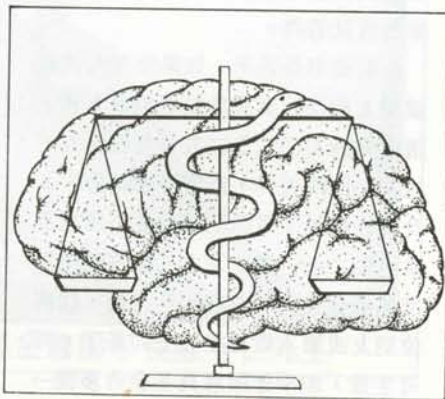




# 無頭的活人 還是 循環良好的 屍體

## 一、前言

七十三年十月十九日醫師公會全聯會在經過多位專家數次座談研究，以及英國皇家醫學院神經科主任 Pallis 教授指導下，公佈腦死定義，造成社會不小的衝擊。然而，真正適用腦死判定的病患大約只有百分之一，這百分之一是屬於什麼樣的病患呢？今年五月一日，全國大專橄欖球錦標賽中，成大橄欖球隊隊長劉俊寬在攔截時頭部遭重擊，六天的昏迷之後，由醫師宣布腦死，便是其中一例。今年五月二十九日，立法院三讀通過器官移植條例，允許醫師引用腦死標準作為死亡之判定，九月十七日衛生署並公告腦死判定程序，從此「腦死」成為一界定生死之新名詞。



## 二、死亡觀念之演變

對於死亡之認定，自古以來多少帶有哲學味道，古人說，一個人的靈魂離開了軀體，這個人就死了，但如何判定魂已歸西了呢？也許有人會說，塵歸塵，土歸土，軀體化成灰時才是死亡，這種說法最徹底，却不合實

際。如果大家對死亡之認定有各種不同的標準，則一個人是否已死亡，若由宗教家、法律家與醫師共同會診研判時，一定會有很大的困擾。美國 Pallis 博士認為，死亡之定義是當一個人因疾病而陷入某個境況，即到達了不能再恢復意識和不能再有自主性之呼吸的這二種情況，就可判定這個人已死亡。

死亡到底是「一個過程」還是「一件事」呢？我認為死亡是一個過程，當一個人被判定死亡的時候，這個人身體上的細胞並沒有全部死亡；頭髮、指甲還會生長，腎臟在幾小時之內可被移植，眼角膜、皮膚在一天內可被移植，骨頭在二天內移植還會活下去，所以死亡的判定只是一個過程。如果要把死亡當成一件事，那麼一定要到全身的細胞都化成灰燼才能判定死亡，在現代，也只有遭受核子彈

爆炸的人才會在一個瞬間全身化為灰燼，否則，一個人若不化成灰燼是無法判定他死亡的，因為有些細胞可能仍然還活著。因此，當我們考慮死亡判定的問題時，要把一個人當做一個「個體」，而不能以各個細胞是否仍然生存做為依據，當個體死亡時，不管是否仍有活著的細胞，這個人就是已死亡。

以「腦死」作為死亡的依據早已在人類的发展史上存在。古代行刑，以砍頭為執行死刑的方法，當頭顱被砍下來掉在地上的時候，受刑人的心臟還在跳動；但是沒有一個人會說，這個沒腦袋而有心臟跳動的軀體是一個活人，以現代的科技，一定有辦法把被砍頭的人的頸動脈和脊椎動脈接合以防血液流失，在這種情況下，心臟可能還會跳動好幾個小時，這時候，這個被砍掉頭的人是死了呢？還是仍然活著？所以，「腦死」做為判定一個人死亡的依據是有道理的。

然而一般國人卻常常認為，當個體在深度的昏迷狀態時，若心臟搏動未停，並保有體溫，就表示個體仍未死亡，而要求醫師繼續急救。這是因為傳統的法律及醫學觀念認為，當一個人呼吸停止、心跳停止、瞳孔放大反射消失時，才算死亡。

傳統醫學三項判定死亡的標準「呼吸停止」指人體得不到氧氣的供應，「心跳停止」則輸送氧氣和養分的運輸工具中斷，而「瞳孔反射消失」即表示腦幹已失去其功能。當醫師採用此三者作為死亡判定的依據時，總是要等到瞳孔反射消失後，才宣佈病人死亡。因此，傳統醫學的死亡判定標準，事實上已有腦死的觀念。而且

