

学术
探讨

脑死亡立法与我国面临的问题

彭 苏

(贵阳中医学院职教院, 贵州贵阳 550002)

摘要: 脑死亡是对人类几千年来传统的心肺死亡观发起的一场革命性的挑战, 与传统的心肺死亡相比, 显得更为科学, 标准更可靠。本文就我国近期即将试行“脑死亡”死亡标准这一问题, 对国外脑死亡概念和标准、脑死亡的诊断标准及立法, 以及我国脑死亡研究及滞后的立法现状进行了探讨, 并对我国试行“脑死亡”的标准、继之实行脑死亡立法后, 可能面临的问题作了讨论。

关键词: 脑死亡; 立法

中图分类号: R-052 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-1108(2009)02-0001-03

在2008年3月初的“两会”期间, 全国政协委员、卫生部副部长黄洁夫称, 以“脑死亡”确定生命死亡的做法有望于4月后在中国试行, 这一举措, 无疑为举步维艰的我国人体器官移植的发展开创一个新的时代, 也将对我国传统伦理观念、道德和法学带来一次革命性的冲击。

1 回顾: 两种死亡概念和标准

长期以来, 死亡一直是一个比较恒定的概念。呼吸、心跳停止时就意味着人的死亡, 各国的临床医学、法学和社会传统观念, 都是根据这种心肺死亡的概念来宣告、判定人的死亡的。

然而, 这种传统的心肺死亡概念及标准在现实生活中却屡屡遇到尴尬和困惑。世界各地曾无数次地发生呼吸、心跳停止的“死人”从棺材中或坟墓中爬出“复活”的事例。现代的临床医生也曾无数次抢救成功呼吸、心跳停止的“死人”。特别是随着现代医学科学的飞速发展, 如在进行心肺移植手术时, 可以暂时可逆地停止病人的呼吸、心跳。这就使得传统的心肺死亡概念成为一种过时的死亡概念。

在这种情况下, 世界各国的医学、伦理学和法学家纷纷要求建立一种新的更具科学性和完整性的死亡概念和标准。1959年, 法国学者 P. Mollat 和 M. Goujon 第一次使用“脑死亡”一词。1968年, 在第22届世界医学大会上, 美国哈佛医学院脑死亡定义审查特别委员会提出了一项报告, 正式要求否定传统的心肺死亡概念和标准, 提出将“脑功能不可逆性丧失”作为新的死亡概念, 并制定了世界上第一个脑死亡诊断的四条标准。同年, 由世界卫生组织建立的国际医学科学组织委员会也提出脑死亡标准。1971年, 美国提出脑干死亡就是脑死亡的概念。英国皇家医学会于1976年制定了英国脑死亡标准, 并于1995年提出脑干死亡标准。目前国际上通用的脑死亡定义, 是指原发于脑组织严重外伤或脑的原发性疾病, 致使脑的功能不可逆

转地停止, 最终导致人体死亡^[1]。

从人体生理学角度看, 脑死亡概念较传统的心肺死亡概念无疑更具科学性。人体中枢神经系统是意识的基础, 中枢神经系统对于人体的重要性, 长期以来没有被应用在死亡标准上。

脑死亡观作为一种全新的死亡观, 在现代医学高度发展的今天具有极为重要的意义。它将会从根本上推动临床医学上人体器官移植的发展, 使更多的人重获宝贵的生命, 帮助人们更合理地应用医学资源。中国以往临床判断死亡的标准是心脏停止跳动, 自主呼吸消失, 血压为零。随着医学科技的发展, 心跳、呼吸、血压等生命体征都可以通过一系列药物和先进设备加以逆转或长期维持。但是如果脑干发生结构性损伤破坏, 无论采取何种医疗手段最终都必然发展为心脏死亡。因此, 与心肺死亡概念相比, 脑死亡概念更为科学, 标准更可靠。

