

未知的收获：器官捐献与死亡的定义

事关生死，基督徒必须了解当前的医疗实践，才能划清圣经的界限。

抽象的

在器官捐献伦理和死亡定义等问题上，事关重大。成千上万的生命悬于一线，而这场争论的导火索是无数疑问。死亡究竟是什么？我们如何判断死亡已经发生？“脑死亡”真的意味着一个人已经死亡吗？为了拯救生命这一崇高目标，器官捐献实践是否已经违背了伦理原则、道德准则和国家法律？

随着医疗技术的进步，这类问题只会变得越来越重要，因此，基督徒日常生活中需要具备圣经知识、科学知识和实践智慧来应对这些问题。以下讨论对比了圣经和世俗框架下关于死亡定义和器官捐献的不同观点，概述了需要考虑的关键医学事实，并提出了切实可行的应对方法。首先，我们有必要更深入地了解这些问题的重要性。

高风险，关键界限

自 1954 年首例肾移植手术成功以来，器官捐献已成为每年拯救数千人生命的途径。仅在美国，器官移植等待名单上就有超过 10 万人，每天有 17 人因等待移植而去世。虽然包括肾脏、部分肝脏、肺叶以及部分胰

腺和肠道在内的许多器官可能来自活体捐献者，但心脏（理所当然地）只能来自已故捐献者。这一点凸显了一个至关重要的概念：死者捐献规则。

尽管并非法律条文，但“死者捐献者规则”是一项伦理标准，它规定不得为了器官捐献而杀害任何人。正如约翰·罗伯逊所言：“‘死者捐献者规则’是社会秩序尊重人性和人类生活的核心所在。它也是自愿器官捐献制度的伦理基石，有助于维护公众对器官获取系统的信任。”即便如此，对救命器官的需求仍然催生了多种变通之法。

一种变通方法是重新定义死亡，使即使有心跳或某些类型脑电活动的人也被认定为“死亡”。另一种在不放弃“死者捐献”规则的前提下增加器官供应的方法是允许安乐死或协助自杀。例如，在加拿大，2016年至2021年间有超过31,000人被医生处死，但该国安乐死后的器官捐献率却高于其他所有国家。第三种变通方法是“器官征用”，即器官在人去世后归政府所有。牛津大学生物伦理学家多米尼克·威尔金森和朱利安·萨武列斯库认为，“器官征用最有可能增加可用于移植的器官数量，但这会以牺牲患者及其家属的自主权为代价。”⁸ 这些伦理学家补充说，增加器官供应的次佳途径“将是器官捐献安乐死（ODE）”，

9 即通过摘取器官杀死麻醉后的人——这公然否定了死者捐献者原则。¹⁰

尽管威尔金森和萨武列斯库倡导自愿安乐死，但现实情况是，即使在那些对安乐死合法化设有“保障措施”的国家，也并非所有安乐死都是自愿的。例如，在荷兰，截至 2021 年的数据显示，有 517 例“未经患者明确要求而终止生命”的案例。¹¹与此同时，在中国，安乐死仍然是非法的，¹²显然，从囚犯身上摘取器官推动了“器官移植旅游”市场的发展。¹³

所有这些“扩展”遗体捐献规则的手段都凸显了基督徒为何需要参与思考器官捐献的伦理问题，并强调即使是拯救生命的行动也必须在伦理界限内进行。圣经的世界观如何帮助我们划定这些界限？答案首先需要对比圣经和世俗对生死的不同看法。

生命、死亡与世界观

圣经世界观承认人类是有形有体、有关系、按上帝形象所造的受造物。作为有限的上帝形象承载者，人类拥有与生俱来的尊严、偶然性和对造物主的责任。人类的悖逆导致了堕落的世界，在这个世界里，死亡和苦难虽然违背自然，却又不可避免。然而，耶稣战胜死亡带来了最终的盼望，使我们能够将死亡视为“已

