

脑死亡与人死亡

江西医学院(330006) 刘泉开

一、人的死亡

生与死,是一对矛盾,两个极端,是人所必经的驿站。人总是先生而后死,人总是要死的。人有生的权利,也有死的义务,这是自然发展规律。新陈代谢,春夏秋冬,生老病死,谁也抗拒不了,回避不了。

对于死,人们有多种不同的态度,有的视死如归,有的任其自然,有的贪生怕死,有的苟且偷生。对于死的认识也有差异,各个时期也各不尽相同。

从生与死的延续过程来看,生是瞬间的,死是永恒的,一个长命百岁的人,也只是历史长河的一世纪,而人死后即成为死人则是永远的、无穷的,因为人死了不能复活。活人会变死人,而死人永远也是死人。但从生与死的突变角度来看,生是漫长的,死是瞬间的。一个人由活人变死的过程,只是几分几秒的演变,而活的行程是经历婴幼儿、童年、青壮年、老年这么几十年的漫长过程。

生与死是对立的又是连接的,没有生就没有死,但人对生与死的感受都完全不同。人对生的品味是丰富的、复杂的、多彩的,而人对死的体会却永远是一片空白,谁也无法填补,因为死是永恒的又是短暂的。

上面这些都是从哲学、宗教概念上去理解人的死亡的内涵,虽然其中也有不少医学基础,但从生理病理的角度上,人类对自身的死亡认识,也是不断变迁和深化的。在早期只知人死了就没有知觉和动作了,这是从纯生理含义上去理解。

二、脑的死亡

脑死亡作为人死亡的前兆,已随着科学技术的发展,移植医学的崛起,社会医学的关切而引起了人们多方面的重视。因为它是人的生与死的分水岭,故一直都以严谨的科学态度来对待它、研讨它。

当前,对脑死亡的定义是包括脑干的全脑的不可逆的功能停止,即作为脑的主要功能的意识、感觉等脑固有功能和发挥身体各部位的功能发生

不可逆的丧失。但这决不意味着构成脑的各个细胞的代谢及其他生活功能也全部丧失了。

现代医学认为:脑死亡作为临床死亡标准这一含义是没有异议的。确定了脑死亡之后,应该坦率地说此时再继续呼吸、心跳等抢救措施是徒劳无益的,只能说是浪费时间和财力,这个只管耕耘的作法,充其量只可给亲朋得到一点慰藉。

以脑死亡来取代传统的呼吸心跳停止作为临床死亡标准应该说是更客观、科学的,尤其在积极开展器官移植的今天,更有其现实的意义。问题是如何掌握脑死亡的标准?用什么尺寸去量度?

目前,对脑死亡趋于一致的基本指标确定了。但关于确定脑死亡的最低观测时限,各国尚无统一标准。一般可在呼吸停止人工呼吸维持 12 小时以上开始检测脑死亡的存在与否,确定时间介于 6—12 小时。事实上,各国对脑死亡的判断标准尚有一定差异,这与医学伦理学、社会医学、医德、风俗传统的看法都有一定的联系。已经判断为脑死亡是否就可以放弃抢救?是否可能有用的器官?由于存在着复杂的、微妙的原因,纵使文明的今天,一时也难以统一。所以脑死亡是一回事,人死亡又是另一回事。

三、脑死亡与人死亡

人到最后一瞬间,往往还被活着的人们争议不休,中心主题是脑死亡与人死亡的关系——脑死亡是否等于人死亡?还是有别于人死亡?许多论点都是针锋相对。真是智者见智、仁者见仁,充分反映了科学家对人的尊重,对死的慎重。

近代医学与生物学认为:人是一个具有意识和感觉的机体系统,为有机的统一个体。人虽有许多脏器,但各器官组成了一个整体,发挥统一的功能。如果保持和发挥了这种有机的统一状态,那么人是活着的,反之人便死亡了。而掌握与指挥器官统一功能,即总指挥是大脑而不是其它。因此用脑死亡来判断人也死亡是合理的、科学的、客观的。这个理论渊源于“人体整体机体论。”生命是有机