附表：診斷腦幹死到心跳停止之時間（人工呼吸器使用中）

| 時 間<br>(天 數) | 台大醫院<br>人數 (累積百分比) | 日 本<br>人數 (累積百分比) | 丹 麥<br>人數 (累積百分比) |
|--------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 0.5          | 6 ( 14 )           | 20 ( 16 )         | 29 ( 46 )         |
| 0.5 - 1      | 8 ( 33 )           | 9 ( 24 )          | 10 ( 62 )         |
| 1 - 3        | 16 ( 70 )          | 44 ( 60 )         | 16 ( 87 )         |
| 3 - 7        | 11 ( 95 )          | 40 ( 93 )         | 8 ( 100 )         |
| 7 - 17       | 2 ( 100 )          | 8 ( 100 )         |                   |

，以腦死作為判定死亡的依據，也早已在人類發展史上存在。

近年來隨著新式醫療設備的進步，尤其是一九六〇年後發明了自動人工呼吸器，使得過去原發性腦部嚴重受損致心跳、呼吸中止的病例，可以用人工呼吸器維持呼吸，並以電擊或藥物使心臟繼續跳動。在這段藉儀器維生的腦死時期，司宰該病人的呼吸及循環中樞的腦幹，以及大、小腦均已有了相當的損害。所以，在急救失敗之後，通常只會造成一個被動呼吸、心跳而沒有腦部功能，而且永不可能痊癒的軀殼（附圖），一旦停止這些機器，病人無法自行呼吸，心跳亦隨着停止，這些病人便適合用腦死來判定死亡。

此外，根據多年來的醫學研究及觀察，腦死的個體，大多在二十四或四十八小時內終止心跳，最長也不超過一個月（附表）。易言之，腦死的人，不論以任何方法維持心肺的功能，心跳一定會在數天內自然停止。

### 三、腦死診斷標準之沿革

腦死診斷標準之沿革反映出醫學

界觀念的演變。第一階段演變是從「心死」躍進到「全腦死亡」最早是法國Mollaret 和Goulon 於1959 年提出coma dépassé（極度昏迷或昏迷第4期之意）之報告，當時已稱這樣的病人為「循環良好的屍體」，並列舉四項要點而具腦死診斷標準之雛形：(1)完全無反應之昏迷，(2)無自發性呼吸，沒有任何反射，(3)不使用藥物則無法維持循環，(4)平直的腦波。

1967 年南非共和國的Bernard 首次心臟移植成功之後，腦死的問題逐漸受到許多學者們的關心。1968 年哈佛醫學院定義委員會制訂了「不可逆性昏迷之定義」（亦即腦死之定義）。哈佛報告之目的是要界定不可逆性昏迷做為新的死亡標準。哈佛「腦死的定義」是被引用和討論最多的腦死診斷標準，摘要如下：(1)無接受性和無反應性（昏迷），(2)沒有動作或呼吸，(3)有反射，(4)平直的腦電圖（即腦波）。（以上四種情況至少持續24 小時，並且沒有藥物中毒或低溫狀態）。

直到哈佛標準為止，腦死的觀念仍在全中樞神經死亡的層面。其實腦死者可存有脊髓反射，早在1934 年法國Babinski 即觀察到斷頭臺上被

# 腦死問題之世界各國現況

| 國<br>(或地區) | 家立法確認腦死<br>即為死亡 | 醫學上承認腦死即<br>為死亡，但未立法 |
|------------|-----------------|----------------------|
| 阿根廷        | ○               | ○                    |
| 澳洲         | ○               | ○                    |
| 奧國         | ○               | ○                    |
| 比利時        | ○               | ×                    |
| 波利維亞       | ○               | ×                    |
| 巴西         | ○               | ×                    |
| 加拿大        | ○               | ○                    |
| 智利         | ○               | ×                    |
| 哥倫比亞       | ○               | ×                    |
| 捷克         | ○               | ○                    |
| 丹麥         | ×               | ×                    |
| 埃及         | ×               | ×                    |
| 芬蘭         | ○               | ○                    |
| 法國         | ○               | ○                    |
| 西德         | ○               | ×                    |
| 希臘         | ○               | ○                    |
| 印度         | ×               | ×                    |
| 愛爾蘭        | ○               | ×                    |
| 以色列        | ○               | ×                    |
| 意大利        | ○               | ○                    |
| 日本         | ○               | ×                    |
| 韓國         | ○               | ×                    |
| 墨西哥        | ○               | ○                    |
| 荷蘭         | ○               | ×                    |
| 挪威         | ○               | ○                    |
| 歐洲 (全部)    | ×               | ×                    |
| 菲律賓        | ○               | ×                    |
| 蘭          | ○               | ×                    |
| 多黎各        | ○               | ○                    |
| 非共和國       | ○               | ×                    |
| 班牙         | ○               | ○                    |
| 典          | ○               | ×                    |
| 士          | ○               | ×                    |
| 國          | ○               | ×                    |
| 耳其         | ○               | ×                    |
| 國          | ○               | ×                    |
| 拉圭         | ○               | ×                    |
| 國          | ○               | 2 州                  |
| 內瑞拉        | ○               | ×                    |
| 計          | ○ 35<br>× 4     | ○ 13<br>× 25         |

