

היבטים רפואיים

ד"ר אברהם שטינברג

החיים החיוניות, ובראשן הנשימה, וללא שימוש במכשיר הנשמה ייפסקו גם פעולותיהם של יתר האיברים בהדרגה. אם אדם כזה יחובר למכשיר הנשמה ויטופל בתרופות מתאימות, יש אפשרות להאריך את פעילות האיברים האחרים בגוף, כולל הלב, הכבד, הריאות והכליות. שכן מכשיר הנשמה ממשיך להפעיל את הריאות במקום מרכז הנשימה הטבעי בגזע המוח שנהרס. הפעלת הריאות מאפשרת ליתר חלקי הגוף להמשיך ולפעול כיחידות ביולוגיות נפרדות.

באמצעות בדיקות נוירולוגיות מתאימות ניתן לאבחן באופן מהימן את עובדת המוות המוחי, ובאמצעות בדיקות עזר מתאימות ניתן לאשר אבחנה זו.

כדי לוודא כי מות-המוח הוא סופי ובלתי הפיך, יש לשלול מצבי הרעלה מסויימים, חוס גוף נמוך, וכן מחלות חולפיות של מערכות שונות, אשר יכולות לתת תמונה קלינית דומה למוות מוחי. כמו כן יש להמשיך ולטפל באופן אינטנסיבי בחולה זה למשך מספר שעות, ולחזור ולבדוק את סימני המוות המוחי. אם תנאים אלו התקיימו, וככל זאת נשאר סימני המוות המוחי בעינם - נקבעת האבחנה של מוות מוחי סופי ובלתי הפיך.

יש להדגיש, שבשלב זה עדיין קיימת פעילות תקינה של הלב ומערכות חיוניות אחרות. על כן, למשל, ניתן להוציא איברים שונים ולהשתמש בהם להשתלה, ולנידונו ניתן להניח שהעובר ממשיך לקבל את הדרוש לו, ללא פגיעה במערכתו.

מבחינה רפואית קביעת המוות המוחי על פי קריטריונים מקובלים היא אבחנה וודאית ומהימנה.

5. תוחלת החיים ואיכות החיים של היילוד - הפרוגנוזה של יילוד, אשר הוצא בניתוח קיסרי מאם מעוברת שמתה מוות מוחי, תלויה בגיל ההריון בעת מות האשה:

א. אם הדבר קרה בגיל הריון מתחת ל-24 שבועות, אין כיום סיכוי סביר לחייו של היילוד, וקיים קושי ניכר להחזיק את האשה בחימצון תקין למשך הזמן הארוך, הדרוש להבשלת העובר.²

ב. אם הדבר קרה בין השבועות 24 - 28 להריון, יש הממליצים להחזיק את האם בתנאי חימצון זורימת דם תקינים עד גיל 28 שבועות, ואז לילד את העובר בניתוח קיסרי. מצב זה התאפשר רק בשנים האחרונות, מאז השתכללות אמצעי החייה, האפשרות לקבוע מוות מוחי, ויחד עם זאת היכולת להמשיך את פעולת הלב והחימצון התקינים.

1. פסק הדין שלפנינו מתייחס לשאלה של הוצאת יילוד מגופה של נפטרה, כדי לאפשר לו חיים. אכן, אין בגוף פסק הדין אף נתון רלוונטי. המידע הרפואי הנחוץ לדין במקרה זה כולל את הנתונים הבאים: באיזה שלב של ההריון נפטרה האשה? מה היה מצב בריאותה במשך ההריון? האם היה מעקב רפואי מסודר עד למותה? על פי איזה קריטריונים נקבע מותה?

