

积极推动立法承认脑死亡判定标准

徐 凝

(河北司法警官职业学院, 河北 石家庄 050081)

[摘要] 目前, 世界上已有 80 多个国家承认了脑死亡的诊断标准, 但我国目前仍沿用传统的死亡标准, 原因是因为我们对于脑死亡的概念还存在误区。对死亡观念的更新是社会进步的表现, 在我国推动立法承认脑死亡标准, 是医学界及法学界都要面对的重要课题。

[关键词] 脑死亡; 诊断标准; 立法; 误区

[中图分类号] R-052

[文献标识码] A

[文章编号] 1001-8565(2007)04-0121-03

There Should Be A Law on Brain Death

XU Ning

(Hebei Vocational College for Correctional Police Hebei Shijiazhuang 050081)

Abstract Brain death concept is to the traditional death concept enormous impact. The brain death standard establishment has the extremely positive social significance. At present, in the world there are more than 80 countries to acknowledge the brain death standard, but our country still continued to use traditional death standard because there are some misunderstanding to the brain death concept. To the death idea renewal is the performance which the society progresses, impels the legislation acknowledgement brain death standard in our country is important to both the medical arena and the legal science.

Key words Brain death; Standard; Legislation; Misunderstanding

脑死亡问题既是一个非常前沿的医学、科学和技术问题, 也是非常现实和复杂的经济、伦理、法律问题, 更是与广大民众几千年来形成的生死观念、道德信念和社会心理有非常直接的关系, 还触及哲学尤其是人生观、价值论等一些深层的伦理问题。因此, 我们不仅应当对其有足够的、充分的重视, 而且需要对其进行综合性的探讨。

1 脑死亡在国外的发展概况

“脑死亡”概念最早产生于法国。1959年, 法国学者 P. Mollaret 和 M. Goulon 在第 23 届国际神经学会议上首次提出“过度”的概念, 同时报道了存在这种病理状态的 23 个病例, 并开始使用“脑死亡”一词。他们的报告提示: 凡是被诊断为“昏迷过度”的病人, 苏醒可能性几乎为零。医学界接受并认可了该提法。^[1]从 1966 年开始法国即确定了以“脑死亡”为死亡标志。

1966 年美国提出脑死亡是临床死亡的标志。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将脑死亡定义为包括大脑、小脑和脑干在内的全脑死亡, 脑功能永久性不可逆地完全丧失。即使有心脏跳动和脑以外的体循环及脊髓等以外器官功能继续存在, 也可宣告个体死亡。提出了“脑功能不可逆性丧失”作为新的死亡标准, 并制定了世界上第一个脑死亡诊断标准。

同年, 由世界卫生组织建立的国际医学科学组织委员会规定死亡标准的基本内容是哈佛标准。

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, 提出脑干死亡为脑死亡, 比不可逆昏迷前进了一步。1979 年明确提出病人一旦发生了脑死亡便可宣告其已死亡。1995 年英国皇家医

目前, 脑死亡的诊断标准各国比较认可的是:

①不可逆深昏迷: 对外界刺激毫无反应, 甚至对强烈的疼痛刺激也无反应。但排除中枢神经药物中毒、体温过低, 以及内分泌代谢疾病等。

②脑干反射消失: 包括瞳孔散大固定、对光反射消失, 动眼反射、角膜及咽喉反射等均消失。

③无自主呼吸: 必须依赖人工呼吸机维持呼吸。呼吸机停止 3 分钟后, 无反射性自主呼吸活动。

④大脑电沉默: 出现平波等电位脑电图, 24 小时后重复试验仍无反应。^[2]

⑤脑循环停止: 这是确定脑死亡最可靠的指标, 尤其当颅内病变或损伤的性质不明、诊断不清以及有药物作用或中毒可疑时。

以上的标准基本以哈佛的标准为主, 但对脑死亡的诊断除了符合以上标准外, 还要在 24 小时或 72 小时内反复测试, 多次检查, 结果无变化, 才可宣告死亡。但需排除体温过低 ($< 32.2^{\circ}\text{C}$) 或刚服用过巴比妥类及其他中枢神经系统抑制剂两种情况。

脑死亡有原发性脑死亡和继发性脑死亡之分。原发性脑死亡是由原发性脑病变、疾病或损伤所引起, 其脑外器官可供器官移植之用, 因此原发性脑死亡者可成为器官移植的供体, 而且器官移植的成功率很高。继发性脑死亡是由于心、肺等脑外器官的原发性病变、疾病或损伤所致。要确认脑死亡有一系列严格的临床和实验室标准并由医学专家团队进行现场诊断。