被征服的敌人”，既不应通过自杀来寻求死亡，也不应不惜一切代价地徒劳抵抗（生命力论）。

¹⁴重要的是，圣经对死亡的看法也允许我们明确区分停止无效治疗和主动杀人。

¹⁵

在我们等待死亡最终被废除（哥林多前书 15:26）的同时，我们有责任去爱他人，包括减轻堕落的影响，以及保护弱势群体免受剥削。

在我们等待死亡最终被废除（哥林多前书 15:26）的同时，我们有责任爱他人，包括减轻堕落的影响，以及保护弱势群体免受剥削。我们必须在上帝本性所设立的道德界限内履行这些责任。¹⁶ 从圣经的角度来看，行为、意图、品格和态度对于道德决策都至关重要，高尚的目的并不能为任何手段辩护。¹⁷

相反，世俗主义假定人类在没有造物主的情况下进化而来。道德是社会进化建构的产物，¹⁸这使得功利主义伦理得以存在，在这种伦理中，目的可以为任何手段辩护。¹⁹这种世界观与表达性个人主义相一致，后者将理性个体奉为真理的权威。这种观念使得那些最有能力维护自身自主权的人可以以牺牲那些缺乏这种能力的人（包括未出生者、重度残疾人和昏迷者）的利益为代价来做出决定。

²⁰在世俗社会中，这些人可能被认为“不配”拥有生命，这意味着他们的器官可以被合理地摘取，用于那些被认为“更配”的人。

死亡的定义

这两种世界观对死亡的理解截然不同。圣经将死亡描述为气息停止、灵魂离世，（对基督徒而言）意味着与主同在。²¹死亡是灵魂与肉体的分离，其标志是“生命气息”的消失。²²我们无法亲眼目睹灵魂的离去；我们只能观察到身体衰败的各个阶段。

历史上，死亡被理解为一种生物学事件，其标志是呼吸和脉搏的永久丧失，代表着“整个机体的衰竭”。²³但到了 20 世纪 50 年代初，随着生命维持技术的发明，生与死的界限似乎变得模糊不清。²⁴随后，1967 年首例成功的心脏移植手术使围绕死亡定义的争论愈演愈烈。²⁵

仅仅几个月后，哈佛医学院将死亡重新定义为“不可逆昏迷”。²⁶重新定义死亡的理由包括“医院床位的需求”和“器官移植的争议”。

²⁷随后在 1971 年，伦理话语从强调尊

重人格转向尊重自主决定，这标志着另一个重要的概念转变。 ²⁸

两年后，总统医学伦理委员会决定，死亡的定义有两种：(1) 呼吸和心跳不可逆转地停止；(2) “全脑死亡”，即“包括脑干在内的整个大脑所有功能的不可逆转地停止”。 ²⁹（值得注意的是，被认为脑死亡的人需要呼吸机维持呼吸，但他们的心脏仍然自主跳动。 ³⁰）

这些定义随着 1980 年颁布的《统一死亡判定法案》（UDDA）成为美国法律，该法案目前正在 2023 年进行修订。 ³²相应地，美国神经病学会（AAN）制定了脑死亡诊断指南，将其定义为“包括脑干在内的大脑功能的不可逆丧失”。 ³³

脑死亡是否有效？

这些定义和指南依赖于一种生物学意义上的死亡概念，即“有机体整体功能的丧失”。 ³⁴这种观点认为，如果没有大脑来统筹所有维持体内平衡的生理过程，身体就会在死亡时瓦解。 ³⁵但后来的研究表明这种观点是错误的。那些被彻底诊断为“脑死亡”后依靠呼吸机维持生命的人，仍然能够维持体内平衡、抵抗感染、消化营养、排出废物、愈合伤口，并且能够经历生长发育、青春期和生育。

³⁶按照传统观念，尸体不会进行这些活动。

但还有更多。被判定为脑死亡的患者也可能出现一些动作，许多医生将其解读为脊髓反射，但也有人认为这些反射“源于脑干而非脊髓”。³⁷据估计，在约 50%的脑死亡诊断中，负责维持体内平衡的大脑下丘脑仍在运作。³⁸其他研究发现，在 56 名被宣布脑死亡的患者中，有 20%的患者脑电图（EEG）仍有活动。³⁹

