

关于“脑死亡”立法科学与伦理的纷争

施 敏, 薛 惠

(上海第二医科大学附属新华医院, 上海 200092)

中图分类号: R-052 文献标识码: A 文章编号: 1002-0772(2003)05-0036-03

我国对脑死亡的研究起步于 20 世纪 80 年代。1980 年, 学者李德祥提出脑死亡应是全脑死亡, 从而克服了大脑死、脑干死等脑的部分死亡等同于脑死亡的缺陷^[1]。中国医学界开始讨论建立我国自己的脑死亡标准。1997 年在全国第七届卫生立法讲习班上, 有 20 多位国内的知名专家, 联名提出关于脑死亡标准的立法问题。1999 年中华医学会组织了脑死亡标准(草案)专家研讨会, 并提出了脑死亡诊断标准^[2]。同年, 解放军总医院的人大代表李炎唐教授在全国人大会议上提交了关于脑死亡及器官移植的立法提案, 促使我国脑死亡立法的步伐越来越快。

2002 年 10 月 26 日在武汉举行的全国器官移植学术会议上, 中国第一个脑死亡诊断标准浮出了水面: 脑死亡是包括脑干在内的全脑技能丧失的不可逆转的状态; 先决条件包括昏迷原因明确, 排除各种原因的可逆性昏迷; 临床诊断: 深度昏迷, 脑干反射全部消失, 无自主呼吸, 靠呼吸机维持, 呼吸暂停实验呈阳性, 以上条件须全部具备; 确认试验: 脑电图平直, 经颅脑多普勒超声呈脑死亡图形, 体感诱发电位 P14 以上波形消失, 此三项中必须有一项阳性; 脑死亡观察时间: 首次确诊后, 观察 12 小时无变化, 方可确认脑死亡。卫生部副部长黄洁夫称这个脑死亡诊断标准的讨论稿目前正在广泛征求各方面意见进行修改完善。他进一步指出脑死亡概念代表着生物医学领域中先进文化方向, 中国必须加快脑死亡立法工作。

被医学科技带入 21 世纪的所有道德观念中, 生命和死亡也许是最痛苦的话题, 尽管在医学伦理学、法学界有越来越多的人接受脑死亡的定义, 但传承了千百年的死亡定义, 依然牢牢地占据着内心深处, 传统的被公认的死亡标准定势一旦受到挑战, 其争论的激烈可想而知。

代表了人类的普遍愿望?

自古以来人们普遍认为心脏是个体生命的中枢性器官, 因而传统的医学观念认为从广义上来说人的个体死亡都是心脏不可逆地停止跳动的结果, 即为心脏死。在有些个体死亡过程中, 呼吸停止先于心跳停止出现, 称之为呼吸死, 以心跳和呼吸不可逆地停止作为个体死亡的标准, 这是传统医学的死亡概念。然而随着医学科学技术的发展, 现在完全可以用呼吸支持和药物支持来维持病人的心肺机能。但是大量的临床研究发现, 对这类患者进行抢救不能真正挽救生命, 而只是在延迟心肺的死亡过程。人们开始认识到, 心跳、呼吸停止并不意味着必然死亡, 而运用生命支持技术而使心跳、呼吸机能尚存也并不意味着必然生存, 仅以呼吸、心跳的停止的死亡观点是不全面的。这无疑使系统的医学死亡标准产生了动摇。因而, 医学上提出了以“不可逆的脑功能丧失”作为死亡的另一条标准, 进而确定了脑死亡定义, 这一理论的科学依据在于“以脑为中心的中枢神经系统是整个生命赖以维系的根本, 由于神经细胞在生理条件一旦死亡就无法再生, 因此当作为生命系统控制中心的全脑功能因为神经细胞死亡而陷入无法逆转的瘫痪时, 全体机体功能的丧失也只是一个时间问题了”^[3]。

但是, 任何对于死亡概念的最科学的诠释, 如果仅仅处于生物医学范畴之内的话, 对于脑死亡的争论将变得毫无意义, 因为脑死亡的确打破了传统死亡标准的圭臬, 它更全面、更准确地反映了个体生命终结的实质。但是死亡问题承载着人类几千年关于生死的文化, 科学即使能够达到脑死亡代表人体死亡的共识, 但还得需要考虑人们对科学共识的承载力, 因为任何关于死亡的定义都不能与伦理和道德观念分开。在现代伦理的视野中, 医学不仅是一门生理学科技术, 还应当是现代社会的一种善恶上

成^[4]。

前不久,媒体竞相报道了一则《为何躲避“脑死亡”鉴定》的报道:2002 年 9 月 10 日,一位 14 岁成都少年的心脏停止跳动,医务人员初步判定少年已经“脑死亡”,建议放弃治疗,但是家属拒绝进行“脑死亡”鉴定,坚持继续救治。

