

醫學與生死

口述 / 王正一教授

整理 / 黃秋惠

感恩王正一教授不吝賜稿予「明師講堂」專欄。
教授之文章已於2009年8月集結成《102個可能》
一書，由靜思人文與原水文化合作出版。



相對於一般人，在醫院工作的人，對於死亡，可說是「司空見慣」。不過，對於一個尚未真正踏入醫學領域的醫學生，遭遇病人的死亡，會是非常巨大的衝擊。

消逝與重生

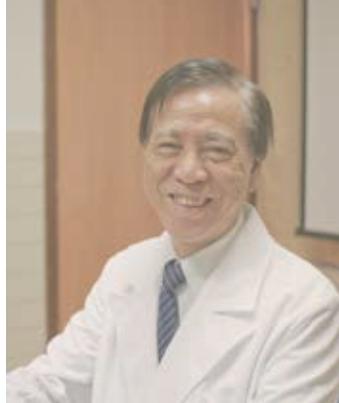
我自己第一次遇到病人死亡的經驗，雖然已經是四十多年前的事了，當時擔任R1(第一年住院醫師)，我還是記得一清二楚；那是台大醫院四一六病房第一床的余張女士，四十二歲，長期的心衰竭，主治醫師想盡辦法要幫她改善，給了她半顆藥，在半小時後因慢性心衰竭被宣告不治。照顧了她很長的時間，雖然是一個小醫師，我與病人的感覺卻像一家人，心中的傷感與失落感也不亞於家屬。更特別的是，其中夾雜了對於醫療失敗的錯綜複雜情感，「人定勝天」的俗諺在醫生的身上沒有發生，沒辦法讓眼前的病人起死回生，還要面對家屬，要安慰他們。

我的第一個死亡病人，也成為我的第一例病理解剖個案，後來也將結果討論發表；感謝病人的奉獻，讓醫學得以有長足的進步。

而醫學生涯剛起步時的第一次「起死回生」，也同樣發生在四東病房，更加深我對於死亡的警覺與好奇。那是四〇八房第一床，膽囊發炎、醫師囑咐要靜脈注射一種新的抗生素(Pentrexyl)，病人突然心跳、呼吸停止，值班的我衝過去急救，幸運地救回病人。我忍不住好奇，曾經停止心跳呼吸的人，不就像是站在死亡世界的門口，那會是什麼感覺？這位被我救活的第一個病人試著回憶，他說：「我只感覺一陣冷，然後就昏過去，什麼都不記得。醒來之後，就看到你們了。」這麼多年過去了，我依然好奇地從病人身上探詢、學習「死」是什麼世界？

