Globethics Repository



脑死亡与死亡判定方案的抉择[Brain Death and Scheme for Brain Death Judgment]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	韩, 东屏
Publisher	华中科技大学出版社
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-16 11:45:35
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/184386

韩东屏：脑死亡与死亡判定方案的抉择

韩东屏

脑死亡与死亡判定方案的抉择

韩东屏
（华中科技大学哲学系，湖北，武汉，430074）

内容提要：是否需用脑死亡取代传统死亡标准的问题，其实最终不是事实认定的科学问题，而是是否有收益或收益大小的价值问题。经分析，用脑死亡作标准的死亡判定方案既存在有利的一面，也存在有弊的一面。虽然更进一步的分析表明，脑死亡的判定方案总的说来是利大于弊，但也不等于它就是我们应当选取的最好的死亡判定方案。最好的死亡判定方案其实是心死亡的死亡标准与脑死亡的死亡标准并用，以脑死亡判定标准作传统死亡标准的必要补充。

关键词：脑死亡、心死亡、死亡标准、死亡判定方案

一、变更死亡标准的关键是价值考量

随着现代医学科学技术的发展，人脑的死亡已经成为可以借助仪器进行观察或给予证明的事实。鉴于目前医学理论上，存在大脑及脑干的损坏是不可逆的，即不能治疗、修复、替换，而心脏损坏却是可以治疗、修复、替换的共识，医学界倾向于认为： 脑死亡才是真正意义的临床死亡。 [1]言外之意，传统医学观念判定死亡的标准即心脏死亡，已不是真正意义的临床死亡。正因如此，迄今世界上已有美、英、日等13个国家通过立法正式启用新的死亡标准， 规定脑死亡是宣布死亡的正确依据 。[2]我国目前也正在积极推进脑死亡判定标准的立法工作和相应的舆论宣传工作。相对而言，脑死亡判定标准的制定与立法并不会太让我们为难，让我们特别为难的是：脑死亡判定标准一旦被确立，是否意味着也要确立新的死亡标准 以脑死亡取代心死亡？

倘若仅仅由于在医学上脑死亡更能体现 真正的死亡 或 死亡的实质 ，那么其实我们并没有更改传统死亡标准的必要。首先这势必要与顽固的传统观念展开一场耗时费力的除旧布新的斗争。更需加以考虑的是，由于目前医学还远没达到可以随时为一个心脏损坏者提供替换心脏的水平，因而在事实层面，还普遍存在 心死必定导致脑死，脑死也必定导致心死 （即心脏死亡不能给大脑供血则大脑也必然随之死亡，大脑死亡不能给各器官下指令，则心脏也必然会停止跳动）的互为因果关系。这就意味着，用 脑死 作死亡的判定标准与用 心死 作死亡的判定标准至少在目前乃至相当长的临床实践中，并不存在什么实质性的差异 它不会使一个人的死或没死的事实发生实质性改变。这就是说，一个人只要他的心脏的损坏是无可挽救的，那么即使他的大脑暂时未死也迟早得死。同样，一个人只要他的大脑的损坏是无可挽救的，那么即使他的心脏还在跳动也迟早会停跳。据此可知，我们就是继续沿用心脏死亡作死亡判定标准，也并不会导致一个人未真的死亡却被宣布死亡的情况。相反，我们就是将脑死亡确立为死亡标准之后，也不会因之而挽救一些人的性命并使死亡的人数比原来有任何减少。

或有人道：这里还是有区别的，用脑死亡作标准，至少可以使确认死亡的时间提前。比如一个大脑已死而心脏还在跳动的人，按脑死亡的死亡判定标准，立刻就可以被宣布死亡，而按心脏死亡的死亡判定标准，则还要等到其心脏停跳之后。

