

学术讨论

弄清什么是脑死亡,才能解决立法争论

苏镇培

2002 年 8 月,卫生部副部长黄洁夫在接受中央电视台的采访时明确表示:中国制定脑死亡法是十分必要的。卫生部组织有关专家深入讨论、起草制订的符合中国国情的脑死亡诊断标准初稿已完成,目前正在广泛征求各方面意见,进行修改完善。据悉,这也是 1986 年以来中国医学专家多方呼吁为脑死亡立法之后,国家卫生部官员首次公开表示给予支持。

有人说,如果实行了脑死亡,势必对社会观念产生很大的冲击。首先,脑死亡必然在社会文化认识上产生冲击,出现传统意义上的死亡、法律层面的死亡和脑死亡产生认识冲突。因为它不仅涉及医学、生物学,更与社会习俗、社会伦理有着剪不断的联系,因而必须具备坚实的医学基础、社会基础和法制环境。有人同时还并不担心,由于中国国情复杂,人们的文化程度和医生的技术水平参差不齐,脑死亡标准可能会被滥用。

其实上述对脑死亡立法的种种担心,主要是源于对脑死亡概念和标准的无知和误解造成的。

1 什么是脑死亡

1.1 脑死亡的概念 哈佛大学医学院特别委员会(1968)指出“脑死亡是包括脑干在全脑功能丧失的不可逆转的状态”。第八届国际脑电、临床神经生理学会(1973)提出“脑死亡是包括小脑、脑干,直至第一颈髓的全脑功能不可逆转的丧失。”这种全脑死亡(whole brain death)的概念,虽然已被广泛接受,但部分学者仍以脑干死亡(brain stem death)确定为脑死亡。北欧各国把脑死亡作为经常所见到的脑循环终止所引起的特异病态的同义词,把脑死亡亦称作全脑梗死(total brain infarction)。

1.2 脑死亡的诊断标准 脑死亡的诊断标准在国际上基本是统一的、公认的。通常包括下列指标:①持续深度昏迷(无自主运动,肌肉无张力;深浅反射消失);②有已知原因的不可逆脑损害(排除因低体温、药物、代谢/内分泌异常引起的深昏迷);③无自主呼吸,靠呼吸机维持呼吸;④所有脑干反射消失,包括 a. 瞳孔对光反射; b. 角膜反射; c. 头眼反射; d. 眼前庭反射等;⑤经颅多普勒超声(TCD)脑血流检测:颅内血管的血流中止或逆向血流。⑥脑电图检查呈一直线,对任何刺激无反应。⑦体感诱发电位检查,引不出脑干波形。

在所有检查方法中,能证明脑循环停止是确诊脑死亡最可靠的根据。

可见,运用上述诊断标准,经过神经专科训练的临床医生完全能够准确判断脑死亡,同时可以与以下临床状态鉴别开来:大脑海死(cerebral death)、皮层死亡(cortical death)、去皮层状态、不可逆昏迷(irreversible coma)、持续植物状态(Persistent vegetative

state)。这些状态和脑死亡状态是根本不相同的。

从上述脑死亡的概念与诊断标准不难看出:脑死亡是真正的死亡,其实它与传统的心死亡的唯一区别是,靠呼吸机维持已经停止的呼吸,以避免心脏随呼吸停止而马上停跳。也就是说,如果没有呼吸维持技术,脑死亡距离心死亡只有数分钟的时间差。

大量的医学研究和临床实践证明,脑死亡 100% 不可逆,不可能再活过来。而最近媒体上很多文章却都误以为脑死亡者还有自主呼吸,这是天大的误解。

追根溯源,脑死亡的出现完全是医学科学技术进步的产物。没有呼吸维持技术(气管插管和气管切开、呼吸机 24 小时持续供氧等)的发明、应用,也就没有脑死亡这种死亡形式,因为呼吸一停,心跳不可能不停。