或许最令人不安的是，众所周知，那些被判定为脑死亡或因短暂脉搏消失而死亡的人，在接受未麻醉的器官摘取手术时，会表现出应激反应，包括心率加快、血压升高、出汗、流泪（哭泣）以及应激相关激素激增。⁴⁰许多医生将这些反应归因于脊髓反射；⁴¹另一些医生则指出，即使是那些因脊髓损伤而感觉不到疼痛的人，也会出现类似的应激反应；⁴²然而，也有人警告说，患者的意识状态既未知又可能存在，并主张器官捐献者应接受麻醉。⁴³

即使承认“脑死亡”的人仍然能够做一些事情，2008 年总统生物伦理委员会仍然坚持将死亡定义为：（1）心跳和呼吸不可逆转地停止；（2）脑死亡，即“大脑完全衰竭”。⁴⁴但奇怪的是，这种“完

全”的定义仍然允许一些持续的脑功能（例如，下丘脑的功能）。这怎么可能呢？对此，一些人回答说，脑死亡仅仅意味着没有*关键的*脑功能，或者下丘脑执行的是*活动而非功能*。⁴⁵但另一些人则认为这些论点只是别有用心文字游戏，因为下丘脑*确实*执行着一些可以被恰当地描述为关键的生理功能。⁴⁶正因如此，“没有脑功能”与“一些脑功能”可以同时存在的说法被批评为“一种令人印象深刻的、对逻辑矛盾毫不在意的大胆之举”。⁴⁷然而，这一说法在更新后的美国神经病学会(AAN)指南、世界脑死亡项目 2020 年对脑死亡的定义以及《统一死亡诊断法》(UDDA)的修订提案中仍然存在。⁴⁸

值得注意的是，总统生物伦理委员会为其立场辩护称，即使脑死亡患者可能并未*完全*丧失脑功能，但他们已无法“履行生物体的基本职能”。⁴⁹该委员会指出，这种基本职能包括感知和回应环境的能力，以及“为自身利益而对环境采取行动的能力和动力”。⁵⁰但其他人则回答说：（1）从生物学角度来看，脑死亡患者*确实*会以某种形式参与这些活动，尽管很可能是无意识的；（2）该委员会的立场代表着一种令人担忧的转变，即从*生物学的角度转向哲学的角度*来理解人类的生死。⁵¹这种新的哲学理解与表达性个人主义相一致，认为只

有某些类型的人类生命（即能够自主行动的生命）才“值得活下去”。

但并非所有理事会成员都同意这一观点。包括主席埃德蒙·佩莱格里诺在内的两位理事会成员发表的个人声明指出，临床医生目前用于宣告死亡的生物学观察结果⁵²并不一定能得出有效的哲学意义上的死亡结论⁵³。例如，我们不能说一个缺乏某种特定脑功能的人已经死亡，而不预先做出人格依赖于这种功能的哲学假设。佩莱格里诺推测道：“在我看来，支持神经学标准的理由并不充分。支持该标准的临床测试和体征与心肺标准一样，都值得怀疑。”⁵⁴

脑死亡检测中的问题

佩莱格里诺究竟提出了什么疑问？要回答这个问题，需要概述美国神经病学会（AAN）目前关于脑死亡判定的建议指南。⁵⁵首先，医生必须通过仔细记录来确保昏迷有明确的病因。然后，必须排除可能与脑死亡症状相似的其他疾病。⁵⁶接下来，医生会测试患者对各种刺激的反应，包括声音、光线、寒冷、压力或疼痛。之后，患者通常会接受呼吸暂停试验，即在脱离呼吸机的情况下吸氧。这可以检查患者是否会尝试自主呼吸。如果在患者血液

中二氧化碳浓度达到一定水平之前没有出现任何呼吸尝试, 则可以判定患者脑死亡。⁵⁷

遗憾的是, 这些指南并非总是得到严格遵守。

⁵⁸即使得到遵守, 人们仍然对其充分性存有疑虑。神经病学教授艾伦·休蒙 (Alan Shewmon) 撰写并由 120 多位医学、法律或生物伦理专家签署的一份最新声明, 至少从四个层面表达了此类担忧:

⁵⁹

1.

检测意识:

2.

医生可以通过测试观察患者是否对刺激有反应, 但 these 观察结果并不一定能证实患者即使无法做出反应, 是否也意识到了刺激的存在。仅仅因为没有证据表明患者有意识就假定他们处于无意识状态, 这是一种诉诸无知的谬误。

3.