2 国外脑死亡的诊断标准及立法

2.1 技术上 自1959年法国学者第一次提出“脑死亡”概念后, 美国哈佛大学医学院脑死亡定义审查特别委员会在1968年提出并制定了世界上第一个脑死亡诊断的四条标准: 即在排除了体温低于32℃, 或刚服用过巴比妥类及其他中枢神经系统抑制剂这两种情况外, 如果一个病人没有反应性和感受性, 无运动及呼吸, 各种反射消失, 脑电图平坦, 而且24小时内反复测试后无变化, 这个病人即是一个死人^[2, 13]。

同年, 由世界卫生组织建立的国际医学科学组织委员会也提出了与之相似的脑死亡标准。即: ①对环境失去一切反应; ②完全没有反射和肌张力; ③停止自主呼吸; ④动脉压陡降; ⑤脑电图平直。

1971年, 美国提出脑干死亡就是脑死亡的概念。英国皇家医学会于1976年制定了英国脑死亡标准, 提出脑干

死亡为脑死亡, 这比不可逆昏迷前进了一步。1979年, 再次明确提出病人一旦发生了脑死亡便可宣告其已死亡。世界各国均在上述标准的基础上, 根据各自国家的情况, 制定了大同小异的脑死亡标准。目前, 全世界约有 80 个国家或地区颁布了成人脑死亡标准, 有近 30 个国家立法通过了脑死亡标准。

2.2 法律上 最早在国家法律上接受脑死亡概念的是北欧的芬兰。它在 1971 年首次提出的脑死亡标准, 把临床特点、大脑活动和通往脑部的血循环停止相结合, 认为病人如是有已知的原发性或继发性脑损伤、无昏迷、呼喊停止和不存在包括脑干反射在内的所有脑功能, 即是一个死人; 法国议会规定, 在排除低温和镇静剂作用的情况下, 如果一个病人仅靠人工呼吸机维持, 各种反射消失, 瞳孔散大, 肌张力消失, 脑电活动停止, 这个人就是死人。瑞典议会通过的有关脑死亡特别法案中规定, 一个人的死亡标志是, 所有脑功能完全停止起作用并无可挽救。

日本于 1997 年 10 月起实施的《器官移植法》规定: 脑死亡就是人的死亡。

在脑死亡立法上对世界影响最大的要数美国。1972 年, 美国发生了一起著名的案件, 医生根据脑死亡的标准, 摘取了一位虽有血压, 但已经脑死亡的病人的心脏。病人的家属控告医生犯下杀人罪。法官最后根据脑死亡的标准, 判定这位医生无罪。这一案件对美国脑死亡立法产生了极大的影响, 3 年后, 弗吉尼亚州制定了脑死亡法规, 但在美国引起极大争论。1983 年, 美国医学会、美国律师协会、美国统一州法律全国督察会议以及美国医学和生物学及行为研究伦理学问题总统委员会通过《统一死亡判定法案》, 鉴于国内两种死亡概念的激烈争论, 建议各州采取以下条款: 一个人或 (1) 循环和呼吸功能不可逆停止, 或 (2) 整个脑, 包括脑干一切功能不可逆停止, 就是死人。死亡的标准必须符合公认的医学标准^[4], 这实际上是两种死亡概念和标准并存的妥协办法。

3 我国脑死亡研究及立法的滞后

我国历史悠久, 传统观念积淀极为深厚, 从上世纪 70 年代初起, 医学界、法学界、伦理学界的一些学者开始讨论脑死亡问题。1986 年以来, 我国的医学专家一直在为脑死亡诊断标准以及立法多方呼吁。中科院裘法祖院士等人曾在全国人大会议上提交过脑死亡立法提案, 有关部门和专家也长期对我国脑死亡标准进行了讨论和修改。终于在 2003 年公开了我国《脑死亡判定技术规范 (成人) 征求意见稿》, 标准大体上同“哈佛”标准, 但更详细、充实和具可操作性^[5], 但一直没有进入立法程序。

2003 年 2 月 22 日, 同济医院转来了一位脑干大出血的患者, 虽经全力抢救后, 第二天病人呼吸心跳突然停止,

放大。用长期以来传统的心肺死亡标准判定, 这个人并没有死亡。但按照国际公认的脑死亡标准, 病人已去世, 用现行的医学科学手段, 也不可能使他复生。在这种情况下, 我国著名的脑死亡研究专家陈忠实教授等, 按照我国《脑死亡判定技术规范 (成人) 征求意见稿》, 对病人进行了三次严谨的脑死亡诊断后, 确认病人为脑死亡。