切斷頭的軀體，八分鐘內仍有膝蓋反射。因此，脊髓反射的消失不必做為腦死要條件，腦死的觀念再次推進到全腦死亡。

第二階段是由全腦死亡到腦幹死亡之確認，1971 年美國明尼蘇達大學的Mohandas 和 Chou 首先指出「腦幹部的不可逆性傷害，是死而不能復生之關鍵點。」明大的診斷標準強調：(1)基本前提是要有無法醫治的腦病之明確診斷，(2)腦幹功能喪失，(3)腦電圖並不需要。明大標準影響了1976 年英年制定的腦死診斷標準，英國標準（簡稱 UK Code ）即以腦幹死為基準。直到1980 年，英國社會對腦幹死的診斷也尚有疑慮，加上電視節目一知半解，似懂非懂的報導，「腦死病人是否真的死亡」之疑問被渲染傳播，英國醫學會雜誌認為電視臺報導錯誤又不道歉承認錯誤，乃邀請著名神經學專家 C. Pallis 發表一系列專文，闡明討論腦幹死。國內於1983 年成立「腦死問題研究小組」。Pallis 教授亦於1984 年初應中華民國醫師公會全國聯合會和中華民國神經學會邀請來華訪問，於演講會中介紹 UK Code 和腦幹死的診斷步驟，同年並公開聲明腦死即死亡之概念。

美國方面，國立神經疾病和腦中風研究所資助的一項腦死聯合研究報告於1977 年提出，腦死診斷標準仍是全腦死的觀念，不過基本前提要完成所有適當的治療步驟，而當有任何測驗項目有疑問時，必須選擇特殊檢查以證實腦循環終止。這篇報告僅聲明是作者意見，並不代表官方機構之觀點。1981 年美國總統的醫藥顧問的生物醫學、醫療和行為研究的倫理

問題研究小組向總統、國會和政府有關部門提出死亡定義報告，仍採全腦死亡定義，不過報告中引述英國標準聲明「假如腦幹完全喪失功能，全腦則無功能。」總統的特別小組聯合醫學會和法學會提出「決定死亡統一法」——即採用循環呼吸終止或者全腦死（含腦幹死）就是死亡。這提案已對各州立法發生影響。

一般關於腦死之討論，往往跟器官移植手術混為一談，而誤導社會大眾排斥腦死的觀念。從醫學史觀點看來，1959 年首次提出有關腦死之報告時，移植手術尚在萌芽階段，免疫醫學也尚未發達，器官移植鮮有成功之可能性。第一屆世界器官移植會議於1969 年七月在西班牙馬德里舉行，會中有天主教、基督教、猶太教和回教代表充分討論移植手術的倫理宗教問題，各教派均同意腦死的觀念，並認為死亡宣告乃醫生之職責。腦死觀念被接受，有利於移植醫學之發展。

從以上數種腦死診斷標準看來，觀念之演變略為：全中樞神經系統死亡→全腦死亡→腦幹死亡。腦幹為生命中樞，腦死之診斷焦點定在腦幹死，解剖學上和生理上均更為明確，死亡之點和時間也更加確定。