「年」的記憶

關於死亡的議題，我想先從中國人的「年」談起。從小，我們就聽長輩說要過年，傳說有一隻叫「年」的怪獸，就要來把人吃光光，人們就想，反正明天世界就毀滅，大家都沒命了，



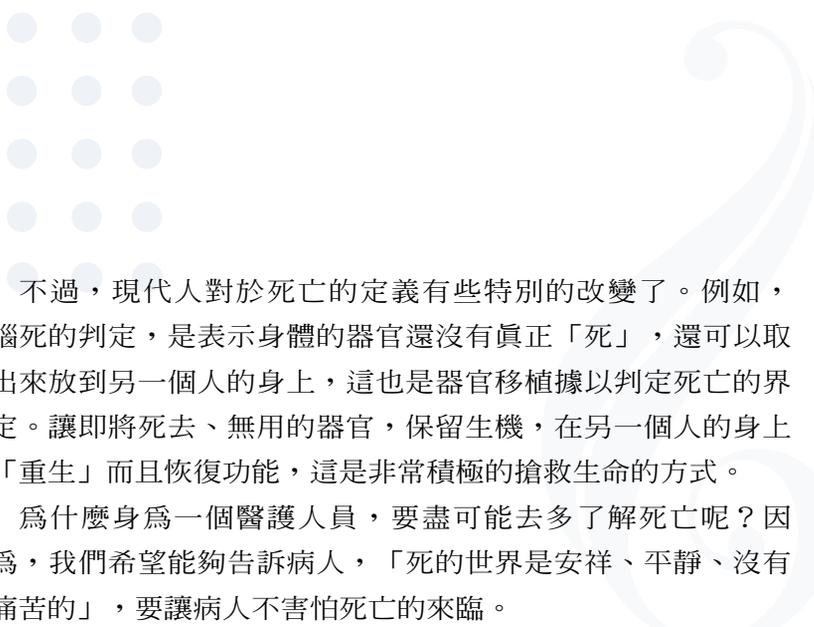
乾脆在年獸來的前一天晚上，盡情享受，大吃大喝、高高興興地大肆慶祝，熱鬧地以喜樂的心情歡度；這也就是中國人歡度過年的由來，第一天，大家都未被「年」吃掉，就互道恭喜，特別喜悅快活。殊不知，這也種下了中國人對於死亡的負面印象；過年關的背後不知有多少辛酸及痛苦，不知不覺訓練了我們接受——死亡，是一件可怕的事，也是一般人看待死亡的通則。如同歷史記載，在執行死刑之前，會送上最後一頓可口的晚餐，也代表了對死的負面印象。

醫學上，死亡的定義是心臟停止、呼吸停止、氧氣交換停止，無血壓脈搏、瞳孔放大、肛門括約肌放鬆，這些都是體表上的變化。而此時，身上、腦部的細胞還有某些細胞仍然是活著的；死亡，是一個漸進式的過程，從一部分細胞死亡到全身細胞死亡。死亡，導致生命現象將永久消失。

有生才有死，生命到底是什麼？母親把生命分給下一代，代代相傳，這是生物生命的特性。生命是如何產生的，也是一個很不容易解釋的事實。活的生物體會生長、繁殖，有新陳代謝，會運動，也會退化，高階的生命會思考、有智慧，甚至能創作……，生命從何而來？這些是非常神秘，非常特殊，同時難以回答的問題。

與天堂通訊 充分準備臨終

我曾經有一個構想，要設計一套新的資訊系統，名字都取好了，叫「與天堂通訊」；讓每個人把在世時的影像畫面預先錄下，死後讓親人繼續看到，例如：女兒六十歲的生日賀禮……，滿足一個人面臨至親死去後的思念，死去的親人是喚不回、因而心中也會擔心親人在另一個世界裡會不會受苦。這套系統，不就等於讓一個人繼續活著嗎？隨時可以看到聽到長輩的聲音與面容。醫學上的死亡，是永久的事，如大江東去不復返，一個人活著時有血液循環，身體溫熱，一死之後，體溫消失，只剩冰冷的身軀。當親人死亡，活著的人要如何為他構築「死後的世界」？即使有些人真的走到死亡世界之門口，並沒有真的進去，那只是「瀕死」，並非真的死去。



不過，現代人對於死亡的定義有些特別的改變了。例如，腦死的判定，是表示身體的器官還沒有真正「死」，還可以取出來放到另一個人的身上，這也是器官移植據以判定死亡的界定。讓即將死去、無用的器官，保留生機，在另一個人的身上「重生」而且恢復功能，這是非常積極的搶救生命的方式。

爲什麼身爲一個醫護人員，要盡可能去多了解死亡呢？因爲，我們希望能夠告訴病人，「死的世界是安祥、平靜、沒有痛苦的」，要讓病人不害怕死亡的來臨。

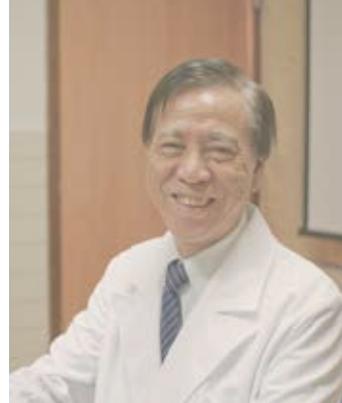
當我在照顧病人時，如果病人已經無可避免地即將走到人生的盡頭，我一定會在他身邊陪伴，不管是死前一周、三、兩天，或是數小時，一直到最後。學習(病人)臨終的照顧，是永不止息的。

