

脑死亡标准问题刍议

王良 铭

(东南大学医学人文中心, 江苏 南京 210009)

〔摘 要〕传统的死亡标准已严重影响了医学实践和医学科学事业的发展。根据中国国情,以立法的形式确立现代脑死亡标准势在必行。在脑死亡标准的立法和实施中应严格规定认定死亡和宣告死亡的机构和法律程序。

〔关键词〕死亡标准; 心死亡; 脑死亡

〔中图分类号〕R742.890.4

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕1001-8565(2003)02-0007-02

The Discussion of the Standard of Brain Death

Wang Liangming

(The medical humane center of Southeast University, Nanjing jiangsu, 210009)

Abstract: The traditional standard of death has been badly affected to the development of the medical practice and the medical science. According to the condition of our country, establishing the modern standard of brain death in law is imperative. During the legislation and implement of the standard of brain death we must fix the organization and the legal program to firmly believe in and declare death very strictly.

Key words: Standard of death; Heart death; Brain death

最近,脑死亡问题再次成为各界关注的焦点,国家有关部门初步制定了一份符合我国国情的脑死亡诊断标准,目前正征求各方面意见加以修改和完善,此举意味着在我国争议了十几年的脑死亡立法问题终于开始正式启动。本文就有关死亡标准和脑死亡问题谈一些个人看法。

1 脑死亡概念和标准的提出

长期以来,人们一直把呼吸、心跳的停止作为判断死亡的标准,沿袭了数千年之久,1951年美国著名的布莱克(Black)法律辞典给死亡下定义为:“血液循环的完全停止,呼吸、脉搏的停止。”^[1]从一些病理学教科书中我们也可以看到这样的表述:“身体死亡是作为整体的生存的终止。体内氧循环的终止是死亡的基本原因。这可以是由于控制心脏和呼吸活动的延髓中枢的损伤,肺不能供给血液中的氧并把二氧化碳排除,失血、血液供氧能力的丧失,或泵出血液的心脏作用的终止所致。”一个人停止了呼吸,没有了脉搏,当然就已经死亡了。在二十世纪中叶以前,人们从未对传统的死亡定义产生过疑问,但是,自二十世纪中叶以后,随着现代医学科学技术的发展,使得没有了自主呼吸,停止了心脏跳动的病人,可以通过仪器的帮助或是采用器官移植的方法,仍然以植物人的状态生存下来,维持“生命”的延续,这就对传统的死亡概念提出了挑战,迫使人们必须重新界定死亡的定义和标准问题。

1968年,美国哈佛大学医学院死亡审查特别委员会在主席亨利·毕契尔(Henry Beecher)医生的主持下召开会议研讨了死亡判定标准问题,在其后发表的报告中,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”他们提出了新的死亡诊断标准:①没有感受性或反应性;②在没有人工或机械设备支持下无法行动和呼吸;③各种精神反射消失;④脑电图平直,表示大脑没有任何活动迹象。以上各种指征在24小时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。^[2]对于哈佛

医学院特别委员会所定义的死亡标准,曾引起激烈的争议,有人认为用“脑”死这个词来定义死亡容易引起误解,认为它

不是死亡的定义,也不是死亡的标准,只是决定病人昏迷何时不可逆转的标准,而且这意味着当病人处于不可逆转昏迷时,不去挽救生命并不承担法律责任;有人认为处于不可逆昏迷的病人仍然保持着呼吸和心跳,这种病人根据“脑死”的标准已死亡,但根据“心死”的标准还活着,但是处于一种生命不值挽救的状态;也有人赞同哈佛医学院特别委员会的观点,并提出了更为具体的脑死亡标准——大脑皮层死亡标准。如美国乔治城大学医学伦理学教授罗伯特·维奇(Robert M'Veatch)认为,人作为一个有生命的实体具有本质意义上的特性,即理性思考、语言和意识等方面的能力,而这些能力存在于人的大脑皮层,如果大脑皮层受到严重的损伤,这种本质意义上的特性就会不可复原的丧失,那么就可以判定这个人已经死亡。因此他给死亡下的定义是:“死亡意味着一个有生命的实体状态的完全改变,这种改变是这些具有某些特征的生命实体,经由对其本质意义上的特性之不可复原性的丧失”。^[3]世界卫生组织(WHO)于1968年建立的国际医学科学组织委员会也将死亡标准规定为:对环境失去一切反应;完全没有反射和肌肉活动;停止自发呼吸;动脉压骤降和脑电图平直。^[4]这个标准与哈佛医学院特别委员会的标准基本上是一致的。

2 确定脑死亡标准的积极意义

现代脑死亡标准对解决现代医学科学发展过程中所产生的医学伦理难题,如安乐死问题、器官移植问题、医疗资源的合理分配问题、病人家属的经济负担等问题都具有非常重要的意义。

