

佛教信仰及其死亡观念的当代意义^{*}

李海波

(西北大学西北历史研究所, 西安, 710069)

摘要:现代医学技术的成就令传统的心肺死亡标准受到挑战,新兴的脑死亡标准的提出也很大程度来自器官移植的需求,其功利色彩浓厚,且面临人道主义的责难。现代医学上死亡标准的不确定性带来在法律、伦理、政治等许多领域的广泛争议。在此,从佛生命观视角出发,可以尝试探讨传统文化的现代价值转换问题,古老的佛教生命观在这一问题上有独特解读。佛教所划分的四个生命阶段之中的“死有”为明确的生死界限,佛教从“寿、暖、识”解读死亡标准,形成了一套自洽的体系。可以说,佛教的生命观与死亡标准与器官移植并行不悖,为化解当今死亡标准与器官移植之间的巨大矛盾提供了一个独特的视角。

关键词:佛教生命观;死亡标准;心肺死亡;脑死亡;死有

现代医学技术的高速发展极大地提高了人类的健康水平,延长了人类的平均寿命,同时也带来了一系列新的难题,并在法律、伦理,乃至政治等诸多领域引起广泛争议。其中,死亡标准即是一个典型的议题。科技的发展对人类的死亡方式和生存期限有了相当程度的改变,并打破了数千年来人类对死亡的认知。与此同时,关于死亡的标准也已经演变成一个非常复杂的问题:究竟什么是主要的生命机能?它们停止到什么程度,生命才算结束?人工维持器的任务是什么?现代医学在越来越多的棘手病例中寻求着死亡的精确标准,努力发掘生命转折点的真相。面对现代医学关于死亡标准的不确定性,古老的佛教生命观以其自洽的理论明确界定了生命的特征与生死的界限,其中不乏有益的启迪。

一 佛教的生命观及其死亡标准

死亡,概括而言,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,以致于丧失为生理“人”的资格,个体与社会关系不可逆地中断。在社会生活中,这一概念需要具体化为一个可供普遍遵循的标准,以完成个体死亡的社会性转化。^①而自医学从自然科学中独立出来后,死亡便突破其本有的自然属性,在很大程度上转化为一个救治程序,临床死亡都必须由医生根据当时的情形做出综合判断。但是临床的复杂性常令医生无所适从。举例而言,临床可见脑部受到不可逆损伤的病人,他们对外界和自身毫无感觉和意识,也无自主运动,处于持久的昏迷状态,这种病人是否属于死亡?是否需要维持其生命体征?在某些特殊情况下,在不同的医院或司法部门产生“死”与“活”两种截然相反结论的亦不罕见,而在诸如命案、保险业务、器官移植、遗嘱、家庭关系、处理灾祸幸存者等事务上明确的死亡标准尤显重要。从上个世纪中叶起,医疗科技的突飞猛进使人类在同死亡的斗争中取得长足进

* 本文为教育部人文社会科学规划基金项目(09XJ1A730003)和国家社科基金青年项目(10CZJ003)的阶段成果。

① 明确的生死界限也关涉许多社会结构和社会风俗,如,个体生时具有法律、道德等权利和义务,死后涉及安葬、家庭关系、财产继承等许多方面。如果生死的界限处于不确定状态,则可能产生不良影响。

展,技术干预令往往更加模糊“生”与“死”的界限。也正为如此,死亡标准的精确化在现代社会表现得前所未有的重要和必要,脑死亡标准打破千年的心肺死亡标准,但也带来更多的争议。生耶?死耶?依旧是困扰人类的一个课题。

面对现代医学科技的这种困境,回溯到古老文化中似乎可以寻找新的灵感和突破点,这一现象在死亡学研究中颇具典型性。比如,科研人员由大量临床实例总结而得出的濒死经验(相当于初期死亡经验)与佛教古籍《中阴度亡经》所述的死亡初发生内容有着令人惊叹的相似,该经也因此被奉为“死亡学宝典”^①,科学家在考虑人类无法再穷极研究下去的死后意识在中末期阶段是否真如《中阴度亡经》所写。回到死亡标准的研究,佛教的死亡标准是什么?是否也会存在现代价值?

