

对脑死亡立法的思考

——二元死亡标准的哲学解读

李顺万

(西南政法大学新闻学院, 重庆 400031)

摘要: 文章论述了脑死亡标准的产生及现状, 指出在我国实行脑死亡标准是社会进步的必然趋势; 结合“生命自主, 绝对自愿”的原则, 对器官移植与二元死亡标准的关系进行了分析; 最后指出在我国实行二元死亡标准的理由及必要性。

关键词: 脑死亡标准; 二元死亡标准; 器官移植; 生命自主, 绝对自愿

中图分类号: DF73

文献标识码: A

文章编号: 1004—3926(2004)04—0189—06

当我国学界正在讨论脑死亡标准的科学性, 以及如何制定一项法律以保障脑死亡标准及器官移植在我国顺利实行的时候, 世界上已有 80 个国家接受了这一全新的死亡标准, 并有 13 个国家颁布了与脑死亡标准相关的法律。不过, 自然人的死亡涉及到家庭和社会, 当医生首次将脑死者跳动的的心脏植入其他病人胸腔的时候, 心脏移植的成功引起医学界强烈震动, 并对传统的心肺死亡标准以根本撼动的同时, 哲学、伦理学、社会学和法学等社会科学领域也引起了一系列反响。其焦点指向主要是: 传统的心肺死亡标准承载了太多的民族文化、宗教及道德观念, 脑死亡标准和器官移植能否为大众所理解并接受; 其次, 法律如何保证脑死亡标准在严格的法律规范下实施, 社会科学如何从思想理论层面论证我国实行脑死亡的必要性及其意义。正因为如此, 面对着脑死亡标准, 医学界热情地推动和法学界的冷静谨慎形成一种奇特的反差。这告诉我们, 脑死亡标准的实行需要哲学理论作强力支持。下面是笔者对脑死亡立法中二元死亡标准问题的哲学分析, 以提供立法者参考, 并希望引起学者们的共鸣。

对死亡的无奈与恐惧以及对永生的追求吸引着人们去探索死亡这一不解之谜, 死亡象斯芬克斯之谜一样永远摆在我们面前。我们知道, 大自然的万物自有自己的生命周期, 它们不必知道死亡是什么, 只要我们看到这种现象时能够明确识别就可以了。“人类的死亡是个典型的描述起来十分模糊、但本身却十分确定的现象。虽然死亡的定义很关键, 但它

也很难琢磨。”^[1]

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。几千年来, 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。

我们知道, 传统心肺死亡标准是俗成的, 简单直观, 容易为群众所接受。但是, 心肺死亡标准的局限性也是显而易见的。这就是: 用心肺死亡标准判定的死者可能还活着, 而被判定活着的人可能已经死亡。随着医学科学的发展, 在实验医学的基础上, 当科学家从另一维度思考死亡标准的时候, 中枢神经系统对于死亡的作用越来越受到科学家们的重视, 这种源于实验科学的死亡本质超越了死亡的自然属性, 是从人的“意识和自我意识”方面更深刻地反映了死亡的实质。

脑死亡标准的产生和确立是医学科学发展的必然结果, 它经受了医学和社会实践的检验。脑神经科学认为: “主宰人体的脑神经细胞是一类高度分化的终末细胞(或称固定型细胞, permanent cell), 死亡后恢复和再生的可能性极小。当脑神经细胞的死亡数量达到或超过一定极限时, 人的感知、思维、意识以及自主活动和基本生命中枢的功能将永久丧失。脑神经细胞的这种解剖学、生理学和病理学特性, 构成了将脑死亡作为人类死亡诊断依据的科学基础。”^[2] “追溯历史, 脑死亡的概念见于 1902 年 Cvshing 关于颅内压增高的实验性研究和临床报告, 随着临床抢救复苏完美和临床关怀的崛起, 关于脑死亡状态的案例经验不断增加。”^[3] 1959 年, 法国

