

# 从“脑死亡法”的鼓与呼看医学与社会的发展与进步

周 武<sup>1</sup> 张苏明<sup>2</sup>

<sup>1</sup>中山大学附属第五医院神经内科, 珠海 519000

<sup>2</sup>华中科技大学同济医学院, 武汉 430030

中图分类号 D922.16 文献标识码 A

千百年来, 深受儒教文化浸润的中国人, 形成了“乐生而恶死”的独特死亡观, 人们对死讳如莫深, 日常生活中, 谈论死亡是不合适宜的, 甚至连“死”这个字也成为人们最为厌恶的字词, 最恶毒的诅咒也是“你去死”之类, 出于对死亡的厌恶和恐惧, 即使在生活中, 连正常文字应用也被其它文字所取代。某人死了, 被说成“某某走了”、“他去了”、“升天了”等等。在这样一种文化背景下, 现在许多专家教授正在大张旗鼓地鼓吹与呼吁“脑死亡”立法, 咋一听, 简直天方夜谭: 人死了就死了, 还要立法? 不可理解, 简直不可理喻! 静心思之, 它寓示着医学与社会的发展与进步, 也是对死亡认识的一个重新认识的过程, 是人类文明的进步, 是整个人类对待死亡的一次飞跃。

## 1 20 世纪 50 年代医学与社会现状及对死亡的认识

20 世纪 50 年代以前, 人们均把心脏死亡作为判断死亡的标准, 古希腊人认为心脏是生命的中心, 古希伯莱人认为呼吸是生命的中心, 中国自古更是认为“心之官则思”, 国人常常用“心肝永远停止了跳动”来描述死亡, 这并非世人无知, 而是根源于医学与社会的现状而产生的结论。50 年代以前, 因科学技术及生产力限制, 医疗设备还不齐备, 体外循环还知何物, 药品研发十分有限, 医生对待频死病人只又红又专“眼观四方, 耳听八面”, 对一个心跳、呼吸停止的病人, 最多也仅能象征性是作一作口对口人工呼吸, 胸个心脏按压, 外加所谓的“强心针”、“强肺针”而已, 如果呼吸、心跳停止一段时间, 妙手也难回春。医生、家属、社会也能坦然接受这样一个残酷的事实——死亡。当时, 人们还没有思索脑、心、肺与死亡这一类复杂的问题, 就这样, 一颗“伟大的心跳永远停止了跳动”; 人们不存在接不接受, 理不理解的问题, 医生也不存在抢救不抢救, 道德不道德的问题; 这是事实, 它符合当时生产技术、医疗水平所代表的人

及挑战

60 年代以来, 医学及社会生产力得到很大发展, 随着器官移植的开展, 复苏技术的提高, 呼吸机、体外循环广泛应用, 低湿麻醉手术创新, 都使以心脏和呼吸停止的传统死亡观点产生了动摇, 特别是 1967 年, 南非的巴纳博士首次实施了心脏移植手术及呼吸机辅助人工呼吸的广泛应用, 更是打破了以往以心脏功能丧失和呼吸停止而判断死亡的常规, 随着医学的发展, 医生在临床实践活动中, 使用低温麻醉, 可使机体温度降至 20℃, 甚至更低, 这时的心肺功能已完全测不出, 医生可以在病人心跳、呼吸完全停止的情况下实施手术。

与此相反, 各种严重脑损伤, 造成大脑和脑干功能完全丧失, 发生全脑死亡, 这时病人处于过深昏迷, 各种脑干反射消失, 应用呼吸机人工辅助呼吸及药物支持、病人心、肺功能仍可持续很长时间, 但这种脑死亡是脑功能完全的、不逆停止, 其实机体已经死亡。

由于医学技术的发展, 以上两种矛盾情况的发生, 这就造成一种耸人听闻的尴尬局面: 传统死亡标准判定死亡的人中有一小部分按新的标准是可以重生的人, 新的脑死亡标准判定死亡的人, 按传统观念评判, 此人并未死亡, 这就对医学界提出了严峻的考验, 如何解决这一矛盾? 已不可避免的摆在医学家、法学家的面前。

1968 年召开的世界第 22 次医学大会上, 美国哈佛大学医学院特设委员会指出了“脑功能不可逆性丧失”作为新的死亡标准<sup>[1]</sup>, 即脑干死亡又称脑死亡这一新概念, 受到国际医学家的赞同与支持, 并由美国哈佛大学医学院特别委员会颁布了第一部脑死亡的诊断标准。1976 年英国皇家医学院全体大会通过了脑死亡原则; 1981 年美国通过“脑死亡法”<sup>[2]</sup>; 1983 年脑死亡原则就基本完善。西方国家已普遍接受脑死亡原则, 并制定了相应的法律, 到 2000 年, 联合国 189 个成员国已有 80 个承认了脑死亡标准, 这一标准的确立, 不仅为临床实践提供了依据, 也为法律提供了依据, 为医学与社会的发展与进步提供了保障。

