

生物医学的法律和 伦 理 问 题

郭自力 著

北 京 大 学 出 版 社

北 京·2002

图书在版编目(CIP)数据

生物医学的法律和伦理问题/郭自力著. —北京:北京大学出版社, 2002.5

ISBN 7-301-05592-7

I. 生… II. 郭… III. ①生物医学工程-科学研究-法律②医学伦理学 IV. R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 023056 号

书 名: 生物医学的法律和伦理问题

著作责任者: 郭自力

责任编辑: 李霞

标准书号: ISBN 7-301-05592-7/D·0597

出版者: 北京大学出版社

地 址: 北京市海淀区中关村北京大学校内 100871

网 址: <http://cbs.pku.edu.cn>

电 话: 出版部 62752015 发行部 62754140 编辑部 62752027

电子信箱: zpup@pup.pku.edu.cn

排版者: 北京市艺海打字服务社

印刷者: 中国科学院印刷厂

发行者: 北京大学出版社

经销者: 新华书店

890 毫米×1240 毫米 A5 开本 11 印张 300 千字

2002 年 5 月第 1 版 2002 年 5 月第 1 次印刷

定 价: 18.00 元

内 容 简 介

本书以谨慎和理性的态度,分析了现代医学对我们日常生活的影响,尤其是在道德和法律领域里给我们提出的一系列难题。作者特别强调运用法律手段为生物医学技术提供指导的重要性,内容涉及从死亡的标准到人类对待死亡的态度(安乐死问题),从器官移植、基因治疗到人工生殖技术对未来人类发展的影响,以及人体实验和人工流产的一些相关的法律和伦理问题。该书作者为北京大学法学院教授。

目 录

第一章 死亡的标准	(1)
第一节 死亡的概念	(1)
一、传统的概念	(1)
二、现代的概念	(3)
第二节 脑死亡的伦理学分析	(6)
一、反对的观点	(6)
二、赞成的观点	(8)
第三节 死亡立法概况	(11)
一、立法概况	(11)
二、中国的立法现状	(23)
第四节 脑死亡的立法设想	(26)
一、死亡的确定	(26)
二、宣布死亡的程序	(27)
三、临床确定死亡的医生	(28)
四、医生的法律责任	(29)
五、医院的伦理委员会	(30)
第二章 安乐死	(32)
第一节 历史和现状	(32)
第二节 矛盾和对立	(44)
一、直接与间接的矛盾	(44)
二、自愿与非自愿的矛盾	(45)
三、通常与非常的矛盾	(47)
第三节 概念和条件	(52)
一、概念	(52)
二、条件	(57)
第四节 案例研讨	(68)

一、卡伦·昆兰	(68)
二、克拉伦斯·赫伯特	(70)
三、婴儿简(Baby Jane Doe)	(71)
四、伍德罗·科勒姆斯	(76)
第五节 中国安乐死的司法实践	(81)
一、安乐死的民意调查	(81)
二、安乐死的司法实践	(83)
第六节 病人的临终关怀	(91)
第三章 器官移植	(96)
第一节 器官移植的现状	(96)
第二节 器官移植的伦理问题	(101)
第三节 器官移植的法律问题	(106)
第四节 器官移植的条件	(112)
一、器官采集模式	(115)
二、死亡的确定	(121)
三、供体与受体的选择	(123)
四、胎儿和死囚犯的尸体利用	(128)
五、异种移植	(133)
六、人造器官	(136)
七、禁止人体器官的商业性买卖	(141)
第五节 器官移植中的刑事犯罪	(145)
一、商业化犯罪	(145)
二、违反自愿原则的犯罪	(148)
三、违反中立原则的犯罪	(149)
四、违反情报规则的犯罪	(150)
五、非法行医的犯罪	(150)
六、非人道的移植犯罪	(151)
第四章 基因工程	(153)
第一节 基因的知识产权保护	(153)
一、基因争夺战	(153)
二、基因的专利权问题	(158)

