



对于普通大众广泛接受的心肺死亡判定标准，脑死亡判定标准将对医院和医生产生前所未有的影响，将引起社会观念的根本性变革。

出台脑死亡判定标准对医院及医生的影响

宋儒亮

死亡判定标准是用于判断一个人处于生存或死亡状态的鉴别性标准，其本质是对脑死亡的判断。相对于普通大众广泛接受的心肺死亡判定标准，脑死亡判定标准将对医院和医生产生前所未有的影响，将引起社会观念的根本性变革。

对死亡的理念、观念、概念的调整与改变是根本。在死亡认定问题上，心肺死亡判定标准与脑死亡判定标准之间既不相互兼容，又完全不同。如采用心肺死亡标准判定死亡时，要求医院、医生采用与心肺死亡标准相配套的一系列执业体系、标准和程序一样，一旦实施脑死亡判定标准，也必须建立一套相对应的执业体系、标准和程序。其中，最直接、最根本的是对死亡的理念、观念和概念的调整与改变。概而言之，就是医学认识和诊疗护理实践上都必须自觉遵守和使用脑死亡判定标准。

加强脑死亡判定标准相关医学知识的重要性

《执业医师法》第21条第1项规定：“医师在执业活动中享有下列权利：在注册的执业范围内，进行医学诊查、疾病调查、医学处置、出具相应证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案。”因此，法律赋予了

医师享有鉴别患者死亡与否的确认权，即医师有权因患者死亡依法出具死亡证明文件。因此，医生在这一活动中责任重大，必须明白什么是死亡的判定标准，应加强脑死亡判定标准相关医学知识的学习。

履行死亡结果告知与患者获得知情同意的难度陡然加大

《执业医师法》第26条规定：“医师应当如实向患者或者其近亲属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果。医师进行试验性临床医疗，应当经医疗机构批准并征得患者本人或者其近亲属同意。”《医疗事故处理条例》第11条规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果。”一旦采纳脑死亡判定标准，对医院和医生的考验之一就是如何告知家属患者已经死亡，并接受这个事实。比如脑死亡标准认定患者死亡，但在呼吸机等器械维持下还存在呼吸心跳的患者，此时如何告知其家属患者已经死亡，又如何才能让其相信与接受？又比如，若其亲属不认为脑已死亡但心肺功能仍然存在的患者已是最终死亡，仍然要求医师继续救治，尽管医师了解救治已毫

无意义，但面对患者亲属的执着，又该怎样解释和行动呢？这在实施脑死亡判定标准的初期常常会难以解决。核心原因在于人们对脑死亡判断标准的科学性并不确信，对脑死亡的认定和结论仍持怀疑和侥幸的态度。这种观念如不改变，将是医院和医生面临的一个巨大挑战。

脑死亡评定标准决定医院与医生的医疗行为，医疗费用不应成为干扰因素

救治脑死亡疑似患者的费用应当得到合理解决，同时，对脑死亡判定成立者立即停止无谓和无效的再救治也应当得到理解。一方面，医疗费用问题不能成为放弃救治一切患者的法定理由。虽然“谁治疗，谁负担”是诊疗护理包括脑死亡患者在内的一个基本原则，但医者乃仁心仁术，对脑死亡存疑患者，绝对不能因非医学原因如医疗费用不足而放弃积极救治，救治疑似脑死亡患者的价值不容质疑，是绝对的、也是无条件的。特殊情况下，实在无法支付时政府就应当履行宪法上的承诺：国家在公民患病时有提供物质帮助的义务。另一方面，现代医学表明继续救治已发生脑死亡的患者是没有必要的，也是无用的，因为脑死亡具有不可逆性。所以，一旦确认患者已经脑死亡，医院

和医生应当停止一切诊疗措施。

应当正视脑死亡认定结果与器官移植供体获得之间存在的关联和风险

一方面，脑死亡认定为器官移植供体提供了根据。死亡认定的关键在于脑而不在心肺。使用脑死亡判定标准代替心肺死亡标准，可以及时的认定患者死亡的时间。对器官移植来说，供体器官的活力是最重要的，采用脑死亡标准，我们就可以在患者死亡的第一时间取得最具活力的器官。但是这也面临着一定的风险，因为，脑死亡患者尸体中存在许多具有活力的可以用于器官移植的器官，一旦同意进行器官捐献，就可依法从尸体中摘除具有活力的心脏、肺脏、胰脏、肝脏等器官作器官移植供体，大量的移植供体的出现极可能导致器官买卖或者变相器官买卖的现象。