这是在我国尚无《脑死亡法》的现实情况下, 由专家和病人家属以超常规的勇气, 确定的中国第一例按脑死亡标准实施的死亡诊断。

之后, 国内医学界基本上没有什么明显负面的意见和质疑, 虽然法学和媒体有两种声音, 但社会各界的反映还是平静的。然而 1986 年 6 月在陕西汉中市发生的中国第一起安乐死案件时, 当事医生被以故意杀人罪提起公诉, 后在最高人民法院的干预和全国舆论支持下被宣告无罪, 在全国引起巨大反响。这种“合理”而“不合法”的解决方法, 除了与此次事件的当事医生是全国著名专家, 家属也竭力表示同意之外, 还与我国近些年法学、伦理学和社会的进步是分不开的。但是, 同样显露出法律在这一领域的空白和滞后。

长期以来我国器官移植研究滞后, 与脑死亡法相关立法滞后关系密切^[6]。2007 年 5 月, 国人期待已久的《人体器官移植条例》终于正式实施, 虽然没有直接规定“脑死亡”问题, 但实际上为脑死亡诊断的试行和立法预留了空间^[7]。

在 2008 年 3 月初的“两会”期间, 新浪网、新华网等多家媒体在醒目的位置发布了一条消息: 全国政协委员、卫生部副部长黄洁夫称, 以“脑死亡”确定生命死亡的做法, 4 月以后有望在中国试行, 这一消息, 无疑为举步维艰的中国人体器官移植的发展带来了一个新的前景。

4 我国脑死亡立法后面临的新问题

4.1 我国脑死亡立法标准及实施 我国的《脑死亡判定技术规范 (成人) 征求意见稿》已经在 2003 年公之于众, 脑死亡技术层面的问题已经解决, 但关键的问题是具体实施细节及其可操作性, 必须要对脑死亡诊断的实施、医生数量、专业、年资及实施医院作出科学明确的规定, 而且应强调器官移植专科的医生不能参与脑死亡的诊断。最关键的是具体实施时如何防止走样。笔者认为, 脑死亡的诊断必须要慎重。例如, 在脑死亡的诊断中最为重要的, 是医学定义上的“植物人”与“脑死亡”者的区分问题。前者在国际医学界通行的定义是“持续性植物状态”, 简称 PVS, 它常常是因颅脑外伤或其他原因, 表现为病人对环境毫无反应, 完全丧失对自身和周围的认知能力。自主呼吸、脉搏、血压、体温可以正常, 但无任何言语意识和思维能力。这种“植物状态”, 其实是一种特殊的昏迷状态。而“脑死

国在试行“脑死亡”诊断时,必须将二者严格区分开来。

4.2 两种死亡标准并行 笔者认为,社会自觉选择“脑死亡”观是一个极为漫长的过程,我国长期受到儒家伦理影响,“脑死亡”者的家属很难将仍然具有体温,心脏仍然处于跳动的患者看成“死者”。为了缓解这种社会抵触心理,在相当长一段时间内,我国应采取传统的心肺死亡和脑死亡两种死亡标准并存,不能草草将脑死亡定为唯一死亡标准,而应以传统的心脏死亡标准为一般的死亡标准,在一定条件下,允许患者本人或者患者家属选择应用脑死亡标准。这样,既尊重了医学科学的进步,又照顾到了尚未接受新死亡概念的社会民众的感情要求,有助于减轻有关脑死亡立法所造成的社会冲击和震动。从美国、日本等国的做法来看^[4],都是如此;此外,脑死亡判定必须遵循知情同意原则,对有完全的民事行为能力的患者及其家属,由具有脑死亡判定资质的医疗机构及人员如实告知其脑死亡诊断的细节,由患者事前签署脑死亡判定知情同意书;对突入其来产生的“脑死亡”者,由具有脑死亡判定资质的医疗机构及人员如实告知其直系亲属脑死亡诊断的细节,再由其直系亲属签署脑死亡判定知情同意书。

