導言：換頭術、嗎啡治療、 病人自主權

Introduction: Head Transplant, Morphine Treatment and Patient Autonomy

張 穎

Ellen Y. Zhang

作為治療方式，器官移植術（organ transplantation）現在已經相當普遍，儘管有此所帶出的一系列有關醫學/生命倫理學的議題還在繼續。然而，作為器官一種的人的大腦，是否可以移植使得器官移植的問題尤為棘手。大腦移植（brain transplant），亦為“全身移植”（whole-body transplant），指將有機物的大腦（或部分大腦）移植到機物的身體。那麼，與大腦移植相關的是“換頭術”（head-transplant）呢？和大腦移植不同的是，換頭或換顱是指整個頭顱的置換手術。

張 穎，香港浸會大學應用倫理學研究中心研究員、宗教及哲學系系主任及副教授，中國香港。

Ellen Y. Zhang, Research Fellow, Centre for Applied Ethics; Head and Associate Professor, Department of Religion and Philosophy; Hong Kong Baptist University, Hong Kong.

《中外醫學哲學》XVI:1 (2018 年)：頁 1-10。

International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine XVI:1 (2018), pp. 1-10.

© Copyright 2018 by Global Scholarly Publications.

2016 年，意大利神經外科專家賽吉爾·卡納維羅（Sergio Canavero）宣佈，他將在兩年內，實現首例人類頭顱移植手術的“天堂計劃”（the HEAVEN project），即所謂的“異體頭身重建術”或俗稱的“換頭術”。此消息一出，輿論嘩然。人們不禁質疑：“換頭術”？是現代科技，還是最後的瘋狂？當媒體披露，這一手術將與中國哈爾濱醫科大學某教授率領的醫療團隊一起合作實施時，來自社會的質疑聲音愈加激烈。

與“換頭術”並駕齊驅的是被稱之為“意識/心靈上傳”（Mind-Uploading）的技術，亦稱“全腦仿真”（whole brain emulation）（Benedikter 2017, 39）。“意識上傳”源於科幻技術，即把人類腦部的所有東西，包括意識、精神、思想、記憶，上傳至計算設備上（如電腦、人工神經網絡）。該設備類似 AI，能夠模擬大腦的運作，如原先的大腦對外界輸入作出相應的反應，並擁有一個具備意識的心靈。因此，換頭技術和意識上傳被看作是人類開拓自身身心之潛質的方法，人類的壽命也因此可以得到控制和延續。

大腦移植無疑也包含意識上傳的問題。目前，科技醫學的手段，如腦內幹細胞移植和大腦記憶芯片植入，都在技術上為大腦移植做好了充分的準備。問題是，這種新形式的“複合人”一旦成為現實，我們得到的到底是科技賦予我們的天使，還是科技製造的弗蘭肯斯坦式惡魔？

我之為我，你之為你，她之為她，究竟取決於什麼？這個問題迫使我們回答生命倫理學一個本質的問題。周婉琳的文章〈大腦移植對於道德責任歸屬的挑戰：人格同一性判準的反思〉提出大腦移植所涉及的一個主要哲學議題，即如何看待人格同一性（personal identity）的問題。作者首先從“雙胞胎換腦”這一思想實驗開始討論。假設由於某個致命的事故，只有一個人可以存活。如果弟弟的大腦移植給了哥哥，那麼活下來的是弟弟還是哥哥？這是一對一的例子。如果再複雜些，用“三胞胎換腦”的例

子，即其中一個兄弟的大腦被分割成兩半，分別成功地移植到他的另外兩個兄弟體內。這樣一來，兩個兄弟的認知中都會存在被移植大腦的那位兄弟主體意識。由此一對二的形式給人格同一性的問題帶來進一步的模糊性。

作者指出，由於人們在直覺上普遍會認為，所謂的“我”是那個提供大腦的人，即，*I am my mind*，這是人格同一性的基礎。但上述思想實驗（三胞胎換腦）證明，“誰是我”這個問題會有四種可能性：（一）作為結果的不是我，我並沒有倖存下來；（二）我作為兩個人當中的一個倖存下來；（三）我作為兩個人當中的另一個倖存下來；（四）我作為兩個人都倖存下來。因此，在一對二的形式當中，人格同一性不能以傳統的直覺來判斷。

