

采用脑死亡标准的社会意义

金 莉 邓志会 李 波

死亡,对于任何一个人来说都是一个必然的结局。生老病死是自然的法则,然而,人们对于死亡的认识也是一个逐步发展的过程,即从传统的死亡标准到当今的脑死亡标准的提出。确立脑死亡不仅具有重要的科学价值,也具有深远的社会意义。

1 传统的死亡概念

长期以来,人们一直把呼吸、心跳的停止作为判断死亡的重要标准,沿袭了数千年之久,我国的《辞海》也把呼吸、心跳的停止作为判断死亡的重要标准^[1]。1951 年美国著名的布莱克(Black)法律辞典给死亡下定义为:“血液循环的完全停止,呼吸、脉搏停止^[2]。”人们也普遍接受了以呼吸、心跳停止作为生命终止的标准。但随着现代医学的发展,尤其是心肺复苏技术的普及与推广,用呼吸机和体外循环技术维持呼吸和心跳已成为可能,使大量由于溺水、冻伤等原因而呼吸、心跳暂停的患者也因此“死亡”过后重获新生^[3]。而我们知道,人真正发生死亡后,是不可能复生的。另一方面,有些人大脑功能已经停止,但在人工呼吸机和体外循环等辅助装置的维持下,心脏仍可以跳动,并且保持全身的血液循环,这就出现了一种反常的现象,即活的躯体,死的脑。但是我们知道,大脑是人类的统帅器官,一旦大脑功能停止后,就意味着作为整体的生命的终结。因此,人们逐渐认识到用呼吸和心跳的停止作为判断死亡的标准是不科学的。这就意味着对传统死亡概念提出了挑战,迫使人们必须重新界定死亡的定义和标准问题。

2 脑死亡概念和标准的提出

1959 年,科学家们就首次提出了脑死亡的概念^[4]。1968 年,美国哈佛大学医学院死亡审查特别委员会在主席亨利·比契尔(Henry Beecher)医生的主持下召开会议研讨了死亡判定标准问题,在其后发表的报告中,对死亡的定义提出了新的概念,即“不可逆的昏迷和脑死亡”^[4]并制定出世界上第一个脑死亡诊断标准,又于 1971 年提出脑干死亡就是脑死亡。此后,世界上的许多科学家对死亡标准进行了进一步的研究,认为脑死亡是指全脑功能的不可逆性永久性丧失。用脑死亡作为人的死亡标志,作为判断人是否死亡的标准,已经得到越来越多的专家和社会人士的认同。到 2000 年底,联合国 189 个成员国中,已经有 80 个具有了承认脑死亡的标准。1986 年以来我国就脑死亡立法问题有过三次较大的讨论,我国的专家们在 1999 年脑死亡标准(草案)专家研讨会上制定了我国脑死亡诊断标准(草案)^[5],其要点概括如下:1)自主呼吸停止;2)不可逆性深昏迷;3)脑干反射消失;4)脑电图呈直线;5)脑死亡的临床特征被持续观察 12 小时以上。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提案,这使我国脑死亡立法的步伐越来越快,可以认为,脑死亡立法在我国已经为期不远了^[6]。

3 确立脑死亡标准的积极意义

确立脑死亡标准,实施脑死亡立法是社会进步和文明的

重要标志,使人们对死亡的认识和判断标准发生了根本性变化,具有深远的社会意义。

3.1 有利于科学地确定死亡时间 传统心跳、呼吸停止不能科学的判断死亡时间,现代人工低温医学在体温降到 $-5 \sim -5^{\circ}\text{C}$,心跳、呼吸完全停止若干小时后经过复温,生命活动可以恢复^[7]。由于临终关怀和现代临床上越来越多地应用有效的机械复苏使众多呼吸和心跳已经停止的人获得了新生。但是也有不少病人在上述一系列措施下,虽然心肺功能得到了长期维持,但对脑功能已经丧失、脑循环已经停止的脑死亡患者来说,抢救只是在延缓生物学死亡的过程,是一种浪费的行为。因为脑死亡一旦发生,没有一例复苏成功的,即脑死亡是不可逆的。因此心跳停搏不表明个体必然死亡,心肺功能得到维持也不表明必然生存,临床抢救生命的关键在于脑复苏,全脑死亡一旦发生就该及时宣告个体死亡^[8],从而可以更加准确地确定死亡时间。