4.

确认功能完全丧失:

5.

医生不会 (在某些方面也 无法) 直接检测所有脑功能, 例如下丘脑活动。⁶⁰因此, 数十年来脑

死亡的判定并不符合《统一死亡判定法案》（UDDA）中“整个大脑所有功能不可逆转地停止”的定义。

⁶¹

6.

7.

确认不可逆性：

8.

脑死亡测试并不一定能证实脑功能已*不可逆转地*丧失。它们不仅无法“直接反映负责这些功能的脑部结构完整性”，⁶²而且通常只需要观察患者几个小时。然而，正如一些被诊断为脑死亡后恢复了不同程度功能的案例所表明的那样，短短几个小时可能不足以让受损的大脑展现其真正的功能。

⁶³

9.

10.

消除混杂因素：

11.

目前的检测程序无法（或许也无法）排除所有可能模拟脑死亡的可逆情况，从而导致脑死亡的误诊。例如，全脑缺血半暗带（GIP）是指脑血流量低到患者无法对检测做出反应，但又高到足以使许多脑细胞存活。在

脑死亡发生的过程中，脑血流量的下降必然会经历一个与 GIP 相符的范围，但这并不一定意味着脑死亡——尽管在此阶段接受检测的患者会被判定为脑死亡。

⁶⁴这些因素凸显了 Joffe 等人评论的重要性，即“在正确诊断的脑死亡病例中，如果进行以下检测，会出现以下结果：约 20% 的病例通过放射性核素血管造影显示脑血流持续存在，超过 20% 的病例未发现广泛的脑组织病理学破坏。”⁶⁵

12.

针对这些担忧，一些常见的回应认为：（1）脑死亡的认定已被广泛接受数十年；（2）至今为止，还没有哪个被正式宣布脑死亡的人康复过。此外，（3）脑死亡的认定能够为预后极差的患者提供重要的救命器官来源；（4）质疑脑死亡的认定或在器官捐献过程中使用麻醉剂会降低公众对器官获取系统的信任。

⁶⁶

但针对问题(1)，一个概念的使用广泛或历史悠久并不一定意味着它就有效。针对问题(2)，Shewmon、Joffe 等人指出，一些患者即使被按照美国神经病学会(AAN)的指南宣布脑死亡，其脑功能也得以恢复；此外，大多数被判定为脑死亡的患者没有机会恢复，因此“无人能够恢复”的说法是一种自我实现的预言。

⁶⁷ 针对问题(3)和(4)，无论生命是否

被认为“值得活下去”，崇高的目标都不能成为侵犯人类生命的理由。

对器官捐献程序的担忧

全球捐献与移植观察站的报告凸显了这场辩论的重要性：2021年，78%的非活体捐献器官来自被判定为脑死亡的患者（即“心脏跳动捐献者”）。⁶⁸其余器官则可能来自根据心肺标准判定为死亡的患者（即“非心脏跳动捐献者”）。这两种捐献方式都引发了人们对以下两方面的担忧：（1）死亡诊断的不可逆性；（2）患者是否知情。

关于第一个问题，UDDA（至少在2023年修订之前）要求将脑死亡和心脏死亡理解为不可逆状态。

⁶⁹但正如上文所述，目前的脑死亡诊断方法并不能排除所有潜在的可逆情况。虽然通常在心脏骤停两到五分钟后摘取器官，但研究人员已记录到多例心脏在此时间范围后自动复跳的案

例。⁷⁰在一个悲剧案例中，一名女性在心脏停止跳动两分钟后被宣布脑死亡，但在器官摘取过程中开始喘息。⁷¹随后她被注射了致命剂量的芬太尼，其死亡被认定为他杀。⁷²即使患者的心脏没有自发复跳，复苏也可以在心脏骤停后相当长一段时间内恢复心跳。因此，即使患者可能事先要求不进行复苏，两分钟后心跳停止也不一定

意味着不可逆。因此，UDDA 的更新提案呼吁将与死亡相关的标准视为永久性的，而非不可逆的。⁷³ 然而，乔夫等人指出，这就像仅仅因为没人救就称溺水者“死亡”一样。⁷⁴