三、我国的现状与对策	(168)
第二节 人类基因组计划与人权保障	(169)
一、人类基因组研究的伦理问题	(169)
二、人类基因组计划中的人权保障	(176)
第三节 基因治疗的伦理和法律问题	(182)
一、基因治疗的伦理问题	(182)
二、基因治疗的种类	(187)
三、基因治疗的法律问题	(192)
第五章 人工生殖	(199)
第一节 概念的解释和事实的叙述	(199)
一、人工授精	(200)
二、体外授精	(201)
三、无性生殖	(203)
第二节 人工生殖技术的伦理问题	(211)
一、人工授精的伦理问题	(211)
二、体外授精——胚胎移植(IVF-ET)的伦理问题	(216)
三、无性生殖的伦理问题	(219)
第三节 人工生殖的法律问题	(227)
一、受精卵的法律地位	(227)
二、同源人工授精(AIH)子女的法律地位	(232)
三、异源人工授精(AID)的法律问题	(235)
四、体外授精与胚胎移植的法律问题	(248)
五、精子分离技术的法律问题	(251)
第四节 代理母亲	(253)
一、一般概述	(253)
二、伦理学纷争	(257)
三、代理母亲的法律问题	(260)
第五节 新生殖技术的刑法控制	(264)
一、基本原则	(264)
二、具体罪名	(269)
第六章 人体实验(包括药物控制)	(273)

第一节 形形色色的人体试验·····	(273)
第二节 人体实验的法律问题·····	(278)
一、治疗性研究·····	(279)
二、新生物技术的治疗性研究·····	(281)
三、非治疗性研究·····	(285)
四、对于特殊人群的研究·····	(291)
第七章 人工流产·····	(299)
第一节 避孕、人工流产和计划生育·····	(299)
一、中国的历史和现状·····	(299)
二、其他国家的情况·····	(305)
第二节 人工流产的伦理问题·····	(311)
一、一般概述·····	(311)
二、主要的伦理分歧·····	(316)
第三节 人工流产的法律问题·····	(323)
一、英美等国的立法实践·····	(323)
二、中国人口与计划生育立法应注意的问题·····	(335)
主要参考文献·····	(339)
后记·····	(342)

第一章 死亡的标准

第一节 死亡的概念

一、传统的概念

生与死作为所有生命的终极存在方式,一直是哲学和医学上的命题。但是,随着现代生物医学技术的发展,特别是人工生殖和器官移植技术的发展,生的方式和死的标准,也日益引起法律界的广泛关注。当代医学与法律所关心的已不仅仅是死亡的概念,而是何时是生命的终止时刻。死亡作为一个概念,从哲学的角度讲,是指生命力量不可逆的停止,即生命质量不可恢复地退化到极点,以至于丧失为“人”的资格,个体与社会关系不可逆地中断。但是,这一概念并没有为医学和法律上的死亡,提供一个可以普遍遵循的标准。

在现实生活中常常有一些这样的病人,他们的脑部受到不可逆地损伤,处于持久的昏迷状态,他们对外界和自身毫无感觉和意识,也没有自主运动,处于植物性状态之中。那么,这种病人是否已经死亡了呢?按照传统的死亡概念不是,因为他们尚有呼吸和心跳。但是这些病人的生命已完全失去了活力,似乎只能作为一种象征存在,象征着医学科学技术的巨大进步和人类对自己同胞的同情和关怀。于是,就自然提出了什么是人的死亡,它的标准和定义到底是什么的问题。

很早以前,西方传统上认为,人是有灵魂的,灵魂与尘世的肉体相脱离即为死亡。在早期犹太人的观念中,是否还有呼吸是判断生与死的标准,停止呼吸即表明灵魂出窍了。至于什么是“灵魂”则没有普遍一致的意见。这种看法在人类历史上一直占据着主导地位。1628年,德国法兰克福的威廉·哈维医生,在《动物心血运动的研究》