而就其道德責任歸屬而言，我們也面臨同樣的挑戰。因為道德責任取決於道德主體的判斷，即具有同一性的我的判斷以及判斷的標準。但經過大腦移植，原有的同一性變得模糊，甚至缺乏，那麼道德責任歸屬也就成為一個難解的問題。傳統的物理判斷也好，心理判斷也好，都無法解決這個難題。另外，文章作者從洛克哲學沿襲下來的有關“人格”（person）和“同一性”（identity）的判斷，（即（1）人格同一性只能在時空序列中呈現同一個主體；（2）人格只限於在有個體的理性）所帶來的人格界定上的局限。就此，英國哲學家德里克·帕菲特（Derek Parfit）提出取消人格同一性的主張：他認為道德責任歸屬不必然要以人格同一性這一預設為前提。（Parfit 1984，199-218）然而，文章作者認為，如果我們在儒家文化脈絡下來導論道德責任，那麼預設人格同一性是必要的。同時，作者指出，西方傳統以來在探討關於人格同一性概念時，多是從生物層次的個體以及心理層次的自我來思考問題，因此沒有跳脫個人的視角。

人格同一性與道德責任歸屬的關係，一直是哲學和倫理學關注的問題。無論東西方，歷來有對人格同一性的質疑：譬如東方佛教的無我論（即在五蘊之外沒有一個抽象的、統一的自我），

西方休謨（David Hume）的懷疑論（在變化的現象後，沒有一個保持同一的自我），二者皆認為所謂的“我”只不過是“不斷接替的知覺”。顯而易見的是，大腦移植或換頭術讓這一議題變得更為複雜。

李琰和謝衛東的文章〈“頭”與“身”可易乎？——中國古代故事中的頭身關係探討〉則是透過對中國古代文獻資料的整理研究，探討中國文化脈絡中有關頭身關係及其與現代換頭術之間的倫理衝突。文章提及四組文化傳統，其中包括從先秦的“落頭民”到《搜神記》和《太平廣記》中所記載的遠古傳說，以及六朝“志怪”文學中有關“外族”身心分離的故事。中國傳統從不同的角度，提出頭身或身心的分離是否影響到個體的生命存在和自我認同這樣的問題。文章指出，儘管“身心合一”是主流思想，譬如荀子說“形俱而神生。”（〈天論〉），但對“神變易頭”的辯護也是存在的。二者皆與中國本土信仰中的身體觀和魂魄觀有關。譬如流行的身—魂—魄的思想：人是由肉體以及魂和魄兩種非物質要素所構成。人活著的時候，肉體、魂和魄是相互結合在一起。靈魂被看作是肉體活動的力量，亦是體驗和表達認知、情感和精神活動的媒介。問題是，如果靈魂是指人的身體裡，擁有各種心靈活動或意識活動的精神性，那麼靈魂不但使人在變化中保持人格同一性，也使得每個人得以區分，成為不同的個人。然而，如果靈魂存在於肉體內，那麼失去身體的一部份是否意味著會失去靈魂的一部份？就這個問題，作者沒有提供清晰的解釋。另外，“神變易頭”之所以被接受，是由於民間的“復生”信仰，希望透過某種奇蹟，一個人的頭可以一直在另一個人的身上，而且，經過“神變”，將兩個部分有機地結合起來。但類似的故事基本上存在於神話和魔幻的小說中，並沒有太多與其相關的倫理探討。

實際上，“身心合一”是中國傳統文化，尤其是儒家的主流思想。荀子對身心關係有明確的看法：〈天論篇〉云：“心居中

虛，以治五官，夫是之謂天君。”〈解蔽篇〉又云：“心者，形之君也，而神明之主也，出令而無所受令。”對荀子而言，身與心的關係是心是身體的主宰者。中醫也強調人的記憶都與大腦相連，所以大腦在人體具有重要的地位。就現代醫學科技來講，文章作者認為換頭術的意義值得懷疑，因為它還無法回答這種科技是否可以給人類帶來真正的福祉。與此同時，人類也離不開人倫關係和道德責任，如果由於極端的科技而改變人的本性，使人缺乏自我約束的機制，這將是整個人類社會的噩夢。