2. כדי לדון במקרה שלפנינו, הנני יוצא מתוך הנחה, שהעובדות הרפואיות היו כדלקמן:

בכל תקופת ההריון, עד למותה, היתה גבי א. בריאה, היא לא נטלה כל תרופות, היתה במעקב רפואי מסודר, ולא היו כל סכוכים בהריון. בהיותה בחודש השמיני להריון נפגעה גבי א. בראשה בצורה קשה, והיא הועברה לבית החולים בתוך פרק זמן קצר. היא הוכנסה ליחידה לטיפול נמרץ, וחבורה למכשיר הנשמה. לאחר מספר שעות נקבע מותה לפי קריטריונים של מוות מוחי, כאשר לבה עדיין פעם כתיקונו, ולחץ-דמה היה שמור. ניטור העובר הראה פעילות תקינה.

3. מבחינה רפואית יש לדון בשני היבטים עיקריים: קביעת מותה של האשה, והפרוגנוזה לעצם החיים ולאיכות החיים של היילוד.

4. קביעת מותה של האשה - כדי לקבוע מוות מוחי יש צורך בשני תנאים עיקריים: א. מערכת בדיקות קליניות, ואמצעי עזר מעבדתיים שיוכחו שהמוח כולו - המוח הגדול וגזע המוח - חדלו לפעול; ב. המוות המוחי הוא סופי ובלתי הפיך.

המוח מורכב ממספר חלקים בעלי תפקידים שונים ומיוחדים. ביניהם - מה שנוגע במיוחד לדינונו - יש לציין שני חלקים: המוח הגדול, האחראי בין השאר על מצב ההכרה, החשיבה, ההבנה, הזכרון, הרגשות והתנועות הרצוניות; גזע המוח, הפועל באופן תת הכרתי, ואחראי על ההעברה - אל הגוף וממנו - של כל התפקודים של המוח הגדול. בנוסף לכך יש לגזע המוח חשיבות בלעדית על הפיקוח וההפעלה הסדירה של מרכזי החיים החיוניים השונים, כגון בליעה, מחזורי שינה ועירנות, ובעיקר - הנשימה ופעילות הלב. כאשר המוח הגדול חדל לפעול, יפסיק האדם להבין כל מה שקורה סביבו ובתוכו, ישכב ללא תנועה רצונית, וללא כל קשר עם הסביבה. כל עוד גזע המוח פועל ימשיכו לפעול התפקודים החיוניים הכוללים נשימה עצמונית (ללא מכשיר הנשמה), פעולת הלב, עיכול המזון, ומחזורי שינה ועירנות. זהו מצב המכונה "צמחי", (VEGETATIVE) ואין הוא מוגדר כמוות מוחי. לעומת זאת, כאשר גם גזע המוח חדל לפעול, נפסקות גם פעולות

מקורות וזכרונות

1. נתונים אלו מבוססים בחלקם על מה שהתפרסם בעתונות, ואין הכרח שהדברים נכונים.
2. תוארו רק מקרים בודדים של הארכת היים ביולוגיים במצב של מוות מוחי לתקופה ארוכה, כגון המקרה של אדם במוות-מוחי שהוחזק בחיים ביולוגיים למשך 74 יום, עד להחלסת בית המשפט בנידונו - PARISI JE, ET AL, N, ENGL J MEK 306:14-16, וכן מקרה שבו הוחזקה אשה מעוברת בחיים ביולוגיים למשך 64 יום, עד להולדת עוברת - EDITORIAL, MEK WORLD NEWS 24:20-21, 1983, אשה זו היתה בשבוע ה-22.5 להריונה, ולמרות סבוכים שונים במצבת, הוחזקה בחיים ביולוגיים עד להולדת תינוק, שהיה נורמלי לחלוטין. זהו מקרה יוצא דופן מכמה בחינות, ובעיקר מפי שהמקובל בינתיים הוא שלפני 24 שבועות הריון אין סבוי ללידת יילוד בריא.
3. JW, JAMA RITTER 175:715-716, 1961.
4. J OBSTET GYNECOL WEBER CE, AM 110:158-165, 1971.
5. DILLON WP, ET AL, JAMA 248:1089-1091, 1982.
6. LOEWY EH, AM J OBSTET GYNECOL 157:1097-1101, 1987.