然而这仅仅是一个方面的情况。另外的情况同样存在：以往，一个人的心脏停止跳动医生即可宣布其死亡。可在脑死亡的死亡标准之下，我们却还要再对此人的大脑作相关检查之后才能做出其已死或没死的判断。如果此人的大脑这时还没有随心跳停止同时死亡，那么就还不能在这时宣布他的死亡。这就是说，用脑死亡取代心死亡作死亡判定标准，虽然可以使一些类型的死亡确认时间提前，但同时又会使另一些类型的死亡确认时间滞后，此消彼长，最终结果还是差不多。

在死亡问题上，既然两种死亡判定标准并不存在真正的相互冲突，用脑死亡作死亡判定标准也并不比传统死亡标准能让我们多认定什么，那么，为什么还会有那么多的医学界人士

热衷于确立新的死亡标准，即脑死亡的死亡标准？甚至不惜准备与强大的传统死亡观念开战？他们只能有一个理由是可以站得住的，就是这样做会给我们带来比以往更多的好处。倘若没有这一条，不仅我们根本没有必要废止传统的死亡标准，而且对传统的任何一点改变也都是多余的。

人是有目的的理性动物，从来只做有所收益的事情。人类对世界的任何改变或改造，归根结底都只能是出于收益的考虑而不仅仅是事实的考虑。恰如既繁琐又没改变中国人吃饭内容的分餐制之所以在今天被大为提倡，就在于它有利于避免传染病，而不是在于它的形式更符合吃饭的　实质　。反过来说，如果是没有收益的事情，即便它不符合事实，人类也不会去刻意加以改变。譬如　太阳升起　、　太阳落山　等说法尽管不科学，长久以来也一直是听之任之。所以，所有提倡脑死亡标准的人，都不必讳言其中蕴涵的利益和他们对这种利益的渴望。恰恰相反，他们只有充分说明脑死亡标准所具有的独特好处并设法广为人知，才有可能使新的死亡标准被整个社会普遍认同，被伦理和法律的理念接受。因此，是否需要变更死亡标准的问题，其实最主要的还不是事实认定的科学问题，而是有否收益或收益大小的价值问题。

二、对脑死亡判定方案的利弊分析

用脑死亡作死亡判定标准的方案，相对于传统的用心脏死亡作判定死亡标准的方案，主要有两大好处。

一个好处是能够节约医疗卫生资源和死者家庭的医疗费用。这一点集中表现在大脑死亡而心脏还在跳动的病例中。按传统死亡标准，对这样的　病人　还需进行救治，并且，在现代医疗条件下，用药物和医疗设备也的确能较长时间维持其心跳及呼吸。只是维持的时间再长也不能使之复活。而改用脑死亡作死亡标准后，这样的无效救治则可免除。既然无效救治可以免除，那么　无救病人　的家属自然也就不必再为这样的无效救治付费，多花冤枉钱。

另一个也是更大的好处则是有利于器官移植，为等待移植器官的危重病人造福。中科院院士、中国器官移植创始人之一裘法祖教授认为，我国如能实行　脑死亡　，将脑死亡者作为器官来源，将使更多的病人得到新生。[3]但许多主张用脑死亡作死亡标准的非器官移植医生都极力避免将脑死亡与器官移植相联系，以防人们误解他们为脑死亡立法的　真正目的和动机　是为器官移植扫清障碍。[4]然而这种良苦用心倒是大可不必。避谈脑死亡有利于器官移植的结果，只能是让脑死亡的立法论证失去一个最重要的理由。我们知道，过去可供移植的器官多来自刚死的人体，据称它占所有器官移植的99%。[5]但问题是心脏停跳后体内器官的存活时间极短。由于通常情况下都存在死者家属要与死者泣别等各种仪式性、程序性事项，因而绝大多数死者的器官根本来不及被取走就已失去临床上的使用价值。改用脑死亡的死亡标准后，对那些脑死而心未停跳者的器官就有了足够的时间从容处理。这无疑就会大大增加可供移植器官的实际数量。反之，如果没有脑死亡作新的死亡标准，即使有如深圳地方立法机构制定的《人体器官捐献移植法》，在现实中也仍然不会实际增加可移植器官的数量。正因如此，法律专家明确指出：　推动器官移植的发展，还需辅以脑死亡立法。　[6]