一书中,重新定义了心脏的作用和澄清血液循环的本质:“无论是论证,还是亲眼目睹,这一切都证实了血液在心室力的作用下,经过肺和心脏,随后进入静脉和细孔中,然后再输送到身体的各个部位,并且利用无所不在的静脉从末端流向中心……因此可以推断出,动物的血液在推动力作用下是循环的,而且处于无休止的运动中;并且心脏就是通过其脉动来发挥作用的,这是心脏运动和脉动的惟一目的。”18世纪,人们知道如何测听心脏跳动,这时,人类才用生物学标准取代了原始的灵魂论。^①

心肺呼吸停止,是长期以来人们沿用的死亡观念。即使在灵魂论盛行以前,原始人通过日常的观察和狩猎活动,就已经形成了死亡是心脏停止跳动的模糊概念。石器时代用弓箭刺中公牛心脏的洞穴壁画,就说明了这一点。^② 在日常生活中,临终病人的床前常常会出现这样一幅画面:医生拿着听诊器在病人胸前急速移动,听病人心跳的声音;而在没有医生出现的场合,病人的亲属也会采用各种可能的方式,来探测病人是否还有微弱的心跳和呼吸的迹象。

美国布莱克法律词典和英国牛津法律大词典都认为,死亡的最主要标准是心跳、脉搏和呼吸的停止。^③ 我国出版的《辞海》也将心跳和呼吸的停止作为死亡的主要标准。医学临床上也一直是以心跳停止、呼吸和血压消失以及体温下降作为宣告死亡的依据。这个标准非常直观,它不仅是医学院和医院里的标准,也是大众的标准,人们对此深信不疑。但是,这一传统观念现在受到了日益严重的挑战,先进的高效复活技术和人工呼吸机可以使心跳、呼吸停止数小时,乃至十余小时的病人重新苏醒,再加上人工营养维持,能使许多病人“起死回生”。例如,前苏联著名物理学家兰道遭遇车祸,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,每次都“复活”了。直至几年以后才因过量使用药物而使肠子受损而死亡。所有这些问题,促使人们开始重新思

① [美]安德鲁·金柏利:《克隆》,内蒙古文化出版社1997年版,第11—12页。

② 邱仁宗:《生命伦理学》,上海人民出版社1987年版,第183页。

③ 《牛津法律大词典》,光明日报出版社1988年版,第244页。

考“生”与“死”的界限。

二、现代的概念

现代医学研究表明,死亡是分层次进行的复杂过程,心肺功能丧失并不代表大脑、肾脏和人体其他主要器官功能的停止,心跳和呼吸的停止作为过程的一个层次,并不预示人作为一个整体死亡的必然发生。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。而且,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。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。事实上,病人体内甚至可以没有血液,为再恢复体内重要器官功能之所需,维系生命的液体被移入贮槽内。这种技术常施用于儿童和婴儿外科手术,但同时必须急剧降低肌肉温度,以防脑部退化。^① 特别是心脏移植技术的临床应用,表明心脏是可以替换的,它与生命亦非同一,因而不是生命的象征。

如果人体的某个部分注定具有主宰生命的特异素质的话,那么这个器官就是大脑,迄今为止的最高医学成就仍然不能就脑功能丧失的可逆性作出有说服力的预期。脑部一旦死亡,体内其他器官就变成无用之物,随后相继死亡。这样,死亡判定的医学规则——脑死亡标准也就应运而生。

对脑死亡的最早研究出现在 20 世纪 50 年代,而 1963 年英国的 Potter 一案,则最早奠定了脑死亡标准的判例效力:Potter 在一次斗殴中受了剧烈的脑损伤,医院在进行人工呼吸并征询其家属同意后,摘取了病人的一个肾脏。法院在审理此案时,由神经学和病理学专家组成的陪审团否决了被告以医院关闭呼吸机而致人死亡的辩护理由,宣布被告人杀人罪罪名成立。^② 虽然法院未在传统心肺死亡标准和脑死亡标准之间作出明确判断,但从此以后,的确在某种程度上