佛教的死亡标准建立在其独特的生命观上,与其业报轮回学说紧密相关。在佛教看来,人是精神与身体的有机结合,不可分离。这种认识不是基于观察或经验积累,而是体现在人的构成中。根据佛教理论,人是由色、受、想、行、识等五蕴构成。其中,色是一般所说的物质,相当于人体的物质构成,又分为地、水、火、风四要素。“地”以坚硬为特性,是人体的毛发、趾(指)甲、牙齿、骨骼、肌肉等的主要成份;“水”以潮湿为特性,是唾液、鼻涕、血液、痰、泪等的主要构成;“火”以温暖为特性,表现为身体的温度和暖气;“风”以流动为特性,体内的各种气息包括一呼一吸。其它四蕴构成精神的不同层面,佛教在此划分得较一般理论更为细致。受,是感受,指人对内对外的所有感觉或感情;想,是在善恶爱憎等境界中产生种种思想或概念;行,不限于单指身体的行为,还包括所有潜在的或由行动、语言表现出的所有思想动机;识的含义是“了别”,相当于认识作用的主体,通常指眼识、耳识、鼻识、舌识、身识和意识等六识,分别依靠眼、耳、鼻、舌、皮肤等感觉器官和大脑发挥认识作用。六道轮回是说存在六大类生命状态,生存境况相差悬殊,人只为其中一类。所有这些生命形式之中,每一个个体以它在一期生命之中的意识、语言、行为三方面的善恶积累,决定在某道中以某种形式投生,如此循环不已。根据这种理论,生命现象不再是出生→活着→死亡的简单线段,而呈现成…出生→活着→死亡→中有→出生…一个生死相续、交替显现的无穷过程。肉体的死亡只代表一期生命的结束,有一个类似于生命本体^②的东西贯穿个体生命的始终。生命存在由此相应被扩充为生有、本有、死有、中有^③四个阶段,“死有”的刹那就是生和死的分界。

佛教认为,生命的维持有三个互相依存的必要条件:“寿”、“暖”、“识”。^④“寿”为寿命,指由个体生命在先前所作的行为(即业力)所决定的这一生中从出生到死亡的持续期间。死亡到来时,先是“寿”断,然后是“暖”和“识”渐渐消失。“暖”表现为体温,其消失意味着四大构成要素的逐步分解,人体从局部到整体逐渐丧失生物活性,并随之产生坠落感、离散感,体温降低,身体僵直。伴随着四大分解的过程,六识所依赖的器官和组织坏死,“识”依次熄灭。“识”,若要详细划分,不仅仅指六识,还有末那识和阿赖耶识,共八识。八识分三个层次,前六识为一个层次。它们都有物质载体,前五识分别对应视觉、听觉、嗅觉、味觉和触觉,由中枢神经系统指挥周围神经系统完成感受外界种种刺激的功能,意识以中枢神经系统为依托,对前五识具有统摄作用。第七识和第八识都没有物质载体,第七末那识为思维活动的主体,是第六识的生起依据,确切地说,末那识应该叫“意识”,第六识是“依意之识”。末那识较前六识潜隐,是第八识和前六识之间沟通和过渡的桥梁,它对外总结前六识,将所得的信息储藏到

① 海波:《死亡学视野中的中国佛教死亡观研究》,西安:陕西人民出版社,2008年,第91页。

② 指阿赖耶识,它不同于灵魂,后者往往指精神实体。

③ “有”,表示实存而且不消失。生有是指在六道中投生的一刹那;本有是指在一生的中,除去生时一刹那,死时一刹那之外,中间的寿命;死有是指死时的一刹那,其时间仅限于中有未生之前;中有是指在今世已死,后世未生中间的中阴身。在佛教,以上四有为欲界和色界的生命一度生死中的四个阶段。

④ 《阿毗达磨俱舍论》卷五有:“寿、暖及与识,三法舍身时,所舍身僵仆,如木无思觉”(《大正藏》29册,页26上),随后详细论述三者与生命的关系。

第八识,对内执着阿赖耶识为“我”^①,并把这一信息以各种形式反馈给前六识。阿赖耶识是前七识建立的根本,藏有一切事物和现象的产生根据,所以也称为根本识。贯穿个体生命轮回的就是阿赖耶识,它最后自心口处和躯体相分舍^②,这一刹那就是“死有”阶段,标志着彻底的死亡。

