

确立脑死亡鉴定标准的伦理学意义探究

关宝瑞¹, 朱勇喆²

(1. 解放军第二军医大学政治部, 2. 基础部, 上海 200433)

摘 要 死亡标准在医学发展的过程中, 与疾病的防治如影随形。在临床医学和基础医学的研究领域中, 疾病的预防、治疗以及相关领域的伦理学问题研究日趋完善并逐步成熟起来, 形成完整的学科体系, 而对死亡这一特殊领域, 特别是当前时代条件下针对脑死亡而进行的专业探讨在国内还是一片空白。面对死亡鉴定标准领域层出不穷的各种问题, 作者从传统死亡的临床判定标准以及不同的死亡观引入, 通过从传统死亡鉴定标准到现代死亡评定标准的论述, 并展望未来死亡综合鉴定理论的发展趋势, 着力于探究确立脑死亡鉴定标准的伦理学意义和目的。

关键字 死亡观 死亡鉴定标准 脑死亡 医学伦理

中图分类号: R-052

文献标识码: A

文章编号: 1671-047X(2008)01-009-04

一、死亡观

在大多数人眼中, 死亡神秘而不可捉摸, 无法用语言来具体名状死亡究竟是怎么个状态。活着的人从未经历过死亡, 而已经死亡的人又无法将这种感觉告诉我们。世界上尚没有哪一个人能够恰当地描述出死亡的具体感官状态, 由此, 这一问题激发了人们对死亡本身浓厚的兴趣。事实上, 东方的灵魂说或西方的创世说, 都表明了人们急于为自己的生存寻找心理支持。

从纯技术的生物学角度而言, 死亡就是简单的表明整个机体的重要生理功能停止而陷于不能恢复的状态, 生命活动和新陈代谢的终止。人体的死亡根源主要有三种: 一是因生理的衰老而发生的自然死亡——这是生命体不可逆转的发展趋势, 细胞、组织、器官、系统等由于自然的衰竭和老化而中止其生理机能; 二是因各种疾病造成的病理死亡——着重强调由于内部病理机制原因而造成的死亡; 三是因机体受机械的、化学的或其他的因素所造成的意外死亡^[1]。其中大多数人的死亡是病理性的, 即身患疾病最终不治而亡。临床上对死亡的判定通常是以“患者呼吸、心跳停止, 瞳孔散大而固定, 所有生理基本反射消失, 心电图平直”这些标准进行操作。然而近

三、四十年来, 随着社会的进步发展, 特别是以人为本、人性关怀, 以及临终关怀这些人性理念和社会经济水平、医学科技力量发展因素的影响, 国外逐步建立起以脑死亡作为判断死亡的标准, 或以心肺循环功能不可逆的终止结合脑死亡双重标准予以判定。

单纯的脑死亡判定标准就是指临床意义上的脑死亡, 即脑干死亡, 具体指以脑干或脑干以上中枢神经系统永久性丧失功能为参照系而宣布死亡的标准。脑死亡有别于“植物人”^①; “植物人”脑干功能是正常的, 昏迷只是由于大脑皮层受到严重损害或处于突然抑制状态, 患者可以有自主呼吸、心跳和脑干反射, 而脑死亡则无自主呼吸, 是永久、不可逆性的, 脑干由于遭受无法复原的伤害就会永久性完全丧失功能, 以致呼吸、心跳停止。随后, 身体的其他器官和组织也会因为没有呼吸和心跳而逐渐丧失功能。具体的表现主要有: 自主呼吸完全停止, 自主性肌肉活动完全停止, 对外界声、光、温、机械性刺激无反应, 脑干反射完全消失, 脑电图呈持续平坦波形。

心肺复苏循环功能不可逆的中止结合脑死亡的双重死亡判定标准, 是指将过去“心跳停止、呼吸消失、血压为零”的临床死亡判定标准结合脑死亡共同构成双重死亡诊断指标。随着医学科技的发展, 患者的心跳、呼吸、血压等生命体征都可以通过一系列药