ג. אם הדבר קרה לאחר השבוע ה-28 להריון, ניתן ליילד את העובר בניתוח קיסרי מיד לאחר מות האם. בשנת 1961 סקר RITTER את הספרות הרפואית עד אז, ביחס לניתוח קיסרי לאחר מות האם. הוא הציע שהפרוצדורה היא מעשית אחרי שבוע 28, אם כי הפרוגנוזה לא היתה טובה³. תוצאות דומות היו גם בסקר נוסף כעבור עשר שנים⁴. לעומת זאת, בסקירה של הספרות, שפורסמה בשנת 1982, נמצא כי דווחו כ-200 מקרים מוצלחים של לידה בניתוח קיסרי לאחר מות האשה, אם הדבר קרה לאחר 28 שבועות הריון⁵.

המסקנה הרפואית כיום היא, שניתוח קיסרי לאחר מות האשה בגיל 28 שבועות הריון ומעלה, הינו בר סיכוי סביר להצלחה, ותקוה סבירה שהיילוד יהיה נורמלי⁶.

היבטים אתיים

ד"ר אברהם שטינברג

להציל את שניהם), התפתח רק בשנים מאוחרות יותר. כיום נוסף מימד חדש לניתוח זה, והוא הוצאת עובר חי, מאם שמתה מוות מוחי, על ידי החזקתה במצב ביולוגי מתאים עד ללידה.

5. אכן, יש הבדל מוסרי רב בין ניתוח קיסרי מיד לאחר מות האשה, על מנת להוציא עובר חי, לבין הארכת החיים הביולוגיים של אשה מעוברת למען העובר, עד לניתוח קיסרי. הצורה הראשונה אפשרית רק כאשר האשה מתה בשלבי הריון מתקדמים, והיא היתה האפשרות היחידה עד לפני זמן לא רב. המקרה שלפנינו שייך לצורה זו, וכאמור לעיל היה הוא מקובל כמעט בכל התרבויות והדתות, ואין הוא מעורר בעיות מוסריות.⁵

6. נקודה נוספת לדיון מוסרי היא ההשוואה לדיון על הפלות. עצם הויכוח המוסרי ביחס להפלות איננו נוגע לענינו, ולכן לא נדון בו כאן. אך גם הדוגלים בכיבוד מלא של זכות האשה לעשות בגופה כרצונה, ולאפשר לה הפלה מלאכותית לפי בחירתה יסכימו שקיים הבדל מהותי בנידונו, שכן כאן אין עוד זכויות לאם, שהרי היא מתה, ונשארת איפוא זכות העובר לחיות כזכות בלעדית. יתר על כן, גם בענין ההפלות מוסכם על רבים, כולל אלה המצדדים בזכות האשה להפלה חפשית, שבשלב שהעובר הוא בר-קיימא אין לבצע "הפלה", שכן זו היא בעצם לידה מוקדמת. על כן בנידון דנו, שאין לדבר על זכויות של האשה, ובודאי לאור הנתונים הידועים לנו כיום, שיש לעובר כזה פוטנציאל רב לחיים, וקרוב לוודאי שהוא יהיה נורמלי, הרי שאי-הולדתו של העובר בגיל הריון שהוא בר-קיימא היא גרימת מותו.

7. הדרישה של הבעל לחבטיח לו שהילד יהיה נורמלי היא בלתי אפשרית ברפואה, וגם לא נחוצה, שכן בכל הריון ולידה רגילים יש סיכון מסויים ללידת ילד פגום, ולא יעלה על הדעת לא לאפשר לו להיוולד בשלב מתקדם של ההריון.

