

确立脑死亡的现实意义及其立法探讨

达庆东

死亡是人类生命的自然归宿。现代医学与现行法律在死亡问题上的冲突,特别是脑死亡的提出,使死亡的概念、判断死亡的标准以及死亡需不需要立法等问题,日益受到人们的关注。本文仅就确立脑死亡的现实意义和有关立法问题作一探讨。

一、确立脑死亡的现实意义

脑死亡(brain death)是指原发于脑组织严重外伤或脑的原发性疾病,致使脑的全部机能不可逆地停止,最终导致人体死亡。脑死亡同心跳和呼吸停止一样,是人的生命现象的终止,是个体死亡的一种类型。脑死亡概念的最早提出见之于1968年美国哈佛大学医学院死亡定义审查特别委员会的一份报告。

从远古社会开始一直延续到20世纪,人们都把心跳和呼吸停止作为死亡的确切无疑的征象。中国2000多年前的《黄帝内经》称:“脉短、气绝,死。”《中国大百科全书》的死亡定义是:“自然人生命的终止,人体生理机能逐渐衰减以至完全停止的过程”。在西方,1951年世界著名的《布莱克法律词典》的死亡定义为:“血液循环完全停止,呼吸、脉搏停止。”这一传统的死亡标准由于几千年的延续而天经地义地成为世界各国医学、哲学、宗教、伦理、法律及社会大众一致的认识。但是,自本世纪五六十年代以来,这一状况发生了重大变化。首先,在长期的医学实践中,人们发现人死亡是分层次进行的复杂过程,心肺死亡作为死亡的一个层次并不绝对预示或标志整个人体的死亡。其次,医学技术在抢救心跳、呼吸骤停方面有了突飞猛进的发展。人工心脏救护设备和人工呼吸机可以使心跳、呼吸停止数小时,乃至10余小时的病人复苏,再加上人工营养维持,能使许多病人“起死回生”。第三,60年代以来,现代医学在心脏移植技术方面取得的突破性进展从根本上动摇了心肺死亡标准。于是,人们开始探寻新的死亡定义和死亡标准。在此背景下,适应现代医学发展的需要,一种被医学界认为更加科学的脑死亡概念和脑死亡标准便应运而生。这是生物医学科学技术发展的必然结果,它有着重要的意义。

(一)有利于促进器官移植的开展

脑死亡概念和脑死亡标准虽然不是为器官移植而定,但器官移植却因此而得益。器官移植要求用于移植的尸体器官越新鲜越好。据有关专家介绍,用于器官移植的尸体器官不可以冷藏,在现代条件下存活的最长有效时间是:心脏4小时、肝脏24小时、肾脏48小时、角膜几个星期;实施器官移植术还要求摘取时其缺血和缺氧时间不能过长,心脏不超过3至5分钟、肝脏不超过15分钟、肾脏不超过45分钟、骨和角膜不超过24小时等,否则,器官会丧失机能而大大影响成活率。而依靠先进的科学技术维持脑死亡者的呼吸和循环功能,使之可以成为医学上最理想的器官移植的供体和极好的人体器官和组织的天然贮存库。医生可以根据移植的需要,在从容地做好各项移植准备工作后,适时地摘取供体器官,从而提高器官移植的成活率。然而,不确定脑死亡的概念和标准,摘除器官过早,会被认为是杀人;过晚了器官移植成活率降低,则失去了器官移植的意义。

(二)有利于医疗卫生资源的合理利用

医学技术虽然在抢救心跳、呼吸骤停方面有了迅猛发展,但随着时间的推移,尤其是危重症监护病房增多,医生们敏锐地感到,尽管大多数病人可救治成功,也还有为数不多的只靠人工机械勉强维持心跳呼吸,但已完全失去生命活力的,现代医学无力使之恢复意识的脑死亡者。无情的事实提出了一个敏感的问题:对现代医学无法挽救的脑死亡者,国家和家庭每时、每日,乃至长年支付高额医疗费用,医护人员及亲友日夜无休止地看护,其意义在哪里?而脑死亡概念和脑死亡标准的确认,可以适时地终止对脑死亡者的医疗措施,减少不必要的医疗支出,把有限的医疗卫生资源用于那些需要治疗而又能够达到预期效果的病人的身上,同时也可以减轻脑死亡者亲属的精神和经济负担。例如,在美国,每年约有1万个植物人被供养在各所医院,他们大都因车祸而引起不可逆的大脑死亡。为了维持这1万植物人的心跳、呼吸、营养,美国每年要花费15亿美元。平均每个植物人的全年费用在万元以上,而美国人均全年医疗保健费才为1365美元。不仅如此,植物人还占用了大量的医疗稀有资源,从而限制或减少了有望康复的其他病人对这些医疗稀有资源的使用。据统计,我国1994年因车祸死亡的5万人

