

对我国脑死亡法律标准制定依据的探讨

高立忠 (哈尔滨工业大学, 黑龙江 哈尔滨 150001)

摘要: 随着医学的进步, 人类对死亡有了新的认识, 心肺死亡不再表明个体生命的终结, 只有脑死亡才能科学地表示生命的结束。现行的法律制度使医生在进行器官移植时置身于法律责任的阴影之下, 造成器官移植这一社会行为的大幅萎缩, 使相当一批能够延续的生命个体丧失了生的机会, 这不利于实践救死扶伤的医疗道德。脑死亡标准基于社会主义的人道主义与功利主义, 而非资本主义的个人主义。在我国社会转型的历史进程中, 民众的思想观念逐步现代化, 为这一标准的合法化奠定了相应的社会文化基础。我国出台脑死亡法律标准的条件已经成熟。

关键词: 脑死亡; 法律标准; 法律责任

中图分类号: D922.16

文献标识码: A

On legal criterion of brain—death in China

GAO Li—zhong

(Harbin Institute of Technology, Heilongjiang Harbin 150001, China)

Abstract: With the development of medical science, more knowledge on death has been acquired. Due to the shortage of legal criterion of brain—death, doctors who perform transplantation of organs will be under the shadow of legal responsibilities, thus a number of patients lost their chances of surviving. The criterion of brain—death is based on humanitarianism and utilitarianism rather than on the privatism. In China, brain death is acquiring a better understanding by more and more people who are accepting new ideas in the new period, which have provided practical basis for the legal criterion of brain death to be established and carried out.

Key words: brain—death, legal criterion, legal liability

1 医学的发展与进步使人们对死亡有了新的认识, 这是脑死亡法律标准的医学根据

传统医学一直把心肺功能作为生命最本质的特征, 死亡判断也一直是心跳和呼吸停止作为不可动摇的标准。1951年美国的《Black氏法律字典》把死亡定义为“生命之终结人之不存, 即在医生确定血液循环全部停止以及由此导致的呼吸、脉搏等动物生命活动终止之时。”我国的《辞海》也把心跳、呼吸的停止作为死亡的重要标准^[1]。然而, 现代医学研究表明, 死亡是分层次进行的复杂过程。心肺功能的丧失并不代表大脑和其他人体主要器官功能的停止, 心跳和呼吸停止在整个个体系统停止工作的过程中并不意味着

着整体死亡的必然发生。躯体在一定时间内还处于一种生与死的中间状态, 死亡并不是一下子来临。另外心肺功能丧失具有医学可逆性, 在心脏起搏器、人工呼吸机等先进医疗设备的帮助下, 可以进行长时间的人工维持生命。特别是20世纪以来日益成熟的器官移植技术的临床运用, 表明心肺是可以替换的, 它与生命并非同一, 不是生命的象征。心肺功能停止≠死亡。例如, 1962年苏联著名物理学家兰道不幸遇车祸, 四天后心脏停止跳动, 血压降为零, 但经医生抢救后心脏又开始跳动, 第二周他的心跳又停止了三次, 每次经抢救都“复活”了, 1968年因用药过量损伤肠道而死亡^[2]。1967年南非医生班纳德(Banard)成功实施首例心脏移植手术至1994年全世界已有3.5万例次的心脏移植, 最长存活超过21年^[3]。与此相对, 大脑与全脑的移植缺少足够的技术支持。迄今为止的脑组织移植只是治疗帕金森氏综合症、小脑萎缩等非中枢神经系统疾病的手段。尽管有人

在试验全脑移植,但这会引起尖锐的伦理问题而为世界移植协会道德委员会明确表示反对这一临床研究^[4]。

经过多年的研究与争论,最终由病理生理学证明,脑死亡是不可逆的,从而把生命的主导器官由心脏转向了大脑,提出了脑死亡的现代标准。在众多脑死亡标准当中具有典型意义的是1968年以贝彻为主席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。具体标准是:首先,无感受性和反应性;其次,无自主呼吸和自主运动;第三,无反射(主要是诱导反射);第四,脑电波平坦(等电位)。以上四条的测试在24小时以内均反复多次,结果无变化,但此标准对于体温过低($< 32.2^{\circ}\text{C}$)者和服用过中枢神经系统抑制剂者不适用。1973年第八届国际脑波、临床神经生理学会提出了更详细的脑死亡定义,强调“死亡是包括小脑、脑干直至第一颈髓的全脑机能的不可逆的丧失”,同时指出:“尽管脑死亡患者的其他脏器机能尚可通过人工呼吸、药物疗法、输液、电解质的补充而得以维持,但这种状态不能持续长久,一般是脑死机能丧失后15日以内,心脏跳动也随之停止。”^[5]即心肺功能停止并不必然导致人死亡,而脑死亡则必然导致人死亡。