2 脑死亡立法问题

脑死亡立法只是回归客观事实,确认这是医学进步出现的新死亡形式,是真死亡,既是临床死亡,又是社会、法律死亡,是人的全部生命活动的终结。不再承认靠呼吸维持的脑死亡者还有生命力。不支持对脑死亡进行无效的长期施救,不容许拖延宣布死亡。这对社会、对这类死者、对家属都是有利而无害的。从伦理道德角度来看,对一个已死亡者,长期插着各种管子,用各种有创和无创的、人为的方法,维持其呼吸和心脏跳动而不能安详地走完生命的最后历程,这是对死者的更大不敬。

有人说,“为什么要确立新的死亡标准呢,因为确立这样的标准有利于节约医疗力量和医疗负担,这种说法成什么道理?讲利益讲到生死之上,经济眼光不免过度了吧”。其实这也是误解。要知道要维持脑死亡状态数日、数周甚至数月,除呼吸维持技术设备外,还要有维持血压、血容量、水电解质、体温稳定平衡的各种技术设备,要有连续监测呼吸、血氧、心电图、血压等仪器,要有维持营养的技术方法(胃肠高营养或静脉高营养)。总之,要长期维持脑死亡必须有一间有充足人力、相当技术水平和设备完善的重症监护病房(ICU)。这要花费多少医疗开支!粗略计算,要维持脑死亡 1 天,最低花费可能达 2000~3000 元,以维持 30 天算,就达 6~10 万元(我院就有维持 2 个多月,花费数十万的案例)。按目前我国现在的个人和家庭的经济能力,有多少人能承担得起这样沉重的经济负担?更何况这是对无知所付出的无效医疗费。无疑是陷家属于经济破产的境地。如果要社会基本医疗保险负担,则是对社会、对其他可治之症的病患者不公平。商业保险公司也无法长期支付。所以,从巩固我国刚刚实行的社会基本医疗保险制度这个角度来看,脑死亡立法不但必须,而且宜快不宜迟。这正是我国脑死亡立法的重要性和紧迫性的原因之一。

答是：在我国，没有条件的单位是不能宣布脑死亡的。只能在有条件的医院，也就是在国家级的大医院或省市的大医院才能首先进行。其实这完全是多虑，因为没有呼吸和各种生命维持技术的基层医疗单位根本没有脑死亡病例出现的可能，而具有呼吸和生命维持设备和技术的医院也就有设备和技术力量诊断脑死亡。至于刚在中华医学会第七次全国神经病学学术会议上通过专家审定的我国《脑死亡判定技术规范》规定：只有县级以上有相应设备的地、市级医院可以判定脑死亡。应由神经内、外科医师、急诊科医师、麻醉科医师、ICU 医师中工作 10 年以上，具有高级职称并且具有判定脑死亡资格证书的医师做出判定。在 2 位医师判定后 12 小时，由另 2 位医师再次复核。本人对这些规定的评价是：县级以下连相应设备都没有的医院根本没有脑死亡病例，也就不存在判定脑死亡的问题。在有相关设备条件下，连脑死亡都不能判断就没有资格当神经内、外科医生，何必一定要高级职称呢？有 10 年以上经验、具有高级职称的神经内、外科医师、急诊科医师、麻醉科医师、ICU 医师还需要考取判定脑死亡的资格证书吗？

至于脑死亡标准可能被滥用问题。心死亡标准也可能被滥用。任何法律条文都有可能被滥用，这关系到如何执行和监管的问题，不是应不应该制订和立法的问题。

对于心死，医学也要有严格的诊断标准，如心跳、呼吸停止、意识丧失、瞳孔散大、所有深浅反射消失、肛门括约肌松弛等。通常为了保险，医生都要看到心电图成一条直线，才宣布临床死亡。作为负责的医生是不会对生死问题轻率作判断的。但事物是复杂的，由于各种偶然因素，也不能保证脑死亡诊断绝对无误判的可能。同样心死标准也有个别误判的事例，不是有从殡仪馆、地下的棺材中救回病人的案例吗？个别医生或家属为避免误判，直至尸斑出现才宣布死亡也是有的。但不能以个别事例否定普遍的客观规律。