^① [南非]克里斯坦·巴纳德:《安乐生安乐死》,中国工人出版社 1990 年版,第 12 页。

^② [南非]克里斯坦·巴纳德:《安乐生安乐死》,第 40—44 页。

引起了社会各界对移植外科医生和神经学医师的刑事责任的更多关注。

1968年,美国哈佛大学医学院曾对脑死亡的概念有过经典的论述,即脑死亡就是整个中枢神经系统的全部死亡,包括脑干在内的全脑机能丧失的不可逆转的状态。具体的标准是:

1. 无感受性和无反应表示。对于外界刺激和内在需求完全没有知觉,而且,完全没有反应能力——陷入不可复原的昏迷状态。即使最痛苦的刺激也不再能引发声响或其他反应——甚至像喘气、四肢抽搐或呼吸急促等。

2. 无动作或无呼吸。医生经过至少一小时的观察,即足以参照规定标准确定有无自发的肌肉运动、呼吸自由,有无对于痛苦、接触、声音、光等刺激的反应。

3. 无生理反射作用。已没有可以诱导的生理反射作用:瞳孔凝固放大,对直射强光没有反应,并成为不可复原的状态。这也是中枢神经系统同时停止活动的部分证明。

4. 脑电波图平坦。脑电波图平坦和等电位的诊断价值最高。当然,这首先要求电极安放部位正确,仪器功能正常,操作人员合乎标准要求。

哈佛委员会建议的影响,可能比任何一套指导原则更为深远,其精神也或多或少表现在几乎所有的医学典范之内,包括已通过的或正在建议中的典范。

就在哈佛标准颁行的前三个月,国际医学科学组织在日内瓦会议上,也通过了一项关于脑死亡的指导原则。这个指导原则与哈佛大学的建议内容十分相似,其判断标准是:

1. 丧失对环境的所有反应;
2. 完全丧失生理反射和肌肉强力;
3. 没有自动的呼吸;
4. 如果停止人工机械的支持,动脉血压即大幅度下降;
5. 运用最佳操作技术,即以人工方法刺激脑部,脑电波记录仪仍为一条绝对平坦的直线。

但是,在随后通过的大会宣言里,又强调死亡决定可依据临床判

断,必要时辅以若干诊断技术,其中以脑电图为现有的最有效的办法。不过,医学进步的现状,尚没有任何单独一项医学判断技术标准是完全令人满意的,也没有任何一种医学技术程序可以取代医生的综合判断。

在多数人看来,这项宣言比早期的若干宣言的长处在于,不以单独一项试验或程序来判定死亡。然而,此宣言却似乎提示:应在当时当地采用最好的方法决定死亡的时刻。^①

1973年,第八届国际脑波·临床神经生理学大会提出了更加详细的定义,即“脑死亡是包括小脑、脑干直至第一颈髓的全脑机能的不可逆转的丧失。尽管脑死亡患者的其他脏器机能尚可以人工呼吸、药物治疗、输液、电解质的补充而得以维持,但这种状态绝不能持续长久,一般是脑机能丧失1—5日以内,心脏跳动也随之停止。

全脑死亡(whole brain death)的概念虽然在国际上已被广泛采用,但英国仍以脑干死亡(brain stem death)作为确定脑死亡的概念。持这种观点的人认为,脑干机能一旦永久性丧失,即使用人工呼吸和其他疗法来维持生命,一般在1—2周内,也必然会引起心跳停止。