2 脑死亡在我国发展的概况

我国的香港和台湾地区也通过有关法律法规, 规定可以

逐渐进入大众的视野。1999年5月,中华医学会中华医学杂志编委会在武汉组织召开了我国脑死亡标准(草案)专家研讨会,就《中国脑死亡诊断标准(讨论稿)》以及制定脑死亡诊断标准的目的,尊重人的生命与死亡的必要性等进行了讨论。2002年10月26日,在武汉举行的全国器官移植学术会议上,专家制定并披露我国成人脑死亡诊断标准,标准的制定标志着我国向脑死亡立法迈出了实质性的一步。2004年在中华医学会第七次全国神经病学术会议上,我国《脑死亡判定标准(成人)》和《脑死亡判定技术规范》通过专家审定。

到目前为止虽然我国并没有正式的脑死亡标准出台,但医学界已有按脑死亡标准宣告死亡的病例。2003年2月武汉同济医院即以“脑死亡”标准宣布了一个病人的死亡。这是按照世界医学权威机构对于脑死亡的定义和卫生部脑死亡起草小组的最新标准评估,在中国内地首次以脑死亡标准宣布一个生命的终结。2005年3月科学出版社出版了陈忠华先生的《脑死亡—现代死亡学》一书,开创了我国脑死亡书籍出版的先河。该书从基础医学、临床医学、医学伦理学、哲学、法学等多个方面对脑死亡问题进行了详尽的论述,充分证明脑死亡在医学、伦理学和法学上的合理性和可行性,并结合我国国情对我国现阶段脑死亡研究存在的主要问题分别予以探讨。该书的核心思想就是“脑死亡=死亡”,这一结论在现阶段和今后相当长时期内都将是一个严格的科学定义。

尽管有关脑死亡的问题在医学界和法学界的讨论似乎很热,但脑死亡的概念在公众中并不普及,即使是在比较关注脑死亡的法学界真正懂得脑死亡定义的也是少数人。虽然部分人知道有脑死亡的概念,但对具体什么是脑死亡及其诊断标准是什么并不清楚,许多概念是混淆的。对普通百姓来说,脑死亡还是个新词,政府在此问题上的引导落后于社会发展,对脑死亡概念的普及几乎是空白。

3 对脑死亡认识的误区

脑死亡的标准及立法在我国迟迟未推行,其主要原因是目前社会上对“脑死亡”存在着五大认识误区:

①对患者宣布“脑死亡”是减轻其痛苦。对脑死亡概念不清楚的人认为,脑死亡者是处于患病的危重状态,机体时刻经受着痛苦的煎熬,为了减轻他们的痛苦,^[3]所以宣布脑死亡使他们早日摆脱痛苦的折磨。这种观点是错误的,因为患者的全部脑组织已经死亡,他们没有感觉、知觉、思维,也没有意识,因此他们没有任何痛苦可言。宣布脑死亡对于患者家属来说,是减轻了他们无望的等待和难以名状的痛苦。

②“脑死亡”与植物人是同一概念。脑死亡与植物人是完全不同的两个概念,一般情况下,植物人是指脑中枢的高级部位如大脑皮质功能丧失,病人呈现意识障碍或永久性昏迷,而脑中枢的中心部位所司呼吸、体温调节、消化吸收、分泌排泄、新陈代谢以及心跳循环等自主功能依然存在。植物人患者表现为:A随意运动丧失,但肢体对疼痛性刺激有时有屈曲性逃避反应。B智能、思想、意志、情感以及其他有目的的活动均已丧失;其眼睑可以睁开,眼球呈现无目的的活动,不会说话,不能理解语言,有时眼睛可以注视,但不能辨认。C主动饮食能力丧失,但有时有吞咽、咀嚼、磨牙等动作^[2]。脑死亡和植物人的区别在于,脑死亡者除以上的动作都没有外,最主要的是植物人有自主呼吸,而脑死亡者没有自主呼吸,脑死亡者的呼吸必须靠机械设备维持。

③“脑死亡”与安乐死是一样的。这两者是生命自主权

些身患绝症处于垂危状态又极度痛苦的患者,在其自愿的前提下,由其本人、家属和医生用人为的方法使其无痛苦地迅速死亡,以减轻或消除患者在死亡过程中肉体上、精神上的极端痛苦。安乐死的生命自主权在患者手中,是患者主动要求死亡。而脑死亡者因其没有思维、意识,不可能表达任何意愿,所有的治疗只是维持外表的、无意义的生命迹象,从这点来说,还要不要维持所谓的“生命”,其“生命自主权”自然延伸到家属。