## 四、世界各國現況

目前，許多國家就醫學界的觀點都同意腦死即為個體死亡。只是有些國家已經立法明文規定腦死即為死亡，而有些國家則無明確的法令規定，僅就醫學觀點上的認同（見附表）。

## 五、腦死與植物人

談到腦死的問題，一個令人容易混淆的情形是「植物人狀態」，美國轟動一時的凱倫昆蘭案，昆蘭小姐於吸毒而造成深昏迷，最後成為植物人狀態仍活着10年，但卻有人誤稱為腦死。其實這兩者是截然不同的；腦死是腦幹已死亡，病患無法自行呼吸，心臟也無法自行跳動，必需依賴人工蘇救器來維持，在短時日之內也必定會死亡。但是，當心臟停止2~3分鐘再繼續跳動，雖然腦幹部分因為保有部分氧氣而仍存活，但脆弱的大腦皮質卻已受損壞，因而成為「植物人（persistent vegetative state）」；此外，當頭部受到外傷，甚至由於麻醉事故也可能使大腦皮質受到損

壞，而成為「植物人」。然而植物人僅是一種狀態，其腦幹功能仍健全，所以他們可能沒有思考、記憶、認知、行為或語言的能力，但是卻可以維持自發性的呼吸、心臟依然跳動，而且可有臉部動作。

為求更明確區分「腦死」與「植物人」的不同，在此提出幾項所謂「植物人」的要素，以供參考：

1. 無法自行移動（所以稱為植物人）。
2. 無法自行進食。
3. 失禁狀態。
4. 眼睛可能可以睜開，眼球甚至還可以轉動、追視目標，但無法認知，也無正確且適當的反應（大腦失去功能）。
5. 可能對外界刺激如疼痛、聲音、光線有反射反應，但無法達到溝通的目的。

6. 會發聲，但無語言能力。

上述這些狀態須持續三個月以上，才能斷定為植物人。

## 六、結語

死亡的判定，是醫學上的問題是醫師的責任。一旦判定腦死，病人已經死亡，這並不要家屬的同意。（傳統的死亡判定，沒有一位醫師在病人心跳停止後須先徵求家屬的同意才能宣佈病人死亡）。家屬是否同意病人已經死亡，願不願意讓醫療行為繼續，在心跳停止之前醫師能否主動終止醫療行為，這些已經不是單純的醫學問題，它牽涉到倫理、宗教、經濟及法律各方面的看法。這有賴於各方面觀念的溝通及法律的制定，才能使實際執行腦死判定時的困擾減到最低。

# 腦死與法律 中之 死亡概念

策畫：本社

政大法學系副教授蘇永欽曾說：「如果說醫學和法學這兩個行業有什麼共同的嗜好的話，那就是不斷提出讓對方頭痛的問題」。近年來，由於器官移植之技術成功使不少瀕臨死亡

邊緣的病患能經此而獲重生，因此與移植成功率息息相關的「腦死判定」乃被慎重地提出，並普遍為醫學界所接受，這可說是醫界對死亡判定的一個躍升。不過這卻也給法界帶來了不

少令人頭痛的問題，死亡是生物的共同現象，在法律上有其關鍵性的地位。但是在醫界提出腦死觀念以前，死亡並未給法律帶來太多的困擾，如今法界該如何來面對腦死？又該如何來



調適其與傳統死亡概念之間的差異呢？

筆者相信今年五月二十九日通過的人體器官移植條例實已樹立了一劃時代之里程碑——法界接受了「腦死即死亡」的觀念。至此，在腦死與傳統死亡的雙重界定下，死亡已變成一個不怎麼簡單的問題。

人類事實上早已發現一個人在斷氣、心跳停止後就會死亡，到十九世紀末期也注意到人死時，瞳孔對光的反射會消失。因此，當一個人發生永久性的心跳停止、呼吸停止及瞳孔對光反射消失時，則被判定為死亡，沿用至今，即為傳統死亡判定的基準。很少引起爭議。但自從醫學科技已能維持心臟及呼吸的功能時，對於那些腦部嚴重受損呈現深度昏迷而藉機器維持呼吸和心跳的病人，他們的死亡判定就發生很大的困擾。現在我們把死亡點的認定重新拿來考慮，理論上，我們可以把死亡點定在人這個自主發展的生命體，不可遏阻地趨於全面毀滅的刹那，即每個生命發展上的具體「不可折返點」；也可以定在生命體全部的器官組織都俱喪失功能的一刹那；當然還可以把死亡點定在死亡過程兩極之間（即上述兩死亡點）的某一抽象的、適用於所有人的「不可折返點」上，如心臟停止跳動或腦幹喪失功能等。傳統死亡概念與腦死（腦幹死）之間不過是死亡點的認定不同罷了。然而在現代科技昂揚的情況下；對某些原發性腦部嚴重受損的病人來說，以腦死來判定死亡似乎較為適用。