不过，我们不应只谈脑死亡判定标准的好处，更不能在谈了这些好处后就说脑死亡的死亡判定标准一定优于心死亡的死亡判定标准。事实上，用脑死亡作死亡判定标准的方案也有自己的弊端。

弊端之一是操作不便，将大幅度增加判定死亡的成本。传统死亡标准操作起来很简单，听心脏、摸脉搏、看瞳孔即可。任何一个医生都能娴熟地运用它并轻易地做出准确的判断。但脑死亡标准的操作则要复杂得多。脑死亡是无法用人的感觉器官直接感知的，必须借助能做脑电图和多普勒脑血流图等检测的相关医疗设备。由于这些检测设备体积较大，难于携带，价格比较昂贵，只有较大规模医院才有，加之脑死亡的死亡标准下心脏停跳已不等于死亡，这就意味着，一个人是否死亡的判定，再也不能像原来那样，在家庭、马路、野外、山乡、僻壤、诊所、小医院等场所就能立刻就地做出，而是非得将其先运至较大规模的医院后才能开始进行。如此一来，这些动用大型医疗设备检测的费用和运送受检人的费用及其相应的时间、人力之类，就成为我们实行新的死亡判定标准所必须多支付的成本。我国是刚步入小康社会的发展中国家，农村人口占大多数，只有县级以上医院才可能拥有脑死亡检测设备，在此国情下，若采用脑死亡作标准的死亡判定方案，不但实行起来会极其困难，而且为此多支付的死亡判定成本也必定是相当巨大的数目。

弊端之二是易于出错。做任何一件事情，所需的必备条件越多、所需依循的操作程序越

复杂，就越容易出错。这是因为其中任何一个必备条件的缺失或任何一个操作环节的偏差都会导致整个事情的失败。脑死亡需要具有一定资质的医生运用多种检测设备和方法对病人进行多种检测之后才能最终做出病人是否死亡的权威判断，这说明脑死亡的判定在必备条件的数量和操作程序的复杂度方面，都远高于心死亡，这就决定了用脑死亡作死亡判定标准的出错率肯定要高于传统的死亡判定标准。事实证明了这一点。一个被福建泉州市成功医院的医生根据　深昏迷、脑干反射全部消失、无自主呼吸　　的医学界脑死亡标准而宣布死亡的彭某，在宣布　脑死亡　60小时后居然复活，有了自主呼吸和大脑浅反射及疼痛反射。[7]一个中等城市的医院在判断脑死亡方面尚且会出如此严重的错误，那些更小的医院就更加难以让人放心了。

弊端之三是有可能被心怀叵测者做不良利用。一个人的心脏是否停跳是每个人都非常易于观察和判断的事情，所以说传统死亡标准具有公示性。而脑死亡却必须借助一些特殊的仪器才能做出判断。脑死亡的这种隐蔽性使得医生成了惟一有资格确定死亡的人，于是不能排除如下可能性：在利益的驱动下，病人家属与医生勾结起来对病人进行谋杀。[8]

弊端之四是同样会导致医疗卫生资源和病人家庭资金的浪费。用脑死亡作死亡标准，虽然可以在脑死而心未停跳的病例中节约医疗卫生资源和死者家庭的费用，但是相反的情况也会发生。过去，一个人心脏死亡，即可停止对他的抢救或其生理机能的医疗维持，可在脑死亡的标准下则不行。这时一个人的心死不等于脑死，因而对这个人的抢救或生理机能维持必须至少持续到对他的大脑做出相应的检测之后。如果经检测此人的大脑并没有随心死而死，那么对他的抢救就还要再继续进行，直到他的大脑也终于死亡为止。尽管这种持续进行的抢救注定也是无效的　　因为心死终会导致脑死，可从新死亡标准的道理上讲，既然此人这时还未死，那么这种抢救即便最终无效，仍然需要被进行。这就像长期以来实行的医治惯例一样：绝症病人的生命尽管已经无救，医院仍要尽救治之责，能多维持他的生命一天，就要多维持一天。

