

第
十
三
期

DO NOT RESUSCITATE DILEMMAS 不要复苏的困惑

作者 迈克尔·韦伯-帕洛
By Michael Webb-Peploe

一位病入膏肓的老妇人躺在医院的病床上，身边围满了医生、护士、家人和朋友，如果她的心跳和呼吸都停止了。这些人应该使用心肺复苏术让她苏醒过来吗？当决策者做出不让病人复苏的决定时，一定别忘了生命的尊严和价值，如果基于他们的最终决定，有人得以生存，那比发表一篇有关人生价值的文篇要好的多。

“不要苏醒（DNR^①）的要求只有经过与患者本人及其近亲讨论，并反复得到他们的确认后，才可以加以考虑。”这是英国医学协会复苏委员会（英国）和皇家护理学院的一致看法，之所以他们提出这一观点，是因为在传统做法中，临床医生往往不经过与患者本人或亲属协商，就自行做出是否让患者复苏的决定——这种传统的做法，现在是被认为是不符合道德标准的。

尽管人们的观念已经有所转变，然而英格兰关爱老年协会的报告表明，这种DNR的声明经常未经与患者和其家属商量，就公布在老年患者须知中^②，一位无党派议员提到这些情况时指出：“很难判断这些治疗计划和让患者慢慢死去有什么大的区别。”^③

有关报告中特别提到了两种担心，一是医务人员与有关人士之间缺乏沟通，二是一旦做出了DNR的决

定，护理质量也会随之下降。

有的医生不仅认为治疗是无效的，甚至认为患者的生命也是无益的。

我们要了解患者和医务人员双方对复苏的观点，要让他们相互了解对方的真实看法，并找到方法，使得患者无论健康状况如何，都能得到护理。

忧虑和期待

现在的患者好象越来越不信任医务人员了，部分是因为医生在做出决定前，不能倾听患者的观点。

例如，最近的一项调查表明，在英国，只有29%的小型医院的住院医生会和其他医生或全体人员讨论是否为患者提供维持生命的治疗，而有74%的医生会将DNR的规则写入手册中^④。

不但医生与患者间缺乏沟通，患者与其照顾者之间的沟通也很少，与医生讨论过DNR的患者中，只有半

数会将情况告之他们的亲友。

研究发现^⑤，对于让严重的心脏病患者复苏的必要条件，有1/4的医生与患者的看法不同，糟糕的是，即使双方经过讨论之后，这种情况并未改观。

这有个问题，就是人们对于患者能够复苏的情况过于乐观。电视节目给人们带来一种假象，好象在做出是否让患者复苏的决定后，马上就会出现医疗人员，而且立刻就会得到结果——患者死亡或是活下来。而绝大多数情况下，他们都可以活下来。

然而现实情况并没有这么简单。首先，能使患者复苏是很偶然的特例，而且这需要一个漫长的治疗期，包括用电流刺激心脏、用机械帮助呼吸，还要将患者转入重病护理部门，进行进一步的治疗。有很多患者会在一天后死去，尽管在临终前几天，他们得到了尽力的挽救。

心脏停止跳动的人中，只有不到一半会在挽救后幸存下来，而在幸存者中，只有 1/3 可以活着回家，其余 2/3 的人则会在医院中慢慢地死去⑥

如果患者不是在医院中，那么情况就更糟了，心脏停止跳动的人只有 2% 可以成功的复苏。

在很多病例中，病人苏醒的机会微乎其微，还不如让他们更有尊严的死去。例如，肺炎或晚期癌症患者出现心力衰竭时，使用心肺复苏术（CPR）基本上是无效的⑦，在这种情况下，这种努力只能妨碍患者得到一有尊严的死亡。如果患者已经上了年纪，对他们的胸部施压很有可能会折断几根肋骨。这将给他们带来剧烈的疼痛，并使日后的治疗更加复杂。