4.3 脑死亡与器官移植 国外脑死亡标准的出台,在很大的程度上是由于器官移植的推动。可以这样说,在目前和今后一个相当长的时间内,器官移植的发展在极大程度上要依赖于脑死亡患者提供器官,由于一个人呼吸停止至15分钟后器官就难以移植,所以可以这样说,没有脑死亡判定,就没有真正的人体器官移植。据统计,我国目前仅尿毒症患者就超过150万,每年却只能做5000例左右肾脏移植手术;全国骨髓库约有供体3万份,但却有400万白血病患者在等待骨髓移植;每年超过100万病人需要做肝移植,而实际能够做手术的只有1万人左右。然而,脑死亡对器官移植是一柄双刃剑,为了防止走极端,器官的捐献和获取必须由第三方进行认定,器官捐献和移植是两条线参与,从事器官移植的医生不能参与脑死亡鉴定。在脑死亡的诊断后,医生也不能在病人或家属没有同意的情况下擅自摘除其器官作移植用途。另外要注意的是,依我国的伦理民情,从脑死亡立法到器官捐献蔚然成风必然是一个漫长的过程。

4.4 安乐死问题 有关脑死亡的立法一旦完成,安乐死问题将会接踵而来。它也是近年来长期困扰世界医学、法学、伦理学等多个领域的一个复杂问题,目前,世界上仅有荷兰和比利时两国承认安乐死合法。1986年陕西汉中市发生的我国第一起“安乐死”案件:医生蒲连升应患者儿女的要求,为患者实施了安乐死。3个月之后,公安机关把蒲

抓了起来。检察院在公诉书中指认,蒲连升涉嫌故意杀人,此事在全国闹得沸沸扬扬。5年之后,汉中市法院宣判蒲连升无罪,检察机关不同意这个判决,提出了抗诉,一年之后,汉中市法院终审判决,蒲连升无罪。这起案件对我国临床医学、法学和伦理学界产生了巨大的冲击,从1994年起,几乎在每年的全国人大会议上,都有代表提出关于安乐死的提案,均无人无部门敢于深入涉及此内容。笔者认为,人们既然有生存的权利,也就应该拥有选择安宁死亡的权利。对于一个身患绝症又遭受病痛严重折磨的人来说,其实是生不如死。他们长期忍受病痛的煎熬,增加亲人和社会的负担,这样的生命质量是毫无意义和价值可言的。让他们选择“安乐死”才是真正的人道,也才是对生命真正的尊重,更是人类文明进步的体现。然而,由于没有“安乐死”相关立法,在现实生活中,医生和家属只能眼睁睁地看着大量绝症病人,无法解除他们的痛苦。不少求死不能的患者只能选择自杀。当脑死亡立法之后,安乐死这一问题肯定会再次成为中国医学伦理和法学的难题。

4.5 积极普及脑死亡观念 我国被儒家思想熏陶了上千年,心肺死亡观在国人心中早已根深蒂固。一个病人,他的心跳呼吸还存在,尽管现代临床医学已证明他已永远无法复苏,但在老百姓的心目中,他还是一个有病的活人。加上我国人民整体的文化水平还不高,要在全国范围内普及、实行脑死亡标准,当务之急是要做广泛得力的宣传,让全体人民、特别是文化程度较低的人群了解和慢慢接受脑死亡观。

参考文献

- [1] 吴崇其,达庆东.卫生法学[M].北京:法律出版社,1999:495
- [2] 郑仲旋.法医学[M].北京:法律出版社,1989:78
- [3] 彭苏.器官移植与脑死亡概念[J].中华医院管理,1992:3(8):185
- [4] 刘平,刘培友,主编.医学法学[M].南宁:广西人民出版社,1990:433-434
- [5] 卫生部脑死亡判定标准起草小组.脑死亡判定技术规范(征求意见稿)[S].中华医学杂志,2003(38):262-264
- [6] 陈忠华.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):92
- [7] 中华人民共和国国务院令 第491号.人体器官移植条例,2007.3.21
- [8] 顾肖荣,倪正茂.生命法学论丛[M].上海:文汇出版社,1998:80