北欧各国把脑死亡作为经常见到的脑循环终止所引起的特异病态,因而把脑死亡称做全脑梗塞(total brain infarction)。

上述概念的内容尽管不同,但对维持生命不可缺少的脑机能状态不可逆转的丧失这一点却是相同的。

值得指出的是,在许多场合下,大脑死亡、皮质死亡、不可逆性昏迷和植物状态等术语,往往被视为脑死亡的同义语。而实际上,这些状态和脑死亡状态具有完全不同的含义。

大脑死亡,是指大脑半球的死亡。虽然大脑半球对维持人类思维和行为的高级神经机能活动有重要作用,但却不能像脑干那样具有维持生命活动的基本机能。

皮质死亡,是指大脑皮质的死亡,它比大脑死亡的含义更为狭窄。

不可逆性昏迷,是由哈佛大学的标准而确定的名称。尽管它是

① [南非]克里斯坦·巴纳德:《安乐生安乐死》,第40—44页。

不可康复的昏睡状态,但却保有呼吸和脑干的其他机能。

植物状态与脑死亡也迥然不同,植物状态具有自主性呼吸,脑死亡则没有自主性呼吸^①。

脑死亡的概念是强调全脑髓机能的完全丧失,但这绝不意味着全脑髓的一切细胞都同时死亡。这就像以往判定心脏死亡,而全身细胞并非同时死亡的道理一样。因此,身体的完全死亡是以不同速度而逐渐发生的。

第二节 脑死亡的伦理学分析

一、反对的观点

尽管在医学、伦理学和法学界有越来越多的人接受脑死亡的定义,但在普通人心中,传统死亡定义一时还很难消除。因为心脏被认为是爱和生命的象征已有数千年的历史。世界上第一个接受人工心脏的克拉克(B. Clark)在手术后,他的夫人问他:是否还爱他的家庭。他回答:是的。实际上在他的心脏坏死并换了人工心脏后,他仍然活着并且爱着他的家庭。这也说明脑死是比心死更可靠的死亡指标。

但是,传统观念和习惯是很难在短时间内消除的。千百年来公认的心肺死亡标准定势一旦被搅动,其反应之强烈是完全可以想像的。反对的理由有:

1. 脑死亡定义是建立在功利主义基础之上的,是为器官移植而设的法律,有悖于人道主义的原则。当一个人处于弥留状态时,尽管心理上充满生的期待,但面对的却是医生等候死亡的冷淡目光。在这里,生的意志在期望他成为别人医疗资源的等待中被彻底摧毁。为了一个人不死而使另一个提前死去,是极不人道的,也违反了医学道德和人伦观念。

2. 生的愿望是千百年来人类争取生存和发展的精神支柱。生

^① 参见《脑死亡的判定方针与标准》,载《医学与哲学》1990年第11期,第51—52页。

命的进步源自苦难,以追求完美与善终为目的,将心脏尚在跳动的病人送进坟墓是人类共同价值观所不能容忍的。

3. 几乎没有任何有说服力的调查结论支持脑死观点。不仅如此,而且还有相反的证据表明,公众既不能理解脑死标准的内容,也不准备支持这一标准。现有的脑死亡标准的应用和立法,都是在医学界和法律界功利主义动机的驱使下进行的。更为重要的是,脑死亡还令医学界莫衷一是,甚至在那些握有生杀大权的医生中,也难以找到完全一致的标准。美国在 90 年代中期曾对 195 位很可能参与器官移植的医生和护士进行过调查,结果令人震惊。在作出大脑死亡判断的人中,只有 35% 的人能准确无误地说出判断大脑死亡的法律和医学标准。另外,其中一大半的人“所使用的关于死亡的概念不一致”。这些人当中,将死亡概念弄错的占 1/5。医生尚且如此,普通老百姓的理解就可想而知了。

4. 脑死标准在实践中也并不能解决所有情况下的死亡问题。婴儿是无意识的,只具有生物学意义上的脑,对婴儿是否要另立规则呢? 对没有任何意识迹象的病人宣布死亡是没有问题的,但对于有微弱意识活动的病人能否确定为死亡呢? 怎样才能在“无意识”和“有微弱意识”之间划出一个明确的界限呢? 如果将脑死亡之立法运用于民事和刑事审判之中,怎样才能体现司法公正呢? 是否会使法律界面临着信任危机?