佛教理论的分析与临床的死亡过程十分接近。根据《大英百科全书》,除创伤或意外所致的迅速死亡外,高等生物的死亡是一种过程,从细胞和组织至器官和重要系统逐渐死亡,最终导致整个机体的衰竭。四大的分解就是生命体从局部开始死亡,逐步扩展到整体,外在随之表现脉搏消失、四肢及口唇青紫等心、肺死亡的特征。死亡过程进一步发展,死亡的绝对体征:尸冷(尸温降至与环境相同)、尸僵(骨骼肌僵硬)、尸斑(血液沉积于尸体低处,产生皮肤紫红色)逐渐明显,所有这些都“在”丧失的范围之内。因为生理反射消失、对外界刺激无反应、脑活动丧失,乃至心电图平坦等,都属于检测神经系统的功能,这些体征又都不出前六识的职责,与现今新出现的死亡标准——脑死亡标准吻合。死亡过程再往下发展,二者才出现认知上的分歧。

二 死亡标准的临床发展及现代迷思

既然生和死是两种截然相反的生命状态,则死亡发生的过程中必然存在一个由量变到质变的分界点。分界点的确定责无旁贷地落在医学领域。

传统的死亡标准是“心肺死亡”(cardiopulmonary death),来自远古时期人类的经验总结,在人类社会沿袭数千年,现代医学对死亡的界定不出其右。原始人通过日常的观察和狩猎活动,逐步形成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^③。中国古代以呼吸停止为死亡标准,在丧葬仪式上,人们把新絮放在死者的口鼻处,以新絮的纤维是否摇动作为判断死亡的依据,所以“死”在中国又称为“断气”。以心脏跳动和呼吸的自然停止作为死亡的定义和标准仍在现代社会得到应用,不同在于,现代医学借助精密仪器使之更为明晰严谨,且更易操作。临床上以心电图呈直线(表示心跳停止)、呼吸和血压消失以及体温下降作为宣告死亡的依据。然而,古往今来不乏有“死者复活”的记载,既说明存在活人曾在历史上被作为死者处理掉,也证明旧有标准并不绝对成立。尽管如此,心肺死亡标准非常直观,人们普遍对此深信不疑。随着高效复活技术、人工呼吸机、心脏机器泵等大量新技术、新仪器和多种新特药的出现和广泛应用,传统认定的生命延续征兆逐渐变得难以立足,心肺死亡标准不断受到挑战和冲击。由此,现代社会对死亡标准提出了更高的要求。

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、肾脏和人体其它主要器官功能的停止。心跳和呼吸的停止作为死亡过程的一个层次,并不预示人作为一个整体死亡的必然发生。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,特别是心脏移植技术的临床应用,表明心脏是可以替换的。既然心脏与生命不具有同一性,那么就不能作为生命的象征。如果人体的某个部分注定具有主宰生命的特异素质的话,这个器官非大脑莫属。迄今为止,最高医学成就仍然不能就脑功能丧失的可逆性做出有说服力的预期。这样,死亡判定的医学新规则——“脑死亡”标准(brain death)应运而生。自1957年脑死亡概念的首次提出,医学界开始探讨脑死亡标准。1968年随着器官移植的临床普遍开展,对脑死亡的研究日深入。

① 佛教认为作为个体的“我”(ego)不具有实体性,没有绝对的主宰力。

② 《瑜伽师地论》卷一对临终时的描述为:“作恶业者,识于所依从上分舍,即从上分冷触随起,如此渐舍,乃至心处。造善业者,识于所依从下分舍,即从下分冷触随起,如此渐舍,乃至心处。当知后识唯心处舍,从此冷触遍满所依”(《大正藏》30册,第282页)。

③ 黄丁全:《现代医疗与医事法制》,台湾:台湾高雄检察分院印行,1995年,第5页。

1968年,美国哈佛大学医学院特别委员会提出一个确定死亡发生的新标准和新程序^①,首次明确而公开提出“脑死亡”概念,即:整个中枢神经系统的全部死亡,包括脑干在内的全部机能丧失的不可逆转的状态。同年,世界卫生组织的国际医学科学委员会把死亡定义为:“对环境失去一切反应,完全没有反射和肌肉张力;停止自发呼吸;动脉压陡降和脑电图平直。”^②1973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”。临床证明,虽然脑死亡患者的其它脏器机能尚可以通过人工呼吸、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。一般是脑机能丧失后1—5日以内,心脏跳动也随之停止。