物和先进设备加以逆转或长期维持。但是如果脑干发生结构性损伤破坏,无论采取何种医疗手段最终必然发展为心脏死亡。因此,与心脏死亡相比,脑死亡显得更为科学,标准更可靠。

死亡是人类社会繁衍发展不可或缺的推进器,正确理解死亡及其意义就显得十分重要。死亡的不可避免是人类延续的必要条件,有利于人类的生存和发展。寻求并确立科学的死亡观,实际上就是为死亡寻求心理适应。良好的心理适应不是自然产生的,这需要教育。良好的心理适应不仅对临终者是必要的,对于临终者的家属也同样必要。死亡教育应该成为临终关怀的重要内容之一,应该使更多的人认识到人生包括优生、优活、优死三大阶段,既要帮助临终者树立坦然面对死亡的心态,又要帮助家属树立正确的死亡观,减少精神压力,避免沉重打击。研究表明,在中国人的死亡心理中,憾死心态十分普遍^[2]。从某种意义上说,只有当整个社会中大多数人接纳了正确的死亡教育,才能真正破除对死亡的神秘感和恐惧感,以平常心看待死亡,更深刻地思考诸如脑死亡、安乐死之类的问题。

二、死亡鉴定标准与医学伦理

死亡是一个过程,但人们并不会等到生物学死亡期到来时才宣布死亡。宣布死亡是基于一个生与死的临界点,这个临界点就是死亡标准。

(一)传统死亡鉴定标准

传统判定一个人死亡的标准就是永久性的心脏停跳、呼吸停止以及瞳孔对光反射消失。在心跳、呼吸停止以后,身体其他部位的组织和器官都将因得不到氧气与养分的供应而失去功能。然而,医学高技术的发展向这一标准提出了挑战:现代的心脏移植技术,彻底打破了心肺功能丧失意味着死亡到来的成规,因为可以将一颗健康的心脏移植给另一个心脏功能衰竭或丧失的患者身上;当脑干受到广泛而不可恢复的损伤时,医生可以借助呼吸机和药物来维持患者的呼吸、心跳和血压等生理功能长达两个星期,但一旦撤除这些辅助设施,患者就无法自行呼吸,心跳也会随着停止。由于传统死亡鉴定标准对死亡的判定不准确,使得医务人员面对濒死患者时,何时停止对患者的抢救这一问题陷入伦理困境:过早停止抢救显然意味着剥夺了患者的生存机会,而对于失去抢救价值的患者一味地施行抢救又是对医疗卫生资源的浪费并会增加患者家属的经济负担和心理负担。人工移植需要科学地确定死亡时间^[3]。一个人死亡了,医生才可以进行器官移植。传统的

死亡鉴定标准遇到了许多问题。某个患者的心脏停止跳动了,但是,他移植了别人的心脏,或者应用了人工心脏,他能算是死人吗?提供心脏的人,已经死了,但是,他的心脏还在别人的体内跳动着,他算是死了还是没死?1982年12月2日,美国犹太太大学医学中心给一位患者安装了人工心脏。他自己的心脏已经完全丧失功能,靠人工心脏维持着生命。如果按照传统意义上的死亡标准,他该是死了。但是,他靠人工心脏依然活着。事实表明,心死并不意味着人死。

(二)现代脑死亡鉴定标准

以往由于科学认识的局限,传统观念、认识的影响,以及医学本身对大脑的认识和研究尚处初浅阶段,将心肺功能作为判断死亡与否的惟一标准,但在现代医学进展的今天仍然把心跳和呼吸停止作为死亡的标准已显得偏颇、狭隘,因此人们探索着新的死亡标准^[4]。

1968年召开的第22届医学大会上,美国哈佛大学医学院特设委员会提出了“脑功能不可逆性丧失”作为新的死亡标准,即将脑死亡确定为人的死亡标准。脑死亡又有四条具体标准:出现不可逆转的昏迷,即对外部的刺激和内部需要没有接受性和反应性;自主的肌肉运动和自主呼吸消失;诱导反射缺失;脑电波平直。以上四条标准持续24小时观察及反复测试结果无变化,而且要排除低体温($<32.2^{\circ}\text{C}$)或刚服用过巴比妥类药物等中枢神经抑制剂的病例,即可宣布死亡。现在,许多国家已接受脑死亡这一事实,并在哈佛方案的基础上提出了一些其他的脑死亡标准。