5. 过去,医生对照心跳停止、呼吸停止、瞳孔散大的标准来判定一个人是否死亡,再加上其他临床辅助检查手段,如体温下降、昏迷症状检测,就足以构成死亡判断的充足标准,并且病人的亲属也可以在现场加以确认。而在脑死亡的情况下,病人的心脏还在跳动,体温也有,甚至有人能顺利分娩,能把处于这种状态的人说成是死人吗? 而且与过去不同的是,脑死判断是由医生在一系列先进仪器的帮助下,在密室中决定的,一般人包括病人的亲属既不了解诊断标准,也无法发表意见。因此,“脑死”是一种“看不见的死”,缺乏必要的透明度。

事实上,几乎所有国家的医疗事业都面临着信任危机。医生们作为一个团体而工作,他们保守着垄断的知识和职业领域,在物质利

益面前缺乏高尚的情操。有些医生除了依据科学标准行事外,还以自己的好恶去左右病人的生死。对于医疗机构的不信任情绪,也是阻碍脑死亡标准推行的的重要原因。

6. 从医学、生物学的观点来看,把具有有机的综合机能的丧失认定为“脑死”,这只不过是从小欧美的的人生观归纳出来的一种哲学观点。如果不加分析和选择地移植西方的标准,会受到东方文化体系的排斥。据日本 1994 年进行的一项民意调查表明,反对脑死亡的达到了 57% 以上。所有这些,使人们完全有理由对脑死亡标准产生怀疑和抵触。

二、赞成的观点

尽管反对者义正辞严,阵容庞大,然而支持者也大有人在,他们的主要论点是:

1. 现代医学表明,人脑是决定生命本质的器官,脑部死亡,其他器官功能也将不可逆转地相继丧失;而其他器官的死亡,不但可以人工复苏,并可进行彻底的替代治疗——手术移植。因此,器官死并不能导致人死,只要脑功能存在,生命就可以恢复。而脑死亡不但不可逆转,而且不能使用替代疗法。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,大脑和全脑的移植尚缺少足够的技术支持。尽管美国有人声称在 1999 年内解决“换头术”的问题,但至今未见有任何成功的迹象。而且,大脑移植的伦理认同更为困难,多数医学专家都已明确表示反对人脑移植的临床研究和应用。

2. 心智上的刺激与反应是一种双向沟通,使人成为有灵性的动物。陷入昏迷的脑死病人,即使周围充满心智刺激,也无法再作出反应的表示。从精神文明角度而论,一个人如果永远失去知觉,就已死亡。虽然心脏仍可跳动,呼吸不止,血液继续流通,但决定生命本质的力量——心智力量却已丧失。^①

3. 脑死亡虽然带有浓厚的功利主义色彩,但却为器官移植开辟

^① [南非]克里斯坦·巴纳德:《安乐生安乐死》,第 13 页。

了广阔的前景。如果继续使用传统标准,一方面使大量无意识的病人长期浪费有限的医疗资源,也使许多终末期病人丧失了器官移植的机会。尤其是,医学上永远得不到可供移植的心脏或其他器官,这才是对人道主义的实质背叛。因此,宣布脑死亡不是片面运用冷酷的纯科学结论,而是着眼于更广泛、更高、更温和的人道主义。

4. 即使我们承认功利动机难以接受,但若拘泥于心肺标准,也不是没有问题。如果心肺功能丧失在脑死之前,就有可能把当代医学上仍可救治之人宣布为死亡,这是医生们所不能接受的,但如若进行复苏或替代治疗,则实际上又是对这一标准的否定。医生们将无所适从。他只有两条路:要么让可以拯救的病人死去,要么使他从所谓的死中恢复生命,医生的选择将显示他对死亡标准的根本态度。