3.2 有利于器官移植的开展 器官移植是现代医学科学的重大进展,它使得过去的某些心、肝、肾病患者能够延长数年乃至数十年的生命,而采用这一治疗技术的重要环节是需要从另一个人的身上获得能够存活的器官,为了提高器官移植的成活率,供给器官越新鲜越好。澳大利亚的一位年轻姑娘因车祸导致脑死亡,她的心、肺、肝、角膜和两个肾移植给 6 个病人,因车祸而丧生的英国王妃戴安娜的器官也挽救了 6 个病人。我国从 20 世纪 70 年代末开始至今,器官移植手术技术及抗排斥的研究已经达到世界先进水平,但是器官的来源却非常缺乏。据调查统计,我国现有 100~150 万病人需要进行器官移植,但每年仅能施行 13 000 例手术。比例不足 10%,许多危重病人因为不能及时得到移植的器官而死去。而另一方面的情况是大量在交通事故等意外情况下死亡及病逝的人,却不能成为器官捐献的重要来源^[4],这严重影响了我 国器官移植的开展。尽快实施“脑死亡”法可以大大提高可供移植的器官数量,使器官移植特别是器官捐献方面做到有法可依。

3.3 有利于减少医疗资源的浪费 医疗资源是一个社会发展卫生事业,开展医疗保健服务的物质基础和基本条件,而我国现阶段医疗资源是有限的,如果把有限的医疗资源进行合理的分配就可以更大的发挥它的效用价值。虽然随着现代医疗技术的普遍提高与复苏技术的广泛开展,使人工维持心跳、呼吸成为现实,但是这需要消耗大量的医疗资源,而对于一个已发生脑死亡的个体,这样做并不能使病人起死回生,相反却给有限的医疗资源造成极大的浪费。脑死亡标准的确立可以告诫人们不再毫无意义的维护大脑已死亡的死者,从而节省了宝贵的卫生资源,把这些资源用于需要救治的病人,可以使卫生资源的利用更为合理。

3.4 有利于减轻患者家属的经济负担 维持一个脑死亡病人的治疗费用对于一个家庭来说是一个极其沉重的负担。由于人们受传统的死亡观念和标准的影响,当家庭出现了脑死亡的病人,绝大多数家属要求继续治疗,而据资料显示,在脑死亡发生后,心肺的循环最多只能维持一周左右的时间

赤坎区控制和消灭白喉、脊髓灰质炎效果评价

罗荣珍 戚佩玲 何琼芬 吕红 赖彩平

【摘要】 目的 本文对广东省湛江市赤坎区控制和消灭白喉、脊髓灰质炎的措施及效果进行评价。
方法 对赤坎区实施常规免疫、强化免疫、免疫监测等资料进行统计分析。**结果** 自1986年到2003年的18年中无白喉无脊髓灰质炎病例,达到了控制以致基本消灭白喉、脊髓灰质炎的水平。**结论** 实施控制和消灭白喉、脊髓灰质炎措施得力、效果显著,实现了无白喉无脊髓灰质炎目标。今后要继续落实各种预防接种措施,巩固无白喉、无脊髓灰质炎成果。

【关键词】 控制 白喉 脊髓灰质炎 传染病 监测

白喉和脊髓灰质炎(脊灰)都曾是对儿童健康威胁极大的急性传染病,是27届世界卫生大会(WHA)提出的扩大免疫规划(EPI)用坚持免疫方法防治的首要传染病,也是我国政府和世界卫生组织(WHO)实施扩大免疫规划重点要控制的传染病。国家为了控制和消灭相关传染病,提高儿童免疫屏障水平,出台了一系列指令性法规。1992年国务院颁布的《九十年代中国儿童发展规划纲要》对计划免疫和消灭针对疾病提出了明确的目标和任务。这些由国家制定的指令性任务,对于计划免疫工作实施和发展产生了巨大的作用,影响深远。本文就广东省湛江市赤坎区1992年以来常规免疫、强化免疫、免疫监测等资料进行分析,评价该区实施EPI措施的效果,结果如下。

