

# 关于脑死亡的一次课堂讨论

毛艳红, 罗 云 (武汉大学医学院, 湖北 武汉 430071)

〔中图分类号〕R742 89

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕1001—8565(2003)01—0039—02

死亡标准的科学界定是树立正确死亡观的基础,也是医学伦理学关注的一个经典课题。自从卫生部副部长黄洁夫有关脑死亡立法的谈话发表之后,“脑死亡”成为社会各届关注的热门话题。在这种社会环境下,2001级临床医学专业本硕连读班的全体同学在医学伦理学课堂上对这一问题进行了专题讨论。讨论的焦点集中在以下几个方面:

## 1 焦点之一:脑死亡标准的社会功利选择

杨杪:我国是一个发展中的人口大国,我们现在是用世界上1%的卫生资源为22%以上的人服务,所以我们必须提高医疗卫生资源的使用效率,尽可能用最少的钱为最广大的社会人群服务。抢救一个脑死病人一天的费用甚至可以治疗上百个普通病人,而这个人实际上已经死亡了,这种做法不仅仅是浪费,在某种程度上说是一种社会不公正。

杨昆:从“全人”的角度来看,脑死亡病人“人”已经丧失了其最根本的社会属性,生命价值极低,生命质量极低。对于这样一个已经基本丧失生命内涵的存在形态,却要用百倍甚至千倍于一个普通患者的治疗费用去换取,我不知道人的理智的力量如何体现!

王伟:如果仅出于经济上的考虑而对脑死亡立法,这是不人道的,因为人命无价。

杨昆:金钱并非高于生命,但是有时金钱确实可以挽救生命。避免将有限的卫生资源浪费在毫无救治希望的人身上,将省下来的卫生资源用于救治可以救治的病人,何乐而不为呢?

王宇:有关的统计表明,在临床中只有5%的人是脑先死亡的,是绝对的少数。这5%的人能占用多少卫生资源,所以我觉得如果仅仅是为了节约卫生资源而对脑死亡立法是站不住脚的。

杨昆:虽然从人数上看是5%,实际占用的卫生资源就远不是这个比例了,它们的费用往往是普通费用的上百倍。

齐勇健:中国人历来有重丧隆葬的习俗,对他们认为“已死”的人尚且如此,何况对他们认为“未死”的“人”呢?实际上,他们对脑死者进行抢救主要是为了求得心之所安,所以这一笔钱绝不是花得毫无价值的。当然这就涉及到另一个问题,即民族文化心理的问题了。

## 2 焦点之二:“脑死亡立法”与“器官移植”

毛艳红:供体器官的质量一直是制约我国器官移植发展的瓶颈。比如心脏移植,我国医疗技术和相关设备与西方国家基本处于同一水平,但几十年过去了,我国成功的心脏移植大约只有80例,成功率不足40%,远低于发达国家。究其实,就是因为没有高质量的器官来源。如果实行新的脑死亡标准,就有可能使我国的移植技术突破这个“瓶颈”,让医学科学更好地造福于广大的人民群众。

黄洋:我的一个亲戚是同济医科大学的外科医生,有一次为病人做肾脏移植手术,在武汉等了两个月都没等到肾脏,后来去了上海,也没找到,八个月后才在北京找到。肾移植手术不准,谁是器官来源太少。

王伟:很多人认为实施脑死亡可以解决器官供体短缺的问题,我看也未必。调查表明,脑死亡者愿意捐献器官的很少,真正可以用于移植的器官更少。

王宇:临床上只有约5%的人是脑先死亡,这5%中愿意

捐献器官的人只有很少一部分,真正合用的器官就更少。所以,那种认为确立脑死标准有助于器官移植,甚至可以一劳永逸地解决器官短缺问题的想法是谬误的。

朱铁源:那也不尽然。中华网报道,1998年,北京同仁医院有一脑死亡者,他的家属愿意捐献器官,但是因为没施行脑死亡,最后医院不得不放弃。如果我们对脑死亡立法的话,器官供体将得到改善。

吴旌:我觉得脑死亡立法确实有利于器官移植,但把它作为立法的原因是欠当的,这会让人觉得脑死亡立法的目的是为了早一点判定某人的死,以便摘取他的器官,去救另一个人。

## 3 焦点之三:脑死亡与人命尊严

陈敏:我觉得脑死亡不会损害人命尊严。尊严是一个观念问题,是一个人的主观感受,是相对的。如果人人都能接受脑死亡,就不存在尊严问题。

李一波:脑死亡标准的确定实际上就是让一部分患者提前承认自己的死亡。

王兵济:脑死亡既是一种真正的死,他又怎知自己是否有尊严,又怎能承认或不承认自己的死呢?!

铁楷:人生下来是一个完整的生命,现在我们将他各部分割裂开来,并且讨论他哪一部分的死更具有决定性的意义,这是不是对生命尊严的侵犯?