因此，大多数医生都认为，如果即将死去的是一个绝症患者，那么，DNR 的决定是恰当的。然而，DNR 的决定有可能导致患者

得不到应有的照顾和关注。调查发现，在病情相同的患者中，如果一个患者的治疗须知中写有 DNR 的条文，那么，他死亡的机会要比别人多 30 次。⑧

法律状况

目前，英国的法律对此尚无明确规定。不过，大多数评论家都同意，在两种紧要情况下可以不经与患者协商而做出 DNR 的决定。一种情况是，如果患者的病情非常的严重，就算进行 CPR 也不太可能幸存下来。不过反对者指出，做出让患者复苏的建议和建议严重的肺炎患者接受化疗、器官移植或者其他对身体有害的治疗差不多，让患者复苏的目的很简单，它根本就不能成为讨论的话题。

另一种情况是，当医生认定患者的精神有问题的时候，然而如果被讨论的对象是你的亲友，你又会怎么想呢？

美国为此制定了一系列

的法规，叫做“死亡权利判例”，这些判例规定，无论一个人是否被视为有继续生存的可能，他（她）都有权拒绝接受维持生命的治疗，美国的法律认为拒绝治疗和撤消治疗是没有什么区别的。

法院认为撤消治疗与主动的安乐死和医生协助的自杀是不同的，后两项不是美国宪法保护的基本权利。⑨

生存的问题

基督徒如何看待有关复苏的问题呢？首先要明白，无论一个人是否贫穷、生病、残疾或生活在痛苦中，他（她）的生命都绝不是无益的，人是具有上帝形象的生灵，《圣经》开篇就告诉我们，人是照上帝的形象创造的——这就表明人的价值远不是身体状况所能完全代表的。

因为我们是按上帝的形象所创造的，我们就应当尊重每个人，并且要保护每个人不受虐待、伤害、操纵以及故意的忽视。

一个人得了重病，但他仍然是一个人，就算复苏的机会不大，也应该尽力的去尝试，因为任何事都不能降低人身上固有的价值。事实上，认识到一个人的虚弱和无助更有助于我们明白自己的责任，我们应当更努力地去照顾他人，而不应该减少这种尝试。

正因为我们对生命有如此高的评价，我们就必须把除掉人的痛苦和除掉痛苦的人区分开来。任何要剥夺人的生命的企图都是对神的形象的亵渎。当然，在治疗已

现实与假象：

能让人们复苏的机会是很小的，在相当大的程度上，心肺复苏术成功的概率受到人们潜质的影响，还要看人们心跳停止时身在何处。

在医院中，CPR 的成功率	在家中，CPR 的成功率
6.5%~15%	2%~30%

现实与电视中相差甚远

英格兰医学杂志的一篇文章⁽¹²⁾显示，在电视节目，CPR 的成功率已经高到了不真实的程度。

	电视节目	实际生活
接受 CPR 后立即好转	77%	40%或更低
接受 CPR 后生存很久	67%	30%或更低
因心脏病需要接受 CPR	28%	75%~95%
接受 CPR 的普遍年龄	主要是青年人	主要是老年人

无法为人们提供帮助而只能带来痛苦时，决定不再继续治疗也是恰当的，在本会刊第七期中，邓肯·威尔明确地讲解了故意杀人与符合伦理的终止及撤消无效治疗的区别。

我们不但要将一个人当作个体看待，还要考虑到他在社会中的地位，我们每个人都是人类大家庭中的一员，并没有哪个人的生命异与常人。上帝创造我们并让我们生活在社会之中，只从单独个体的角度来考虑生与死的问题，是一个危险的错误想法。

如果一个人想要终止自己的生命，必将对家人和亲友产生影响。假如社会将他的决定当作是一个人的自由，那么为有需要的人所蓄备的物资就很可能相应减少，这个社会自身也会因此变的越来越贫乏。

要为患者提供超越物质利益的看护，这样，对是否使患者复苏的考虑才不会建立在亲属或看护者能否得到利益的基础上。亲友们不能因为有可能因为患者而劳民伤财，就做出加速他人死亡进程的决定。要从道德的角度为他们寻求更加强有力的支持。

关于死亡的问题

当代社会对死亡充满了忧虑，在谈论中，很少会涉及到这一禁忌，现代的医疗也不愿意过多的谈论死亡，并且倾向于把死亡看作是一种失败的结局。这很奇怪，因为对所有有生命的事物来讲，死亡都是必然的。