1 材料和方法

1.1 广东省湛江市赤坎区防疫站防疫计免科1992~2003年的常规免疫、强化免疫、免疫监测等资料。

1.2 广东省湛江市赤坎区管辖各医疗单位1992~2003年法定传染病报告资料及监测系统资料。

2 结果

2.1 一般情况 湛江是白喉和脊髓灰质炎等传染病高发区之一。1999年,该市下辖的麻章区及雷州市还有2例白喉;2003年廉江等县有乙脑死亡7例。根据会议记录资料显示,湛江市当年也是脊髓灰质炎横行肆虐之地,各种传染病控制任务仍然十分严峻。如1992年8月5日湛江市防疫站计

作者单位:广东省湛江市赤坎区人民医院(罗荣珍、吕红)

广东省湛江市疾病预防控制中心(何琼芬、戚佩玲、赖彩平)

邮编 524034 收稿日期 2004-03-18

庭来说无疑是一个沉重的负担,而且,病人最终还是要死去的,付出大量金钱和劳动维持的只是一个不可能发生复苏的躯体,这将会给病人家属造成极大的精神痛苦。因此,尽快确立和实施脑死亡标准,有利于合乎道德和法律的终止那些不可逆昏迷和脑死亡病人的毫无意义的救治,使家庭、医院和社会从沉重的物质和精神重负中解脱出来。

3.5 有利于减少医疗纠纷 脑死亡标准的确立,对医生判断何时撤消抢救提供了法律依据和保障,对认定医生医疗质量和责任具有非常重要的意义,同时,也可避免一些医疗纠纷的发生。

尽管采用脑死亡标准具有多方面的积极意义,但是由于受传统思想的影响,在我国让人们普遍接受脑死亡还有一定

免科统计资料所示,全市五县四区在7个月时间中,除赤坎区“0”病例外,其余的五县三区共报告有80例(确诊42例、疑似23例、排除15例),其中服苗“0”剂次就有36例,可见本地区发病率之高。究其原因,是由于服苗率太低所致。由于赤坎区是湛江市委、市政府所在地,人口流动密度高,面对“四面楚歌”的疾病防控形势,赤坎区政府高度重视,制订了一系列行之有效的防控措施。通过该辖区全体计免工作人员的共同努力,该区自1986年实施计免冷链以来,再无白喉和脊髓灰质炎病例。

2.2 防控措施

2.2.1 常规免疫 赤坎区儿童计划免疫冷链工作,在区委、区政府的领导下,在上级业务主管部门指导下,坚持以预防为主方针,狠抓常规免疫、强化免疫。通过了1988年第一个85%和1990年第二个85%计划免疫目标验收后,坚持实施制度化、标准化、规范化、程序化,四苗接种率不断提高。在省市卫生主管部门历次组织的年度检查考评中,成绩均名列前茅,1993年被评为广东省计划免疫先进单位,并于1995年通过了以乡镇为单位的第三个85%接种率目标验收。从1992年进一步实施EPI目标起直至2003年底,总共常规免疫接种卡介苗34,163人,平均接种率99.83%;脊髓灰质炎全程免疫35,160人,平均接种率99.77%;百白破类34,954人,平均接种率99.73%;麻疹接种34,739人,平均接种率99.73%。加强免疫,自1996年起,共接种卡介苗3,246人,平均接种率98.78%;麻疹27,223人,平均接种率98.95%;百白破24,492人,平均接种率99.79%;白破23,525人,平均接种率99.30%;以及1岁半到2岁、4岁“脊灰”加强26,218人,平均接种率99.31%(2000年后,广东省取消1岁半至2岁的加强免

至今尚未立法,然而,随着社会文明步伐的加快和改革开放的深入发展以及人们科学文化水平的提高,我们坚信采用脑死亡标准并以法律形式保障是指日可待的。

参 考 文 献

- [1] 曹开宾.医学伦理学[M].上海:上海医科大学出版社,1992:125
- [2] 艾钢阳.医学论[M].北京:科学出版社,1988
- [3] 朱珉,陈实,陈栋,等.“脑死亡”立法的伦理学思辨[J].医学与哲学,2003,24(5):39
- [4] 王良铭.脑死亡标准刍议[J].中国医学伦理学,2003,16(2):7
- [5] 董玉整.脑死亡法利国利民[J].中国医学伦理学,2002,15(5):62
- [6] 施敏,薛惠.关于“脑死亡”立法科学与伦理的纷争[J].医学与哲学,2003,24(5):36