脑死亡标准的制定,真实地反映了当代医学科学的进展和对生命本身认识的深入。传统的死亡标准,单纯从心跳呼吸来确立死亡,是属于生物学死亡的标准,而脑死亡标准,则能够把人的死亡提高到即是社会的、法律的,也是哲学的、宗教的东西这一高度来认识^[5]。人是兼意识、感觉为一体的有机生物的系统。脑的实质是思维、感觉和对全身各器官的统一指挥,任何器官都不能取代大脑。所以脑死亡作为死亡标准,有利于从整体上认识人的死亡。

脑死亡标准不但是一个医学问题,也是一个伦理问题。严重脑伤或脑病的患者陷入深度昏迷,自主呼吸停止,如临床表现及实验室检查尚未严重到脑死亡的程度,就应积极抢救。如果脑血流已完全停止,脑功能完全丧失,确诊为脑死亡的患者,只以药物进行呼吸的维持,对于患者生命是没有意义的。徒然增加家庭的负担,对患者的生命尊严也是一种损害。不过,需要强调的是,脑死亡有别于“植物人”。

“植物人”只是大脑机能丧失,但脑细胞并未死亡,脑干的植物功能尚存,昏迷只是由于大脑皮层受到严重损害或处于突然抑制状态,患者可以有自主呼吸、心跳和脑干反应,而脑死亡则是全脑细胞死亡,包括植物中枢的机能全部丧失,无自主呼吸,是永久、不可逆性的,不管心跳、脑外血液体循环以及脊髓等脑外器官功能是否存在,均可宣告人的个体死亡。植物状态的患者,如果护理得当,有可能长期生存。

脑死亡立法通常建立在生命自主权原则基础之上,由患者生前自愿选择死亡判定标准。在患者没有条件做出选择的情况下,则应充分尊重亲属的意愿。亲属选择可视为逝者生命自主权的自然延伸或法定延伸。以脑死亡作为死亡鉴定标准,以此来更新传统死亡判定理论,完善脑死亡判定程序,充分适应了医学发展的需要。树立“脑死亡=死亡”的死亡判定理论体系,可以正确指导医疗实践,减少不必要的医疗纠纷。将一个心脏已停跳但脑还没有死亡的人判定为死亡,进而停止抢救,将是最大的医疗事故;同理,对一个脑已死亡的尸体用呼吸机和药物维持人工呼吸、血压和心跳也是相当大的医疗错误,除非家属偏执,否则应当立即停止。脑死亡研究及实践的结果和经验以科学的方法有效的告诫临床医生,在脑死亡临界点之前,决不轻易放弃诊治和抢救,在脑死亡临界点之后,建议适时停止治疗,转而关注其他急需关注的病人。这两条应视为现代执业医生的行为准则。

脑死亡标准的提出是社会进步的标志,但由于受传统观念的影响,呼吸、心跳停止作为死亡标准在人们的心目中已根深蒂固,广泛接受脑死亡标准还需假以时日。1980年美国统一法律委员会(ULC)中“统一死亡判定法”(DDA)中对死亡的判定做出明确规定:

循环和呼吸功能不可逆性终止,或包括脑干在内的全脑功能不可逆性终止,死亡的判定必须符合公认的医学标准。此法规于1981年得到美国总统医学和生物医学及行为研究伦理委员会的批准。从此,死亡的判定出现双轨制,即心、肺死亡和脑死亡^[6]。

三、确立脑死亡作为死亡标准的伦理意义和社会价值

(一) 实施脑死亡鉴定标准的伦理原则

1. 生命自主原则

几千年来,人们把心脏视为爱和生命的象征,因而接受的是可以直观地呼吸、心跳停止的死亡标准。当患者已脑死亡而心跳尚未停止,医务人员就宣判患者已经死亡,在我国一般人尚难接受这个事实,要转变观念和消除一些误导还需要一个过程。然而,