学者莫拉雷(P. Mollaret)和古隆(M. Goulon)在第 23 届国际神经学会上首次提出“昏迷过度”(Le Coma Dépassé)的概念,同时报道了存在这种病理状态的 23 个病例。他们的报告提示:凡是被诊断为昏迷过度者,苏醒的可能性几乎为零。1966 年国际医学界正式提出“脑死亡”(brain death)的概念。1968 年,哈佛大学医学院特别研究小组第一次提出了脑死亡诊断标准,这一诊断标准确定“不仅心脏和呼吸不可逆性停止的人是死人,而且包括脑干功能在内的所有脑功能不可逆性停止的人也是死人。”^{[4] 9(p.33)} 自此之后,人体死亡就有了一个更为科学的标准,脑死亡标准在世界上首次被确立。

南非医生克里斯坦·巴纳德由于成功完成首例心脏移植手术而使医学界对人体死亡标准有了新的认识。1967 年 12 月 3 日,克里斯坦·巴纳德和他领导的包括其弟子在内的医疗小组经过 5 个多小时的紧张工作,成功地将一名 24 岁女性车祸遇难者的心脏移植到一名 51 岁男性商人胸腔内。尽管这位男士运用别人的心脏仅存活了 18 天,但这一人类心脏移植的开先河之举打破了心脏功能丧失可导致整个机体死亡的常规,临床上使用低温麻醉,可使机体降到 20℃,甚至更低,这时人的心肺功能已经完全测不出,医生可在心跳和呼吸完全停止的情况下进行外科手术。这些医学实践说明:“心脏可以替换,人可以继续生存,而人的大脑死后,就现在的医疗水平,根本无法进行移植和替换。”^{[4] (p.34)} 因此,克里斯坦·巴纳德所进行的心脏移植手术具有里程碑似的意义,“从历史上看,要说脑死亡概念是随心脏移植而生并非言过其实。”^[3] 犹如克里斯坦·巴纳德所言:“医生用以诊断病人死亡的依据不是心跳或呼吸的停止,而是脑部死亡。脑是决定生命本质的器官;脑部死亡,病人即死亡。”^[5]

克里斯坦·巴纳德对脑死亡的见解在医学界非常具有代表性。他说:“我们知道上述看法(指心脏死亡标准)确实错了。现在,我们知道肺部胀大和心脏跳动都是为了维持脑部生命。脑才是决定生命中本质的器官。脑一旦死亡,所需肺、心机能也同时终止。”死亡作为一个过程,“从纯科学角度来看,心跳终止从未和死亡时刻完全吻合。病人在死亡之前或死亡之后才停止心脏跳动。”脑死亡标准是医学界对于死亡的重新认识,他说:“随着现代精密医学技术的发展,往昔规则的适用范围越来越小。例如:已死亡人身上的心脏仍可继续跳动多时,相反地,即使心跳停止了很多小时,病人可能仍然活着。有些外科手术是在长时间没有心跳或呼吸活动情况下进行的。”^[6] 因此,脑死亡标准的确立,使人们开始重新思考死亡的本质,并由此而引发了关于脑死亡标准的争论。

同济医科大学器官移植研究所所长陈忠华表教授著文说:“在死亡过程的流逝中会触及到一个不可逆的临界点,在这个临界点上,生命作为一个完整体系已经解体,而且永远不能再恢复成一个有机的整体,死亡临界点之后残余的部分细胞、组织、器官的不完整生物活性不再表明生命个体的继续存在。死亡临界点的确立代表死亡在时间上和细胞种类上的精确判断。”^[9]

从传统死亡观点来看,脑死亡标准提前了脑死者死亡的时间,放弃了对于有呼吸患者的抢救,放弃救治就是放弃了希望,这显然于理于情都是不能被接受的;从现代精密医学观点来看,脑死亡标准揭示了医生们抢救脑死者的实质——给尸体充氧,延缓尸体腐烂的时间,这也是现代医学不可接受的。这就是脑死亡标准所导致的悖论。

