



中国人民大学法学院教授石佳友:

生前预嘱是生命支持撤除实施的重要前提

生前预嘱是保障患者疾病终末期自主决定权的重要制度基础,也是生命支持撤除能够依法实施的重要前提。当患者能够在具有完全民事行为能力时,预先明确表达是否接受机械通气、心肺复苏等生命维持治疗,其真实意愿便能够在失去表达能力后得到延续,从源头减

少临床决策中的伦理冲突和法律争议。

我国生前预嘱制度的法理基础来源于《民法典》确立的生命权、生命尊严、知情同意和意思自治原则。其中,关于维护生命尊严的规定,为患者自主决定疾病终末期医疗方案提供了基本法律依据,也推动了地方制度探索。深圳率先通过地方立法明确医疗机构应依法尊重符合法定条件的生前预嘱,标志着我国生前预嘱制度开始由理论研究迈向制度实践。

目前我国生前预嘱仍处于探索阶段,仅依靠一项制度难以解决生命支持撤除中的全部法律问题。医疗机构免责规则、生前预嘱执行程序、法律责任承担、伦理审查、登记查询以及医疗照护计划等制度之间仍缺乏系统衔接,需要构建完整的制度体系。

生前预嘱与安乐死在法律性质上存在本质区别。前者体现的是患者依法拒绝无效或创伤性生命维持治疗的自主

权,其目的在于尊重疾病自然转归;后者则属于积极结束生命的医疗行为,两者在行为方式、死亡原因和法律评价方面均不能混同。

未来,应进一步推动全国统一立法,建立生前预嘱登记平台、预立医疗照护计划、伦理审查、快速司法审查和医疗责任豁免等配套机制,并加强公众生命教育,逐步形成完整、统一、可操作的生命末期自主决策制度。



北京协和医学院人文和社会科学学院教授睢素利:

“预先医疗决定”更能准确体现法律属性

疾病终末期是指依据合理医学判断,无论采取何种医疗措施均无法避免死亡到来,不实施生命支持将在数小时或数日内死亡,积极治疗亦无法逆转死亡趋势的生命阶段。

根据疾病进程,可进一步区分为急性、亚急性和慢性终末期,其中急性终末期以及慢性终末期中的永久植物状态、

不可逆昏迷状态,是当前终末期医疗决策重点适用的对象。患者是否进入终末期,不应由个体医生单独决定,而应由科主任或副主任医师以上人员组织三级医师查房,病例讨论,并根据病情需要联合相关专科会诊,共同完成医学确认,确保决策建立在充分、严谨的专业评估基础之上。

疾病终末期医疗决策应聚焦重大生命支持措施,包括是否实施心肺复苏、电除颤、机械通气、气管插管、气管切开、输血等生命维持治疗。高级别抗菌药物等

治疗措施应继续遵循医学专业判断,不宜作为患方自主选择事项;经医学通路给予水分和营养支持原则上属于维持基本生命需要,仅在永久植物状态或不可逆昏迷等特殊情形下,可结合具体病情进行个案评估。

相较于“生前预嘱”,“预先医疗决定”更能够准确体现其作为医疗决策文件的法律属性,也避免与传统遗嘱概念混淆。“预先医疗决定”既可以书面形式提前作出,也应允许患者在具备完全民

事行为能力期间依法修改或撤回。

医疗机构应建立相应的确认、备案、留存机制,并结合意定监护协议、特别授权委托等制度,形成落实患者医疗意愿的制度保障,提高疾病终末期医疗决策的可执行性。

对于复杂或存在争议的疾病终末期医疗决策,应及时组织伦理委员会讨论,必要时征询法律顾问意见,通过医学评估、伦理审查和法律支持相结合形成决策,而不是由医务人员独自承担风险。



北京协和医院内科重症医学科副教授江伟:

疾病终末期决策已成ICU常规组成部分

重症医学科(ICU)在疾病终末期医疗决策具有典型的重症医学特征,其核心在于动态识别疾病的可逆性与治疗获益边界。ICU收治对象原则上应为具有潜在可逆性、需要高级生命支持且存在

器官功能衰竭的危重患者。

当疾病已进入不可逆阶段,持续强化治疗无法改善预后时,治疗目标应及时由“挽救生命”转向“优化结局”,限制或撤除生命支持成为合理的医疗路径,而非治疗失败。

国际重症医学研究显示,ICU死亡患者中相当比例并非死于抢救失败,而是在

充分评估后通过限制或撤除生命支持实现自然死亡。这一比例在不同地区已达到显著水平,反映出疾病终末期决策已成为ICU常规组成部分。

我国ICU目前面临的关键问题并非急救能力不足,而是大量长期依赖生命支持却难以脱离ICU的“僵局患者”和慢性危重症患者。对此,应建立“时间

限制性治疗试验(TLT)”机制,在明确治疗目标与观察期限后动态评估疗效,根据结果及时调整治疗方向。

同时,应完善ICU分层照护体系,加强高依赖病房(HDU)、康复医学及安宁疗护的连续衔接,减少慢性不可逆患者对ICU的长期占用,减轻患者的痛苦与治疗负担,从结构上优化终末期医疗质量。