鉴于实施脑死亡有上述的伦理意义和伦理争论,既不能等待所有的公众都理解和接受后实施,也不能不考虑国情而强制实施。为此,在一段时期内可以采用两种死亡标准的双轨制,以体现生命自主原则,即尊重健康人的生前意愿或患病达临终时的遗嘱对两种死亡标准的选择以及死后是否愿意捐献器官,并签署知情同意或知情选择书,同时保证有随时退出的自由;如果健康时没有立下意愿或患病达临终时也未立下遗嘱,并且也没有选择死亡标准和捐赠器官的表示,应尊重患者家属代表或代理人的选择。如果患者或患者家属代表或代理人选择了呼吸、心跳停止作为判定死亡的标准,那么一旦患者进入脑死亡状态而心跳仍未停止,那么这个原则还应包括此时应如何救治的选择。总之,生命自主是医务人员实施脑死亡应遵循的首要原则。

2. 动机纯正原则

制定和实施脑死亡标准的动机或直接目的是维护人的生命和死亡者的尊严,实现医学的人道主义。同时,也间接获得了节约卫生资源、减轻家属的经济和心理负担的效果,并且也有利于器官移植的开展。然而,不能将间接所获的效果和利于器官移植作为制定和实施脑死亡标准的动机或直接目的。否则,患者和患者家属都会担心尚未真正死亡即被判定为脑死亡而放弃救治或摘取器官用于移植,患者家属也容易产生良心上的不安。

3. 严谨和审慎的原则

人的生命是神圣的,死亡的判定关系每个人的生死界定问题。因此,脑死亡的判定要十分严肃、严谨和审慎,以确保其准确而不至于使有一线希望的患者误失抢救时机。因此,认定能够实施脑死亡标准的医疗单位、医疗科室和判定脑死亡资格的医生,以及判定和实施脑死亡标准的程序等,都要严格遵照卫生部制定并将公布的《脑死亡判定技术规范》、《脑死亡判定管理办法》等。未被认定实施脑死亡的医疗单位、医疗科室和不具有判定脑死亡资格的医生不能擅自确诊脑死亡。即使被认定实施脑死亡的医疗单位、医疗科室也不能因地制宜地放宽确诊脑死亡的条件和简化其实施程序,更不能任意篡改确诊脑死亡的条件和实施程序;即使取得脑死亡判定资格的医生,也要严格地遵守规章制度和操作规程,实施脑死亡判定时要有真实完整的原始记录,并不得去未获得许可开展脑死亡判定的医疗机构中从事脑死亡的判定等。否则,就违反了严谨和审慎的原则,甚至是违法行为。另外,在实施脑死亡过程中,如涉及到伦理问题,还应提交医院伦理委员会审议。

只有遵循上述的伦理原则,才能使脑死亡得到顺利实施,其接受的公众也会愈来愈多,并且可以预防和减少由实施脑死亡而引发的医疗纠纷。

(二) 实施脑死亡鉴定标准的社会价值

1. 有利于科学地判定死亡

传统心跳和呼吸停止的死亡标准,由于其局限性,并不是判断死亡的可靠标准。以呼吸心跳作为死亡标准制定的“死者”死而复生”的例子比比皆是。在当代医学高新技术条件下,已经使传统的心肺功能停止的死亡标准受到动摇,面临着维持技术、复苏技术、低温下麻醉术开展的挑战。心肺死亡在理论上已不再构成对人体整体死亡的威胁,心肺的可置换性使其失去作为死亡标准的权威性。目前,联合国成员中已有80多个国家承认脑死亡的标准。大量研究和临床实践表明,真正的脑死亡患者是无法复苏的。英国曾有16位学者对1 036名临床确诊为脑死亡患者的研究报告,对于这些病人虽经全力抢救,但无一生还。脑是人的思维载体,脑死亡后作为人的本质特征的意识 and 自我意识已经丧失,有意义的生命个体就不复存在了。因此,采用脑死亡标准来确定死亡,既可以避免传统死亡标准的弊端,又使人的生命得到维护。