衛生署亦於今年（1987）年九月十七日公告「腦死判定程序」，強

## 腦死判定程序

### 壹、腦死判定步驟

#### 一、判定前之先決條件：

1. 病人陷入深度昏迷，不能自行呼吸而必須依賴人工呼吸器維持呼吸。
2. 導致昏迷的原因已經確定。
3. 病人係遭受無法復原之腦部結構損壞。

#### 二、排除可逆性之昏迷：

1. 排除因為新陳代謝障礙、藥物中毒與低體溫所導致之昏迷。
2. 如罹病人原因不明，即應排除而不列入考慮。

#### 三、在使用人工呼吸器之狀況下，至少觀察12小時。觀察期間，病人應呈持續之深度昏迷，不能自行呼吸且無自發性運動或抽搐。

1. 罹病原因如為情況明顯之原發性腦部損壞，則經12小時之觀察即可。
2. 罹病原因如為腦部受損而又有藥物中毒之可能性時，須等藥物之半衰期過去之後，再觀察12小時，若藥物種類不明時，至少須觀察72小時。

#### 四、腦幹功能測試：須完全符合上列一、二、三之條件後，才能進行下列具有「判定性」之測試。

##### （一）第一次測試：

##### 1. 腦幹反射之測試（必須完全符合下列六項條件）：

- (1) 頭—眼反射消失。
- (2) 瞳孔對光反射消失。
- (3) 眼角膜反射消失。
- (4) 前庭—動眼反射消失。
- (5) 對身體任何部位之疼痛刺激，在顱神經分佈區範圍內，不能引起運動反應。
- (6) 以導管在氣管抽痰時，不能引起作嘔咳嗽之反射。

##### 2. 能否自行呼吸之測試（必須完全符合下列四項過程）：

- (1) 由人工呼吸器供應一〇〇%氧氣十分鐘，再給予九五%氧氣加五

調腦死在司法實務上只是認定死亡事實的標準之一，為免浮濫，建制之初只適用於人體器官移植的特定範圍，並在未來視實際需要檢討開放。衛生署這樣子的顧慮是對的，因為器官移植的價值雖然已被廣泛地接受，但較之一些已將腦死法律化的國家，我們似乎仍缺乏一些共識，諸如：（一）有限的醫療資源應設法作最經濟的分配利用；（二）經濟上陷於窘迫的病家屬有

權儘早獲得解脫；（三）一個有生存希望的生命體比一個已經進入生命終站的軀體有價值。有了這些共識，法律才有可能完全接納腦死，而達到節省醫療資源浪費及減輕家屬負擔的目的。死亡不再是記述的概念