④宣布“脑死亡”是为器官移植的需要。首先,脑死亡概念并不是移植学家为了获得更好的器官而建构出来的。脑死亡概念成熟于20世纪60年代,此时临床尸体器官移植刚刚起步,有关供体器官质量的认知还十分有限。到70年代后期,才不断有研究表明脑死亡供者的器官较之无心跳者更好,而此时脑死亡已经在欧美得到广泛认可。其次,稍有常识的人都知道,所有器官的摘取都必须在生前获得捐赠者或其家属的同意。脑死亡标准确立后,可能会对器官的移植成功率有好处。但必须明确的一点是:脑死亡后并不等于可以随意进行器官移植,也并不等于会有大量的器官供体,脑死亡者只有生前有捐赠遗嘱,才能进行器官移植。它不会缓解器官移植的紧迫需要。在任何意义上,接受脑死亡标准并同意在必要时捐献出自己的器官都是一种崇高的奉献行为。

⑤法学界对“脑死亡”立法意义的认识不深刻,对“脑死亡”可能引起民事侵权表示担忧。某些法律界人士认为,若实行脑死亡的标准,可能会出现医生和家属串通谋杀患者。这其实是对脑死亡的诊断了解不深的一种表现。世界上出现“脑死亡”的诊断标准到现在已有将近四十年的时间,目前已有八十多个国家承认了“脑死亡”的标准,但没有出现利用“脑死亡”的标准进行谋杀的报道,原因是脑死亡不是一个任意随便定义的概念,而是建立在经过反复检验的证据基础上的,并不是任凭随便哪个医生的一句话就能定人生死的。当最初提出脑死亡概念之时,医学专家们就已经考虑过要在最大限度上避免最微小的错误。因此,在很多国家,脑死亡的诊断是由一个独立委员会做出的。在这种制度安排下,哪怕是最微小的基于不当利益的考虑都不可能影响到诊断的最终成立,使脑死亡最终成为诊断的只能是临床事实。

此外,医学界本身对“脑死亡”的再学习也不够,理论准备还不充分。

4 确立脑死亡标准的伦理学意义

脑死亡概念是现代医学发展推动人们思想观念、伦理及法律发展的经典体现。确立脑死亡标准对死者自身以及对他人、家庭、社会都有非常重要的伦理学意义。

4.1 对生命的尊重

死亡是我们所有人都必定要经历的,如何看待死亡其实取决于我们如何看待生命。生命的可贵就在于其只有一次,在价值上,所有的个体生命都同样的宝贵和无价。医疗的根本目的也即是以有限的价值呵护无价的生命。拯救每一个可挽回的生命是所有医生的共同理想,但生死总是相伴而来,有生必有死是任何人都无法违逆的客观规律。而救治脑死亡病人,除了仪器设备的监护之外,还要使用救治的器械和药物,且死者的身上插着各种不同用途的管子,但所有这些措施都不能使之死而复生,却反而有失死者尊严,因而也是不人道的。^[1]当死亡悄然降临时,放弃明知无效的抢救,让人死得尊严些,这即是对死亡的尊重,也是对生命本身的敬畏。

源在为 22%的人口服务。所以应该用有限的医疗资源为广大人民群众的医疗卫生服务,不应浪费。因我国目前仍沿用心跳、呼吸停止作为判定死亡的标准,对于脑死亡的人只能作为“危重病人”看待,要给予最佳的治疗和看护;这期间耗费的人力、物力、财力相当巨大,占有着本就极为紧张的医药资源;而最终的结果并不能使脑死亡者复苏,仍是彻底死亡。而“抢救”一个脑死亡者一天的费用,可以治疗上百个普通病人,把大量的资源浪费在 100%不可救活的人身上,是没有任何实质性意义的。因此,实施脑死亡有利于有限卫生资源的合理使用。适时终止对脑死亡者的抢救措施,不但可以减少不必要的医疗支出,节约大量卫生资源,而且还能减轻社会和家庭的经济和感情负担^[3]。

4.3 有利于器官移植

脑死亡标准确立以后,可以在很大程度上解决用于移植的器官的质量问题。从医学角度来说,以巨大代价维系脑死亡者的呼吸和心跳,其最为积极的价值和作用之一就是保持人体器官的鲜活,以便给器官移植提供较好的供体。器官移植是当代医学技术进步给人类生命延续的一份厚礼,它为某些特殊的病人提供一次新生的机会,也使人的有限生命机体中的器官有可能以一种特殊的方式在他人的生命中得到延续。我国的器官移植技术已接近世界先进水平,由于脑死亡法的缺位,其发展正遭遇法律困境及器官缺乏的瓶颈,中国在临床器官移植领域的科研成绩也得不到国际承认。脑死亡立法可使我国器官移植实现“正规化、合法化、公开化、国际化”的发展目标。在脑死亡的情况下,由于人体的其他器官的生理功能还没有终止,进行器官移植可提高其成功率,为人类造福。据报道,我国现有 100 多万尿毒症病人,500 万盲人,有 400 万白血病人,数百万终末期肝病患者,其中许多病人可进行器官移植治疗,而每年实际接受移植仅数千人。许多病人因等不到合适的器官而失去生命。^[4]目前,病人所需要移植的器官大多来源于尸体,而被移植的器官应是越新鲜越好。为此,从脑死亡者身上摘取的器官是最理想的器官。