而對於家屬、對於病人本人，我建議醫生要善盡告知的責任，預告死亡的來臨，提醒他有什麼要交代的；如果剩兩三天，只夠向至親好友說再見而已；最好(有)是半年之前，才足夠好好準備；一般臨床上有五年活存率，如果病人的生命可能在五年內結束，就應該告訴他（暗示，是比較不傷人的方法）可以讓他有充分的心理準備。

人生必修課程

每個人對於死會不會恐懼？活的時候避諱不談，並不好，死亡代表永遠的告別，再不能陪喜歡的人、做喜歡的事，是很大的遺憾。所以有生之日、就要好好地活，好好地愛，好好相陪，何苦吵鬧來哉。

死亡事實上是一系列變化的結局，當呼吸停止、血管中的氧氣逐漸減少、然後壞死，膚色由紅潤轉灰黑；所以在宣布死亡時，仍有一些細胞尚未死去，但死亡，人沒有知覺、感覺，也沒有痛苦了；死亡的世界，沒有人，沒有活著的人真正有經驗待過，沒有誰真的逛過；也許會有人敲門要進入，甚至跨過門檻，真正進入死的世界的人，卻無緣再回來告訴我們所見所聞及其親身感受；也許有人到了門口，也敲了門，卻沒進去成，所以根本不知道裡面的情況……也許有的人轉世投胎，可惜新



的人生世界卻難以體會這個新生命的過去，有苦難言，所以新生兒一直哭……

所以，身為醫師、護理人員，有相對多的經驗，有緣與死神對話，可以盡量分享自身經歷過的死亡事件，也把體驗分享給病人。因為沒有人體驗過死亡，所以，我會去好好聽聽從「鬼門關」前回來的人的想法、感覺，在死前三、二、一分鐘、或死後的短暫時分，那一刻，到底是什麼感覺？

許多的宗教家談重生或轉世，甚至靈媒也可與往生者溝通等等，我並不了解，但我相信宗教都是以善為出發點，鼓勵大家尋求人生美好的結局。我不知道到底有沒有天堂、地獄？但至少可以讓活著的人心中有天堂，多做善事，多積陰德。所以我是贊同這樣的理念，讓活著的人有健康積極的生活態度。

父母離世衝擊 實踐理想使命

我的父母在同一年離開，我受到嚴重的衝擊；父母離開的那一年，我好不容易升上教授；經過一番省思，我清楚，活著，一切才算數；活著，就應該實現人生的理想、使命，而醫學教育的傳承，是我自許最重要的使命任務。

所以最早做大腸內視鏡的我，毫不藏私地傾囊相授，我非常重視教學，一定要盡快地把專業傳揚出去，也會有更多病人得到幫助，所以每年至少訓練三到五位醫師成為大腸內視鏡專家。即使從台大醫院退休，我仍然到各大教學醫院、醫學中心四處教學，而我也從未放棄在臺大腸鏡的教學，每週一次，每次約一個小時。

醫護人員在從業生涯中，不斷地面對死亡，不斷地學習；但也要學會一件最重要的事——幫助病人避免死亡。除正確的醫療處置之外，早期診斷出疾病，更要具備急救能力，減少病人死亡。

死亡學的主要目的是希望以科學的精神及方法研究人類死亡的課題，減少人類承受痛苦的過程，並改善人類有生之年的生活本質。死亡學這個辭彙最早是一九〇三年由法籍俄國生物學家亞力·米特尼可夫(Elie Metchnikoff)率先提出的。其實，不