脑死亡立法与安乐死立法完全不同，安乐死立法是病人在极

端痛苦而又无法治愈的疾病状态下，赋予患者或其家属选择继续生存还是死亡的权利。这实际上是法律容许病人有自杀的权利，其家属和安乐死施行者有杀人的权利。这就涉及许多社会、伦理和法律的争论问题，所以世界上只有荷兰、比利时对安乐死立法成功，但其国内还在继续争论。相反，全世界有 80 多个国家制订并执行脑死亡诊断标准，其中立法的只有少数先进发达的国家如美国、日本等。2004 年 5 月 4 日卫生部新闻办公室发布声明，认为脑死亡是医学界提出的判定死亡的一种方式，与现行判定死亡的标准不同。为了配合国家立法的需要，卫生部正组织专家审定在技术层面上起草的脑死亡判定标准和技术规范，但制定脑死亡判定标准和技术规范与实施脑死亡判定是两回事。实施脑死亡判定必须以相应的法律法规为前提条件，也就是只有在通过立法以后方可实施。但为什么许多国家不用立法而执行脑死亡？

有人认为，“脑死亡的诊断标准一定要结合中国的国情，不能离开中国的国情照搬国外的标准。更不能变成一种很僵硬的、没有人情味的法律规定。同时，还要随着社会的进步不断为大家接受”。本人认为，脑死亡标准是医学科学标准，不是法律条文，基本内容不应有国别差异，也不会因是否立法而改变。中国政法大学司法鉴定中心主任刘革新教授说得好：脑死亡完全可以作为一个医学标准，而不必立法。没有呼吸、心跳就是死亡？好像也没有哪条法律这么规定，只不过法律认可罢了。不管有无立法，国际上极少有对实行脑死亡标准进行全国性争论的，这一点很值得国人深思。

总之，执行脑死亡标准，是社会进步和科学进步的必然。当务之急是卫生行政部门和医学专家要对广大人民群众（包括人大常委和代表、医务人员）进行深入细致的科普宣传教育，特别是对媒体记者、编辑、法律和社会工作者。首先搞明白什么是脑死亡，才可能有共同语言和讨论的基础，避免无谓的争论。

【中图分类号】 R741

（收稿日期：2004-10-14）

【文献标识码】 A

（责任编辑：林平）

· 会讯 ·

全国脑功能检查学新进展学习班今年在京举办

为了提高脑功能疾病的诊疗水平，经卫生部批准，由首都医科大学宣武医院神经内科王玉平教授主办的国家级继续教育项目（项目编号：J37-05-05）——“第五届全国脑功能检查学新进展学习班”定于 2005 年 10 月 19～23 日在北京宣武医院召开。届时邀请国内多家医院著名的神经内科、神经外科、神经电生理、神经影像学专家讲学。重点讲解癫痫、睡眠障碍疾病、运动障碍病和认知的诊断治疗相关的技术新进展。本学习班旨在向全国临床神经病学工作者推广脑功能性疾病诊断、治疗的新技术（大脑皮层电刺激、颅内电极脑电图、经颅磁刺激、眼震电图、诱发电位技术、脑磁图、多导生理记录技术、多导睡眠图、肌肉抽动锁时的脑电平均叠加技术、神经反射检查技术、事件相关电位等多项检查方法），从而促进脑功能疾病诊疗水平的全面提高。

该学习班欢迎广大神经内外科医师、儿科医师及神经电生理学工作者积极参加，并可携带相关内容的论文参加学术研讨。学习结束后颁发国家继续教育 I 类学分 10 分。学费 1000 元（食宿由大会统一安排，费用自理）。报名截止时间：