的统一体,而有能力驾驭这一统一体的唯有脑。而且人体除了脑,目前其余的器官皆可移植交换,因此是“机械”。所以脑死亡=人死亡。这个论点在现代哲学也没得到认可。

对于上面的见解也并不一边倒,有的人不反对脑死亡=人死亡这个公式,他们认为脑死亡的人用人工呼吸机时仍有呼吸、体温,且能维持一定时间。他们甚至举出在美国、日本有脑死亡状态下仍然顺利分娩的病例为自己找证据。他们理直气壮地说:尚能分娩的产妇能说她是死人吗?死人能生孩子吗?他们除了在医学论点上据理力争外,还在伦理学上寻找答案,认为若脑死亡即为人死亡,那么则在宣布脑死亡的一瞬间,人即成为事物,这就不存在任何人权了。这个咄咄逼人的理论和看法,的确也博得不少喝采与支持。孰是孰非,恐怕一时也难绝对统一认识,但脑死亡是处于接近人死亡状态,人死亡是脑死亡的必然发展的残酷现实则是无可非议的。脑死亡的人是活着的“死人”,而“死人”中还有活着的某一器官,这一具体的译解还是比较客观的。

四、人对死的选择

有人认为:随着科学的发展,人的死亡不一定是科学认识的终结。今日认定死亡的人,将来也许会判成“活人”。当然,这个梦想若能成为现实,也是相当遥远的事情。但人一定会死,都是谁也改变不了的冷酷事实。“死路”是人人都没过的独木桥,谁也无法逾越这个鸿沟。人是要死的,但死的方式有所不同,概而论之不外突发死亡即难以预料的死亡(自杀除外)和缓慢死亡即多因伤病迁延日久的终归死亡。突发死亡对接受人来说,在毫无死的意念、毫无死的准备而死亡突然降临,瞬间由活变死,这个突变是偶然的、干脆的、短暂的,因而是愉快的。所谓一了百了、无牵无挂,死如一阵风匆匆而来又匆匆而去。从心理承受上来说,都乐意选择这一死亡方式,但能“享受”这种方式者毕竟少数,对绝大多数人来说面临承受的还是缓慢死亡。他们通常要经受长期的致命的伤痛的折磨,明知是不治之症,都欲生不能欲死不得,象一盏风雨飘摇中的快要熄灭的油灯,时间对他们不再是幸福之源,而是痛苦的记录。对这种“无望”的活人,应该

怎么看、怎么对待?一直是社会、医学、法律、宗教、人教、伦理等领域关注的问题。于是围绕人类具体个体的死,出现了临终关怀、脑死亡、安乐死、放弃治疗等新的医疗措施的实践。方式不一,但目标是落实到这个死字,可谓殊途同归。

临终关怀与安乐死同属医学和伦理学的交叉,不同的是前者的伦理方面涉及价值判断正反的争议,而后者则完全是正面的。临终关怀的主旨在于减少死亡前的痛苦与恐惧,给接近死亡的活人再次也是最后一次的人间温暖;安乐死则是尽快缩短痛苦的折磨,让人安详平端而去,人为地请死神提前到来。两者的内涵是有差异的。

放弃治疗虽然有些陌生,但实际上在悄悄地试行了。放弃治疗有主动放弃治疗、被动放弃治疗两种。选择这种做法,实是出于无奈。放弃治疗的前提是病人膏肓奄奄一息确无起死回生之力,不想再作无谓的努力,免得人财两空,但它并不排除关怀与照顾,并非见死不救,只是有计划地放弃已证明无效的昂贵的药物和徒劳无益的治疗手段,但仍采用最简单的医疗措施。所以,放弃治疗的是有条件地求实地送人终结。放弃治疗是消极的,但不是残酷的。文汇报曾经报道:就植物人问题对上海 47 家医院进行调查,有 9 家医院都有植物人,人数多达 10 多位。其中一个医院有 6 位植物人长期躺在病床上。这些植物人绝大多数已没有恢复知觉的可能。这类病人应该说可以选择放弃治疗。放弃治疗与安乐死不同,安乐死偏重于死的尊严;放弃治疗重于生命的自然发展。如果说死亡是人生的终点站,那么安乐死是推向死亡的动力,而放弃治疗是徒步蹒跚而行,时间差显得很明显。这两者虽是科学的、求实的、人道的,但目前或相当一段时间里,并非人人都能乐于接受,常受制于法律、道理、伦理等的干扰。看来,人该选择怎样去死还没有达到自由王国的境界,因此,死也就成了医学中旷日持久仍未彻底解决的问题;死也就成了哲学、伦理学中争议不休难以统一认识的问题。

人的出生是无法选择的,能否在死的方式上给活着的人以最后一次选择。

(责任编辑 赵明杰)