死亡幾乎在每個法律領域都有相當大的意義。死亡常是一定法律關係發生、變動、消滅的獨立原因，如享受權利、負擔義務資格的結束；繼承

%二氧化碳五分鐘（惟在特殊情況下，可以調慢人工呼吸器換氣頻率方式為之），使動脈血中PaCO<sub>2</sub>達到40 mmHg以上。

(2)取除人工呼吸器並由氣管內管供應一〇〇%氧氣每分鐘供應六公升。

(3)觀察十分鐘，以檢視是否能自行呼吸（必須符合完全不能自行呼吸之條件）。

(4)確定病人不能自行呼吸後，即應再把人工呼吸器接回個體身上。

(二)第二次測試：第二次腦幹功能測試應在第一次測試完畢接回人工呼吸器至少四小時後為之，並應完全依第一次測試之規定程序進行。

四、腦死判定：經上述四—(二)腦幹功能第二次測試，如病人仍完全符合無腦幹反射與不能自行呼吸之條件，即可判定病人腦死。

五、腦死判定醫師之資格條件及參與腦死判定之人員。

一、判定腦死之醫師，應兼具下列兩款條件：

1.具神經內科或神經外科或麻醉科專科醫師資格。

2.曾接受行政院衛生署認可之腦死判定相關研習，持有證明文件者。

二、參與腦死判定之人員：

1.病人之原診治醫師。

2.具判定資格之醫師二人。

六、腦死判定醫院之設備條件

具人工呼吸器及測定血液氣體等腦死判定所需之設備。

七、死亡診斷書之簽發

由具腦死判定資格之醫師二人共同簽署腦死判定步驟紀錄（格式如表格一～三），並由病人原診治醫師據以簽發死亡診斷書。

說明：

一、依據「人體器官移植條例」第四條第二項辦理。

二、按「腦死判定程序」，其重點在於規定由合格之醫師、合格之醫院，運用醫學技術，以判定病人已否腦死—腦幹死亡。因判定腦死僅係死亡事實之認定，原不限適用於人體器官移植或其他特定事項。惟目前司法實務上，腦死判定僅為認定死亡事實標準之一，其判定程序涉及嚴格醫學技術之運用，無法廣泛實施，用以取代呼吸停止、心臟跳動停止等傳統死亡認定標準，故腦死判定程序建制之初，僅適用於人體器官移植之特定範圍，本署當視實際需要再檢討適用範圍。

的開始；足以影響合夥、出版等法律關係，故死亡的意義自應受規定權利義務之法律所重視。惟令人遺憾者，在現行法中，却無一種法律對於死亡之意義予以明確規定。

台大法學系蔡墩銘教授指出：「在法律上死亡一詞應屬於記述的概念，而非規範的概念。所謂記述的概念乃其所規定之事物屬於客觀有形且可見者，故毋庸經過評價即可予以認定

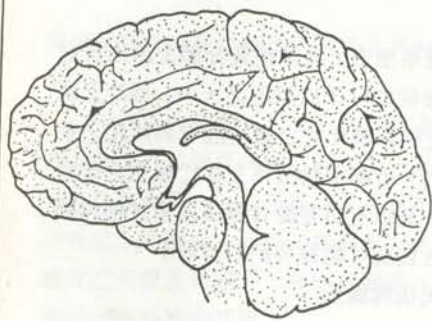
，此與其所規定之事物需要依法律規範或社會通念予以評價之規範概念異。依記述的概念而為事物是否符合法律概念之判斷，祇要為事實判斷即可，且亦可不依賴專家，而由法官自為判斷。倘依傳統死亡定義，人是否死亡莫不出現身體上徵候，是以死亡之認定即使不依賴專家，法官亦可自為判斷，然而若採用腦死的觀點，則須經過多項測試，此項測試之要求頗為

嚴格慎重，非單純就身體上所出現之徵候即可予以認定之，……腦死之認定與傳統死亡之認定既有如此大之差別，可能引起法律上死亡概念之改觀，是以有必要從各種法律領域檢討腦死概念可能被容納的情形」。

民法與腦死

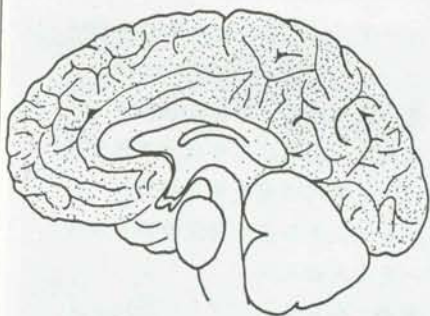
## 腦死與民法

腦死之所以成為死亡的判斷準據，事實上是基於死亡作為某類人身侵害行為構成要件時的特別需要應運而生的。在民法上，大概只有「侵權行為」可能屬於這一範疇，至於因死亡而使法律關係變動、發生、消滅的情形，如前所述之權利消滅及繼承的開始，以往死亡的判斷乃建立於認定上最明確、簡便、也最符合一般宗教、習俗的心肺死上。而這類情形，法律需要的不過是一個明確的時點，藉以明辨法律關係的變動，並作為未來時效的推算依據。這個死亡概念的功能，不在於幫助我們對特定行為作評價，而是為法律關係的變動找到明確而統一的時點，故理論上，民法只宜採取一個準據，即腦死或心肺死。然而到目前為止，看不出有什麼強烈需要來改變心肺死的判準。在民法中，因死亡所造成的法律關係改變，常屬於身分或人格性質，與習俗、宗教有密不可分的关系，故即使這樣一個為社會大眾所接受的判斷準據不符合醫學最新發展，仍完全無礙於法律的運作，除非以後社會大眾所認定的死亡準據為腦死而非心肺死時，民法才有改變死亡點的需要，而目前心肺死的單一準據在民法上仍有保留的價值。唯