4.4 减少医疗纠纷

对脑死亡的定义及标准,许多人仍持否定的态度,认为已处于脑死亡的人是有病的“活人”。因为他的心脏还在跳动,并以为是可以复活的,甚至还被误认为有治愈的可能。因此,某个已确定脑死亡者,在医生未积极抢救的情况下最终停止了呼吸心跳,那些对脑死亡持否定观点的人便认为“真正的死亡”是医务人员不积极救治的失职行为造成的。

(上接第 120 页)代表,他们的价值判断受各自价值立场、文化背景、宗教传统、族群归属利益关系等复杂因素的影响,道德判断无法做到百分之百的可靠。所以应用伦理学论证并不只是伦理委员会成员多数表决的结果,还要体现在纠错机制上。^[3]例如,在胚胎实验问题上,尽管有一些医疗机构作出了同意的决定,但是并不排除在新闻媒体及政府部门、非政府组织等更大范围的讨论和评价。这些讨论和评价又会对伦理委员会以及医患双方都产生新的影响。因此,从应用伦理学的视角来解决医患矛盾,必须将其看作是一个以道德观点为根基,以多数表决原则为辅助,以纠错机制为补充的综合性系统工程。

[参考文献]

医疗纠纷就会不可避免地发生。当前脑死亡的标准还未得到法律的认可,在这种情况下对已属于脑死亡的人,医务人员若不积极地去抢救或者做出积极抢救的姿态,就自然而然遭到病人家属的责难,个别家属甚至会采取过激的方法。而实质上,对确属脑死亡的人,无论医务人员抢救措施如何得当、技术何等高明、服务态度如何热情都不会挽回患者的生命。对脑死亡者所采取的各种抢救措施实际上是在尸体上进行的。^[5]当然,也有相反的例子,某个到医院就医者,已经临床诊断为脑死亡,但因为我国并未实施脑死亡标准,医务人员仍继续“抢救”。最终当该患者呼吸、心跳停止时,家属极为不满。控告医务人员抢救一个根本就没有抢救价值的人,致使家属多花好几万元,有单纯谋取经济利益之嫌。因此,从法律上确认脑死亡的标准对正确处理医疗纠纷十分重要。

同时,立法确认脑死亡的标准能更新几千年形成的死亡观念,与国际接轨。此外,死亡还是个法律概念,科学、准确地判断一个人的死亡时间,在司法工作中具有极其重要的意义。综上所述,“脑死亡”标准的确立是社会进步的标志,它将带给国家、社会和个人的利益是不容否定的。社会各界有识之士应尽力促成脑死亡标准的早日实施,国家应尽早出台《脑死亡法》以使我国的医学、法学事业尽早与国际接轨,朝着可持续发展的方向大步迈进。

[参考文献]

- [1] 熊玮,江华.脑死亡的概念和历史发展[DB].http://www.100md.com
- [2] 张秦初.防范医疗事故与纠纷[M].北京:人民卫生出版社,2006:8
- [3] 陈忠华.脑死亡—现代死亡学[M].北京:科学出版社,2004:12
- [4] 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].中国医学伦理学,2002,23(5):26—30.
- [5] 周伟.法医鉴定与侦查诉讼实务[M].北京:人民法院出版社,2001:3

[作者简介]

徐凝,(1957—)女,河北保定人,河北司法警官职业学院副教授;研究方向:法医学鉴定、犯罪心理学。

[收稿日期 2007—06—16]

[修回日期 2007—07—14]

[责任编辑 李思昌]

- [2] 讴歌.医事[M].北京:北京出版社,2006:97.
- [3] 甘绍平.应用伦理学的论证问题[J].中国社会科学,2006,(1):135—44
- [4] 甘绍平.应用伦理学前沿问题研究[M].南昌:江西人民出版社,2002:13,21.
- [5] 雷蒙德·埃居,约翰·兰德尔·格罗夫斯.卫生保健伦理学——临床实践指南(第2版)[M].北京:北京大学出版社,2005:95
- [6] 甘绍平.应用伦理学:冲突、商议、共识[J].中国人民大学学报,2003,(1):41—46

[作者简介]

刘魁,南京理工大学教授,博士生导师。

[收稿日期 2007—06—16]