

理顺脑死亡立法与个体、群体的关系——

推开脑死亡 的社会之窗

丁 岩

“我”会不会被误杀，哪怕是最微小的可能？这恐怕是我们对脑死亡诊断做出的最本能的反应。然而从人们的争论和媒体的报道来看，答案并不确切。例如：刘海若被“英国判（脑）死”、“中国救活”甚至“带动台湾病人大陆求医热”的消息，似乎已经为公众提供了脑死亡诊断会发生误杀的肯定答案；一些受过医学专业教育的人在面对大众的时候，常常不自觉地把死前状态与死亡混为一谈，比如把自主呼吸与非自主呼吸混称为呼吸，把尸体当成病人描述；在讨论脑死亡立法意义的时候，把一些本来有可能在脑死亡立法后随之而来的益处，人

为地放大甚至颠倒了因果关系。比如把“节约医疗资源”、“卫生改革和发展”作为脑死亡立法“相当迫切”的理由之一；比如在有的媒体上出现“中国器官移植呼唤脑死亡法，只因供体器官来源少”之类的报道。

上述问题的症结不在于公众的认识水平，也不能完全责怪媒体的炒作，而在于没有从社会基础的角度，把脑死亡与个体和群体的关系理顺。例如，没有真正理解“生命自主权”是脑死亡立法的重要前提；即使像脑死亡诊断究竟与“我”有多大关系这类基本问题也未能交代清楚。

人命关天，所有人对“脑死亡”有

疑虑、不安都是正常的,因此,要依照“立法应当体现人民的意志,发扬社会主义民主,保障人民通过多种途径参与立法活动”的精神,做好脑死亡立法的前期准备工作,不然就会偏离脑死亡立法的初衷,影响其稳步推进,甚至降低公众对国家和医学界的公信力。

为此记者最近采访了中华器官移植学会副主任委员、国际器官移植学会会员、华中科技大学同济医学院陈忠华教授,并就一些问题进行了坦诚深入的讨论。

脑死亡立法的个体意义

(一)理论上脑死亡立法与人人有关,而实际上某个人遇到脑死亡诊断的可能性约为十万分之一(1/100000)

在我国,脑死亡立法后,你我不会成为脑死亡诊断的对象?“心死、脑死双轨制”的说法已经回答了这个问题——我们完全可以不选择脑死亡。

假如我们接受脑死亡诊断标准,是不是就意味着我们一定会成为脑死亡诊断的对象?也不一定,一则我们可以随时放弃先前的选择;再则在生命的尽头,只有很少的人需进行脑死亡诊断。以颅脑外伤为例,其发生率仅为十万分之九十五(95/100000),通常由车祸、施工等意外事故引起。而这少数人发生事故以后还有三种情况,一是当场死亡,二是在被送往医院的途中死亡,三是被送到医院里进行抢救。这些人中又有三种情况:治愈出院、伤势非常

危重需持续抢救、抢救无效濒临死亡。只有这最后一种,才可能牵涉到脑死亡诊断问题,大约占正常人群的10万分之22。

陈教授分析了上述情况后举例说,在英、美等一些发达国家,因为捐赠器官的志愿者基本是认同脑死亡概念的人,并持有器官捐献卡,所以脑死亡诊断只与这部分人有关。此外,一般主管医生并没有诊断脑死亡的权力,例如在英国,如果很有把握发现某一个器官捐献持卡人发生了脑死亡,须请至少两名由英国皇家医学会授权、持有脑死亡诊断执照的医生来对其进行最后的脑死亡诊断。他们各自独立进行检查,做出独立的书面结论。并非每个医院都配有这样的医生,像英国剑桥大学教学医院也只有三、四名。如果各种原因,到场的医生不足两人,那么这个诊断就不能进行。这样的情况也并不少见。

至于刘海若是不是被英国医院诊断了脑死亡,首先看她是否持有器官捐赠卡,如果没有,就不是脑死亡诊断的对象。在合法的脑死亡诊断书面结论没有正式下达之前,任何人无权停止对她的救治。在那里她的呼吸机并没有被撤除。

记者:“根据中国的国情、习俗,脑死亡立法前后会有多大的变化?”