1977年开始至今,一些发达国家已经采取了脑死亡标准并以立法形式确定,目前我国的法律和医学临床仍然采用的是传统标准^③。接受脑死亡的大多数国家一般都对死亡的确定采用选择性的标准,由医生视情况而定。究其原因,是因为新旧死亡标准各有盲点。心肺死亡如前所说,在早期是诸多“死而复生”的记载,在当代则是机械救治方法和心脏移植模糊了死亡的传统标志。脑死亡标准虽然看似较前者更周详,也仍然存在无法逾越的缺陷,在实践中并不能解决所有情况下的死亡问题。首先,该标准把不可逆性昏迷与死亡等同。尽管目前不能预期脑功能丧失的可逆性,这并不等于完全肯定其不可逆性,而且“不可逆性”的概念意见也不一致,在十九世纪认为是不可逆的表现,在今天已然时过境迁了。所以随着生物医学的进一步发展,不能排除有朝一日不可逆性昏迷也将变成可逆性之可能。其次,实施脑死亡的有效条件必须排除两种情况:一是体温过低(摄氏32.2度以下);二是中枢神经系统压抑的情况下。适用范围有所限定,说明脑死亡标准还有局限。按照自然科学的研究规律,能有明显的条件限制,就必然还存在不少于此数目的非明显的影响因素。再次,是脑电图的可靠性。脑电图能否完全测量大脑皮层的活动?按照脑死亡标准,对没有任何意识迹象的病人宣布死亡毫无问题,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?能否在脑电图上得到反映?最后,如果有关脑死亡的标准都符合,而病患的心脏还未停止跳动,是否可以判定为死亡?如果答案是肯定的,那么将心脏尚在跳动的人送进坟墓或立刻进行器官移植,是人类共同价值观所不能容忍的。所有这些问题的模糊性和歧义性,使脑死亡标准引发的争议更大,近年来一直是医学、法律、伦理等领域内的热点,在世界范围内未曾停息过。

可以发现,临床死亡标准的选择一直以重要器官为主要指标。这样的指导思想是否明智?脑死亡标准的出台原因之一是认为人脑死亡不仅不可逆转,而且不能使用替代疗法,而其它器官死亡,不但可以人工复苏,并可以进行彻底的替代治疗——手术移植。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,同时大脑移植的伦理认同非常困难,世界移植协会道德伦理委员会已明确表示反对人脑移植的临床研究^④。但是,科技的发展往往不可预期,例如,全球一致反对克隆人类,照样有邪教科学家声称克隆出人类,所以,如果有朝一日脑移植能够实现,脑死亡标准将失去其成立的基本前提。再进一步,如果发现比心脑更重要的器官又该怎么办?所以,生物医学的每一重大发现都可能对生命本质更新更深的认识,临床死亡

① 具体的标准是:(1)不可逆的深度昏迷,对外界刺激无感应性,无反应;(2)无自主呼吸和自发的肌肉运动;(3)瞳孔反射等生理反射作用消失,无法引发脑反应活动;(4)脑电图平坦。以上四条的相关试验需要反复测试至少24小时,结果无变化。

② 转引自郑晓江:《寻求人生的真谛——生死问题的探索》,南昌:百花洲文艺出版社,2002年,第64页。

③ 2003年,我国卫生部曾调研采用脑死亡作为评判标准的可能性,并公布了脑死亡技术上的诊断标准和可操作的诊断规范。后来因公众和一些医务工作者对这一观念不能接受,因此脑死亡作为死亡标准一直没有通过法律规定。目前中国的器官移植采用的是试点方案中,建议心脏死亡后的器官捐献者仅限于以脑死亡为基础而建立的Maastricht分类标准中的可控捐献者,即在重症监护病房撤去生命支持后即将发生心脏停搏的患者以及在脑死亡诊断过程之中或者之后发生心脏停搏的患者。