〈受苦的心識——從大乘佛教觀點看頭顱移植〉一文是從佛教的角度論述相似的話題。由於佛教重視意識活動以及人格同一的問題，換頭術或腦移植無疑會成為佛教醫學倫理學中不可無視的話題。從現代心理學的維度來看，“意識”（包括潛意識）並非一個明確的概念；就大腦的結構和認知功能而言，現代心理學和認知科學認為，大腦在處理各感官的認知是同時並進的，而非是各感官以逐一序列的方式進行，這一點與佛教所說的“諸識俱起”有類似的意涵。作者指出，佛家所言“識”可以控制身體的所有部分，包括控制人腦，因為人腦是身體的一部分。當人腦喪失功能而身體其他部分依然運轉是否就說明“識未離身”。這裡提出佛教對死亡的定義：佛教認為“腦死”並不意味著“人死”，故而堅持人的死亡事實上存在一個過程。即便是人體臟器的生命體徵完全消失，代表生命意義的意識也並未完全消失，而只是粗分的意識（即八識中的第六意識）慢慢離開身體。之後，第七末那識、第八阿賴耶識等深層次神識才開始逐漸離開。如此看法引發大腦移植或換頭手術時的疑惑：移植時間如何界定。還有，活著的人是誰、死去的人又是誰、經過手術拼湊後活下來的這個“複合人”是否變成了另一個人？佛教唯識宗談“心遍依身”，即身體是一個整體，包括各種的意識活動。由此，大腦移植或頭顱術之後拼湊出來的人既不能算是提供頭顱的人，也不能算提供身體的人。

作者進一步指出，不少〔淨土宗〕佛教徒認為，人死之後神識還存在於身體上，故而對身體的任何觸碰都能使死者不悅。而“換頭術”不僅要求降低身體溫度，還要用刀具對死者頭頸進行分離，很容易使死者神識因為過於痛苦而心生怨恨，不能往生淨土，也不能脫離六道輪迴。正是因為這個原因，有些佛教徒對任何的器官捐獻都有所顧忌，堅持所謂的八小時內，亡者意識尚存的說法。也就是說，初死八小時內，不宜移動屍體，以免亡者因痛生嗔，失去正念，而後成往生的障礙。另外，文章作者也依據佛教的其它教義，如克己、業、因果、利他、護生等論述換頭技術有可能帶來的倫理問題。

遺憾的是，文章沒有探討換頭術和大腦移植所帶來的最為重要的哲學/倫理學問題，即周婉琳的文章所提出的問題。換言之，佛教的無我/無同一性的思想是否可以讓佛教能夠接受換頭技術？早期佛教將一切的存有以色、受、想、行、識五蘊來說明，而在此五蘊中，物質性的存有只以色蘊來說明，關於精神性方面的存有卻以受、想、行、識四蘊說明，由此可見，佛教在對存有的分析與認識上，主要是針對認知主體來談。大乘佛教基本承繼了這個傳統，對認識主體（心識）有更進一步的分析，同時探究思維與存在的同一性。佛教認為，離五蘊之我的存在，只是一種想像之虛構，缺乏經驗事實之根據。也就是說，不存在一個超越於色、受、想、行、識五蘊之外的抽象的“人格”和“同一性”。那麼，接受大腦移植的人可以根據“諸識俱起”的思想，形成新的意識，構成新的認知經驗（包括情感和記憶）。即便有針對死亡定義的爭論，並非所有的佛教徒都接受所謂“八小時”的說法。另外，用“護生”反對醫學技術也有些牽強，因為技術畢竟讓一個人有了死而復生的機會。

當然，作為“造人”、“造腦”科技，換頭術或腦移植已被提上臨床醫學議程，並引起倫理學和醫學界的爭議。大多數人持反對意見和質疑的態度，其中包括動物倫理問題，身心分離所造

成的排異反應，以及界定後代歸屬問題。但最大的質疑來自科技對人的主體性、自我身份、自我意識、自我認知等諸方面的解構和顛覆。實際上，這類問題是“人格化科技”（anthropomorphic technology）所帶出的“超人本主義”（transhumanism）的問題。超人本主義在西方有不少別稱，像極端技術、轉型技術、解放技術、瓦解技術等等。總而言之，它是對人類現有法則的顛覆。從這個意義上講，“換頭術”不僅僅是科技從外在的層面改變人性，而是從內在的層面挑戰人的本質。