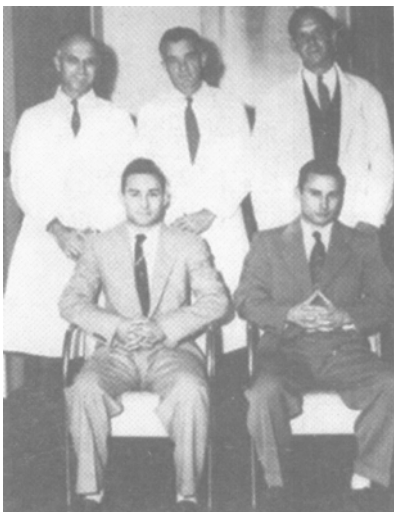
陈忠华:“日本的脑死亡立法已经五年多了,总共才有十几例做了脑死亡诊断并捐献了器官。我们比日本会怎么样?目前在整个亚洲,这部分人群也是非常小的,这跟国家、民族、地区的历

史、文化及宗教信仰有关系。”

(二)“生命自主权”是脑死亡立法的前提

目前,各国脑死亡法情况不尽相同,例如德国没有专门的法律,只有相应的法规,因为整个社会公认脑死亡诊断是医学的标准,医生说了算。但不管怎样,各国有一个一致的前提,那就是绝对、充分地尊重生命自主权。即人的生命权必须由他自己决定,医生必须尊重病人的选择。在本人没有能力作选择的情况下,可由法定监护人代为选择。这是现代医学伦理学的核心。《脑死亡法》作为现代科学的法律肯定不能偏离这个核心。

陈教授举例说,一个农家的孩子死掉了,他若要坚持等到尸体凉了再抬回去,那么医生就不光是要等到孩子心脏停跳,还要等到他尸体冰凉才能处理后。每个家庭不一样,每个死者的情况也不一样,即便是在以脑死亡



最早的移植器官是由健康活人捐献的。1954年人类第一例成功的肾移植发生在一对孪生兄弟身上。



17 世纪前不允许解剖人的尸体，医生们为了了解人体构造，只能偷偷把被吊死者的尸体进行解剖，当他们第一次看到人体的构造时，露出万分惊讶的表情。

为主流选择的国家，自愿选择仍然是前提，任何选择都是“生命自主权”的具体体现。

对生命自主权的尊重还体现在脑死亡诊断标准中。他举例说，人的全脑死亡分为脑皮层死亡和脑干死亡两个部分。英国以脑干死亡为标准，强调把守伦理学禁区，将植物状态严格排除在外。美国以全脑死亡为脑死亡标准，强调脑死亡的整体性。在我国《脑死亡诊断标准》（成人）的第三稿中有这样一条：“脑电图平直”。什么意思？就是说人的全脑死亡后，大脑皮层可能还有零散的脑皮层细胞活着。如果在这个时候停止使用呼吸机，这些零散的脑皮层细胞也就很快死亡。但是这些零散的脑皮层细胞在一定灵敏度的仪器上可以产生非常微弱的电波，实验证明，这些不规则的脑电波完全不能代表整体生命

的存在，所以一些国家不把它作为脑死亡诊断的指标。但是我国仍然把脑电波完全消失作为诊断指标之一，即所有的脑细胞彻底死亡了。应该说，这比美国全脑死亡的标准更具体、更严格或更苛刻。再如，两次诊断间隔时间国外为 4 小时，中国可能要求 12 小时，比国外长 3 倍。“作为器官移植的从业者，我不能涉足脑死亡诊断标准的制定工作，但作为科学工作者，我可以负责地说，根据中国的国情、民情，脑死亡诊断在把握尺度的时候一定会再三严格，尽管这种严格在本质上已经没有什么特别意义，但有可能更为公众所接受。”

他说：“我认为在对待公众如何认知脑死亡的问题上一定要宽容。在还没有弄清脑死亡是怎么回事之前，人们完全可以把自已置身事外，既不要担心，也不必

争当志愿者。愿意把脑死亡搞清楚没什么不好，不愿意搞清楚也没什么关系。接受脑死亡、成为器官捐献志愿者的人也可以随时退出自愿者行列。”

脑死亡立法的群体意义

（一）“器官供体不足”、“节约医疗资源”不能作为我国脑死亡立法的理由

必须明确，诸如“增加器官供体来源”、“节约医疗资源”、“卫生改革和发展”均属社会公益事业，是群体范畴，由国家及各级政府机构承担义务。而是否选择脑死亡和捐赠器官则均属“生命自主权”前提下的个体范畴，不受任何个人意愿以外的因素左右。在这个特定的问题上，个体与群体的主次关系不能颠倒。任何国家、任何法律都不能强迫公民捐献器官。