应重视亲情与伦理道德，建立情感释放机制

在《脑死亡立法问题研究》课题组的问卷调查中，关于“对适用脑死亡标准的患者是否会产生‘尸骨未寒’的感觉”的调查中，高达49%受访者认为会产生“尸骨未寒”的感觉，这值得医院和医生们加以重视和警惕。

有鉴于此，笔者认为，当前情况下，结合我国的实际情况，设立一种脑死亡认定后的伦理道德与情感释放机制是必要的。主要理由如下：第一，设立此种机制可以表明，对于确诊脑死亡的患者，虽然医学上认为进行救治是无效的，但是否停止或者放弃救治应由其亲属决定。第二，在脑死亡患者亲属提出放弃继续救治并以书面方式签字确认后，医方才能停止继续救治。

第三，若在书面签字确认后，亲属反悔并表示强烈要求恢复救治脑死亡者，那么，医方也应当尊重其亲属意见，继续救治已确认为脑死亡的患者，在心肺复苏技术等外力支持下，应尽可能维持患者的心跳、呼吸等功能，直到其心肺等功能全部丧失宣布临床死亡时为止。第四，无论患者亲属是否放弃脑死亡患者救治，都应当给予患者亲属一个逐渐调整适应期。比如对已确认为脑死亡的患者，可考虑再继续维持原有救治，时间可以是3天、5天或7天。但此期间的继续救治不能被当作仪式性或象征性的，应当是全力的和积极的救治。这是推行脑死亡认定，取代心肺死亡标准，让民众接受和认可脑死亡标准的有效方法和必要代价。但要指出，伦理道德救治与情感释放期的存在，并不意味着心肺死亡标准与脑死亡标准可以并行。第五，是否需要伦理道德救治和情感释放期，应由患者亲属自行选择，视为患方权利。第六，提出设立伦理道德和情感释放期的目的在于：一方面，考虑患者亲属存在的伦理道德、亲情和感情等需要释放、需要适应，让亡者亲属以及利害关系人在承认和接受脑死亡认定结论的同时给予其一个缓冲期，具有伦理道德上的善，亲情感情上的真；另一方面，针对那些对脑死亡认定和器官移植开展的争议或者怀疑，设定这样一个期间，既可以让那些对心肺死亡标准具有强烈传统情结的民众、那些相信还有奇迹以及怀有侥幸心理的人容易接受，又可再次创造机会让持怀疑或者质疑脑死亡认定正确、精确和科学之人能够打消疑虑，为进一步推行脑死亡认定和开展器官移植创造更好的外部环境。因此，在推行脑死亡认定的初期这一做法更显必

要、重要和价值。

在此要说明的是，尽管上文已阐述对那些在患者脑死亡诊断成立后所进行的“抢救”是无谓和无效的，但这并不意味着就不存在其他价值了，这些安慰性、仪式性的医疗活动，不应当被看作是浪费了医疗卫生资源。

做好准备面对医患纠纷

一般而言，只要没有违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，不存在过错，医方履行了如实告知等义务，那么，医院和医生就可对符合脑死亡判定标准的患者终止诊疗活动。《执业医师法》第24条规定：“对急危患者，医师应当采取紧急措施进行诊疗；不得拒绝急救处置。”基于现实考虑，处于脑死亡状态的患者一定属于急危重患者，病情千差万别，难以简单对待，同时，医疗救治费用又相当高昂。面对病情危重、救治费用高昂、救治难度很大但救治效果却难以实现的脑死亡的患者，医院和医生会有种种担忧和顾虑，比如救治成功了是应当的，救治不成功怎么办，其家属会接受吗？又比如患者生前同意捐献器官，医院、其他医生和病人已在等待器官移植，此时家属不仅不同意而且又提出对死者脑死亡认定错误，并认为医生误诊导致患者死亡，目的是为了获得赔偿，这又该怎样处理？显然，如何对待濒临脑死亡的患者和处置已经脑死亡的患者，这是一个考验医患双方的难题，处理不好就会产生纠纷。

死亡是一个生命的终结。死亡结论一经作出，其影响将具有根本性、基础性和全面性，这在当前医疗事故争议普遍存在的今天就更显得突出。■