2.1 按照现代脑死亡的标准,处于极度昏迷、呈“植物人”状态、纯粹依靠医疗仪器维持生理机能的病人,尽管其心跳和呼吸仍然存在,但只是“有脉搏的尸体”。作为社会人是死亡的,作为生命的人道价值是零,作为效用价值为负值。对这样的病人实施以安乐死,让其具有尊严的结束生命,这是坚持正确的生命伦理价值观的表现,世界上一些发达国家都制定了安乐死法规,这也是与“脑死亡法”相适应的。而我国由于死亡标准在法律上的滞后,主动实施安乐死是不合法的,但是在临床实践中,也存在着“消极安乐死”的现象,即由于病人毫无救

通过并实施脑死亡标准, 无疑为医院和病人家属对治愈无望的病人选择实施安乐死的方法提供了法律依据。

2.2 器官移植是现代医学科学的重大进展, 它使得过去的某些心、肝、肾病患者能够延长数年乃至数十年的生命, 而采用这一治疗手术中的重要环节是需要从另一个人的身上获得能够存活的器官。我国从二十世纪 70 年代末开始至今, 器官移植手术技术及抗排斥的研究已经达到世界先进水平, 但是器官的来源却严重缺乏。一系列医学上的困难被逐步克服之后, 由于“脑死亡法”的缺位, 器官移植手术正遭遇法律困境, 法律之于医疗技术的滞后, 成了再造生命的障碍, 同时也造成了医疗资源的巨大浪费, 给病人本人与家庭带来无穷无尽的痛苦和烦恼。

据调查统计, 我国现有 100—150 万病人需要进行器官移植, 但每年仅仅能实施 13000 例手术。需要器官移植和得到移植的比例不足 10%, 许多危重病人因为不能及时得到移植的器官而死去。而另一方面的情况是大量在交通事故等意外事件中死亡及病逝的人, 却不能成为器官捐献(非商品买卖)的重要来源。由于目前脑死亡无法可依, 于是器官的需求与缺乏处于隔离状态。为了保证器官移植工作顺利开展, 使器官移植技术更好地为人类健康服务, 必须解决器官来源缺乏问题。在进行器官移植手术的过程中, 为了提高器官移植之后的成活率, 要求供给器官越新鲜越好。一般来说, 一个健康的人因意外事故导致颅脑严重损伤后, 发生不可逆的昏迷即脑死亡, 是最理想的“供体”, 其人体的各部分器官还处于相对不同的“渐渐死”的时间表之中, 这在器官移植上的成活价值, 在医学概念上几乎就是“活体”移植。因此, 尽快出台和实施“脑死亡法”使我国死亡标准和国际标准同步, 以大大提高可供移植的器官数量, 使器官移植特别是器官捐献方面做到有法可依。

2.3 医疗资源是一个社会发展卫生事业, 开展医疗保健服务的物质基础和基本条件, 而社会是一部庞大的机器, 它承担着社会成员各种各样的责任, 为了满足人们各种各样的需要, 包括生存需要、发展需要和实现自我价值的需要, 社会必须付出极大的努力, 运用大量的资源。但是社会在一定时期的资源是有限的, 这就涉及到对有限的资源如何进行合理的分配问题, 如何发挥有限资源的效用价值问题, 如果在有限的资源中还有很大一部分比例用于毫无必要的无法创造任何价值的活动中, 势必会影响社会的进步和人们合理需求的实现。我国每年用于那些已走向不可逆脑死亡病人的抢救资源相当可观, 把资源用于这些病人身上, 虽然延长了他们的“存活”时间, 但这样做并不能使病人起死回生, 而只能增加病人的痛苦和家庭的负担。对社会而言, 无疑是资源的一种巨大损失。也许有人认为对处于极度昏迷但仍然保持着呼吸和心跳的病人不进行积极的救治是非人道的。但是, 我们如果把有限的医疗资源和人力物力财力用于毫无治愈希望的脑死亡病人身上, 而不顾广大人民防治疾病的迫切需求, 这更是非人道的。

2.4 脑死亡病人治疗的费用对于一个家庭来说是一个极其沉重的负担。由于人们受传统的死亡观念和标准的影响, 当家庭中出现了脑死亡的病人, 要求继续治疗的病人家属占绝大多数, 但由于脑死亡的病人必须靠机器和营养进行基本的生命维持, 而仅购买肠外营养液一天就要数百元, 更不用说大量护理和仪器工作耗费的时间、精力和费用。据资料显示: 一个脑死亡病人的花费可达 5000—6000 元/天, 如果护理到位, 没有发生感染和并发症, 往往可以维持数年之久, 这对于一般家庭来说无疑是一个天文数字, 而且, 付出大量的劳动, 大量的金钱, 所维持的只是一具没有思维、不会言语、无法交流的躯壳, 这对病人家属来说无疑是一种极大的痛苦。因此, 尽快确定和实施现代脑死亡标准, 有利于合乎道德和法律的终止那些对处于不可逆昏迷的脑死亡病人的毫无必要的救治, 使家庭、医院和社会从沉重的物质和精神的重负