8. במאמר על נושא נידונו שפורסם לאחרונה⁶, סוכמה גישת המחבר מבחינה רפואית-מוסרית כדלקמן: כאשר חיוניות העובר מובטחת במידה סבירה, הוצאתו לאויר העולם צריכה להיות טפול רפואי שגרתי ומקובל. בגיל 28 שבועות הריון ומעלה, יש סכוי סביר להצלחה, ותקוה סבירה שהילוד יהיה נורמלי. הולדה בשלב זה איננה בגדר טפול נסויי, ומלבד נסיבות יוצאות מן הכלל חובה להמשיך בטפול, היינו בנייתוח מוקדם יותר, ויש צורך בהארכת חייה הביולוגיים של האשה וניצולה כאינקובטור אנושי, וכאשר קיימת אי-ודאות ביחס לעתידו של היילוד, יש להתייחס למצב זה כתהליך נסויי, ואז יש צורך בהסכמת קרוב משפחה.

1. קביעת מותה של האשה - אם אין מקבלים את המוות המוחי כמגדיר את מותו של האדם, יש מקום לשקול האם מוצדקת התערבות ניתוחית בגוססת, שמטרתה להציל את העובר, אך היא עלולה לקרב את מותה של האשה.

2. אכן, קביעת רגע המוות על פי קריטריונים של מוות מוחי, נתקבלה בכל העולם (פרט ליפן) - הן בחוגי הרפואה, והן בחוגים משפטיים-חוקתיים ואתיים. גם בישראל נתקבל המוות המוחי כמוות חוקי בהנחיות מנכ"ל משרד הבריאות, ועל ידי בית המשפט העליון.⁷ כמו כן נתקבלה הגדרת המוות המוחי על פי ההלכה על ידי הרבנות הראשית לישראל.⁸

לאור זאת, אין כל פגם מוסרי בביצוע ניתוח קיסרי, באשה שאובחנה כמתה על פי קריטריונים של מוות מוחי, ומאידך יש ללא ספק הצלה של העובר בפעולה זו.

3. ניתוח קיסרי באשה מעוברת שמתה, על מנת להציל את חייו של העובר, או על מנת לקוברו בנפרד, היה נורמה חברתית-מוסרית מקובלת כמעט בכל התרבויות.⁹

יש לציין, כי עד ראשית המאה ה-16 היה הניתוח הקיסרי מיועד כמעט אך ורק להוצאת תינוק - חי או מת - מאמו המתה.

פעולה זו אמנם איננה מוכרת כלל בכתביהם הרפואיים של היפוקרטס, גלינוס או סורנוס. אכן, המיתולוגיה היוונית ייחסה לאלים את הניתוחים האלו, כי היתה בה מיסטיקות רבה.¹⁰

הרומאים הקדמונים דרשו שיעשה נסיון להוציא את העובר החי מאמו המתה.¹¹

הנצרות ראתה בחיוב רב ניתוח זה, ואף דרשה להוציא כל עובר מרחם אמו המתה, אף אם העובר הוא מת, על מנת להטבילו לנצרות לפני קבורתו.¹²

ביהדות היה ניתוח זה ידוע, לא היתה כל הסתייגות לגביו, וייתכן שהיהודים היו הראשונים שהצליחו לבצע ניתוח זה באשה חיה, אשר נותרה בחיים.¹³ אכן, ללא ספק היתה תמותת האמהות בניתוח כזה בשנים אלו גדולה ביותר, עד שאין להניח שהוא הצליח אלא במקרים יוצאים מן הכלל.¹⁴

4. הניתוח הקיסרי בצורתו המודרנית, היינו הוצאה כירורגית של תינוק חי מאם חיה, (אם על מנת להציל את העובר, או על מנת להציל את האם, או על מנת