④ 郭自力:《论器官移植的法律问题》,《中外法学》1998年第5期。

标准等医学概念都相应地要加以修正。如此以来,人类可能需要换一种思维选择一个更为可靠的指标来判定生与死之间的转折点。

三 佛教生死观在死亡标准方面的启迪

尽管科学家努力不断完善和精确死亡的临床标准,但是目前来看很难得到具备充足说服力的答案。自然科学以客观物质世界为研究对象,具体到医学,以生物个体为研究对象。物质世界的不确定性必然导致自然科学研究结果的不确定性,其成果整体上表现为相对真理无限向绝对真理靠近的无限过程。自然科学的研究领域已经涉及到对精神、灵魂等非物质现象开始探究,但其研究手段仍不能脱离基于物质性的出发点,其结论也经由物质手段来反映,因而不可避免地有其局限性,这也正是在这些问题的研究上突破甚少的原因。反映到死亡标准上,人是精神和肉体的统一体,目前的标准无论怎样精确和全面,都只与人体的物质构成有关,完全忽略了人的精神性。如果只以肉体来规定死亡,按照逻辑推理,潜在的意义无非两种:承认精神随肉体死亡消失,或承认精神永恒。对于前者,断然承认与断然否认都缺乏所要求的充分证据;若“承认后者”,这样的结论对于自然科学而言又落入自相矛盾的悖论。也许医学将生命的重要组成——精神因素加以剔除,正是它无法还原死亡真相的原因。

近二十年来日本的一个实验风靡世界,虽然有关该实验的准确性与科学性还存有争议,但这也不失为我们提供一个思考死亡标准的新视角。自1994年起,日本科学家江本胜带领一组科学家在冷室中以高速摄影的方式来拍摄和观察水结晶,实验进行了逾十年。他们的研究表明,人类意志可以影响水分子结晶,另一方面,水具有复制、记忆、感受和传达信息的能力。在公布的照片中,结晶水的美丑与实验者的正面与负面思想或话语,比如祈祷、音乐和盛水容器接触时的用语等,链接。这位日本科学家于1999年开始,出版了一系列相关著作,其中译成中文版本的包括《来自水的信息》、《生命的答案,水知道》与《幸福的真义,水知道》等。这些实验水结晶照片在日本公布并结集为《水知道答案》系列出版后,旋即引起世界范围内的轰动。江本胜博士多次受邀前往欧美展示水结晶照片并发表演讲。水接受不同的信息,结晶就会呈现出不同形状的事实,启发了人们对很多社会现实思考的新角度。人体的水分含量终其一生在40%~70%之间变化,如果精神对水分子能够产生作用,是否意味着对其它构成成分也有作用?再推进一步,是否临终时刻的意识会对死亡的时间有所影响,从而死亡标准不能不考虑精神因素?

临床医学以心脑死亡为死亡进程的截止,与此相反,佛教不单纯局限于人的物质构成,而是把精神因素纳入考虑范围,并视其为标尺——把阿赖耶识不再执持躯体的时刻界定为生死界限。一定程度上,佛教完成了死亡标准的精确界定,符合死亡的哲学意义——“生命质量不可恢复地退化到极点”,也能够对心肺死亡和脑死亡标准存在的盲点做出合理解释。对于心肺死亡标准面临的困惑可以理解为:一,“死而复生”现象属于该个体的“寿”限未到,心脏停止跳动和呼吸停止可能由一种移过性的、可逆转性的昏迷引起,这种昏迷程度相当深,以致于接近死亡状态,这种昏迷经常又是由器官或系统的局部出现严重的功能障碍引起,尚没有引发全身性的功能丧失,亦即“暖”的流失程序没有启动;二,机械性抢救装置的介入并不等于能够阻止死亡的发生,只是人为地起到阻止“暖”消失的过程;三,寿限在佛教不仅由来自此世之前的善恶思想行为累积决定,此世也有一定影响,善业的积累可以延长“寿”,能够接受到心脏移植手术就是善业的表现之一。对于脑死亡标准的临床盲点,按照佛教的死亡程序更容易理解。大脑比较特殊,既是一个器官又是中枢神经系统,脑死亡同时在“暖”和“识”的消失过程中得以体现,也就是说,当循环系统刚刚分解到心脏水平时,神经系统已经到达系统级别。这样,就能够理解三

个重要现象:其一,为何脑机能丧失后1—5日以内,心脏跳动才停止;其二,只要脑死亡发生,生命必然不可逆转地死亡;其三,同样是器官,心脏能够移植而大脑无法移植。显然,以能否手术移植来决定器官的重要性不符合生理学常识。