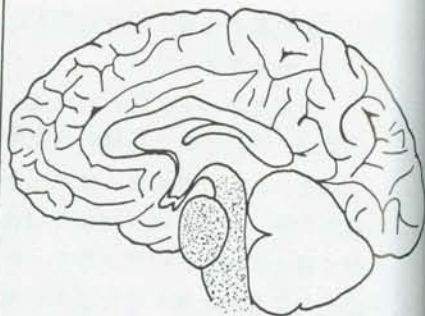
### 全腦死

所有腦功能皆喪失  
意識、反應、反射全喪失  
呼吸、心跳停止  
腦波消失



### 大腦死(所謂植物人狀態)

高級腦功能喪失  
腦幹反射仍保留  
腦波會平坦化



### 腦幹死

深昏迷  
瞳孔散大、光反射消失  
自主呼吸、心跳停止  
所有腦幹反射消失。  
(短時間內腦波仍會出現)

一的例外是「侵權行為」——是對人的生命所作的侵害行為。民法上凡致他人於死者，對於支出殯葬費者，對被害人有扶養請求權者，應負損害賠償責任，對於被害人的父母子女及配偶，應負精神上的損害賠償責任。

## 腦死與刑法

刑法的主要功能是在於保護各種重要的法益。生命法益與身體法益，即屬刑法所要加以保護的重要法益，因此刑法乃設有殺人罪章與傷害罪章，以處罰各種故意的殺人與傷害行為，以及各種因過失行為而導致他人死亡或受傷的結果。這些條文的保護對象均以具有生命的自然人為限，即業已出生，尚未死亡，而具生命的自然人，否則如對已死亡者有侵害行為，只有可能構成侵害屍體罪，因此，人類生命的開始與終止，乃成為刑法殺

人罪或傷害罪的認定不可或缺的一種概念。

刑法認定死亡，向採「傳統的死亡概念」，然對於一些腦部溢血或因車禍致腦嚴重受損等屬於原發性腦受損的病人而言，其腦幹已無法再生復原，但其臟器可藉人工方法提供氧氣而繼續「活著」。在刑法領域中，如何評價這腦已死，但心尚未死，呼吸尚未停止的個體，究竟是有生命的人？或已死的屍體？

政大法研所林山田教授在接受本刊電話採訪時，提出了「腦死概念輔助心死概念」的想法，並闡述五點理由，茲引述如下：

(一)人類的生命中樞並非在於心臟或其他臟器，而是在於腦，腦部功能永久而完全地喪失，雖其他臟器仍有一定時限的生命能力，但就整體生命而言，已了無意義。刑法所要保護的生命法益，應是一個生命中樞仍具功能的生命，而非一個依賴人工機器，