只有当个体认知了脑死亡的客观性和科学性，同时又主观认为捐赠器官也是一种崇高行为的时候，这两个不同的范畴才能互动。这需要一个漫长的过程。以美国为例，上世纪 80 年代，美国率先制定了脑死亡的法律，而且是实施比较顺利、捐赠器官者比较普遍的国家，但是它至今也未能解决供体不足的问题：2000 年，美国捐赠器官的个体总数为 11448 人，其中活体捐赠器官的个体数为 5463 人，尸体捐赠器官的个体数为 5985 人，而等待器官移植的人数却为 76115 人。供需差距之大，一目了然。假如尸体捐赠器官的这 5985 个体全部是脑

死亡者，那么也只占捐赠器官个体总数的52%。

事实上是包括美国在内的所有实施脑死亡法多年的西方国家，器官都是来源于包括亲属活体供者在内的三个以上的途径（脑死亡供者，亲属活体供者，非亲属活体供者，等），而且远未解决供体不足的问题。

我国每年仅需要进行肾移植的病人就高达约50万，从陈教授对脑死亡诊断发生可能性的推算看，即便立法后所有的脑死亡者都捐赠器官，也还是杯水车薪。

同理，推行脑死亡法当然也不能解决“用世界上1%的卫生资源在为22%的人口服务”的矛盾。其实，我国医疗资源不足主要与国家整体经济实力相关，而医疗资源利用不合理主要与医疗卫生体制有关。比如在一个成本核算不充分、甚至存在种种漏洞和效

率低下的医疗机构，“放弃对一个脑死亡者无谓治疗”所节约下来的“一天的费用”，未必能够“治疗上百个普通病人”，反之，不放弃“无谓治疗”倒可能增加医院收入。仅就节约医疗资源而言，推进医疗卫生体制改革远比推行脑死亡的迫切性要大得多。

所以“器官供体不足”、“节约医疗资源”不能作为我国脑死亡立法的理由，更谈不上“迫在眉睫”。

（二）与国际接轨才是真正“迫在眉睫”

陈忠华教授说：“日本的脑死亡立法虽然已经5年多，才做了十几例诊断。但是人家毕竟有了。而我们如果现在不立法，那么再过10年、20年也还是零。何况，在十亿人口的大国，难道没有一名自愿捐赠者吗？”

恐怕“零”的突破才是“迫

在眉睫”的中肯理由。

公众常常从媒体得知，我国有很优秀的器官移植医生，几十年来做了大量的、颇有成效的工作，在多个领域处于国际先进水平。但这一切不被世界卫生组织和国际器官移植学会认可，包括学术论文不能发表，学术交流会上受冷落，遭受批评乃至恶意攻击，公众对此却鲜有所闻。去年，中国器官移植学会竞标申办2008年第22届国际器官移植大会的主办权，大会将有80个国家和地区的5000多人参加，注入资金高达450万美元。这个“主办权”不仅在学术荣誉上含金量高，而且有着不可小觑的政治、经济的分量。对中国而言，它还有着推动器官移植“正规化、合法化、公开化、国际化”的特殊意义。我国政府和学术界全力以赴投入了竞标，但是内容完备、形式精致的标书在第一轮竞争中就被毫无商量地刷了下来，为什么？因为中国没有包括《脑死亡法》在内的四个法律法规文件（其余三份：《器官移植法》、《器官捐赠法》、《亲属活体器官移植伦理学指南》），而它们是国际公认的开展器官移植工作必备的重要法律依据。

这是怎样刻骨铭心的痛，用一些器官移植医生们自己的话说是：中国器官移植几十年走了一条医生自己都觉得很窝囊的路！

事实上有些自认为不透明的信息早就人所共知。很简单，我国移植患者术后必须使用的抗排斥药物主要来自国际上三大医药公司。这些药物每年在我国的销售量能精确地算出每年我国有多少



2002年11月21日，在伦敦举行了英国170年来的首次公开尸体解剖演示。大约有数百人买门票观看了这次公开尸体解剖。他们不仅可以观看解剖过程，还可以近距离观看切割下来的尸体器官。

人接受了器官移植。在一个国家里,有这样数量的人接受器官移植,由志愿者脑死亡提供的器官来源就那么2-3例,其余的供体从哪来?这个问题如同秃头上的虱子——明摆着。

记者:“假如马路上跑着汽车,却没有红绿灯和交通规则,会有什么后果?”