作为一个新的死亡标准,对它的认识和争论都源于医学本身的发展。“对于生活在呼吸机 and 现代危重症支持治疗出现以前的人来说,脑死亡并不是一个问题。因为由延髓功能丧失而导致自主呼吸消失的患者心跳一定很快停止,因此呼吸心跳停止自然成为死亡的标准。”^[7] 呼吸支持技术的迅速发展使呼吸功能障碍的患者能够得到充分的呼吸支持,循环支持理论和治疗学的进步,使医生能够处理各种复杂的循环功能紊乱。这些技术进步使无数病人获得重生的时候,脑死亡的争论也就由此而出现了。这主要是因为:“当医生在给病人以呼吸机辅助呼吸和心血管药物支持时,病人的呼吸和心跳都能在没有中枢神经系统调节的情况下维持相当一段时间,脑死者跳动的的心脏在医生们宣布其脑死亡后甚至可达 6 个月之久。按照传统死亡观点,医生停止抢救应该是在病人心脏停跳以后,而从直观上观察,脑死亡的患者心脏还没有死亡,“临床死亡”还没有出现,因此患者还应该继续抢救。”^[7]

脑死亡作为判定人体死亡的科学标准不仅在医学界得到公认,而且许多国家为之制定了相应的法律以保证脑死亡在法律监督之下严格执行。1970 年,美国堪萨斯州率先制定了关于脑死亡的法规《死亡和死亡定义法》。1971 年,芬兰在世界上第一个以国家法律形式确定脑死亡为人体死亡的标准。1978 年,美国统一州法全国委员会通过《统一脑死亡法》(Uniform Brain Death Act, UBDA)。至今,在医学实践中承认脑死亡状态,并以之作为宣布死亡依据的国家至少有 80 个以上,由国家直接以立法形式承认脑死亡为宣布死亡的依据的国家有芬兰、美国、德国、罗马尼亚、印度等 13 个国家。为了推动我国脑死亡立法,1981 年 10 月 20 日在武汉举行了

成人脑死亡诊断标准。^[8] 标准的制定标志着我国脑死亡立法迈出了实质性的一步。我们应该理智地相信,脑死亡标准是建立在坚实的实验科学基础之上的,它最终会被人们所认同,这是科学发展的必然逻辑。

二

脑死亡标准在医学界确立之后,死亡就被分为三个层次:“第一是脑死亡,即没有脑电波活动,无自主呼吸,没有反射,完全没有可能再逆转,但脑死亡时心脏可能还在跳动;第二是临床死亡,就是心脏不跳动了,这不是彻底的死亡;第三是生物学死亡,心跳停止 24 小时后,细胞完全死亡。”^{[4] (p. 20)}

脑死亡是死亡的第一个层次,医学科学从脑神经细胞死亡不可再生的角度,以及心肺和生物学死亡是脑死亡必然结果的角度,把部分死者的死亡时间提前。即按传统心肺死亡标准判定还没有死亡的部分人——这部分人虽然人数有限,判定为死人。

我们可以将因病而死亡的人群按照死亡原因分为脑病死亡者和非脑病死亡者。医学统计结论是,非脑病死亡人数约占死亡总人数的 95%,因脑病而死亡的人数约占 5%。按照死亡三层次的理论,人体死亡是一个过程而不是一个切点,但现代医学又要求死亡时间必须精确,这就需要确立一个精确的临界点。下面的分析是根据心肺和脑死亡标准的关系及其不同作用而作出的:

第一,对于 95% 的非脑病患者而言,心肺死亡标准可以作为判定生存状态的标准。如果患者心肺不可逆地死亡了,就可以判定该患者死亡了,如果患者心肺没有死亡,则可判定该患者还活着。

第二,对于 5% 的脑病患者而言,心肺死亡标准是一个时间滞后的死亡判定标准。这是因为:心肺及血液循环系统是一个可以独立存在,不受大脑支配的系统。如果患者在医生使用呼吸机或者循环支持技术及药物的情况下,患者大脑已经不可逆死亡了,但患者心肺可能还活着。这部分患者,按照脑死亡标准已经死亡,医生抢救的实质是延缓心肺死亡和尸体腐烂的时间。对于这部分人而言,只有用脑死亡标准才能准确判定其生命存在的状态,即判定患者是死还是活。

第三,对于所有患者,采用脑死亡标准都能判定生命存在的状态。这是因为:心肺死亡后会大脑必然很快死亡。因此,如果患者大脑不可逆地死亡,就可以判定该患者死亡;如果患者大脑没有死亡,则可判定该患者还活着。