維持心肺等臟器至少不超過二週的所謂「定時的部分功能」的一個軀體。因此，腦一旦死亡，則刑法的法益保護即非針對人的生命，而只是針對人格遺留體的屍體。

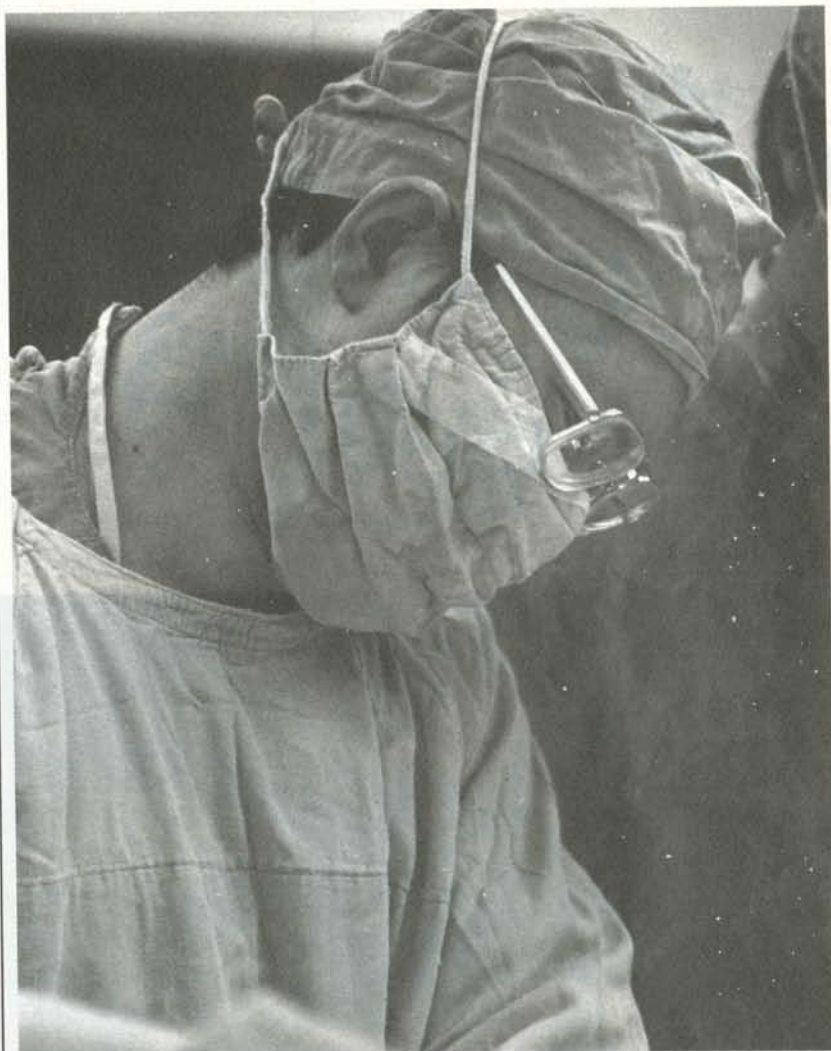
(二)就人類學的觀點而言，人乃具有靈與肉的「本體單元」(Ontologische Einheit)；就法律而言，自然人並非只是所有臟器功能的集合體(Aggregat)，而是具有法律人格的完整個體，具有精神或靈性活動力的人(包括精神有所障礙的精神病患)，才算是法律人格者。人的所有精神或靈性活動，係腦功能，而非心臟功能的產物。腦是人的意識之所在，人因有意識的存在，始有個體的存在，唯有腦尚活着的個體，才屬具有意識與精神活動力的生命。因此，腦死即屬個體生命的終止，腦已死的軀體，雖然尚可依賴人工機器，維持部分的臟器功能，但已非具有生命的人，而只是一個部分臟器功能仍然尚未完



全消失的屍體或標本而已。

(三)死亡固然兼具法規範與醫療科技的概念本質，死亡時點的認定，並非一種法概念，而是必須依賴醫學知識，始能決定的事實現象。因此，刑法的死亡概念，以及死亡時點的認定，務必顧及醫療科技的現況；而不能固守在一成不變的概念及認定標準之上。以今日的醫療科技水準而言，腦未能移植，而且亦無法以人工機器替代，腦功能一旦喪失，即無法再恢復，而無可避免地導致其他臟器的逐漸死亡。換句話說，腦死後，只能以人工方法，延緩全面死亡現象的出現，而無法阻止全面死亡現象的發生。由於此一事實的存在，刑法想在死亡過程中，界定一個死亡時點，則不宜再固定在心死，而應固定在腦死。

(四)刑法的生命保護應僅止於就醫療科技水準，尚有回生可能性的個體，假如就醫學專業知識可以斷定，已無回生可能性的腦死，則刑法的法益



周全的立法使手術更專注完美

(蕭明發攝)

保護，即無意義，而可考慮捨棄此等保護。

(五)如前所述，在缺氧狀態下，腦的耐活力較心臟的耐活力為弱，故腦會先於心臟而死。就此而觀，如將死亡概念界定為腦死，似乎會使死亡時點提前。惟事實上，在通常一般情況下，缺氧狀態係因心死所造成，由於心先死，而後腦缺氧才死，所以，心死係早於腦死，以腦死認定死亡時點，在通常情況下，自然不會發生較心死提前時點的現象。只有腦在心跳與

血液循環停止前死亡的少數例外情況，如採腦死概念，才會使死亡時點的認定提前。

刑法的死亡概念不應與醫學的死亡概念分道揚鑣，而應依醫學範疇來認定，故在刑法上可同時採用腦死和心死判定之雙重標準，尤其在腦部傷害導致昏迷及喪失自發性呼吸的情形，特別應注重腦死的診斷。如此，相信以腦死概念輔助心死概念將有可能成為法界死亡判定之新準則。