### 3 从现在“脑死亡法”的鼓与呼，看中国目前医学与社会现状

正当世界发达国家纷纷为新的脑死亡标准立法实施之际，中国终于结束了长达“10 年的恶梦”，社会经济很快发展，国民经济得到很大提高，医学技术突飞猛进，中国法制正逐步完善，在这一大社会背景下，中国有识之士很快意识到医学要与社会进步相结合，新事务必需取代传统的、不再科学的旧观念，于是就有了 1986 年南京会议草拟的“脑死亡”诊断依据；1995 年上海华西医院标准；1999 年中华医学会组织了神经内科、神经外科、麻醉科、法学、伦理学、社会学、法医学等各学科的专家教授齐聚武汉、制定了我国脑死亡标准草案<sup>[3]</sup>。

然而，由于受几千年封建传统文化的影响，国人在对待脑死亡这一新观念上与西方国家有着本质区别，反应在文化与理论上的相对保守，要让人们接受这一科学进步的果实有相当大的难度，尤其是中国传统死亡观里，在“只要还有一口气就永不放弃”这种信念支持下，要对一个还有心跳的判定死亡更是难上加难，但科学必须战胜愚昧，先进必须取代落后，历史的进程不可逆转。

从 1997 年全国第七届卫生立法讲习班上，20 多名国家内专家，联名提出关于脑死亡标准的立法问题开始，通过医学、法学及社会专家的奔走呼吁，最近欣闻一分符合中国国情的“脑死亡”诊断标准已由卫生部制定，正在广泛征求意见及修改，它标志着我国“脑死亡”立法工作已进入实质性的准备阶段，卫生部副部长黄洁夫指出：脑死亡代表着生物医学领域中先进文化的方向，中国必须加快脑死亡立法工作。它标志着传承了几千年的关于死亡的定义，随着医学、社会进步，必将被更科学、更人道的“脑死亡”定义的所取代，尽管里面承载着太多太多的痛苦和无奈。

### 4 制定“脑死亡法”的现实医学与社会意义

脑死亡法在世界各国已是一种大势所趋，尤其对中国来说，脑死亡法更为迫切。中国是世界人口大国，社会经济相对落后，用世界上 1% 的卫生资源在为世界 22% 的人口服务。卫生资源不足严重阻碍中国医学的发展和人民卫生健康水平的提高。

首先，脑死亡法是中国现有经济水平所需。中国现阶段虽然国力有所增加，经济高速发展，但中国人均经济水平仍处于低水平，对脑死亡病人来说，医疗上的抢救已无救于事，除了消耗大量人力、物力、财力之外，病人本身并无获利。为了抢救脑死亡的病人，动辄几十万几十万之巨，目前正处

尚不健全，公费医疗模式还在垂死挣扎之际，广大农民兄弟的健康尚无任何保障的情况下，花费大量有限资金来作无为的治疗，显然有失公平，在它的背后，是公费医疗、特权医疗在支撑。在临床工作中，我们清楚的看到，最后对脑死亡的病人提出高标准、高要求的家属，无一不是公费医疗及特权医疗的受益者。花大笔的钱有国家、集体来买单。而对社会好多急需治疗而无钱医治的患者来说，无异于变相谋杀，在国家还不算富裕，卫生资源十分有限的经济基础上，合理利用医疗资源，有利于社会资源的公平利用，脑死亡法的实施有利于缓解这一矛盾。

其次，脑死亡法是医学发展的需要。随着医学发展与进步，器官移植已成为有效挽救人类生命的有效手段。但由于我国几千年封建社会的统治，传统中一些消极的东西根深蒂固，受“身体发肤，受之父母，不敢毁伤”，“生要完肤，死要全尸”的影响，器官来源十分困难。目前我国大约五分之四的需器官移植的病人在等待共体中死亡。如果脑死亡立法，它将从技术、伦理、道德方面得到法律保证，使其更光明正大，明正言顺。虽然脑死亡不能改变国人的传统观，但它为器官移植提供了广阔的前景；虽然传统伦理道德仍是阻碍移植的最大阻力，但坚冰在法律的保护下，总有漫漫融化的一天。

总之，从“脑死亡”标准的制定到“脑死亡立法”的鼓吹与呼吁过程中，尽管伴随着医学、社会学、理论学、法学等不同领域对脑死亡的不同理解和认识，但它是与社会进步，医学技术的发展密不可分，它反映一个社会一个民族一个新的科学准则的认同与接受，反映出社会进步，医学技术的发展水平。我们相信，当“脑死亡法”立法之日，也就是我们坦然接受脑死亡这一科学问题的理性回归之时。

#### 参考文献

- [1] Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. A definition of irreversible coma [J]. JAMA, 1968, 205: 337~340
- [2] Guidelines for the determination of death. A report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research [J]. JAMA, 1981, 246: 2184~2186
- [3] 中华医学会中华医学杂志编委会. 我国脑死亡标准（草案）专家研讨会纪要 [J]. 中华医学杂志, 1999, (1), 728~730