当然,我们不能否定佛教的死亡标准在临床操作层面存在难度。什么时刻阿赖耶识与此躯体相分?如何确定这个时间点?在佛教有其特殊的方法可以得知,禅定功夫到一定程度,或者证境达到一定高度,或者经由某种特殊方法,可以确定神识相分的时刻。但是,普通人能否受一定训练就可以具备这个判断力?临床上如何来应用?其可操作性是一个无法规避的问题,有待进一步的探讨。

值得一提的是,脑死亡标准的提出与器官移植有很大关系。近年来器官移植技术不断改进,特别是心脏、肺、肝脏等主要脏器的移植技术日臻完善,带动器官移植的需求与日俱增,使得器官供求的差距日益扩大。而目前供体器官大多来自死者的遗赠,如果依据临床采用的心肺死亡标准,许多器官就丧失了使用的最佳时机,令移植效果大打折扣。从而有言论,“在奇迹般的复苏技术和器官移植年代,过分刻板的定义将同较陈旧的观念一样令人困惑”^①。从而出现对一种“新”标准的呼唤,以利于外科医生顺利取出器官进行移植手术;有呼声要求建立统一的指导方针,或用来保护移植体的完整性以尽可能保证移植器官同步发育,或用来保护医生不致承担误诊甚至杀人犯的罪名;还有人认为,大量无意识的病人既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,医学上更是难以得到可供移植的心脏。严格来说,这些观点普遍带有明显的功利主义色彩,实质都是对人道主义的背叛。第一种毋庸多言。第二种的所谓“移植体的完整性”,无论按照心肺死亡标准还是佛教死亡标准,此时的“准移植体”还未死亡。持第三种观点的人只考虑到生者的利益,而忽略了垂死者的权利;只考虑到医学界垄断性质的集团意识和集团原则,而忽略了社会伦理的价值取向,又何尝不是一种科学的冷酷?再进一步分析,这些观点持有者是在用人的社会功能和价值作为衡量标准,基本上脱离了生物学标准,而取之以功利主义思想。

佛教死亡概念产生时代没有遇到器官移植的挑战,如果严格按照其个体死亡的标准,则供体器官普遍丧失活性失去移植的意义。然而,这并不表示佛教反对器官移植。佛教的基本指导思想之一是慈悲观念^②,其具体实践方式之一为布施。布施又分为很多种,最高境界是只要满足他人的安乐和利益,若“求手、足、头、目、支节、血肉、筋骨,乃至髓者,随其所欲一切施与”^③,所以,以自己即将结束的“寿”延长他人的生命是实现自我价值的最后方式和机会,也是佛教所提倡的“践行菩萨道”,行“菩萨行”。台湾佛教界在人体捐赠方面的巨大成功就是有目共睹的典型实证。^④从这个意义出发,也许器官移植应该属于临床死亡标准的应用程度问题,不能也不应该影响到死亡标准和程序的确定。

佛教的死亡标准对现代医学的最大启示或许在于,医学的治疗对象应该是身与心互动的统一体,不可偏颇一面而忽略另一面。令人欣慰的是,现代医学在发展中已经逐渐意识到自身的不足,死亡学作为独立学科的出现、临终关怀的兴起、灵性关怀的重视等,都是现代医学反思和弥补身心分离医疗模式的特殊方式。

(责任编辑 唐忠毛)

① 克里斯坦·博纳德:《安乐生、安乐死》,北京:工人出版社,1988年,第44页。

② 愿给一切生命安乐叫做慈,愿拔一切生命痛苦叫做悲,佛教有“无缘大慈,同体大悲”之呼吁。

③ (唐)玄奘译:《瑜伽师地论》卷三十九,《大正藏》30册,第505页,中。

④ 早些年前有星云大师率众填写器官捐赠卡以及世界上最大的慈善组织——台湾的佛教慈济功德会发起全国性的骨髓捐赠运动。经过台湾佛教界的努力,器官捐赠已经获得台湾政府的立法保证,民众在不同的场合都可以看到宣传单以及可以当下填写的意向书。笔者曾在台湾年旁听一场台湾中国佛教会的换届会,现场便有佛教会的负责人呼吁僧众填写器官捐献书以及放弃急救的意愿书。