

脑死亡与器官移植

曹玲玲

摘 要 随着医学的不断发展,传统的心肺死亡不再是界定死亡最科学的标准,脑死亡应运而生。脑死亡标准的确立,为扩大器官来源提供了一种可能的选择,但绝不像所想象那种解决器官移植供体短缺的问题,脑死亡标准的意义在于确立一种更为可续的死亡观念,为公民提供一种自由选择法律保障。

关键词 脑死亡 器官移植 立法

中图分类号 R318

文献标识 A

文章编号 1009-0592(2008)09-348-02

一、脑死亡概念的提出

死亡(death)是一种生物学现象,即生物失去生命,它是一切生命有机体发展的必然归宿。一直以来,人类都以心肺死亡作为判定人体死亡的标准。临床上,医生确定人体死亡通常以呼吸心跳停止、血压停止或消失,接着是体温的下降为标准。直到本世纪60年代,循环和呼吸中止一直是死亡无可争辩的标志,而被所有的国家接受为医学上及立法上的死亡标准。但是,随着科学技术的不断发展和人类文明的进步,这种传统的死亡概念已日益受到挑战。例如,现代复苏技术的发展,已能有效地使许多原来临床上检查心跳呼吸停止,已被看作死亡了的人又得以复活。有病例报告心跳停止1个多小时的人,在使用起搏器、人工呼吸机等现代复苏技术后又使其得以复活。同时,人工呼吸机等维持生命的器械的发展,能使不可逆性严重脑损伤(实际上已经不能复活)的人,长时间(数年、数十年)地保持心跳、血压和呼吸而不“死”。这些都让人们重新思考死亡的临界点。

最早的关于脑死亡的标准的权威论述普遍认为1968年的美国哈佛大学医学院特设委员会发表的题为不可逆性昏迷定义的报告中给出的定义认为:脑死亡是整个中枢神经系统的全部死亡,包括脑干在内的全部脑机能的不可逆转的状态,并提出四项具体标准,在医学上确定脑死亡后,美国率先制定脑死亡法在法律上确定以脑死亡作为自然人的死亡标准。随后德国、英国、日本和我国香港、台湾都纷纷仿效确立了脑死亡标准,目前该观念已为国际社会所广泛接受,各国也针对脑死亡的诊断标准制定了诸多规定。但基本上大同小异,类同于世界卫生组织医学科学国际委员会提出的五项脑死亡标准:(1)昏迷;(2)对整个环境应答反应消失;(3)各种反射消失,对外界刺激毫无反应;(4)自主呼吸停止;(5)如果不以人工维持时血压急剧下降甚至给予刺激时脑电图显示为直线^①。

脑死亡在我国今年也来逐渐成为医学界和法医学界讨论的热门话题,有人甚至提出用脑死亡代替传统的死亡概念。这种观念很大程度上源于人们对脑死亡的误解,事实上,我们所说的脑死亡与心肺死亡是以按照全脑、心、肺3个重要生命器官机能不可逆中止发生的起始部位而做的分类。脑死亡指全脑(包括小脑、脑干)功能不可逆中止所引起的死亡。脑死亡虽然是本世纪60年代提出的死亡新概念,但实际上,从广泛意义上讲,这种死亡一直客观存在着。任何严重的脑外伤、脑疾病(如脑炎、脑膜炎、脑肿瘤)和障碍中枢神经系统的毒物(如巴比妥类和非巴比妥类催眠镇静药、兴奋剂、麻醉药),甚至电击、辐射和放射线,都可以引起全脑功能的不可逆中止而发生脑死亡。脑死亡

发生时,大多数情况下心肺功能将很快随之不可逆中止,一般呼吸停止先于心跳停止。但有时心脏和(或)肺的功能仍然可以以某种形式维持着,这时,才涉及到脑死亡的诊断。脑死亡需要经过严格的诊断,不能适用于大多数死亡,尤其是医院外和无见证的死亡。循环和呼吸不可逆的中止这种传统的死亡概念至今仍然适用于大多数死亡,并在所有国家(包括那些已在法律上承认了脑死亡的国家)内应用于死亡的确定。因此,我们认为过分强调脑死亡,甚至企图以它取代传统死亡概念,而忽略循环和呼吸中止的死亡概念是不全面、不现实,最终也是不科学的。1980年美国律师协会和法律官员国家委员会的代表提出一个综合传统死亡概念和脑死亡概念的立法上的死亡定义:“一个人如果按照医学标准发生了不可恢复的循环和呼吸机能的中止或者全脑(包括脑干)所有机能的不可恢复的中止,即可认为死亡已经发生。”这个死亡定义也完全可以作为医学和法医学上的死亡概念,既有科学性、先进性,又具现实性。