蔡昱的〈儒家“誠”基礎上的器官家庭捐獻〉一文，針對中國器官的現狀，提出有效捐贈的具體方案。作者認為，儒家排斥“鄉願”式的器官捐獻者。由於“誠”的要求，儒家認為對家庭成員的“親親之愛”應該是對非家庭成員的仁愛的前提、基礎和不可或缺的必要條件。文章指出，器官的個人捐獻原則實際上是與儒家“誠”的價值相違背的，而家庭捐獻原則才是符合儒家倫理的。在此基礎上，作者就人體器官的家庭捐獻原則，提出有關制度設計，即家庭捐獻制度的建議。文章指出，“誠”是“仁”的前提和基礎。家庭捐獻優先符合這個原則。

文章所說的家庭指的是由配偶、子女和父母組成的核心家庭。所謂人體器官家庭捐獻是指在自願的基礎上，包括器官捐獻者在內的具有決策能力的所有家庭成員做出的器官捐獻的決策機制。一般情況下，捐贈人應該首先提出他或她的捐獻意願，然後在家庭成員之間討論。文章指出，如果一項家庭共同決策被達成，這就意味著捐獻者和其他家庭成員的願望一致。這不但彌合他們之間由於資訊交流不暢等原因而導致的可能分歧，也解決了中國當前器官移植實踐中的一個重大問題，即在人體器官個人捐獻的原則下，即使公民生前明確表達了捐獻死體器官的意思表示，在其死後，醫生仍然不敢直接摘取已被捐獻的器官，而是傾向於尋找家屬的同意。

就人體器官家庭捐獻的立法建議，文章提出三點建議：（一）在活體器官捐獻中確認家庭捐獻原則；（二）對於公民生前捐獻死體器官，確認家庭捐獻原則；（三）當死者生前沒有做出同意或拒絕捐獻的意思表示時，其死體器官的捐獻仍然需要堅持家庭捐獻原則。作者最後指出，這項立法建議是基於對儒家“誠”與“仁”的關係的考量。實際上，中國內地的《人體器官移植條例》（2007年）也提出死者家屬具有“共同表示同意”的捐獻權，在具有儒家傳統中的中國人看來，死者家屬既然有權佔有和處分死者的遺體，自然也有權按照死者生前的意願，處理捐獻死者的遺體。但是，當死者生前的意願與家庭意願不一致時，又該如何處理？家庭優先原則是否違背了個人自主原則？這些問題還有待進一步的商討。

孫思涵的文章〈中國第一起嗎啡勝訴案的背後——臨終關懷病人使用嗎啡的儒家倫理問題〉涉及一個非常重要但卻在中國內地被忽視的議題。目前在國際上，作為止痛劑的嗎啡的使用較為普遍。在臨床醫療中，嗎啡對於“疼痛的控制”（pain control）至關重要，可以緩解體表疼痛、內臟疼痛、甚至是神經痛，特別是對於中重度晚期癌症患者來說。根據世界衛生組織的規定，嗎啡等鴉片類藥物已被列為癌症止痛和安寧療護的首選或必備藥物。然而在中國，由於特殊的歷史原因（兩次鴉片戰爭），一般民眾對鴉片類的毒品，諸如嗎啡的使用，帶有強烈的恐懼和懷疑。由於嗎啡本身存在一定程度的副作用，包括最讓人擔心的呼吸抑制效果，因此在綜合考量下，如何在法律上明確使用的用途，如何去調整劑量以及搭配輔助藥物的使用，就顯得相當重要。

作者以中國第一起嗎啡勝訴案備為案例，探討嗎啡作為鎮痛與作為安樂死手段的區別，並形成一套屬於中國的完整的、系統性的嗎啡應用體系。文章指出，患者在使用嗎啡之前，用藥知情告知書很重要。也就是說，醫方會同患者及其家屬簽署有關嗎啡用藥知情告知書。通常情況下，即便患者自己有能力，有意識做