通过以上分析我们不难发现，用脑死亡作死亡标准带来的好处，即有利于器官移植与节约救治脑死而心未停跳者的资源，正是使用传统死亡标准所不具有的；而用脑死亡作死亡标准所存在的弊端，即加大判定死亡的成本、出错率高、有可能被不良利用以及为救治心死而脑未死者会浪费资源等，又正是使用传统死亡标准可以避免的。这就表明，两种死亡判定方案实际上都是各有利弊的。

三、死亡判定方案的最后抉择

在两种死亡判定方案互有利弊的情况下，理性的选择应当是　两利相权取其重，两害相权取其轻　。是故接下来的工作就是权衡这二者的利弊。鉴于心死亡和脑死亡这两种死亡判定方案在医疗卫生资源和死者家庭承担的医疗费用方面，均既有节约的一面又有浪费的一面，二者在这方面的利弊可以相互抵消，因而两种死亡判定方案之间最后只剩下如下利弊权衡，这就是：

是要不利于器官移植，但便于操作和低成本的传统死亡判定方案，还是要操作复杂、判定死亡成本高、出错率高、有可能被作恶意利用，却有利于器官移植的以脑死亡为标准的死亡判定方案？

人的生命是无价的，因而能通过器官移植挽救许多人生命的脑死亡判定方案的所得之利，肯定要比传统死亡方案的操作简单、节约成本，更值得我们追求。但问题是，脑死亡判定方案所存在的　出错率高　和　有可能被恶意利用　的弊端，又同样意味着对一些生命的剥夺。这就是说，用脑死亡作死亡判定标准，既有挽救生命的一面，又有扼杀生命的一面。在这种情况下，我们只有证明在数量上，实施脑死亡判定方案所挽救的生命明显多于其扼杀的生命，我们才有理由用脑死亡作标准的死亡判定方案取代传统的死亡判定方案。否则，我们就不能变更传统的死亡判定方案。

虽然人类迄今还没有多少用脑死亡作死亡判定标准的实践及历史经验，但在理论上我们仍然可以推出　经过一定努力，脑死亡的死亡判定方案所挽救的生命会明显多于其扼杀的生命　　之结论。这是因为，导致脑死亡的死亡判定方案扼杀生命的原因之一　出错率高　，可以通过提高技术、增加设备和严格检测步骤来逐步加以降低；而原因之二即　可能被恶意利用　，则可以通过相应的制度安排，如在医生之外增加同样有权宣布脑死亡的第三方人员（如法医），来防止医生与患者家属的恶意串通。当然，采取以上预防措施无疑会进一步加大脑死亡的死亡判定方案的操作成本，可相对于挽救更多的生命而言，付出这样的代价仍然是值得的。

不过在有了以上的利弊分析与权衡之后，也不意味着就我们就得出了应当用脑死亡的判定方案取代心死亡的判定方案之结论。这是因为，事实上还存在着第三种死亡判定方案可供我们选择。它就是：心死亡标准与脑死亡标准并用的死亡判定方案。确切讲，就是在实际的死亡判定中，用脑死亡的死亡判定标准做心死亡的死亡判定标准的必要补充。

一旦我们想到了还存在着这样一种死亡判定方案，我们也就立刻可以发现它才是我们真正应当选择的死亡判定方案。因为它既可以兼得前两种死亡判定方案各自所具有的好处，又可以兼避前两种死亡判定方案各自所存在的坏处。说它可以兼得二者之好处在于，依此方案，在一般情况下，我们还是可以同以往一样，用心脏是否停跳来做死亡判断，这就保留了低成本判定死亡这种好处；特殊情况下，即遇到深度昏迷的病人时，则动用脑死亡的判定标准，这就又保留了脑死亡方案所具有的有利于器官移植的好处。说它可以兼避二者之坏处则在于，在一般情况下，它沿用心死亡的死亡判定标准，能够避免脑死亡方案中会出现的对心死而脑未死的人所进行的无效救治及资源投入；在特殊情况下，它可以动用脑死亡的死亡判定标准，又能够避免心死亡方案中会出现的对脑死而心未死的人所进行的无效救治及资源投入。