二、脑死亡与器官移植的关系

长期以来,脑死亡被认为与器官移植紧密联系在一起,并认为是被器官移植技术发展催生出的概念。器官移植技术要求被移植的器官从供体内摘取的时间愈早愈好。而按照传统的死亡概念确定时间,则使得这种要求很难实现。而且就器官移植供体的最大来源——交通事故中不可复性严重脑损伤的人来说,制定新的死亡概念显得尤为重要。因为这些人已不能复活,但用人工呼吸机等维持心肺功能的器械能使他们的“有用”器官较长时间存活,增加器官捐赠的数量。因此,脑死亡标准的实行能够扩大器官的来源,解决供体不足这个瓶颈问题。实际上制定脑死亡标准并不如人们想象中能解决器官来源的问题。陈忠华教授曾经说过:上世纪80年代,美国率先制定了脑死亡的法律,而且是实施比较顺利、捐赠器官者比较普遍的国家,但是它至今也未能解决供体不足的问题。2000年,美国捐赠器官的个体总数为11448人,其中活体捐赠器官的个体数为5463人,尸体捐赠器官的个体数为5985人,而等待器官移植的人数却为76115人。包括美国在内的所有实施脑死亡法多年的西方国家,移植所需器官都是来源于脑死亡供者,亲属活体供者,非亲属活体供者三个来源,需求远未解决。从我国来看,每年需要进行肾移植的病人数就高达约50万。从陈教授对脑死亡诊断发生可能性的推算看,即便立法后所有的脑死亡者都捐赠器官,也还是杯水车薪。因此,把器官供需矛盾的解决寄希望于脑死亡法是对脑死亡立法意义的一种夸大和误导,而且这种观念太过功利,容易引起公众对脑死亡立法的反感,使医疗(下转第356页)

陷入一种不伦不类的混乱困境。《临时约法》的制定者试图以内阁的副署权来对总统的权力加以限制,因而在《临时约法》第45条规定:“国务员于临时大总统提出法律案、公布法律及发布命令时,须副署之。”以为这样就可将袁世凯制服于《临时约法》的条款之下。但令人费解的是,试图确立责任内阁的《临时约法》同时又赋予总统很大的权力,《临时约法》规定总统总揽行政权、全国军队最高统帅权、任命官员的权力,最背离内閣制基本精神的是,内阁必须向总统而不向议会负责,《临时约法》第44条即规定“国务员辅佐临时大总统负其责任”,将内阁置于总统行政权的控制之下。《临时约法》所造成的困境之一是,内阁不是由议会中的多数派或党派联合来组织,而是由总统来提名(议会批准)而另一方面内阁则以副署权来对抗总统。内阁和总统在宪法权力上的对峙,就理论上而言,势必会造成总统和内阁之间的摩擦。事实上,二者之间的斗争一直伴随着整个民国前期的政治发展,而斗争的结果则取决于总统和内阁各自代表的政治势力的消长。袁世凯时期内阁完全被压服于总统的威权之下,而袁之后,总统又往往被运于内阁强人的股掌之间。这无疑造成了民国前期政治上无休止的混乱以及政治资源的耗损。

(二)行政权与立法权制约失衡

按照权力制衡的原则,行政权和立法权之间应存在一种相互制约的机制,使其中的任何一方既可以保护自己,同时又可以对对方的权力加以限制,防止其滥用,并赋予任何一方在对方滥用权力时可运用一有效机制加以制止,以防止对国家和人民造成伤害和损失,使政治纷争通过宪法的途径加以解决,防止政治危机的加重。

在责任内阁制中体现上述制衡思想的,就是在宪法中规定行政和立法方面的两项权力:一是不信任案通过权,二是解散国会权。可以说,这两种权力是支撑责任内阁制的两根基石。但在《临时约法》中,责任内阁制的这两根基石并没有被确立起来,显得不伦不类。《临时约法》规定议会可以对临时大总统的谋叛和国务员的失职及违法行为进行弹劾,还可以提出质询书于国务员,并要求其出席答复,但是否可

以对政府提出不信任案,《临时约法》并没有明确规定。至于内阁是否具有提请总统解散议会的权力,或者总统是否具有径行解散议会的权力,《临时约法》也未涉及。笔者认为,造成《临时约法》的这一缺陷的原因或许是《临时约法》的制定者有意地回避了这一点,以防止为总统操纵内阁解散议会、废除《临时约法》提供宪法上的依据,也可能是由于《临时约法》的制定者对责任内阁制的误读和一知半解,而造成了行政权和立法权冲突无法通过宪法途径加以化解。如果说,袁世凯于1914年解散国会完全凭借的是露骨的武力,而黎元洪于1917年6月在张勋武力威胁下解散国会,则完全是因为《临时约法》没有规定总统可应内阁之要求而解散国会之情形下,武力介入政治的典型实例。

就《临时约法》所设计的责任内阁制下的权力分配结构而言,《临时约法》以内阁制取代总统制,其“因人立法”的缺陷尚属其次,其致命伤在于责任内阁制根本于当时实际政治权力的分布不符,从而导致了政治势力的实际力量与宪法权力之间的失衡,因而当政治危机出现时,政治势力强大的一方诉诸武力撕毁《临时约法》就不难理解了。