選擇，醫生仍然會徵求家人的意願。同時，醫生會根據嗎啡的使用條款為患者逐條講解嗎啡的劑量、使用方法、正面效果以及負面反應。就嗎啡是否可以作為安樂死之手段的問題，作者以儒家孝道和尊嚴下的生死自決為論證前提，認為過多依賴嗎啡，甚至用嗎啡自殺是有問題的；作者甚至認為，按照儒家的美德論，患者應該學會有尊嚴地“享受”痛苦來實現美德。雖然大多宗教都有把痛苦經驗當作人生歷練的一部分，但是否可以用身體的痛苦來換取精神的快樂還是值得進一步的探討的議題。

本期最後一篇文章是程國斌的〈中國“病人自主權”的歷史演變——20 世紀 80 年代之前〉。與其他文章不有所不同，作者主要是從歷史的角度，梳理中國從帝制時代到上世紀 80 年代之前，中國病人自主的狀況和相關社會理念的演變過程，尋求期間的政治制度和文化歷史脈絡。文章指出，病人自主權是與傳統的社會禮法秩序（即家長制）的碰撞和衝突中發展出來的。雖然從中國近代到 50 年代成立初期，病人自主權概念和狀況都發生系列的變化，但因為它們幾乎都屈從於這兩個階段的社會政治運動，所以並沒有實現基礎倫理結構和價值觀的根本轉變。作者進一步指出，當前，中國從西方引入的現代個人主義式的病人自主權概念，不僅與傳統的理解存在差異，也與當前的醫學生活與社會制度不完全匹配。作者認為，作為舶來品的“病人自主權”原則，面對中國的醫學實踐，不免出現水土不服的症狀。譬如，在具體的醫療實踐中，病人由於屈服於家庭的情感或者價值觀，而做出的醫療選擇，但這樣的選擇是否屬於自主決策的範疇，值得我們進一步的討論。

從歷史的層面看，中國帝制時代的醫患關係，可以概括為整合在社會禮法秩序中的“病方家長主導”的模式。在這種模式下，作為整體的病家在醫療的全過程均擁有較高的自主權，但作為臨床實踐中的具體個體，病人和醫生都被嚴格整合在傳統的社會和家庭禮法秩序和權力結構之中，“病人—醫生—病家”三方

關係需要依據具體的醫療和倫理情境來靈活地界定各自的權力和利益。另外，文章指出，中國古代醫學從業者沒有形成一個相對自治的、類似於現代醫院和醫學會的專業活動空間和專家組織，而只有散佈在不同時空維度下的家族化職業團體，這使其無法擁有基於專業組織機構的權威。雖然近代（19世紀末）西醫出現，提倡“中西醫匯通”，但各方面的阻力依然很大。西醫學在歷史中發展出來的專業權威和專業體制，以及近代醫學家長制形成醫患關係的基本模式。50年代以後，隨著中國政治體制的改變，醫患關係的結構也隨之有所改變。譬如，醫療衛生逐漸轉變為公共事務，由國家統一規劃和管理的衛生所、醫院逐漸成為醫療活動的主要空間。文革期間，出現“赤腳醫生”和“新鄉醫”這樣具有鮮明中國特色的醫療系統，用“階級”的概念重新塑造醫患關係。80年代後，隨著中國的經濟改革開放，醫療系統發生巨大的變化，醫學倫理學也受到了西方話語的衝擊。作者的歷史回顧，對我們認識西方價值觀與中國文化的衝突，釐清“病人自主權”在中國文化語境下的發展和運用，提供了一個全新的視角。

總之，本期所涉及的器官移植（包括大腦移植）、嗎啡治療、病人自主權等問題，都是目前生命/醫學倫理學所面臨的具體的挑戰。如何在中國的文化脈絡中和當今的政治體制下應對這些問題，會是更大的挑戰。

參考文獻 References

- Benedikter, R. Siepmann, K and Peymann, A. “‘Head-Transplanting’ and ‘Mind-Uploading’: Philosophical Implications and Social Consequences of Two Medico-Scientific Utopias,” *Review of Contemporary Philosophy*, 16 (2017), pp. 38-82.
- Parfit, Derek. *Reasons and Persons* (New York: Oxford University Press, 1984), pp. 199-218.