2 传统的心肺死亡标准阻碍了器官移植术的推广

传统的死亡判断标准使医生在运用日益成熟的器官移植术挽救濒死病人的同时置身于法律责任的阴影之下,不利于器官移植术这一有利于病人与社会的新技术推广。

将某一个体的细胞或器官用手术或其他措施移植到自己体内或另一个体的某一部位的方法叫移植术(transplantation)。常用作实验研究和临床治疗疾病。献出器官的个体叫供者(donor),接受移植器官的个体叫受者(recipient)。若供者和受者为同一个体,则称为自体移植。若供者与受者为同种不同个体,称为同种异体移植。由于血管缝合术和免疫抑制剂的出现,使这一外科技术日益成为挽救病人生命的一种重要医疗手段,除了神经系统以外几乎所有的器官和组织均可移植^[6]。截至1994年底,全世界已有31万例次肾移植,最长有功能存活超过32年。3.5万例次心脏移植,最长存活超过21年;4187例肺移植,最长单肺存活10年,双肺存活8年;4万余次原位肝移植,最长存活25年;胰移植1607例次,最长有功能存活16年;胰肾联合移植5628例次,最长有功能存活14年^[7]。

就我国的情况来看,虽然器官移植技术开展得比较

快,其中肾移植例数居亚洲之首。1994年底,总数超过13201例,且质量不断提高,最长存活已达16年^[8]。心脏移植自1978年上海首例成功(存活109天)至1996年5月的病例统计,存活超过3个月的共10例,其中最长存活已超过4年且健在^[9]。

然而移植的成功率往往受供者脏器质量的影响,越是较早、较迅速地供体内取出脏器或予以移植前处理,成功率越高。有资料表明:在心肺功能停止后的405例(即供者为传统死亡标准下确定是尸体)肾脏移植中,成活192例,成功率为47.4%,而在脑死状态下的105例肾脏移植中,成活72例,成功率达68.6%^[10]。但是如果死亡标准采取的是脑死亡标准,就会使医生的行为涉嫌刑事犯罪。按照传统的心肺功能停止即人死亡的观点,从一个脑死亡患者身上(心肺功能还存在)摘取脏器的行为是对生命健康权的侵犯,构成故意杀人或故意伤害罪,也可能涉嫌其他罪名。比如,脑死亡合法化之前的日本,1968年和田寿郎进行了首例心脏移植手术,然而五个月后,大阪市的六名医生以“杀人罪”向法院起诉,控告和田寿郎白白断送了两位少年生命(供体与受体术后均死亡);1984年筑波大学胰肾同时移植中的三名医生在1985年受到17名医务工作者联合起诉,控告他们犯有杀人罪、毁坏尸体罪、捏造公文文书罪^[11]。美国也曾出现过类似的案例。因而,在法律责任的阴影之下,很多医生对器官移植表现出谨慎的态度。这种状况造成这一医疗行为的社会性萎缩,不利于实践救死扶伤,同时也造成了医疗资源的巨大浪费,而脑死亡标准合法化则可以在一定程度上解决这些问题。

3 对人道主义和功利主义的正確理解是脑死亡法律标准的哲学伦理学依据

在脑死亡法律标准的讨论过程中,往往出现对于已处于脑死状态的人宣布死亡并将其器官摘出用于移植,来挽救其他处于病危状态的人的生命健康是否符合人道主义原则的怀疑,这种怀疑值得商榷。在病人被宣布脑死亡并进而展开移植工作这一过程中,涉及三方当事人,即医生、供体、受体。作为医生,当其面对两个病人,其中一个已经脑死亡,生命不可挽救,而另一个则只需对其身体的某个器官予以移植即可成活,而且医生有能力从事移植医疗,与其让两个人走向死亡,不如利用已脑死亡人的器官实现另一个人的生命延续,这符合人道原则,也符合医生的职业道德。作为供体,将本人的健康脏器移植给受体,在本