死亡基础之上,远比心肺死亡标准更符合医学科学的实际;这一分析也说明:心肺死亡标准虽然不能判定 5% 的脑病患者生命存在的状态,但对于 95% 的非脑病患者而言,它仍然是一个适用的判定生命存在状态的标准。因此,脑死亡立法面临着如何处理好两个死亡标准关系的问题。

陈忠华教授建议《脑死亡法》应该推行双轨制也就是心死和脑死的双重标准并存,这就是我国二元死亡标准的由来。他说:《脑死亡法》的直接适用面是很小的。如果我们将脑死亡患者与器官移植联系,实行脑死亡标准的患者就更少了。所以,陈教授说实行脑死亡标准是一个“小概率”。他还从医学统计学的角度十分准确地说:牵涉到脑死亡诊断问题的患者约占正常人群的十万分之二十二。

关于在我国实行二元死亡标准的必要性,学者们对此作了大量的论述。归纳起来有以下几个方面:

第一,经济方面的原因。中国是一个人口大国,人均 GDP 才 1000 美元。不仅如此,中国经济发展级不平衡,城市和农村差距较大,特别是城乡之间在医疗技术和设备方面差距非常突出,而脑死亡标准科技含量极高,由于涉及人的生命,进行脑死亡鉴定必须有相应的鉴定机构和专门人才。因此,现阶段要在我国广大农村实行脑死亡鉴定是不现实的。

第二,文化方面的原因。技术性问题解决之后就是社会和民众的心理承受力问题。我们不能否认宗教和文化传统对实行脑死亡标准的影响。几千年来,长期受到儒家伦理影响的我国及东亚国家都具有深厚的宗族观念和先人崇拜意识,具有强烈的血缘伦理观念的家属,特别是患者的后人是很难将仍然具有体温,心脏仍然跳动的患者看作“死者”的。因此,社会传统观念是我国及东亚国家接受脑死亡标准的最大障碍。在日本等国家,为了调和器官移植需要和社会抵触心理的矛盾,提出了心脏死亡和脑死亡的二元标准,主张以传统的心脏死亡标准为一般死亡标准,在一定条件下,允许患者本人或者患者家属选择脑死亡标准。这种二元死亡标准在东亚伦理法文化之下无疑具有极大的调和性。

第三,与国际医学界接轨的原因。既然日本、韩国、台湾和香港等国家和地区实行二元死亡标准,同属于东亚文化背景的中国也应该实行二元死亡标准。因此,这一结论是在第二个原因基础之上的合理推导。

不可否认,以上观点是对我国实行二元死亡标准所作的现实客观分析,观点建立的基础是:脑死亡

向现实的退让。基于这样的理解,我认为上述有关二元死亡标准必要性的论述有待我们作进一步的探讨。

第一,经济落后并非实行二元死亡标准的理由。我国是一个发展中的国家,地区之间、城市和农村之间确实发展不平衡。但美国、日本、韩国、中国台湾和香港都是科技和经济发达的国家和地区,这些国家和地区资金雄厚,不缺少设备也不缺少人才,但这些国家和地区实行的也是二元死亡标准。

第二,东亚文化背景不是实行二元死亡标准的理由,实行二元死亡标准也不能调和脑死亡标准与器官移植之间的冲突。

东亚文化背景是指以儒家学说为基础的文化背景,中国、日本、韩国、台湾、香港等国家和地区长期受儒家文化的浸润,传统的宗族观念、祖先崇拜意识和忠孝观以及佛教的因果观在民众的意识中根深蒂固。因此,东亚民族的死亡观念中渗透着对死亡的恐惧,充满对祖先的崇拜和对来世的企望;另外,传统心肺死亡标准已经实行了几千年,要让民众接受脑死亡但心脏还在跳动的亲属已经死亡,不再实行救治是违背东亚民族的伦理观的。因此,脑死亡标准的实行在短期内要得到民众的理解和认同肯定会有一定困难。但脑死亡标准实行中的困难和实行二元死亡标准是两个不同的命题;不但如此,脑死亡标准实行中的困难也不是实行二元死亡标准的原因。因为美国等西方国家也实行二元死亡标准,美国是典型的西方文明。既然美国没有东亚文化背景,因此美国就不存在实行脑死亡的困难,美国就不该实行二元死亡标准,可事实并非如此。