基督徒对于疾病和死亡的看法分别为截然不同的两种罪过，相反，这代表着他们快要开始进入另一种生命

复苏

当患者的呼吸和心跳停止、失去知觉时，就要使用心肺启动装置。为了避免大脑等重要器官不受长时间的损伤，几分钟之内，就要使肺部的空气流通起来，并使血液得以循环，这一过程的开始时间每拖延一分钟，成功的机率就会降低 10%(1)。

有的时候，对患者的胸部加以猛烈的重击，也可以使心脏重新跳动起来，这种情况的前提是，患者的心肌失去了有规律的强烈跳动，变成了微微的颤动—医学界称之为心律不齐，而对患者胸部的猛烈打击，可以使心肌恢复近乎正常的跳动。

运用电流刺激患者胸部，也可以使停止跳动的的心脏恢复正常的收缩。

在纤维性颤动的病症中，患者的心脏无法有力地跳动，不过通过胸外按摩——在胸骨下方施加明显的压力，可以使心跳达到每分钟 80 下，从而维持血液循环，在采用其他措施恢复心脏正常收缩的同时，这种对胸腔的挤压，可以产生足够的血液保护大脑和其他器官的继续运行。

个别时候，医生会尝试进行体内心脏按摩，他们在患者胸部开一个洞，伸手进去挤压心脏。

在这个过程中，特别要注意保证肺部有空气进入，可以用人工呼吸技术，工具是一个特制面具和手用吹风机，也可以使用将一根管子插入患者气管中的方法。

有时候，可以给心脏使用刺激类药物，如肾上腺素，或使用一些麻醉类药物，如利诺卡因，也可以使心率不齐的现象得以控制。极个别的情况下，医生会向患者的血液中注入碳酸氢钠，以改变其体内因二氧化碳产生的酸性状态。

种观点，有人认为它们是对上帝造物的伤害，有人则认为它们使得人们更接近于上帝，很多基督徒都赞成作家 CS·刘易斯的观点，认为痛苦是上帝“唤醒麻木世界的传声筒”^⑩，痛苦、疾病和死亡是人类做出忽视上帝决定的必然结果。

虽然老年人的健康状况会逐步下降，但这并不是一

阶段，而这种生命充满了尊严和荣誉。

死亡，实际上是把人们从受伤和衰败的身体中解脱出来。基督徒相信，在身体器官停止运转后，生命仍然在继续，人们可以在平和中享有永生，并且与创造了万物的上帝拥有无比亲密的关系。

呼唤沟通

之所以医患之间很难在是否应把 DNR 规定在治疗手册中达成一致, 有一种解释, 认为是因为双方使用的语言不同, 医生使用的是技术用语, 谈论的是单纯的症状, 他们把患者当作是一个单纯的生物实体。患者则是在用非技术语言, 描述主观感受和自身在社会关系网中的定位。如果不能顾及这两方面的情况, 那么双方永远无法互相理解。患者感受到身体不适, 或许他还很惊慌, 感到自己很脆弱, 医生必须了解他们的这种心态。

还有人担心, 一旦做出决定, 就无法再更改了, 对心脏病患者的调查表明, 在最初表示希望可以复苏的患者中, 两个月后约有 14% 的人改变了主意, 而最初表示不希望复苏的患者中, 两个月后, 有 40% 的人改变了初衷。对此, 通常的建议是, 每 24 小时向患者征询意见, 以便在他们改变了决定时可以表达出来。

很多人都建议, 医生要改变其家长式作风, 不能总是由医生做出决定后, 患者简单的接受, 而应该代之以一种通报和准许的制度, 在此制度下, 医生将情况告之患者, 决定权掌握在患者手中。但是在实践中, 这很难做到, 因为患者或其亲属有可能并不信赖他们的医生。

