



北京市普仁医院老年科主任邢玉静:

## 生命支持撤除是持续沟通、共同决策的过程

生命支持撤除是一项需要医学判断、伦理决策与制度流程共同支撑的系统性临床实践,而非单一医疗操作。其关键不在于“是否撤除”,而在于是否建立了规范、透明、可追溯的决策路径。

在临床实践中,生命支持撤除通常建立在多学科评估基础之上。以脑出血术后为例,包括神经外科、重症医学科(ICU)及相关专科对不可逆性进

行联合判断。在患者既往明确表达拒绝侵入性治疗意愿,或无法表达也未曾表达过意愿,家属综合考量患者最佳利益并达成一致的情况下,医患双方经充分沟通后可实施撤除,并转入安宁疗护体系。

生命支持撤除是持续沟通、共同决策的过程。医疗团队需要反复召开家庭会议,与每一位核心家属充分沟通病情、预后、撤除后可能出现的症状及应对措施,确保家庭成员充分理解并形成共识;对于无法到场的近亲属,也应尽可能完

成沟通确认。

同时,病情评估、家庭会议、知情同意等全过程均应详细记录,必要时在患者同意的前提下通过录音、录像等方式留存证据,为医疗行为提供规范保障。

撤除生命支持前应制定完整的医疗预案,对患者可能出现的呼吸困难、气道痉挛等情况提前做好药物及舒适照护准备,确保患者能够平静、舒适、有尊严地走完生命最后阶段。同时,医疗团队还应关注家属心理支持,通过充分告别、情绪疏导等方式帮助家属

完成哀伤过程,使生命支持撤除既体现医学专业性,也展现人文关怀。

临床实践中经常出现患者真实意愿难以确认、家庭成员意见不一致、患者与家属治疗意愿冲突等复杂情形,医生也承担着较大的法律和职业风险。建议尽快制定统一、规范、可操作的生命支持撤除临床规范和实践指引,为医务人员提供有章可循的制度保障,使生命支持撤除真正做到规范、安全、透明,在保障患者权益的同时为临床医生提供更加可靠的执业保障。



中国卫生法学会理事聂学:

## 生命支持撤除应明确“两个基本”,坚守三个底线

自动出院等方式撤除生命支持系统,但并没有明确的法律规定能否撤除。

现代医疗技术可以帮助患者在没有任何意识和反应的情况下长期维持心跳,撤除生命支持系统关系到患者的体面和尊严,有其现实必要性和合理性。为确保撤除生命支持的决策能够充分保障患者自主权和人格尊严及生命权,不构成权力滥用甚至损害患者的生命权,应当规定严格的适应证、决策流程并形成完整的记录,以最大程度实现合法合规,切实维护医患双方的合法权益。

不当的生命支持撤除,将面临刑事、民事、行政及舆论四个层面的风险。其中,刑事风险主要集中于程序违法、决策主体不适格或证据不足可能引发的故意杀人、过失致人死亡等方面;民事风险多源于知情同意程序瑕疵、医疗操作不规范或告知义务履

行不足;行政风险主要涉及医疗规范执行不到位;而证据缺失则容易导致医疗机构陷入“见死不救”等社会舆论漩涡。

引发纠纷的关键往往不是撤除生命支持本身,而是签署主体是否合法、近亲属意见是否一致、终末期判断是否充分以及医疗记录是否完整。因此,医疗机构不能将撤除生命支持作简单处理,而应更加重视程序合规建设。

在制度设计上,应建立覆盖医学评估、法律审查和院内管理的标准化决策流程。首先,由两名以上具有相应资质的高级职称医师联合多学科团队,对患者是否处于终末期以及生命支持是否已成为无效医疗进行专业评估;随后依据患者是否具备完全民事行为能力确定合法决策主体,并严格履行知情同意程序;同时完成伦理委

员会审查、医务部门审核及院级审批,最终在安宁疗护衔接基础上实施生命支持撤除。

法律保障的核心在于全过程留痕。患者行为能力评估方案、多学科会诊意见、知情告知文书、生命支持撤除同意书、伦理委员会意见、院内审批记录、操作记录以及音视频资料等应构成完整证据体系,实现医疗决策全过程可追溯。

同时,生命支持撤除必须坚守三个底线:不得对具有可逆性的急危重症患者实施撤除;不得以节约医疗资源为目的放弃救治;不得通过任何积极行为加速患者死亡。

生命支持撤除与不启动生命支持在法律评价上具有一致性,但由于撤除风险更高,更需要严格遵循标准程序,才能真正实现患者权益保护与医务人员执业安全的统一。

生命支持撤除必须明确一个基本前提、一个基本概念,坚守三个底线。

一个基本前提是,生命支持撤除只能用于处于不可逆转的死亡进程中的终末期患者,对于有治疗意义和治疗价值的非死亡进程的终末期患者,没有讨论生命支持撤除的余地和空间。

一个基本概念是,生命支持撤除既不是积极安乐死,也不是消极安乐死。生命支持撤除不是导致死亡,不是追求死亡,而是停止延缓死亡进程的无效生命支持,让死亡自然发生。撤除生命支持后,患者系因自身不可逆转的疾病导致生命体征无法维持而去世,而不是因为撤除生命支持系统而去世。

虽然实践中普遍存在以放弃治疗、