器官移植是一种应用于治疗疾病,解除病人痛苦的实用性专门技术,它在临床医学上,以移植一个功能完好的健康器官来治疗其它疗法无法治愈的疾病,是救治脏器衰竭病人的主要手段。迄今为止,全世界心、肝、肾移植达50余万例。拿肾脏移植来说,过去是少数医院才能做的手术,现在是一种很常规的手术了。

在我国,器官移植技术已发展成为一项成熟的实用性专门技术,我国已掌握了该技术的各个方面。肾移植是我国临床开展最早、例数最多、技术最成熟的大器官移植,到2000年底,全国肾移植累计总数达34932例,术后一年期存活率也由50%提高到80%,急性排斥性反映的发生率大大下降,并形成了一批具备相当规模和综合水平的肾移植中心,有3例肾移植病人已健康存活了24年。不仅如此,我国器官移植已扩展到肝脏、心脏、胰脏、小肠、肺等,手

肾移植仅3000例,而近3亿人口的美国每年进行肾移植却过万例,中国人口是美国人口的4倍,但器官移植的总数却只有美国的三分之一,器官移植的供体和受体的比例为1:10。因此,器官移植供体的严重缺乏和质量不高是制约我国器官移植临床救治工作和移植技术发展的关键因素。在这种现实条件下,一些医学专家把器官移植所需的供体寄希望于脑死者的捐赠就显得非常急迫了。在医学专家眼里,脑死者除大脑死亡外其它器官还具有生命活性,作为供体,脑死者的供体是除亲属供体外质量最好的,从医学的角度看来,脑死者的器官是一笔宝贵的卫生资源,我们应该很好地加以利用。基于这种理解,一些医学专家提出要尽快出台脑死亡法和器官移植法,以推动我国器官移植的进行。脑死亡标准与器官移植之间的关系就这样紧密地联系起来。在许多医学专家眼里,制定脑死亡法的直接动因就是器官移植的需要。

不可否认,医学的发展确实给死者提供了为人类作最后一次贡献的机会,个体与群体,个人与社会的关系在这里演绎得十分清晰:人死后怎么处理属于自己的器官,这些器官对于他人可以救命,对于自己就是一个意义——“全尸”。

制定脑死亡法和器官移植法动机的单纯导致人们的疑问,器官移植的本意是救治脏器衰竭的病人,但是,事实上在为了健康的人道与为了人道的人道之间确实存在着矛盾。如果法律脱离了器官移植必须遵循的“生命自主,绝对自愿”这个原则,法律对于器官捐献者就是不公平的;如果我们在出台脑死亡和器官移植法以后导致器官买卖的出现,富人通过金钱非法得到所需要的器官,或者在等待器官过程中权利者依靠权势优先获得移植所需要的器官,这都是不公平的表现。生命不能因为有钱或有权而尊贵,也不能因为无钱或无权而卑下。一个简单的道理是:如果我们为了救治一个人的生命而牺牲另一个人的生命,尽管捐献者出于同情或者出于自愿,也应该禁止而不应该提倡。

“生命自主,绝对自愿”的原则意味着脑死亡法必须做到以下两点:第一,在需要用脑死亡标准判定某一脑病患者生命存在状态的时候应该实行患者“自愿”的原则,这意味着如果法律规定只有一个死亡判定标准就违背了这一原则。存在的问题是:针对所有死者而言我们必须实行二元死亡标准,但对于脑病患者来说我们也实行二元死亡标准吗?如果对于脑病患者我们也采用两个标准,就可能会出现患者家属不愿用脑死亡标准鉴定患者生存状态的情况,患者生命状态不明确,医生对于患者救治就

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,从而草菅人命。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。