一言蔽之，既然第三种死亡判定方案与前两种死亡判定方案相比，具有非常明显且巨大的优越性，我们自然应当选择它。

当然，凡事有利亦有弊。第三种死亡判定方案也总会有自身的问题与缺陷。现在已经有人指出，判定死亡实行心死亡标准和脑死亡标准并存，　是一种典型的二元立法形式。这种双重标准将会给公众权利的保护和法律上的判定造成混乱，也将给医生与患者家属之间的大量纠纷埋下伏笔　。[9]

这个见解不无道理。一般说来，任何标准都应是一元的而不应是双重或多重的，否则在实际运用中就不容易形成一致的判断结论。但在某些特殊情况下，如果使用所谓　双重标准　能给我们带来巨大的利益，并且通过一些补救措施又可以避免出现不同的判断结论和实际中对人的区别对待，那么在特定时期内采用一下双重标准也无妨。而心死亡与脑死亡并用的死亡判定方案就属于这种情况。

首先我们已知该方案有很多优点。接着可以认定，由于在心死亡、脑死亡和人死亡之间，存在　心死必定导致脑死，脑死就是人死　的内在逻辑，故而心死亡和脑死亡作为死亡标准，其实并不是本质不同的双重标准，而只是程度不同的双重标准。其中，心死亡是死亡的粗浅标志，脑死亡则是死亡的精深标志。正因如此，无论用心死亡还是脑死亡去判断一个人的死亡与否，最终都不会有根本结论的不同。即使有不同，也只是在确定死亡的精确时间方面会略有出入。不容否认，对死亡确认时间方面的出入，也有可能引出实践中的混乱。不过这种　出入　是可以通过立法的方法来抹平的。为此可作两条规定，其一，对一个人死亡的判定，既可以依据心死亡宣布，也可以依据脑死亡宣布。依据心死亡确认一个人的死亡不能用该人大脑未死否证，依据脑死亡确认一个人的死亡也不能用该人心脏还在跳动否证。对那种心脏尚在跳动的生死不明的沉迷人，则只能用脑死亡标准判断他死亡与否。其二，对死亡具体时间的确定实行这样的原则：若一个人的心死亡在前，以心死亡的时间为死亡时间；若一个人的脑死亡的时间在前，以脑死亡的时间为死亡时间。有了这样两条规定，对一个人的死与没死及其死亡的准确时间的认定，就不会再出现不同的判断意见，于是也就不会有因判断意见不同而导致的　大量纠纷　。

除去所谓　双重标准　的担忧，第三种死亡判定方案还有没有其他弊端，眼下还不太容易想象，这一点预示着，第三种死亡判定方案即使还有目前未察觉的弊端，也不会多于或大于前两种死亡判定方案中的任何一个。

注释：

[1] 陈雪春：《中国脑死亡鉴证：关于死亡新标准的调查》，江苏人民出版社2003年出版，第86页。

[2] [8] 唐立新：《接受　脑死亡　》，中国青年报2003年5月7日；9版。

[3][5]钟铮、田泓：《　脑死亡　挑战医学伦理》，教育和科研计算机网 http://www.edu.cn/20021120/3072525.shtml

[4] 陈忠华等：中国首例脑死亡判定及终止医疗，华中科技大学2003年脑死亡研讨会资料。

[6] 苏显龙：《器官移植还应辅以脑死亡立法》，人民日报2003.8.23；5版。

[7] 雷志勇等：《死亡标准，谁说了算？》，楚天都市报2003.11.12，7版。

[9] 孙秋云、陈宁英：《社会学视野下的　脑死亡　标准及立法问题》，华中科技大学学报2004年第1期；59－65。

此文原载《华中科技大学学报》2005.1

/