陈忠华:“你提出的问题一定要以历史的眼光来看。

“在上个世纪还没有器官移植技术的时候,欧美的一些神经科医生在大量的回顾性病例分析中发现,那些被他们初步判断发生了脑死亡的人复活的可能性是零。但仅限于学术讨论,没有付诸实践。

“后来出现了器官移植技术。最早的一批移植器官是由亲属活体捐赠。1954年人类第一例成功的肾移植发生在一对孪生兄弟之间。但是这样巧合的情况很少,所以医生们始终在为器官来源发愁。有一天,他们在医学杂志上看到了脑死亡的说法,原来与他们一墙之隔的神经科的同道们发现了脑死亡者的生命是不可逆的。于是他们眼前一亮:脑死亡者的器官能不能拿来用?所以既不是脑死亡搞出了器官移植,也不是器官移植搞出了脑死亡,而是科学发展到了不谋而合的那一步。

“从那时起把脑死亡者身上的、还能存活的器官取下来移植给需要的患者,就这么自然而然地做了起来。起初谁也没觉得有什么不妥,但是做了一段时间之后,人们发现各个医院诊断脑死

亡标准有所不同,这就引发了一系列法律和伦理问题,于是才有了脑死亡法。英国大约在肝移植做了30多例的时候,才进行了脑死亡立法。全世界只有一个国家是先有了脑死亡立法后开展脑死亡诊断的,那就是新加坡。当时新加坡预料到器官移植技术将要被引进,就先进行了脑死亡立法。国家不在于大小,立法不在于先后,关键在于有没有意识到某项法律的重要性和立法的迫切性。

“脑死亡实践在先,脑死亡立法在后,这就是历史。中国只不过是在重复历史。现在也到了非立法不可的时候了,与国际接轨迫在眉睫。”

脑死亡立法的原则

对于脑死亡立法的意义,既不能夸大,也不能缩小。

(一) 脑死亡立法的基本意义

既然死亡是必然的,那么这个“必然点”在哪?过去认为是心跳、呼吸停止。随着科学的发展,使用先进的设备和药物不仅能够帮助病人渡过难关,也能够在规定时间内维持死者的心跳和非自主呼吸,于是心脏停跳的人不一定死了,而心脏在跳的人却不一定还活着——死亡的界限变得模糊了。然而有一个事实:心脏不行了可以换,肺的功能丧失可以用呼吸机代替,只有脑是目前还不可能替换的。脑死亡才是“必然点”。也就是上次我们所讨论过的“临界点”。

对于人类社会而言,能够抓住死亡的本质,从而更慎重、准确

地判断死亡,仅此一点,意义就已足够重要了。对于国家而言,能够在坚实的科学和社会基础上,把脑死亡的问题以立法的形式确定下来,这无疑是对生命和科学的双重尊重。对于个体而言,一旦认同脑死亡,就多了一个能够体现个人意愿、有法律保障的选择。

(二) 对脑死亡立法的现实态度

公众:脑死亡概念的出现是科学与社会进步的标志,但是“我”不选择脑死亡并不意味着“落后”。生命的自主权永远掌握在“我”手里。

医疗界和媒体:在中国,脑死亡立法对医疗资源的节约和解决器官供体缺乏问题,在相当长的一段时间里并不能起到举足轻重的作用。不能为了推动立法而夸大其作用,更不能颠倒因果关系。国家:尽快、稳步、坚决地推动脑死亡立法,这不仅是解决某一个学术领域上与国际接轨、推动其健康发展的问題,而且关系着国家的政治声誉和民族的整体形象。

立法需要先行,教育亟待跟上。要尽快在医学界进行脑死亡概念的扫盲,逐步在公众中推进脑死亡概念的启蒙。

此外要立足经过长期、有效的努力,力戒急功近利。只有当国民教育、人民整体素质有了显著提高的时候,脑死亡志愿者才会由“零”到少,由少到多。只有到那时,诸如“节约医疗资源”、“增加器官供体来源”一类的益处也才能瓜熟蒂落、水到渠成。