מקור אפשרי אחר הוא על שם שליטים רומיים אחרים בעלי השם יקיסר', אך לא תוע על אף אחד מהם שולד בדרך זו -
 YOUNG JH, THE HISOTRY OF CAESEREAN SECTIONS.
 LONDON; HK LEWIS: 1944
 יש הסבורים, שמקור השם הוא בחוק הרומאי, שאין לקבור אשה מעוברת שמתה, אלא לאחר הוצאת העובר, וייתכן שניתוח זה כונה יקיסרי, היינו לפי דרישת השליטי יקיסר -
 .DILLON WP, ET AL, JAMA 248:1089-1091, 1982
 החשערה המקובלת כיום היא, שמקור השם הוא במלה הלטינית 'CAEDARE', שפירושה 'להתנד', היינו חיתוך דופן הבטן של האשה לצורך הוצאת העובר מרחמה. מכאן שהמינוח האנגלי 'CESAREAN SECTION' הוא שימוש כפול באותו מונח - חיתוך-חיתוך, והמונח הוא איפוא מוטעה - ראה:
 GABERT HA & BEY M, OBSTET GYNECOL CLIN N AM;
 51:591-605, 1988
 9. עם הקדמה הטכנולוגית-רפואית ניתן כיום להאריך חיים כילוליים של אשה שמתה מוות מוחי, אך אפשרות זו יוצרת בעיות מסוימות של ניצול ושימוש ביצור אנושי, גם אם הוא מת, עברו צרכים בלעדיים של אחרים, גם אם הם חיים. שאלה מענינת זו איננה רלוונטית לנידוננו, ועל כן לא נידונה כאן בהרחבה. ראה דיון אתי מפורט במאמר
 LOEWY EH, AM J OBSTET GYNECOL 157:1097-1101, 1987
 LOEWY EH, AM J OBSTET GYNECOL 157:1097-1101, 1987 .10

1. בלקר נ' מדינת ישראל, ע"פ 341/82, מיום 3.12.1984.
 2. כיום אי מרחשון תשמ"ז - ראה: אסיא, מב-מג, ניסן תשמ"ז, עמ' 70 ואילך. וראה א. שטינברג, אסיא, מד, ניסן תשמ"ח, עמ' 56 ואילך. מן הראוי לציין, כי ישנם רבנים ופוסקים, אשר אינם מקבלים את ההגדרה הזו למוות.
 3. רק האיסלם התנגד מעבר לגתוחים קיסריים, והתייחס לפי שנולד בדרך זו כתוצר השדים שיש להמיתו, ראה: YOUNG JH, THE HISTO-
 RY OF CAESEREAN SECTIONS, LONDON, HK LEWIS 1944
 YOUNG JH, THE HISOTRY OF CAESEREAN SECTIONS, .4
 LONDON; HK LEWIS: 1944
 5. ראה: LOEWY EH, AM J OBSTET GYNECOL 157:1097-1101, 1987.
 6. ראה הערה 4.
 7. ראה משנה בכורות ה' ב' - יוצא דופן (היינו מי שנולד בנתוח קיסרי) והבא אחריו, כלומר היתה אפשרות שהאשה תלד לאחר הניתוח. אמנם הרמב"ם בפי'המש"ש שם כתב: ימה שאמרים המגידים, שהאשה חיה אחר שקורעים דופנה ומתעברת ויולדת, איני יודע לו טעם, והוא ענין ור מאד, ועל כן פירש את המשנה באופן אחר, וכעקבותיו הלכו גם מפרשי המשנה האחרים וכתבו, שהאשה לאחר ניתוח קיסרי בודאי תמות, ולא תוכל להתעבר עוד. אך שיטה זו מוקשה מסוגיות אחרות, ראה בתוספות רעקיא על המשנה שם. וראה כשרית אגרות משה וחייד חיב ס"י עז, שנשתנו הסככים בזו.
 8. ואגב, מענין לציין, כי מקור השם ניתוח יקיסרי לא ידוע, והוא נתון למחלוקת. פעם רווחה הדעה שיווליס קיסר נולד בשנת 102 לפסח"ג בדרך זו מאמו המתה, ולכן נקרא הניתוח בשם יקיסרי. אך השערה זו איננה נכונה, שכן אמו היתה בחיים הרבה שנים לאחר לידתו - GYNECOL WEBER CE, AM J OBSTET 110:158-165, 1971.