中,大多数为脑死亡者。所作无效抢救费用平均每人需3万元左右。这样,不仅浪费了巨额抢救费用,还造成了大量可贵供体的浪费。

(三) 有利于法律的正确实施

死亡对于刑法、民法、婚姻法、继承法等几乎每一个法律领域都具有重要意义。主要体现在:死亡决定杀人罪的成立,民事权力的终止,继承的开始,侵权行为的构成,婚姻关系的消灭,刑事责任的免除以及诸如合伙、代理等民事法律关系的变更和终止。因此,什么是死亡,如何科学地、准确地判断一个人的死亡时间,在司法实践中具有极其重要的意义。如前所述,传统的死亡标准的局限性已显而易见。这就要求立法者对现代医学引起的变化及时作出反应,对有关法律作出相应的调整,以利于法律的正确实施。

二、国外脑死亡的法律规定

(一) 脑死亡的法律地位

目前,关于脑死亡的法律地位,主要有三种情况:

1、国家制定有关脑死亡的法律,承认脑死亡是宣布人体死亡的依据。死亡立法起源于西方国家。本世纪60年代欧洲一些国家医学界对死亡概念的理解就已发生了变化,然而法律界未能立即响应。经过10年左右时间,一些国家的法律界终于开始谨慎地接受了脑死亡概念。芬兰是国家法律接受脑死亡的第一个国家。在美国,脑死亡概念的出现与传统死亡概念为基础的法律发生了冲突,因而美国许多州开始制定或修改关于死亡认定的法律。1970年,美国堪萨斯州率先通过了《死亡和死亡定义法》。经过多年探讨和实践,1983年,美国医学会、美国律师协会、美国统一州法律督察全国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,建议美国各州采纳以下条款:“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。死亡的确定必须符合公认的医学标准。”该条款实际上是让传统死亡概念、标准和脑死亡概念、标准同时存在,避免了人们对死亡定义可能产生的误会。在加拿大和瑞典,关于脑死亡的立法强调,当一个人的所有脑功能完全停止起作用并无可挽救时,即被认为已经死亡。此外,还有阿根廷、澳大利亚、英国、法国、西班牙等10多个国家制定了脑死亡法律,承认脑死亡是宣布死亡的依据。

2、国家虽然没有正式制定法律条文承认脑死亡,但在临床上已承认脑死亡状态并用来作为宣布死亡的依据。如比利时、德国、印度、南非、新西兰、韩国、泰国等10多个国家。

3、脑死亡的概念已为医学界所接受,但由于缺乏法律对脑死亡的承认,医生不敢依据脑死亡来宣布一个人的死亡。

(二) 脑死亡的诊断标准

死亡作为人类生命的最后发展过程是一种自然的事实状态,法律对此永远无法改变。因而法律的任务不在于如何给死亡下一个完美的定义,而是要确认死亡的时间和死亡判断

的标准,即如何从死亡过程中定一个终点,一个法律上的可以决定权利义务关系变更的终点。那么,究竟应当用什么标准来判断死亡才是科学的呢?1968年,美国哈佛大学医学院死亡定义审查特别委员会首次提出了较为完善的脑死亡诊断标准,即“哈佛标准”。这个标准的主要内容是:①病人不可逆的深度昏迷,无感受性和反应性;②无自主呼吸;③脑干反射消失;④脑电波平直。上述状况在24小时内经反复测试结果无变化,就可判定死亡。同年,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为:对环境失去一切反应;完全没有反射和肌肉张力;停止自主呼吸;动脉压陡降和脑电图平直。其基本内容是哈佛标准。但世界卫生组织的《悉尼宣言》同时承认传统的心肺功能死亡标准。此后,各国专家先后提出过30余种关于脑死亡的诊断标准,但与“哈佛标准”大同小异。目前,世界上许多国家还是采用了“哈佛标准”,并有近30个国家立法通过了脑死亡标准。

