

腦死，醫師的事或你我的事？

九合一大選前紛擾的無心跳器官捐贈議題，隨著選戰落幕，似乎已被社會遺忘。然而除了倫理選擇外，還有更多實質涉及醫學倫理的深層思考：包括事件本身所牽涉的死亡定義改變，以及此改變該以專業意見或公民共識為準。

首先，依現行法規，一般死亡仍須以心跳、呼吸或腦中樞喪失之停止為判定標準；僅於特殊情況下（如器官移植）始得以腦死取代傳統死亡的定義。但即令法規上承認腦死得以取代傳統死亡定義，其內涵仍與醫學臨床上所認定的腦死定義有落差。詳言之，依據〈人體器官移植條例〉，腦死判定並非由診治醫師在臨床上判定病人腦死（姑且稱之為「臨床腦死」）即可，尚需依中央衛生主管機關所規定之複雜程序進行判斷，始能成立法律上所認定之死亡（姑且稱為「法律腦死」）。

但在無心跳器官捐贈議題討論上，即使病人符合「臨床腦死」定義，卻仍有可能無法依腦死判定程序判定符合「法律腦死」；此類病人在法律上便無法成為可捐贈器官者，而必須等待傳統死亡定義（亦即心肺死）始能摘除器官。因此，醫師臨床判斷腦死，是否即「當然符合」人體器官移植條例中腦死之判斷，不辯自明。

其次，若醫師以「臨床腦死」作為判斷主要依據，可以增加器官捐贈率並拯救許多危急病人，是否便該以醫師之臨床判定為標準，而不需要考慮「法律腦死」之概念？這其實涉及另一個更嚴肅問題，亦即死亡之定義其實應是價值判斷，而非單純科學臨床決定。耶和華見證人教派病人不接受輸血，為醫學倫理上常舉之例：美國法院認定，即便醫師臨床判斷該教派的病人不接受輸血即會死亡，醫師仍須尊重其自主決定拒絕輸血的權利，因為這個決定並非單純健康照護的臨床判斷，而是深思熟慮後的價值選擇。以小窺大，若社會價值認為腦死仍須依傳統嚴格之程序為判定，而不應以醫療科技發展下之臨床腦死作為判斷標準，則社會價值應受適當尊重，不宜以專業之名逕自排除。

誰來決定生死，絕不是簡單的命題；是否可由部分專業者以科技之名而擅自更改標準，更有待嚴肅思考。若醫療專業有不同意見並認為應放寬腦死定義，則應嘗試進行對話並說服社會改變其價值通念；而不適合跳過社會對死亡價值的態度，逕以專業理由強迫社會接受醫療專業對死亡之定義。