朱铁源:在医疗实践中经常发生心跳和呼吸停止,按照传统的心肺死亡标准被确定为死亡的“尸体”在太平间中复活的悲喜剧,极大地损害了生命的神圣尊严,而在脑死亡标准下不可能发生这样的事情,因为脑死亡是不可逆的,所以脑死标准相对于心死标准更具有科学性,我们应该支持。

## 4 焦点之四:脑死亡立法及其法律后果

张艳芳、徐敏:制定脑死亡标准有利于正确判断和处理医疗纠纷,消除医生和患者之间不应有的猜忌和隔阂,科学地确定人的死亡时间,使医生对病人承担救死扶伤的义务有了明确的结束线。这对确保医生医疗质量,明确相关责任具有非常重要的意义。

李铮:如果脑死亡立法,不良家属和失德的医生为了谋利有可能借口“脑死亡”谋杀患者;更有部分医生可能拿脑死亡为自己开脱罪责。

王伟:如脑死亡立法了,对某些人来说就是一种生死攸关的改变,比如,因故意攻击头部而致人脑死的犯罪嫌疑人,在新的标准下就有面临杀人的指控而不是故意伤害人罪了。而且,新的标准也确实给医生提供了一个推脱责任的绝妙借口。

黄应亮:“脑死亡”与“器官移植”一旦结合,就等于把一大块肥肉放在医院的嘴边。假如医院的医疗体制不健全,医生的职业道德不高,就有可能产生很多期待“他人死亡”的医疗行为,然后以“脑死”为前提进行器官移植、器官买卖,从中牟取暴利。所以,我觉得要对脑死亡进行立法,必须以完善医疗体制切实提高医疗质量和医德水平为前提。

朱健艇:脑死亡有可能为一些特殊的犯罪提供逃脱法律制裁的手段,他们可能使用某种特殊的药物或其它手段,使自己进入类似“脑死亡”的状态从而逃避法律的制裁。

吴旌:传统习俗对脑死亡的推行是一股非常顽固的阻碍

的。

### 5 焦点之五: 脑死亡引起的伦理悖论

周娴: 正如吴旌同学所言, 新的脑死标准与几千年传统死亡观念之间有着根本的对立, 要改变这种传统观念绝不可能一蹴而就。

毛艳红: 受中国传统道德文化的影响, 很多人视身体为“生命”, 视“全尸”为“好死”, 是死者能“往生极乐”的必要条件。捐尸体尚且如此困难, 何况让他们眼睁睁的看着心脏还在跳动, 还有呼吸的亲人被剖腹挖心呢? 这对他们是绝对不能接受的。

熊琴: 确实如此, 中国人生活在一个以“孝亲”为核心的伦理文化氛围中, 这种文化的影响使中国人成了世界上最感性的人, 而中国人的这种心理特点现在也可能成为脑死亡在中国立法推行的最大障碍。刘海若事件就是一个典型的例子。当初她的母亲就是因为不能接受脑死亡标准而决定把她转到中国大陆来医治的。结果有媒体赫然登出标题新闻“英国判脑死, 中国救活”, 似是而非的传言, 似乎更坚定了国人坚持老标准的决心。

杨琨: 生死是一个不可逾越的鸿沟, 由生入死易, 由死入生难, 只要病人还有心跳, 无论是否真的“活着”对家属都是一个安慰, 是一笔无价的财富。所以, 很多家属明知脑死亡是不可逆转的, 但他们仍然愿意花费巨大的代价来维持患者的生命, 甚至不惜倾家荡产。

董嗣伟: 脑死者可能还有心跳、呼吸, 有正常的体温, “尸骨未寒”, 就不急待地判定其死亡, 这确实让中国人在感情上难以接受。

任真: 尽管如此, 脑死毕竟是一种真正意义上的死亡, 迟早是要通行的, 只是我们在执行的过程中一定要照顾到我国民族文化心理的特殊性, 不要过于粗暴。比如, 大量研究表明, 脑死亡者尽管脑干部分已经没有反应, 但仍可以观测到脑细胞中发生的一些活动, 且在器官被移走时, 死者的肌肉活动和心率都增加, 所以从脑死者尸体上摘取器官时还是应实行麻醉, 这样可以使家属稍微安心点。

### 6 话题六: 脑死亡立法的现实可能性

罗云: 脑死亡立法面对很多问题, 诸如脑死标准的科学性及其可操作性; 新标准与传统死亡的矛盾; 社会文化心理适应问题等等, 诸多问题中只要有一个解决不好, 新标准就很难顺利推行。

朱学蔚: 脑死亡立法是科学的, 不能因为它可能存在误诊而否定它。科学研究中是允许有一定误差的, 脑死亡确实还有一些不尽如人意的地方, 但实行这一标准对人类整体利益来说, 利远大于弊。

李铮: “刘海若事件”的真相是: 刘海若昏迷期间英方并未进行正规的检测, 在只有两组医生(实际应为三组)检查的情况下宣布她脑死亡。一个脑死亡标准已执行多年且医疗技术高度发达的国家都会作出这样的误判, 更何况在我们这

样一个医疗水平高低不一, 医疗设备良莠不齐, 医德医术还有待提高的国家呢? 在这种情况下强行对脑死亡立法是理智的吗?