家属拒绝对医学判定为死亡的亲人做“脑死亡”鉴定,是不是对死亡的认识的固执不化呢?我们没有理由指责他们对死亡观念落后了,家属考虑的角度往往不是理性的科学的角度,哪怕有万分之一的机会,也肯定不轻言放弃,否则负疚感永远抹不去,毕竟亲情是不能用理性标准来衡量的。然而在医学上,脑死亡对医生判决何时撤消救生(复苏)是十分必要的^[5],尽管在感情上对患者家属来说,撤消救生可能是一个复杂的决定,然而从医学上来说,明确了脑死亡者复苏的希望渺茫立即撤消救生是合理的。

接受脑死亡的阻力,无论从观念上还是从脑死亡判断的复杂性上看,深受儒家文化浸润的中国,人们更加难以接受脑死亡的判断标准。从根本上讲,死亡对于每一个个体来说生物学意义都一样,意味着有机体的解体,但实际上每个个体感受到死的文化与心理意蕴却不大相同,特别是深受几千年儒家文化濡染的中国,形成了“乐生而恶死”的独特的死亡观。“脑死亡”势必对这种观念产生很大的冲击。与我国相似文化渊源的日本于 1997 年开始实施《脑死亡法》和《器官移植法》以来,仅有 16 人通过脑死亡法捐献器官,2000 年 5 月,日本总理府发表的“关于器官移植的舆论调查”结果表明,约有 32.6% 的人表示愿意被判定脑死亡后捐献自己的器官,有 35.4% 表示不愿意这样做,而表示不置可否的占 27.6%,仅有 5% 愿意像随身携带汽车驾驶执照、医疗保险证明等一样携带“愿意提供内脏器官卡”,可见,尽管日本通过《脑死亡法》和《器官移植法》,但真正能响应的人仍不占多数。

2 焦点之二:为卫生资源的合理利用和器官移植提供法律保障是不是脑死亡立法的根本目的

这似乎是一个悖论:一方面抢救一个判为脑死亡的病人一天的费用,动辄上万元,这些治疗费足以提供给众多普通病人,如果确认通过实施脑死亡法,可以终止无效的医疗救治,减少无意义的卫生资源消耗。

另一方面,由于器官移植供体短缺的矛盾日趋严重,目前我国大约有 400 万急需器官移植的病人等待

给那些急需器官移植的病人,无疑将挽救无数人的生命,而这些器官移植需要“脑死亡”法作为法律保障才能使这个过程真正合法化。

目前我国在器官移植的某些领域已经具有国际先进水平,但和发达国家相比我国的移植数量并不多。究其原因,固然与国家经济尚不够发达,患者经济承受力有限有关,但缺乏合法的供体来源,则是主要障碍。而且,目前我国在器官移植上还无法可依,很多来自医药界的人大代表曾多次呼吁要尽快建立中国的“器官赔偿法”,我国著名器官移植专家、中科院院士裘法祖曾多次大声疾呼为脑死亡立法,以使中国的器官移植研究更好地开展并得到法律保障,以缩短我们与发达国家之间存在的差距。

而在众多反对脑死亡立法的呼声中,认为在以科学立国的国家里,以科学之名诉求法律,几乎具有无可质疑的正当性,但脑死亡涉及了科学问题、医学问题、伦理问题等诸多因素,医学界在提出脑死亡立法的同时,就急切地提出了节省医疗费用和脑死亡者器官利用问题,这未免不让人怀疑“脑死亡立法是建立在功利主义基础上的,是为器官移植而设立的,有悖于人道主义的原则。当一个人处于弥留状态时,面对的却是医生等候死亡的冷淡目光,在这里,生的意志在期望他成为别人医疗资源的等待中被彻底摧毁”^[6]。

也有些人指出,不能以价值来决定一个生命要不要存在。由于死亡对一个人来说特别重要,可能影响他对自己本身的认识;对社会而言,死亡标准的变化也会产生引起价值观念、法律制度的变化,所以,在当前情况下,“脑死亡”的立法应谨慎。

赞成脑死亡立法的人士认为,脑死亡立法由器官移植界提出有特定的历史背景和客观原因,但实际上在脑死亡立法和实施脑死亡诊断标准的社会意义上,器官移植应该排在最后一位。没有器官移植的需要,实施脑死亡诊断标准的进步依然存在;反之,接受脑死亡诊断标准的人并不一定要捐献器官。美国规定脑死亡的认定过程中不能有器官捐献者的经治医生以及将要实施移植手术的医生参与。由此可见,“脑死亡”是一种更先进的对生命结束的判断方式,然而我国至今还延续旧有的死亡判断方式,在这种情形下,很多的高质量的供体器官无法获取,很多等待器官的患者在期盼中死去。