为了保证和提高脑死亡诊断的准确性,防止偏差,有的国家规定,脑死亡诊断应由两名内科医生作出,且同器官移植无关联。也有的国家法律规定,脑死亡的确定,应由两名医生独立进行检查,得出相同的结论,或需经上级医生的核准;必要时,还需神经内科、神经外科、麻醉科以及脑电图专家会诊,无异议时方可确定脑死亡。

三、我国脑死亡立法思考

鉴于前述确定脑死亡的意义,我国医学界、社会学界、伦理学界、法学界有越来越多的人接受脑死亡定义,并呼吁尽快就脑死亡立法,建立我国的脑死亡诊断标准,以适应医学科学事业的发展。显然,讨论我国脑死亡立法已是一个十分现实和迫切的问题。在我国,由于文化传统和医学技术发展状况的不平衡,使人们对脑死亡的认识很模糊,要在短期内对脑死亡标准达到共识也是不可能的。但是决不能以脑死亡标准是否被全社会承认来判断是否应当立法显然是不合理的。法律应当顺应形势积极调整各种矛盾着的社会关系。通过立法来确认脑死亡,从法律角度来统一认识,无疑是一种明智的选择。如我国香港建立了有关法律法规,规定可以脑死亡为死亡标准;我国台湾在1987年9月17日公布了《脑死判定步骤》,规定脑死判定作为“认定死亡事实标准之一”,但由于“其判定程序涉及严格医学技术之运用,无法广泛实施”,因此,与呼吸停止、心脏跳动停止的传统死亡认定标准并存。借鉴国外和我国香港、台湾地区的脑死亡立法经验,我国在脑死亡立法时应考虑以下问题:

(一) 两种死亡标准并存

根据我国国情,确立脑死亡标准和传统死亡标准同时并存的制度。首先,传统死亡标准虽然有其缺陷,但其观念已根深蒂固,同时现代医学并没有完全否定其科学性。特别在我国广大农村和边远贫困地区医疗条件比较落后的情况下,传统死亡标准仍是判断死亡的有效标准。其次,脑死亡标准本身也并不排斥传统死亡标准。这样就可以因人因地而异,当医疗条件和设备达到一定程度时,就可采用脑死亡标准。

(二) 制定严格的脑死亡诊断标准

借鉴哈佛标准,结合我国医疗实践的具体情况,制定严格的、具体的脑死亡诊断标准。

1、脑死亡判定的先决条件:①病人陷入深度昏迷,不能自行呼吸而必须依靠人工呼吸器维持呼吸;②导致昏迷的原因已经确定;③病人遭受无法复原的脑部结构损坏。

2、排除可逆性昏迷:①排除因为新陈代谢障碍、药物中毒与低体温所导致的昏迷;②如患病原因不明,则应排除而列入考虑。

3、在使用人工呼吸器的状况下,观察规定时间,其间病人应呈持续深度昏迷,不能自行呼吸且无自发性运动。

4、脑干功能测试:在符合上述条件的情况下,对脑干进行规定的次数测试后,病人仍完全符合无脑干反射与不能自行呼吸的条件,即可判定病人脑死。

(三) 建立科学完整的脑死亡管理制度

脑死亡立法应规定哪些医生有权作出脑死诊断,应按什么程序进行,使用哪些检测手段等,以防止医生的草率诊断或者虚假诊断。

1、脑死亡确定医师的资格条件:①具有神经内科或神经外科或麻醉科专科医师资格;②接受过有关脑死亡确定的学习研究,并持有证明文件。

2、参与脑死亡确定的人员:①病人的原诊治医师;②具有确定脑死亡资格的医师2人。

3、可以确定脑死亡的医院必须具备规定的设备条件。

4、脑死亡诊断书的签发:由具有脑死亡确定资格的医师2人和病人原诊治医师共同签发死亡诊断书。

(四) 法律责任

(上接第29页)卫生监督人员的主观认识和分析判断,不直接写概括性的判定结果。为避免记录的内容产生歧义,不应使用“大概”、“大约”、“估计”、“是否”、“尚不清楚”、“不完全统计”、“大部分”、“10余人”、“预计”等推测性或模棱两可的词句;