第二个担忧是患者可能仍有意识，因为被宣布“死亡”的捐献者通常仍表现出某些形式的脑活动和对手术的应激反应。神经外科医生 PJ Young 和 BF Matta 虽然指出这些反应“可能源于脊髓”，未必是对疼痛的反应，但他们仍然认为，为了捐献者的利益，“在器官捐献过程中应给予镇静、镇痛和肌肉松弛剂”。

⁷⁵ 近期，哈佛医学院和多伦多大学的其他作者也重申：“尽管根据神经学标准被宣布死亡的患者仍有可能感受到疼痛，但谨慎的做法才是最符合伦理的做法。” ⁷⁶

NRP：更令人担忧

对于一种名为常温区域灌注（NRP）的新兴器官获取技术而言，不可逆性和患者知情权这两个问题都更加突出。在 NRP 中，外科医生在心脏骤停后等待 2 至 5 分钟，然后打开患者胸腔，夹闭通往头部的动脉以阻断脑部血液供应，并重新启动循环，直至心脏恢复自主跳动。⁷⁷这使得温暖的血液能够在器官中循环，防止器官功能恶化。正如美国内科医师学会 2021 年所言，NRP “更准确的描述是心肺骤停和脑

死亡诱导后的器官获取”。⁷⁸尽管存在争议，NRP 不仅在美国、英国和欧洲开展，而且越来越受欢迎。⁷⁹

NRP 显然违反了心脏死亡和脑死亡不可逆性的标准。显然，所涉及的心脏死亡并非不可逆（甚至不是“永久性的”），因为心脏已经重新启动。⁸⁰如果由于两到五分钟的脉搏停止而已经发生了不可逆的脑死亡，那么外科医生为什么还需要夹闭动脉呢？

⁸¹ NRP 的支持者回应说，这项技术“不会导致脑死亡”⁸²，而只是“确保脑功能自然停止”⁸³，并补充说，在标准的非心脏跳动器官捐献中，当外科医生用冷液体冲洗心脏时，也会发生同样的结果。⁸⁴但其他医生反驳说，夹闭动脉很难说是自然的；标准技术不会故意停止脑循环，也不会重新启动心脏。

⁸⁵

一项 2022 年针对 16 头猪进行的常温区域灌注（NPR）研究的数据凸显了这些担忧。⁸⁶作者在文章开头指出：“在循环死亡后捐献（DCD）中，常温区域灌注（NRP）后夹闭对大脑的影响仍然未知。”换句话说，尽管外科医生多年来一直在人体上进行 NPR，但没有人测试过夹闭与大脑相关的动脉是否有效。因此，研究人员让猪的心脏停止跳动 8 分钟（而非 5 分

钟)，并进行 NPR，仅夹闭部分猪的主动脉。结果显示，虽然夹闭的猪“确保了脑功能的永久性停止”，但那些心脏在未夹闭的情况下重新跳动的猪不仅表现出脑活动，而且开始喘息。显然，无论从哪个标准来看，未夹闭的猪都不能被认为是死亡的。与此同时，夹闭的猪的脑功能丧失证实了夹闭确实会导致脑死亡。因此，无论采用哪种死亡定义，这项研究的发现都驳斥了 NRP 不违反死亡捐献者规则的说法。87

基督徒应该如何回应？

但是，即使是崇高的努力也必须在圣经的道德框架内进行，这意味着对所有人类生命的高度尊重——而不仅仅是那些符合个人主义理想的生命。

面对器官捐献和死亡定义的这些现实，基督徒该如何回应？从圣经的角度来看，我们希望减轻堕落的影响，而器官捐献提供了一种有效的方法。但是，即使是高尚的努力也必须在圣经的道德界限内进行，这包括高度尊重所有人的生命——而不仅仅是那些符合个人主义理想的生命。圣经的一个关键界限是，不可夺取无辜的生命。因此，在进行器官捐献之前，必须对一个人是否已经死亡毫无疑问。