2. 有利于卫生资源的合理利用

现代医学高技术的广泛应用,可以使进入脑死亡状态的患者维持呼吸和心跳。人的基本特征在于其意识状态,而意识状态是与中枢神经系统联系在一起的。作为意识载体的人脑如果死亡,意识状态会随即消失,这意味着他已经失去了作为人的本质特征。从生命质量看,已经没有存在的价值。但维持这毫无意义的“生命”会在数日内消耗大量的卫生资源,浪费惊人的医疗费用,给有限的卫生资源造成极大压力,影响了卫生资源的公正分配,同时增加了死者亲属期待亲人复苏的精神痛苦和经济负担。脑死亡标准的确定,可以提示人们不再毫无意义地维持大脑已经死亡的死者,这样既有利于社会的公共利益,也有利于死者家属的利益和维护死者的尊严,可见具有明显的伦理价值。

3. 有利于器官移植的开展

目前,器官移植遇到的最大难题是器官来源的困难。器官移植,需要从尸体身上取出活的器官,这种手术要求时机适宜,越早越好。如果按照传统死亡标准,那么由于死者的血液循环停止时间过长而难以达到被移植器官的成活,导致每年都有大批患者在等待器官移植中死去。我国从20世纪70年代末开始进行器官移植至今,手术技术及抗排斥反应的研究均已达到世界水平,但器官来源缺乏阻碍了器官移植技术的进一步发展。由于脑组织对缺氧最敏感,所以,当脑组织

因缺氧导致脑死亡,其他组织和器官仍然保持生命力,按照脑死亡标准对供者做出死亡诊断,就能及时为移植提供高质量的“活”器官。如果承认脑死亡,实际上就大大提前了确立死亡的阶段,将心脏仍然可能处于跳动状态的脑死患者宣布为死亡,从而可以摘除跳动的心脏进行移植,而且,包括眼角膜在内的其他器官的存活和新鲜状态也将大大改善^[7]。可以说,脑死亡标准的确立,将为器官移植开辟广泛的前景。

4. 有利于道德和法律责任的确定

在法律上,确定脑死亡为人的个体死亡,对遗嘱执行及财产继承十分重要。人的死亡是一个从器官到组织到细胞的复杂的不可逆转的生命物质系统崩溃过程。确定一个人死亡的关键是要找到生与死的临界点,这至关重要。按脑死亡标准如何区别生前伤和死后伤、推断损伤时间是法医鉴定机械性损伤的一个新任务。脑死亡冲击着生前死后伤的传统划分,出现了心跳存在条件下什么是生命反应和如何判定损伤时间的尖锐问题。在道德上,科学地确定人的死亡时间,使医生对患者承担救死扶伤的义务有了明确的结束线,这对认定医生医疗质量和责任具有非常重要意义。

显而易见,从心肺死亡标准到脑死亡标准的模式转换,是医学研究和认识不断深化的结果,脑死亡方面的研究将使死亡标准更趋于科学化。但是,脑死亡的标准还存在着多方面的问题,还有不少争论。人们使用传统的死亡标准已经千百年了,心肺死亡概念根深蒂固。而脑死亡标准制定仅仅30余年,至今还没有成为统一的死亡标准,有的国家和地区仍然坚持把心肺死亡作为死亡标准,有的则把心死和脑死同时作为死亡标准。

参考文献:

- [1] 马文员,王振方,郭明. 医学伦理学[M]. 辽宁:大连出版社,2002:37-39
- [2] 张树峰. 医学伦理学[M]. 北京:人民军医出版社,2007:52-55
- [3] 邱仁宗. 生命伦理学——女性主义视角[M]. 北京:中国社会科学出版社,2006:43-48
- [4] 孙衍庆. 外科学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2005:54-59
- [5] 李舜伟. 脑死亡——理论与实践[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:16-18
- [6] 陈忠华. 脑死亡(现代死亡学)[M]. 北京:科学出版社,2004:63-65
- [7] 刘长秋,陆庆胜,韩建军. 脑死亡研究[M]. 北京:法律出版社,2006:42-51