生命,体现着社会对其生命的尊重与关爱,是人道精神眷顾于他(她)。在三者关系正确定位系统中表现出的是社会主义的人道主义。那些以自我为中心,在以自我为中心的前提下谈论对他人的尊重的观点是资产阶级的人道主义。社会主义的人道主义以尊重个人为其主要内容,但并不把个人摆在第一位,而是在至少不损害社会利益的前提下尊重个人的权利。从价值论角度看,人的价值是个人价值与社会价值的统一,二者互为条件,不可分割。胡乔木同志指出:“在社会主义社会中,在个人和社会的关系上,人的价值包括两个方面,社会对个人的尊重和满足,个人对社会的责任和贡献。”^[12]在脑死亡标准这一问题上,不能绝对站在供者(及其家属)的立场来评价人道与否,也不能完全站在受体立场进行评判,而主要应站在社会的立场来认识,即从社会价值出发,兼顾个人价值。

有人认为现有的脑死亡标准的应用与立法,都是在医学界和法律界功利主义动机驱使下进行的。的确,脑死亡标准确实带有一定的功利主义色彩,但马克思主义也并不一般地反对功利主义,只是认为不同阶级有不同的功利主义,它只反对和摒弃以个人主义为核心的资产阶级功利主义,提倡社会主义的集体功利主义,这种功利主义的基础着眼于社会价值而非个人价值,是以社会本位为基础而非以个人本位为基础,这种意义上的功利主义与上述社会主义人道主义相适应,都立足于集体(或社会),以其为出发点和归宿,它完全符合社会主义社会中主体对客体的价值取向。因此,脑死亡标准对社会是有价值的,符合社会主义的人道主义和功利主义原则。

4 民众观念的现代化为脑死亡标准合法化提供了社会心理基础

反对脑死亡标准合法化的论者认为中国目前缺乏贯彻这一标准的社会心理基础。对于这一观点,可从以下几方面认识:

第一,中国人的确非常重视生命及生命的载体——身体,尤其是对自己生命结束后的外壳倍加关注(包括死者及其家属)。古人认为:身体发肤,受诸父母,不敢毁伤,而且死后要保留一具完整的尸体。若不能使先人入土为安,就是大大的不孝。这些观念与礼俗直接源于中国传统的祖先崇拜观念,加上几千年来统治者的大力提倡,固化了这种观念。以中国传统的丧葬礼俗为例,虽然中国古代有火葬的风俗,但一直为主流社会视为异端,遭到强烈抵制,两宋朝廷都曾下令明禁,明清统治者更是以刑法严禁火葬。《大明律》规定:除死在异乡难以归葬者可听其火化

葬概不许火化”的规定^[13]。这就强化了中国传统人的身体观。

第二,中国人的传统观念正随着中国社会的现代化进程而逐渐变化着,以上所谈的观念经过 100 多年来西方文明的冲击已有所松动。这种冲击一方面来自世界现代化大潮尤其是市场经济的规模化运动;另一方面来自国家对社会观念的积极引导。传统的身体观与生死观源于自然经济条件下宗法社会,传统文化向后看的逻辑路线导致人们行为取向与价值取向的复古守旧,政治上“法先王”,人事评价上“厚古薄今”,价值判断上今不如昔,在身体观上表现为对尸体的崇拜,这种情形由于自然经济的解体和宗法社会的逐步解构而趋于淡化,当前中国出现的期权、期房、期货等市场足可证明此点,表明中国人已在向前看。就国家而言,通过政策、法律来引导规范与固化社会观念的作用不可低估,还是上面所讲到的土葬制度,新中国成立后实行殡葬制度改革,1956 年 4 月以毛泽东主席为首的党和国家领导人在《倡议实行火葬》的倡议书上签名,20 世纪 60 年代初,八宝山革命公墓首次放入了高级干部的骨灰。20 世纪 70 年代,广大农村开始推行火葬,全国的火葬比例逐年提高,京沪及沿海大城市几近 100%^[14]。另外中国眼库的建立,也表明中国人的身体观念发生了巨大变化,若国家加强宣传、引导,在脑死亡标准的社会心理接受问题上不会遭遇大的反对。