也许近在百年后的今天,我们不应该过分指责中国宪政刚刚起步时,《临时约法》制定者“因人立法”的非理性,但应该指出的是,《临时约法》制定者的失误在于,在民主政治尚未在中国确立时,对宪法的作用给予了过多的期望,企图以一个软弱的宪法去捍卫一个根本就没有被建立起来的民主,同时又局限于党派之见,未能在宪法中合理疏导各方政治势力对权力的追求,结果其苦心经营的《临时约法》成了一纸空文。而且,由于《临时约法》在总统、内阁、国会之间分权的混乱,加剧了三者之间本已存在的摩擦,无谓地消耗了有限的政治资源。

注释:

- ①李剑农,《中国近百年政治史》,武汉大学出版社,2006年版,第266页。
- ②黄任潮,《张竞生谈孙中山对南北议和的指示》,辛亥革命回忆录,第八集,文史资料出版社,1982年版,第412页。
- ③王耿雄,《孙中山史事详录1911-1913》,天津人民出版社,1986年版,第68页。
- ④李剑农,《中国近百年政治史》,武汉大学出版社,2006年版,第267页。

(上接第348页)工作者面临道德伦理的尴尬。用法律保障脑死亡标准的确立可以用确定部分患者生命存在的状态,从而为医生提供不再进行无意义抢救的依据;另外,脑死亡标准的实行也从法律上为一部分死者成为脑死者捐赠器官提供了一种选择的可能,病患者用脑死亡标准鉴定已经死亡,那么该尸体就成为可能的器官捐赠者,但是捐赠是“绝对自愿”的,可能的捐赠者并非就是现实的捐赠者,日本和台湾就是这方面的范例。一些日本人和台湾人愿意用脑死亡标准判定其生命存在的状态却不愿意捐赠自己的器官,一些人害怕医生为获取器官而滥用脑死亡标准,草菅人命。资料显示,日本从1997年颁布脑死亡法至今才16人自愿捐赠自己的器官,出现了医学界和法律界都不愿意看到的尴尬局面。可以预料的是,在我国,初期的捐赠也是非常有限的。所以笔者认为如果确立脑死亡标准的意义只在于人类对死亡临界点的进一步科学的认识,给个人一个有法律保障选择的自愿。并不是为了器官移植的需要。

三、关于脑死亡立法的思考

至今,全世界已经有100多个国家承认脑死亡标准,其中美国、英国、日本等30多个国家正式立法,规定脑死亡是宣布死亡的依据。我国医学界一直呼吁脑死亡立法,据陈忠华教授所说和国际接轨是迫切的需要,因为我国没有脑死亡的立法,我国有很优秀的器官移植医生,几十年来做了大量的、颇有成效的工作,在多个领域处于国际先进水平。但这一切不被世界卫生组织和国际器官移植学会认可,在国际上没有平等交流主体的地位,甚至受到恶意的批评与攻击。这是医学界

年10月26日,在武汉举行的全国器官移植学术会议上,专家制定并披露了我国成人脑死亡诊断标准。相对于医学界对脑死亡的热情,法学界则显得冷静,认为脑死亡立法应该缓行。如中国政法大学法理学教授舒国滢认为,如果实行了“脑死亡”,势必对社会观念产生很大的冲击。首先,“脑死亡”必然在社会文化认识上产生冲击,出现传统意义上的死亡、法律层面的死亡和“脑死亡”产生认识冲突。^②其次,在社会制度方面,也影响到法律内涵的冲突。笔者认为,在我国当前的形势下,脑死亡的立法与实行,都有很长的路要走。传统的心肺死亡概念仍是公众心中的死亡概念,公众对脑死亡缺乏正确的认识和理解,在心理上难以接受,需要展开对“脑死亡”概念正确的宣传,减少“脑死亡”对社会带来的冲击。脑死亡立法迟迟没有进行的另一个因素在于,我国目前社会生活中并没有因为缺乏脑死亡立法而产生社会关系的混乱,换言之,脑死亡立法缺乏紧迫性。但是也要看到我国目前实践中,已经出现脑死亡认定以及脑死患者捐献器官的案例,需要对脑死的认定标准、认定机构等加以规范,防止医生滥用脑死标准。脑死亡的诊断标准及脑死亡立法的技术规范和脑死亡的管理程序和管理办法成熟后,在社会现实确实需要的情况下,有关部门结合社会实际情颁布脑死亡的法规。同时,死亡标准应该采取脑死亡与心肺死亡并存的二元标准,这既是科学的,也是符合我国现实与伦理的需要。

注释:

- ①秉红林,《法医学研究与应用》,西安,陕西人民出版社,1992.7。
- ②法学专家四论脑死亡,新标准是否标准? <http://www.china.com.cn/chinese>