5. 根据传统的死亡标准,在新的技术条件下,采用先进的维持生命系统,固然可以使死亡一再拖延,有时候可以拖上几个星期,甚至好几个月。但病人的生存质量很差,几乎没有康复的希望。当训练有素的医生将维持生命当作惟一的目标,并在医学会议上宣称有多少病人维持了多长时间时,很少有人强调说明,经过某种治疗之后,病人过的究竟是什么样的生活,他们是否正在经历痛苦的煎熬。

在临床实践中,医生还必须使用大量昂贵的药物,以减轻垂死病人身上可能发生的痛苦症状,这种无节制的延长死亡的过程,导致了卫生资源的不合理浪费。只有采用脑死亡标准,才能改变这种进退两难的景况,促进社会公益事业的发展。

6. 对于服毒、溺水或冻死患者,特别是中枢神经抑制剂自杀的人,运用心跳呼吸停止作为死亡标准,往往使许多假死病人失去抢救的时机,失去宝贵的生命。脑死亡标准的确立,为真死与假死的鉴别提出了科学的依据,可以更好地维护人的生命尊严,更好地尊重人的生命价值。

对抗不可避免,它能使所有关于死亡和死亡标准的错误观念得到修正,从而使新的科学准则更加深入人心。但在大多数人能真正理解且接受新观念之前,采用双重标准是适宜的,即当一个人的循环和呼吸功能不可逆停止,或者整个脑,包括脑干一切功能不可逆停止时,都可以宣告死亡。随着社会的进步和观念的转变,脑死亡标准必

将逐步深入人心。

在过去几年中,西方国家中要求进一步扩大脑死亡定义的呼声越来越高,甚至有人主张,以大脑皮质死亡来取代全脑死亡或脑干死亡的标准。如果这种定义为公众所接受,那些丧失高级大脑功能,但是仍有低级大脑功能(可以自主呼吸)的人,会被宣布死亡。

这种新的脑死亡定义,甚至将处于永久性植物状态下的人和大脑畸形的新生儿也包括在内。据报道,美国每年都有 1000—3000 名大脑严重畸形的婴儿出生。这些婴儿一死,器官很快就会恶化。有些州正在考虑通过立法,宣布这类婴儿在实际死亡前为“死亡”,以便能有效利用婴儿的器官。

1992 年,美国一对夫妇决心将他们脑干组织发育不全的孩子生下来,以便为其他需要器官移植的婴儿提供合适的器官,他们希望自己的悲剧能为别人带来幸福。然而,医生不同意婴儿一生下就进行手术摘取器官,法院也坚持认为,在仍然有大脑活动和自然呼吸的情况下,不能宣布婴儿提前死亡。婴儿在出生几天后死亡,他的器官也不再可能用于器官移植。

尽管许多人对医生和法院的决定感到愤怒,但专栏作家查尔斯·克劳特哈默却说:“不能用在存无望的孩子的器官来挽救其他孩子的生命,是倍加悲惨的事情。但是为了其他人的生命而扼杀无辜,则是未开化的表现。甚至以缩短康复无望的病人生存时间为代价来延长另一个人的生命,也是走向野蛮的开始。事情的发展不会到此了结,无脑畸形儿只是开始,接下来就该是不能复苏的成年人了……然后是早发性痴呆症患者。”^①

的确,等待器官移植的病人很多,可以用于移植的器官也许远远不能满足实际的需要,这也是事实。但是,这能否成为用大脑皮质死亡,来取代全脑死亡或脑干死亡标准的理由呢?“高级”和“低级”大脑功能的界限是什么,他们之间有肯定的诊断标准吗?如果不存在确定的标准,如果处于植物性状态下的人有复苏的机会(尽管很小),那么,从这些人身上摘取器官,就是草菅人命。

^① [美]安德鲁·金柏利:《克隆》,第 54 页。