2、行政处罚决定书中要引用与违法事实相对应的违法条款和处罚依据条款,引用法律要按条、款、项的顺序进行,防止错引和漏引;而且处罚内容要逐字对照卫生监督法律、法规规定的“罚则”内容书写,不能随意修改、增加或减少处罚内容,也不得超越“罚则”规定的处罚内容,有轻重情节时,作出处罚决定不得逾越法律、法规规定的上、下限。

(三) 程序要求:

制作处罚文书必须符合《行政处罚法》、《卫生行政处罚程序》等规定的程序要求,既要按照一定的步骤进行,还要符合形式与期限的要求。卫生监督人员要根据《卫生行政处罚程序》的规定,按照立案、调查取证、行政处罚的合议、告知、审批、制作决定、送达、执行、结案等步骤和每一步骤的规定期限制作文书。如《送达回执》上的收件日期应填写清楚,可据此日期起算申请行政复议或起诉的期限。

脑死亡立法应当明确规定违反脑死亡法律法规的法律责任,同时还应规定医生为了器官移植中器官新鲜的需要,当病人脑死亡诊断宣布后,不摘除死者身上的人工抢救装置而继续使用是否违法,究竟是对尸体的合理保存还是非法侵犯。

(五) 应当对于植物人和脑死亡者加以严格区分

1996年4月,中华急诊医学学会脑复苏研究中心组织国内著名医学专家初步制定了植物状态患者的诊断标准共7条:认知功能丧失,无意识活动,不能执行指令;保持自主呼吸和血压;有睡眠觉醒周期;不能理解和表达语言;能自动睁眼或在刺激下睁眼;可有无目的性眼球跟踪运动;丘脑下部及脑干功能基本保持。上述状态持续一个月以上者,即为人们通常说的“植物人”。根据这一标准,可见植物人不同于脑死亡,长期昏迷不醒、没有意识的病人与脑死亡的植物人是两种不同的病例。因此,脑死亡立法应明确规定,对植物状态患者中那些脑功能确已不可逆停止的人可以宣布死亡,但绝不能将所有植物人宣布为脑死者而不予以治疗抢救或者摘除其器官用于移植。

参 考 文 献

- 1、陈明光主编·医学法学导论·北京:中国科技出版社,1989
- 2、冯建妹·现代医学与法律研究·南京:南京大学出版社,1994
- 3、达庆东主编·卫生法学纲要·上海:上海医科大学出版社,1996

(作者单位:上海医科大学社科部法学教研室)

制作文书的形式要求,主要是要根据21种处罚文书的适用范围,在卫生监督执法中有针对性地选择使用文书。《卫生行政执法处罚文书规范》还规定了笔录制作后的告知程序。即笔录制作完成后,应当场交给当事人核对或宣读:(1)当事人认为有误的,可当场提出修改或补充,改动处应用指纹或印鉴覆盖;(2)当事人认为无误的,应注明“以上笔录属实”或“以上笔录基本属实”,并签章;(3)、当事人拒签的,应注明拒签的理由。有卫生监督人员以外的人——第三人在场的,还应请他们签名。此外,根据实际需要有些文书采用联单式,有的文书采用存根式,而有些需自行复制。文书制作结束,还应注意盖章要合法,文书落款需卫生行政部门盖章的(目前公共场所卫生行政执法处罚文书需加盖卫生防疫机构的公章),则应严格按照要求加盖公章;按照规定,部分文书如《现场检查笔录》、《询问笔录》、《采样记录》等无需盖章,加盖公章则属多此一举。卫生监督人员在制作文书时也应注意必须有完备的手续。

(作者单位: ☐ 浙江省台州市椒江区卫生防疫站
☐ 浙江省卫生防疫站)