值得注意的是，即使在基督徒内部，对于脑死亡是否有效，以及某些脑功能（例如下丘脑）是否能在“脑死亡”后继续存在争议。但正如如果建筑物内仍有人存在，那么拆除建筑物就是错误的一样，如果人的灵魂（更不用说任何意识）可能存在，我们也不应该摧毁人体。鉴于即使是崇高的目标也不能成为侵犯上帝形象承载者的理由，因此，我们完全有理由谨慎行事，拒绝接受许多现行的器官捐献程序和脑死亡宣告做法的伦理有效性。

重要的是，这种拒绝并不意味着接受生命力论。对于真正濒临死亡的患者，可以合法地停止无效治疗。但这些患者必须得到富有同情心的姑息治疗，并在器官获取之前，被允许真正地、不可逆转地、无可争议地死亡。同样，基于圣经的谨慎也不要求拒绝在符合上帝旨意的明确伦理界限内进行的器官移植。此类做法可能包括接受活体捐献者的器官，以及根据心肺标准被认定为真正不可逆转死亡的捐献者的器官。⁹⁰ 这些界限会限制器官的供应，但任何阻止为获取器官而杀人的界限也会如此。

与此同时，基督徒研究人员可以寻找其他方法来扩大器官的供应——例如，使用冷冻器官或实验室培育器官——以减轻堕落带来的影响，同时又不违反伦理界限。基督徒 医生可以根据他们对死亡定义的理解，

得出符合圣经的结论，并可以拒绝违背自己的良心，去冒犯可能仍然活着的病人。基督徒公民和病人可以了解当地政府的器官移植政策，并选择不以任何违背基于圣经的个人信念的方式捐献或接受器官。基督徒家庭可以为住院的亲人争取权益，确保他们的器官在他们彻底死亡之前不会被摘除。

总结

总而言之，围绕死亡定义和器官捐献的伦理困境要求基督徒以圣经的理解、科学知识和实践智慧来应对。圣经的理解支持努力减轻堕落的影响，但前提是必须在明确的界限内，尊重上帝的形象，避免夺取无辜的生命。目前的科学知识对于当今的器官获取实践是否违反这些界限仍存在诸多未知。但*已知的事实*（包括许多“已故”的器官捐献者实际上并未完全丧失循环或脑功能）要求基督徒研究人员、医生、公民、患者及其家属做出切实的回应。圣经的智慧表明，当对患者是否死亡存在任何争议时，应谨慎行事，拒绝摘取器官。通过坚守圣经的界限，并在这些界限内寻求帮助他人的方法，基督徒可以在这些至关重要的问题上，坚守尊重生命的原则。

致谢：我衷心感谢各位医生和生物伦理学家，他们关于脑死亡和器官捐献的演讲对我确定本文的关键问题和参考文献起到了至关重要的作用。特别感谢在 2023

年生物伦理与人类尊严中心年会“基督教在生物伦理学中的地位再探”上就这些主题发表演讲的三位专家，以及海蒂·克莱西格博士，她的网络研讨会“[器官捐献：利弊分析](#)”提供了更多有益的信息。关于这一重要议题的更多信息，请参阅克莱西格博士的新书《[脑死亡谬误](#)》，该书将于2023年10月出版。

读完这篇文章，你心里是否有一些触动？有没有一些新的想法，或者值得你认真思考的问题？或许，你也开始重新思考自己的信仰和人生的方向。

如果你愿意，现在就可以向上帝祷告，打开心门，成为祂的儿女。祷告不需要华丽的言辞，只要一颗真诚的心。你可以这样祷告：

天父上帝，

今天我来到你面前，愿意立定心志，宣告我相信耶稣基督是我的救主，是我生命的主。我愿意离开过去那些不讨你喜悦的生活方式，求你赦免我的过犯。靠着你的恩典，帮助我学习顺服你、爱人如己，活出你所赐的新生命。求圣灵每天引导我、扶持我，使我一生荣耀你的名。奉主耶稣基督的名祷告，阿们。

如果你已经做了这个祷告，愿你知道，你并不孤单。信仰的道路需要陪伴和成长。鼓励你在自己居住

的地方,寻找一间合适的教会,与弟兄姐妹一同聚会、学习和成长。

如果你有任何疑问,或在信仰上需要帮助,欢迎随时写信与我们联系。我们愿意倾听,也愿意与你一同前行。