以上分析说明:在“生命自主,绝对自愿”的原则下,实行脑死亡标准与器官移植之间根本就不存在冲突,既然如此,所谓二元死亡标准能够调和这两者的冲突就是虚无的,不存在的。当然,如果我们排除“生命自主,绝对自愿”的原则,把判定死亡的标准建立在一元的脑死亡标准基础之上,从而把器官移植与器官捐赠简单地联结起来,设想法律刚性地规定判定死亡的标准是唯一的,不可以选择的;设想脑死者器官是必须捐赠的。在这样的条件下,脑死亡标准与器官移植的冲突才会产生,二元死亡标准才会成为解决这一冲突的一种选择。

器官移植技术的发展要求越来越多的健康器官,器官移植需要与器官供给之间客观上是存在着矛盾的。从现阶段来看,解决这一矛盾的唯一出路是增加器官捐赠的数量。从法律上保障脑死亡标准的实行,就可以用脑死亡标准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——脑死者捐赠器官提供了一种选择,因此,脑死亡标准的实行为增加器官供给提供了可能,从而为缓解器官供需的矛盾提供了可能。

可是,脑死亡标准并不是为器官移植需要而制定的。陈忠华教授曾经说过:“器官供体不足”、“节约医疗资源”都不能作为我国脑死亡立法的理由。“生命自主权”前提下的个体权利范畴,不受任何个人意愿以外的因素左右。他以美国为例说: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

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和器官移植法的制定只是一种良好的愿望而已。

当脑死亡标准制定后,立法者应该考虑的问题是如何处理脑死亡标准与心肺死亡标准的关系。虽然医学科学的实践已经证明脑死亡标准是唯一科学的死亡判定标准,传统的心肺死亡标准有其局限性,但是,心肺死亡标准对于大多数患者来说仍然是判定其生命存在状态的标准,它仍然有继续存在的理由。因此,我们应该在“生命自主,绝对自愿”的原则下承认心肺死亡标准和脑死亡标准都具有合法的地位,从而为实行二元死亡标准提供法律保障。

三

为什么美国等西方国家要实行二元死亡标准而不实行一元的脑死亡标准?我认为根本的原因还是二元死亡标准的科学性。我们不能因为承认脑死亡标准而完全否认心肺死亡标准在一定范围内的科学性及其存在的合理性。按照南非医生克里斯坦·巴纳德对心肺死亡标准的评价:“随着现代精密医学技术的发展,往昔规则的适用范围越来越小。”^[5] 如果我们将这个明显的,适用范围越来越小的标准当作一个唯一的标准显然是不科学的。但是,只要我们知道这一标准的适用范围,知道这一标准的局限性,完全摒弃这一标准既不科学也不现实。从各国制定脑死亡标准来看,多数国家都以哈佛特别医疗小组提出的死亡判定标准为基准,而哈佛死亡标准就是两个而不是一个。因此,无论从科学的角度还是民众对于死亡标准的理解和认同角度来看,我们都应该实行二元死亡标准。

在我国学界讨论脑死亡法及器官移植法的时候,在我国强调与国际接轨的今天,研究和借鉴美国等西方国家相关的法律具有现实的意义。1983年,美国通过的《统一死亡判定法案》(Uniform Determination of Death Act, UDDA)对死亡的定义是:“(1)人体血液循环功能和呼吸功能处于不可逆终止的状态;或(2)人的整个大脑系统处于不可逆转的终止状态。”^{[9] (p. 370)} 该条款实际上是让传统死亡标准和脑死亡标准同时存在,从而用法律形式保证了脑死亡标准的实行,给予脑死亡标准与心脏死亡标准相同的法律地位,避免了人们对死亡标准可能产生的误会。

美国州立法对脑死亡也有相关的法律条文,朱长珍在《脑死亡立法的科学基础和社会意义》一文中写道:到1985年底,美国有27个州通过立法审议,接受脑死亡概念并作出法律解释。新解释可分三