徐艳艳: 对于脑死亡的鉴定, 我国又有多少医院能达到这样的标准呢? 难道为了鉴定一个脑死亡, 我们要从边远的山区跑到大医院? 这样就符合社会效益吗? 这显然是不可行的。

胡维: 确实如此, 脑死亡的鉴定需要较复杂的医疗器械和医德医术都过硬的脑神经科医生。由于我国各地发展水平不尽相同, 很多医疗水平达不到要求的医院就可能出现误诊。所以, 我建议能够首先在有条件的几个大城市进行试点, 就如同我们搞经济特区一样。到法律健全, 技术到位再全面展开也不迟。

杨建兵:

作为应用伦理学的医学伦理学是要努力在道德哲学之“应然”与医学科学及社会现实之“实然”之间搭起一座“适然”的桥梁。因此, 从医学伦理学的视角来看脑死标准, 应该以医学科学为根本立足点, 以我国现实的国情为前提条件, 以体现人类的本质利益的道德原则为指导方针。具体来说, 医学伦理学的选择应该是既能体现道德上的合目的性, 即符合人类的最根本性的利益, 同时也符合医学科学发展的规律。

首先, 从哲学的角度来看待脑死亡。哲学家笛卡尔(Descartes)说: “我思, 故我在”(I think, hence I am.)。确实, 人之为人的根本就在于人有智能, 能思维, 而脑是人的思维器官, 大脑的死亡就意味着人的本质属性的消灭。因此, 从哲学的角度看, 脑死才是真正的死。器官移植对大脑死亡是无能为力的, 因为大脑是不可置换的, 移植了大脑的“你”就已经不是你了。

其次, 从医学的角度看脑死亡。脑死标准实际上包含了心死标准, 也就是说脑死标准比传统心死标准的门槛要高得多。具体来说, 脑死亡是一种全脑的死亡, 当脑干死亡以后特别是延髓功能丧失后, 就不可能再有“自主的运动和呼吸”; 当中脑死亡后, 必然会出现“瞳孔散大”, 丧失对声光的反射性。这些内容是传统心死标准的主要内容, 脑死标准全部都包含了, 但脑死的标准还有更多、更复杂的要求。总体来说, 从医学的角度看脑死才是真正的死。

最后, 从我国的国情看, 确如部分同学所言, 我国的整体医疗条件及社会心理现状都不支持现阶段在全国的范围内全面实行脑死标准, 但医疗条件是不断改善的, 社会心理也是发展变化的, “青山遮不住, 毕竟东流去”, 理性之光必然穿透层层迷雾, 最终造福于全人类。不管这一届“人大”能否通过脑死亡立法, 我都相信在不久的将来它将会成为全国人民的共同选择。

〔责任编辑 李恩昌〕

(上接第 36 页) 面对医疗技术主义, 应以病人为第一因素, 对医学目的再认识, 进一步明晰医学目的之“防病治病、维护身心健康、提高生命质量、舒适并延年益寿和适应医学发展需要”的内涵, 才能引导人们进行合理的医疗消费, 明确医疗消费价值双重性。这对遏制医疗技术主义有积极的作用。医疗消费是商品消费的再认识要求医疗消费市场摒弃医疗技术主义。

### 3.3 转型合作医疗制度, 配备医疗档案

转型病人、企业、乡镇和医疗机构之间的合作医疗制度, 并不断完善社会医疗保险, 使卫生资源良好分流, 才能使转型的医疗服务和医疗消费落到实处。同时适时配备医疗档案, 对医疗消费情况专项记载, 才能从个人、单位、和医疗机构综合调控患者医疗消费的合理性和实效性。这从侧面可以有效

当今疾病的构成变化、人们身心健康意识的提高和健康功能的需求均促使医疗机构及早推出定额结算制度, 即将疾病分门别类与相应的医学技术服务“对号入座”, 准定额化或限额化支付医疗费用。这既可增加医学目的性, 减少医务人员对病人“飞机大炮狂轰滥炸”, 节约卫生资源; 又可增加病人的信任感, 促进人们进行积极的医疗消费, 使医疗消费的社会和经济价值得以充分的体现。医疗定额结算对医疗技术主义有积极的缓冲和遏制作用。

3.5 “名医、名科和名院”在形象上带头遏制医疗技术主义, 可起到事半功倍的效应

### 参考文献

[1] 杜治政. 医学目的、服务模式与医疗危机[J]. 医学与哲