1981 年美国通过“脑死亡法”, 时至今日, 联合国 189 个成员国中已有 80 个国家承认脑死亡的标准, 全球发达国家几乎无一例外的确认了脑死亡或脑细胞完全死亡是判断人死亡的科学标准, 也都通过了“脑死亡法”。相对而言, 我国至今仍一直沿用的是心死亡标准, 在我国已加入 WTO 的今天, 为了加强与国际的接轨, 以立法的形式确立脑死亡标准已是势在必行。

3.1 加快立法的步伐。由于目前脑死亡标准在法律上还没有确认, 医疗实践中存在着许多道德、伦理和法律问题难以解决, 因此, 必须尽快出台和实施脑死亡标准法律, 以作为开展这项工作的法律保证, 经过十几年的争议, 最近由卫生部组织专家制定的脑死亡标准正在征求各方的意见加以修改和完善, 这本身也表明国家为了适应时代发展的需要, 正在实现观念和法律的现代化和国际化。

3.2 兼顾“心死亡”和“脑死亡”两个标准。在医疗实践中, 心死亡和脑死亡是互相影响的, 互为因果的, 心肺功能的丧失、血液循环的停止, 大脑和脑干细胞必然死亡; 另一方面, 人的呼吸、循环中枢都在脑干, 脑干功能的停止, 最终必然导致心搏呼吸功能的结束。在世界上已经立法并实施脑死亡标准的国家, 在接受脑死亡标准的同时, 也仍然兼顾了心肺死亡的观点。国外有人提议: “一个人或循环和呼吸功能不可逆停止, 或整个脑, 包括脑干一切功能不可逆停止, 就是死人。死亡确定必须符合公认的医学标准。”^[5]笔者认为, 这里所讲的公认的医学标准, 应指为社会道德、伦理和法律所公认的、科学的医疗诊断标准。根据我国的基本国情, 在现有的医疗水平上尽可能早地判定病人的生死状态, 应兼顾心死亡和脑死亡两个标准, 根据不同病人的具体病情, 做出科学的诊断。

3.3 加大宣传力度, 改变传统观念。当前, 传统的死亡观念还严重的束缚着人们的思想, 脑死亡的病人作为社会的人已经“死”去, 而作为生物的人还“活”着, 许多人尤其是病人家属总还是把他当作活人看待, 觉得他们还有生存的权利, 或者在理性上认为应该放弃治疗, 但是在感情上不能接受, 这也正是实施脑死亡标准所面临的最难以解决的问题。因此, 这就需要加大宣传力度, 从舆论导向、政府行为、社会公益、精神文明和学校教育等不同层次对社会进行宣传, 帮助人们树立现代生命伦理、生命价值观念。最近, 卫生部副部长黄洁夫在《健康报》撰文支持脑死亡立法, 引起强烈反响。如果有更多的社会名流呼吁、支持, 将会促进这一问题尽快解决。

3.4 要严格规定认定死亡和宣告死亡的机构、法律程序。判定脑死亡是人命关天的大事, 是一个涉及到医学科学和法律的非常复杂的问题。英国曾有人研究发表文章称人在脑死亡的情况下, 还有思维; 香港凤凰卫视主播刘海若遭遇车祸后, 曾被英国医生宣布“脑死亡”, 但是她现在已经苏醒。可见探究每一个临危病人的死亡临界点, 是一个多么严峻的问题, 决不能失之简单和草率。因此, 在实施脑死亡标准的实践中, 必须建立起一套严格的制度和执行方法, 建议在省、市、县级以及各大医院成立由医学专家、法律专家和社会公众人士参加的死亡诊断委员会, 进行疑难死亡状态的认定, 由专家委员会出具死亡鉴定报告。医院一旦采用脑死亡标准认定病人已脑死亡, 必须所有的近亲属一致同意并签字, 以避免出现医疗纠纷。

〔参考文献〕

- [1] 艾钢阳. 医学论[M]. 北京: 科学出版社, 1988
- [2] 郑仲旋. 法医学[M]. 北京: 法律出版社, 1989
- [3] 罗伯特·维奇. 解构死亡[M]. 广州: 广州出版社, 1998
- [5] 周正猷. 脑死亡与放弃治疗[J]. 医学与哲学, 2000, 21(6)
- [6] 董玉整. 脑死亡立法利国利民[J]. 中国医学伦理学, 2002(5): 62

〔作者简介〕

王卓铭(1955—), 男, 东南大学医学人文中心副教授。