令规定:允许医生使用“心死”或“脑死”两种死亡标准。这就是说,无论出现不可逆的循环和呼吸停止,还是出现不可逆的脑(包括脑干)功能停止,都可诊断为死亡。该州明确规定,这项法令适用于各种目的,包括对刑事案件的审判;第二种是条件型。假定一个人根据通常的医务实践标准,已经出现不可逆的自发性呼吸和循环功能的停止,他将在医师宣布的意见中被认为已死亡。如果提供人工的方法阻止出现这种功能停止的情况,那么只要医师根据医务实践证明他已经出现不可逆的脑功能丧失,这个人也将在医师发布的意见中被认定为死亡;第三种是单一型,为了司法的目的,按照通常医疗实践的惯例标准,伴有不可逆的整个脑功能停止的人体将被认为是死亡的人体。从美国各州相关脑死亡法来看,首先是承认了脑死亡标准,在此基础上,心肺死亡标准和脑死亡标准是同时存在的;其次,从选择型到条件型再到单一型是逐渐对判定对象附加条件的。因此,美国州立法与“美国《统一死亡判定法案》是吻合的。

1968年,世界医学会第22次会议的《悉尼宣言》中,关于死亡的确定规定:“1、在大多数国家死亡的时间确定将继续是医生的法律责任,通常他可以用所有医师知晓的经典标准无需特别帮助地确定病人的死亡。2、然而现代的医学实践使得进一步研究死亡时间成为必要。(1)有能力人工地维持含氧血液循环通过不可恢复性损伤组织。(2)尸体器官的应用,如作移植用的心或肾脏。”^[10](p. 275)《宣悉尼言》确认了进一步确定死亡时间的必要,通常情况下医生仍然以经典标准进行死亡判定。因此,《悉尼宣言》与美国《统一死亡判定法案》也是吻合的。

我们还应该看到,用中国经济和文化的国情来论证死亡标准在社会实践中也是有害的。因为作为一个判定死亡的标准本身是医学科学来决定的,是不受经济、文化所制约的。我们现在缺少的是向群众普及生命科学的知识,优生优死的宣传教育以及对捐献器官这种行为的崇尚。如果我们国家的社会精英、科学家、国家领导者都能认同脑死亡标准并且身体力行的话,脑死亡标准在中国的实行就快了。

“国情”之类的论据隐含着科学向现实的无奈和退步,似乎二元标准虽是明智之举但不一定是科学之举,似乎在中国实行二元标准是不得已而为之。实际上,只有实行二元死亡标准才真正科学地理解了脑死亡标准和心肺死亡标准的涵义。当我们说脑死亡标准是比心肺死亡标准判断力更强的标准时,并没有否定心肺死亡标准在一定条件下的科学性及其存在的合理性;当我们说所有的人都可以用脑死亡标准判定其生命状态时,并没有说所有的人必须用脑死亡标准判定其生命状态,从而否定大多数人可以用心肺死亡标准判定其生命状态。前面我们已经说明,最先承认并实行脑死亡的标准美国也没有从法律上禁止心肺死亡标准,而是在承认心肺死亡标准的基础上承认脑死亡标准。所以,除非我们在法律上规定只能实行脑死亡标准而禁止心肺作为死亡标准,否则心肺死亡标准就有合理存在的理由。

综上所述,我认为二元标准不仅适合中国这样的经济相对落后的国家也适合经济发达的国家,既适合东亚文化背景的国家也适合西方文化背景的国家。在我国实行二元死亡标准不仅是明知之举更是科学之举。

参考文献:

- [1] 约翰·梅迪纳著,李锐译. 生命时钟[M]. 海口:海南出版社,2002, p60.
- [2] 朱长珍. 脑死亡立法的科学基础和社会意义[J]. 上海:科学杂志,2003(4).
- [3] 李德祥. 脑死亡——个体死亡新概念[J]. 沈阳:日本医学介绍,1995(1).
- [4] 陈雪春. 中国脑死亡鉴证[M]. 南京:江苏人民出版社,2003.
- [5] 克里斯坦·巴纳德. 安乐生安乐死[M]. 北京:中国工人出版社,1990, p11—12.
- [6] 陈忠华. 论脑死亡立法的生物医学基础、社会学意义及推动程序[J]. 大连:医学与哲学,2002(5).
- [7] 江华. 脑死亡的是是非非[J]. 三思科学电子杂志,2002(9).
- [8] 北京青年报,2002—10—28.
- [9] 英美法辞典[M]. 北京:法律出版社,2003.
- [10] 孙慕义. 新生命伦理学[M]. 南京:东南大学出版社,2003.

(责任编辑 苟正金)