既然器官移植不是主要目的,那么为脑死亡制定诊断标准的意义何在呢?卫生部专家委员会委员孙有文教授认为根本意义是为了解决人的尊严,这是

各种医疗器械进行无谓的维持,那是对他的不尊重。

3 焦点之三: 法律界对脑死亡立法立场的对垒

各国现行法律的死亡规定均建立在传统的死亡标准的基础之上。医学死亡标准的变化必然会引起有关法律的变化,由于法律具有相对稳定性,很难与医学死亡标准保持同步协调,因而就可能出现矛盾与冲突。法律界对于脑死亡立法的立场出现了针锋相对的局面。

赞同立法的认为在法律上承认脑死亡,可以消除现行法律与现代医学实践的矛盾和冲突。在未确定脑死亡的法律概念和标准以前,常会发生医生撤除脑死亡病人的生命支持系统或者将脑死亡病人的器官摘除进行移植,因为违反知情同意等原则与病人家属产生医疗纠纷和法律诉讼,如果脑死亡的概念和标准被法律承认,并对脑死亡病人的器官摘除作为移植供体的条例、程序做出具体而周详的法律规定,那么可以极大地避免这种情况的发生。

而持谨慎观点的法律学者认为,在我国的医疗水平、法律环境和道德伦理观念尚难以形成普遍性的认同。如果规定脑死亡标准,必将引起“停止抢救一颗仍在跳动的的心脏是否在伦理道德底线之上”的激烈争论。现代医学的发展使我们越来越不敢对生命现象做出绝对的评判。再有,立法规定脑死亡会给实际操作带来无法逾越的障碍,比如哪类医院、什么级别的医生、通过什么设备、适合什么程序在病人家属不同意签字的情况下撤掉生命支持系统,尤其是目前主张“心死”和“脑死亡”两种死亡标准共存的情况下,如何处理好在发生继承时是适用代位继承还是转继承而不致引起混乱?因此,目前脑死亡的立法基础与我国国情尚有一定的矛盾与症

结。

而另一种相对谨慎的观点则认为,脑死亡立法之路无可阻挡,那么制订的法律必须尊重公众的意愿——法律只赋予亲属选择抢救还是放弃、同意或者拒绝器官移植的权利,而不是以法律的名义规定脑死亡者自动成为器官移植的“供体”,同时考虑允许“心死”和“脑死亡”两个死亡标准同时并存,这样比较符合我国的实际情况。

“脑死亡”从标准的制定到立法过程伴随着医学、社会学、伦理学、法律学等不同领域对脑死亡的认识理解和观念的冲突,它是由生命科学对于死亡的认识变迁而存在的。对抗不可避免,它能使所有关于死亡的错误观念得到修正,从而使新的科学准则更加深入人心。我们有理由相信,当人们坦然接受脑死亡的时候,正是我们以科学的态度对待科学问题的理性精神回归的时候。

参考文献:

- [1] 熊玮,江华.脑死亡的概念和历史发展[J].三思科学杂志·网络版,2002,(9):1.
- [2] 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.
- [3] 江华.脑死亡的是是非非[J].三思科学杂志·网络版,2000,(9):2.
- [4] 边林.论现代医学视野中的伦理与现代伦理视野中的医学[J].医学与哲学,2002,23(6):25-27.
- [5] 刘阳,王芳泽.复苏中的伦理问题[J].美国医学会杂志中文版,1994,13:36-42.
- [6] 郭自力.生物医学的法律和伦理问题[M].北京:北京大学出版社,2002.13.

作者简介:施敏(1975—),男,助理研究员,研究方向为医学社会学、生命伦理学。

收稿日期:2002-11-25

(责任编辑:张斌)

《中外医学哲学》征订启事

《中外医学哲学》(Chinese & International Philosophy of Medicine)是于1998年创办的一份比较生命伦理学和医学哲学的国际专业期刊。她致力于发表探讨生命、健康、疾病、痛苦、衰老和死亡等问题、挖掘中国的传统文化、伦理和哲学资源、专注于东西方对比研究的高质量学术论文。

本刊由香港浸会大学应用伦理学研究中心和美国《医学与哲学期刊》社赞助运作。从2002年开始,

Publications)出版,每年两期,每期约十万字,包括一篇美国《医学与哲学期刊》精选论文的中文翻译,8~10篇中文论文,以及每篇中文论文的详细英文概要。印刷精美,全球发行。

本刊国内发行由《医学与哲学》杂志社协助办理,每年(两期)特价订费50元(含邮资)。订者请寄:大连市西岗区南石道街丙寅巷3号 医学与哲学编辑部收,邮编:116013,附言请注购《中外医学哲学》杂志。