还有一种建议, 是医生和患者间利用各自的专长交换意见, 医生具有医学知识和实践经验, 而患者知道,

对于死亡, 他们最想了解什么信息, 这样他们就可以共同做出决定。为此, 医生需要创造一种使信息得以交流的氛围, 并且还要花更多的时间了解每一个患者。

照看弱者

医生有责任照顾他们的病人, 部分原因是因为这种照顾可以使他们做出决定, 究竟哪种治疗方案更适合, 当需要做出是否让患者复苏的决定时, 医生就可以根据适合的信息做出恰当的判断。有时, 通过看护行为本身就可以知道, 尝试让患者复苏是不恰当的。

基于复苏的努力根本无效的结论而做出的 DNR 决定, 和基于“生命质量”标准所做出的 DNR 决定, 两者相差甚远。

只有医生有特权接触到处于生命中危急时刻的人们, 并为他们提供专业的帮助。医患之间这种最亲密关系的基础, 就是所有相关的人都相信对方为自己提供最好的选择。

要获得这种高度的信任, 医生就必须保持对患者关心、尊敬、投入和保护的基本态度, 越是虚弱的患者, 对医生这种需求就越突出。

参考书目:

1: 英联邦关于苏醒需要进行公开决议的最新指引。BMJ 2001; 322: 509

苏醒委员会及皇室学院关于用 DNAR 代替 DNR 术语的联合声明

2: 英格兰关爱老年协会

《是谁背弃了我们——老年人与国民健康保险制度》伦敦 关爱老年协会 2000

3: 麦迪克 R. 迪龙 J. 《五十位享受国民健康保险制度的老年人的死亡档案》2000 年 4 月 16 日: 1

4: 列文. JR 等《关于提供维持疗养院住院人士生命的治疗的决定: 谁来讨论, 谁做决定, 决定结果如何?》1999, 47: 82—87

5: 克鲁豪兹 HM 等《严重心力衰竭患者苏醒的选择参数》1998, 98: 619—622

6: 哈斯 F (信件) BMJ 1994, 369: 408

7: 莫斯 AH《向患者告知心肺复苏术: 当风险大于益处时》1989: 349—355

8: 辛普林 LB, 扬戈尔 SJ, 斯普夫 T, 罗森尔 GE《在 DNR 指示下不断增加的患者死亡现象》医学护理 1999: 37: 727—737

9: 歌斯汀 LO《法庭做出的生死决定——死亡权简史及分析》JAMA 1997; 278: 1523—1528

10: 理维斯 CS《关于疼痛》伦敦 杰弗里. 布莱斯出版 1940, P81

11: 曼奇尼 ME, 凯文 W.

《危急护理人员须知: 对外用去心脏纤颤自动装置的初次回答》美国危急护理杂志 1998: 7: 314—319

12: 戴姆 SJ, 兰度斯 JD, 图斯凯 JA, 《电视节目中的心肺复苏术——奇迹与误导》新英格兰医学杂志 1996; 334: 1578—1582

推荐阅读:

怀特 J 《生与死》 莱斯特
IVP 1998; 192-212
弗格森 A 《健康: 人的实
力》 莱斯特 IVP 1993

卡洛琳·白瑞最近退
休, 之前是伦敦盖尔
医院的著名遗传学专
家

**基督徒医学联谊会会刊已出
书目**

- 第一期 伦理学入门
- 第二期 动物实验
- 第三期 基督徒的伦理观
- 第四期 青春期性行为
- 第五期 看护伦理学
- 第六期 人工生育
- 第七期 治疗的撤消和终
止
- 第八期 依赖和沉溺
- 第九期 医生协助下的自
杀
- 第十期 人为何物
- 第十一期 人类基因组
- 第十二期 无性繁殖疗法与
干细胞
- 第十三期 不要苏醒的困惑

以上文章可从

www.cmf.org.uk/ethics/brief/brief.htm 网站查询或免费从 CMF 索取。

以上系列资料的复本可以从 CMF (基督徒医学联谊会) 获取。

地址: 伦敦 Waterloo 路 1 5 7 号

电话: 0 1 7 1 9 2 8 4 6 9 4

该系列由 CMF 医学研究会编辑。

CMF 为注册慈善机构。

编辑人: 彼得·莫尔博士。

登记号: 1039823