第三,从国外脑死亡的法律标准的出台过程来看,也曾出现了有人以此为反对理由的时期,尤其是在与中国文化有极深渊源关系的日本,表现得更为突出一些。虽然反对者一再强调脑死亡标准缺乏社会心理基础,但日本国会仍然以多数票通过了脑死亡法律标准。从日本及其他国家的情况来看,通过脑死亡标准后的社会公众对这一标准还是持中肯的态度,基本上接受了这一标准,表明这一标准具有其现实的合理性,并不会引起社会心理危机。

5 中国应顺应世界范围内脑死亡标准的立法趋势

人类对脑死亡状态的研究开始于 1902 年,而对脑死亡标准的制定却是 1967 年南非医生班纳德进行心脏移植手术之后的事。1968 年法国首先以部长会议令的形式赋予脑死亡标准以法律效力,并于 1976 年正式颁行《器官移植法》,截至 1992 年,法国先后发布了 16 条实施细则来推行器官移植和脑死亡标准。芬兰也是世界上较早以法律形式确定脑死亡标准的国家,于 1971 年公布脑死亡标准,它的适用性和可信度受到广泛赞扬。1982 年联邦德国医

和联合国医学院制定的脑死亡判定标准, 1982 年英国医学杂志发表了脑死亡的概念和判定标准。大多数国家不把脑干死亡作为脑死亡来对待, 只有英国等少数国家把脑干死亡作为脑死亡看待。美国的正式立法是 1983 年的《统一死亡确定法》, 其标准和表述方式是现代脑死亡立法的典范。到 1993 年已有 39 个州和联邦及总统的医学伦理委员会和未曾立法的州的司法判例接受了脑死亡标准。在日本, 1974 年脑死亡委员会发表了“脑之急性首发重病变的脑死亡判定标准”, 1985 年厚生省公布竹内标准, 1988 年日本医师会和厚生省生命伦理恳谈会的“关于脑死及器官移植的最后报告”发布, 1989 年全国通过建立脑死亡和器官移植的特别委员会之法律, 1990 年内阁总理大臣的咨询委员会——脑死及器官移植临时调查会成立, 该委员会 1992 年发表其最终报告, 其建议标准以多数票获得通过, 1997 年 10 月开始实施的《器官移植法》中规定

脑死亡即为人的死亡。

脑死亡国内立法的世界趋势, 导致了这一领域国际规则的制定, 也为一国的立法提供了可以遵循的原则和考虑要点。世界医学会的《悉尼宣言》、世界移植协会的《道德和伦理委员会声明》、欧洲委员会 1978 和 1987 年的两个部长会议的决议案, 都为确立脑死亡标准的立法体系做出了积极贡献^[13]。

目前世界已有 30 多个国家制定了脑死亡的法律标准。我国在脑死亡标准问题研究上起步较晚, 1986 年《解放军医学杂志》编辑部在南京组织召开了心肺脑复苏专题会, 与会的神经内科、神经外科、急救医学和麻痹学的专家草拟了我国第一个脑死亡诊断标准(草案)^[14]。其后, 许多学者根据自己的临床实践经验对这一标准进行了逐步完善, 近些年来, 脑死亡立法的呼声日益提高, 在不久的将来脑死亡这一标准一定会获得其合法地位。

参考文献

- [1][2][5] 李琰. 医学伦理学[M]. 北京: 法律出版社, 1991. 162, 164.
- [3][7][8] 苏泽轩, 等. 现代移植学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998.
- [4][15] 郭自力. 死亡标准的法律与伦理问题[J]. 政法论坛, 2001, (3).
- [6] 夏穗生. 器官移植学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995. 8.
- [9] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 11, 13.
- [10][11] 松本文六. 医生的艰难选择[M]. 北京: 北京医科大学和中日协和医科大学联合出版社, 1998. 181, 187.
- [12] 北京大学哲学系. 人道主义和异化问题研究[M]. 北京: 北京大学出版社, 1985. 15.
- [13][14] 郭于华. 死的困扰与生的执著——中国民间丧葬礼仪与传统生死观[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 1992. 192, 193.
- [16] 江基尧, 等. 现代颅脑损伤学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 1999. 499, 500.

[责任编辑 袁晓霞]