

脑死亡的无效治疗与经济及医学伦理学问题

吴晓玲,王艳萍,白敏芳,刘雁红,韩彩利

吴晓玲,王艳萍,白敏芳,刘雁红,韩彩利,西安市中心医院神经外科,陕西省西安市 710003

0 引言

1996-01/2002-01 本科共收治特重型颅脑损伤 78 例,其中诊断为脑死亡 18 例,占特重型颅脑损伤患者的 23%。18 例脑死亡者共花费人民币约 90 万元。在讨论脑死亡无效治疗、医学伦理学及经济学有关问题前,有必要将脑死亡的诊断标准列出来,看脑死亡患者是否有必要继续治疗。其诊断标准为:(1)临床标准 ①昏迷和无反应性;②脑干反应消失;③自主呼吸停止。(2)辅助诊断标准:①脑电图(EEG)检查,等电位或脑电静息;②常规脑血管造影检查,无脑内血管显影;③经颅多普勒(TCD)检查,舒张期无血流或只有回流,收缩早期小收缩波;④脑诱发电位(EP)检查,其结果与脑电图可以互为补充;⑤头颅 CT 扫描,蛛网膜下腔、脑室、脑池消失;⑥阿托品实验阴性。此标准经过三十余年的发展及完善现已趋于规范化与国际化。在临床工作中,面对确诊为脑死亡患者是继续进行无效治疗,还是终止治疗,这是摆在医务工作者及家属面前的难题。作者想根据临床的实际情况及家属的困惑从以下 3 个方面谈以下个人的认识。

1 脑死亡诊断标准的确立与无效治疗认识

近几年来有关无效治疗在医学、哲学、伦理学及经济学等领域争论的比较激烈。什么是无效治疗至今没有一个确切的标准,使之成为一个长期困扰临床执业人员、患者及其家属、医学伦理学工作者和相关法律界人士的问题。然而,无论问题怎样的复杂,无论哲学家、伦理学家怎样定义,他们都应以医学科学发展和临床实践作为基本背景。无效治疗的标准也许正在发生变化,但“无效”必须建立一个相对的,可以操作的“范型”。投入没有任何回报就是无效^[1]。本文今天谈脑死亡的无效治疗,是建立在现代医学发展的基础上。所谓无效是从脑死亡的诊断标准及治疗结果而言。诊断为脑死亡在现代医学里就意味着脑组织发生了不可逆的损伤,机体必然走向死亡。脑死亡诊断标准的问世为现代医学发展提供了更广阔的前景,是现代医学发展的必然结果。不同区域、不同时期其标准的出现也反映了不同地区的医学发展水平。早在 1968 年美国哈佛提出脑死亡诊断标准,1971 年明尼苏达又出台了脑死亡诊断标准。随后在瑞典、日本分别于 1972 及 1986 年也有了自己的脑死亡诊断标准^[2]。我国在 1986 年南京“心肺脑复苏”专题座谈会上脑死亡诊断标准雏形形成。在荷兰安乐死 1997 年被合法化。随着脑死亡诊断标准的国际化和安乐死合法化,其结果将对现代医学的发展产生深远影响,特别在组织、器官移植方面将提供医学伦理学和法律保障。也就是说脑死亡的无效治疗将转化为有效治疗。“组织、器官供体”(即脑死亡的患者在没有找到合适的“受体”(接受组织或器官的患者)时,此时所谓的“无效治疗”就是积极的有效治疗。本文现在讨论脑死亡的无效治疗,是建立在人们对所谓的无效治疗还没有一个统一标准的基础上。随着社会、医学伦理学、经济学及现代医学的飞速发展,人们认识水平不断提高,放弃脑死亡的无效治疗将被人们广泛接受。然而,我国处于社会主义的初级阶段,人们的意识及认识水平相对较低,加之脑死亡诊断标准的规范化及安乐死的法律化尚未形成,社会、医院及家属都在进行着脑死

亡后的无效治疗,这与我国的经济的发展不相适应。

2 脑死亡的无效治疗与经济伦理学

经济基础决定上层建筑,由经济因素支配的意识形态与经济伦理学既对立又统一。患者一旦被诊断为脑死亡就是机体的终结,此时如果没有其他的医疗目的(如组织或器官供体)或政治、宗教等目的(如领袖人物),一切治疗都是无效的。这时无论是医生还是亲属要求或坚持进行所谓的“治疗”,经济因素起了关键作用。目前医疗卫生市场步入卫生经济时代,医疗保险制度尚不健全,公费医疗制度处于变革时期,人们就医心态各异。如果一个脑死亡患者是公费医疗或者有医疗保险,亲属要求所谓的“抢救治疗”,这是经济伦理学问题。他们不顾及国家与集体利益,只考虑自己感情的需要,而一味强调继续治疗。还有个别经济较富裕家庭有传统“尽孝心”思想,这样的孝心实质上也是消耗有限的资源,同样存在着经济伦理学问题。再分析以下一些医务工作的心理因素,随着医疗制度改革,医院管理者将医院经济收入与各个科室以及个人工资及奖金等挂起钩来,其结果直接导致了医务工作者的“积极抢救”和“坚持抢救”。还有个别年轻医生为了创造人间奇迹和积累临床经验而进行着无效治疗,上述这些现象无疑都是人力、才力、物力的巨大浪费。

3 脑死亡的无效治疗与医学伦理学及宗教信仰

脑死亡是医学与哲学长期以来一直探讨的问题。对脑死亡患者是否继续进行无效治疗,应做出合乎人类理性的选择。众所周知,医学人道主义是一个历史范畴,以尊重患者的权利为核心内容。在近百年的历史中,医务人员为治病救人,维护患者权利作过不懈的努力。但医学发展到今天,医务人员应为社会整体承担更多健康责任,人们更重视生命的价值与意义。如为了个别脑死亡患者做无效治疗,以满足“人道主义”的虚荣,这种无意义的人道违反了为大多数人服务的医学人道主义。然而,在临床医疗活动中,患者利益是第一位的,尤其在是否放弃无效治疗这样一些涉及患者根本利益的问题上,更应当让患者或家属在充分了解有关信息的前提下,就是否同意放弃治疗做出决定。对脑死亡患者要终止无效治疗,由于患者已丧失意识,此时应征得其监护人同意并签字。一般情况下,患者权利与医生权利既是一致,又相互制约,两者发生冲突时,决定权究竟取决于何者,关键要看这个决定是否有利于患者康复,是否有利于公众整体的健康利益,是否有利于医学科学的发展,即合目的性、合理性及合道义性^[3]。由于现代医学对脑死亡的确无能为力,所有治疗及抢救措施都是无效的,因此终止治疗是必要的,是符合医学伦理学及经济伦理学观点的。此外,宗教信仰对脑死亡的无效治疗也有很大的影响,不同民族的风俗习惯和宗教信仰不同,面对脑死亡无效治疗采取的态度截然不同。

综上所述,社会、医学伦理学、经济伦理学、心理因素以及宗教信仰等是影响脑死亡无效治疗的多种因素。从现代医学观点来看,既然脑死亡就意味着机体的终结,还有什么理由继续坚持毫无意义的治疗呢?

4 参考文献

- [1] 尹莲芳. 尿毒症的无效治疗与经济伦理问题[J]. 医学与哲学, 2000, 21 (2): 19
- [2] 江基尧, 朱诚. 现代颅脑损伤学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 1999: 493
- [3] 郭永松, 何德棠. 面对临床无效治疗: 思考与抉择[J]. 医学与哲学, 2000, 21 (2): 8

收稿日期 2002-12-04 编辑 蒋朝利 [N]