只是醫護人員，每一個人都需要修習「死亡學」。

在一九六九年，在急診處實習，第二年院醫師的我在認真急救病人的同時，熱衷地研究瀕死者的生理變化，發現動脈血的酸鹼值會降至六點八以下，也會在把病人救回之後，了解這些生還者的感觸，這個階段是我初步探討生死交關的醫學觀的時期。

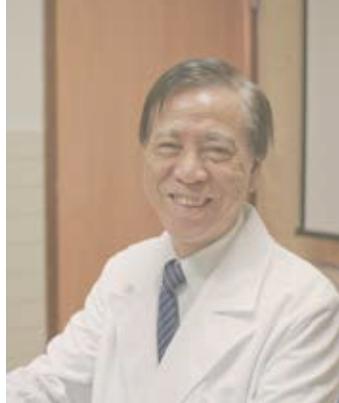
到了一九八六年，我接下了醫學倫理課程的講授，開始帶著學生們探索生死的奧秘，希望建立比較「健康」的「生」與「死」的觀念。

跨越生死橋

當死亡逼近時，人才能體會到「人生是一道課題、一樁任務，甚至一份使命」。我的生死學問全是來自每一個病危者，當他們被救回來時，對死的經歷卻有不同的見解。我在第二年及第三年住院醫師時期，利用CPR技術救回了不少人。這些來回鬼門關的「旅客」，他們所看到的、體會到的死亡世界，是我的生死學的重要內容。

有的人說，他完全沒記憶。有人說，他感覺自己變得好輕，一推就掉入深谷中，直直掉落，毫無抵抗力。還有些人說他們看到了一些人影，或許是已逝的至親，雖然影像的邊線很模糊，但又聽到人聲，又像是水流動的聲音。當然也有人說他發現自己騰空地飛上天花板，看著一堆人在地上忙成一團，仔細一看原來是在幫床上的自己急救。還有一個印象很深的是一位六十歲的女士，車禍出血昏迷、呼吸停止，急救後清醒的她回憶昏迷時的記憶：她說當時天色昏暗，彷彿來到郊外，眼前有一座橋，她緩緩走向橋頭，依稀看到橋的另一頭是一位婦人對著她揮手，定睛一看發現是媽媽，高興地想走上橋，媽媽卻揮手，揮得很用力，原來是揮手要她別過橋，她只好往回走，不上奈何橋了。然後她醒轉了。

最近還有一個經驗是去年一月去日本與一位醫師友人對談。程醫師說那是在他五十五歲那一年，溺水的經歷。他最初難過、掙扎，但當水充滿肺部時就不再難過了，甚至很舒服，他也心裡有數，是要死了；不過接著被弟弟救上來，CPR過程又痛苦異常，



然後就重生了。所以死，並不難過，所以不必擔心。

這許許多多的經驗談，都成為我教育自己和學生的生死學內容。眼睜睜看著病人死去，對醫生是很大的壓力，但是，還是要有機會去面對，學習去面對處理。有些許多寶貴的經驗，很難解釋，細節部分還不太確定，作為教材、討論，卻很有價值，也很震撼。病人家屬如何照顧癌末病人，「老爸的單程車票」這部電影是我推薦的好教材，很值得探討，尤其是對年輕醫學生會非常有幫助。教導別人好好去面對死亡，一方面能接受他人的照顧，有願望也要說出來，讓大家幫助他盡快完成宿願，人活著的日子是有限的。對於會接觸臨終病人的醫療單位，每一個工作人員都要先知道一點生死學的大概，這是必要的準備。

安寧緩和無懼

陪著病人面對死亡時，我感受到他們的心情從最早的焦躁轉為平和，但在死前卻面臨著肉體最大的痛苦，呼吸急促、肌肉僵硬，所以，我非常認同安寧療護的照顧措施，例如，一位朋友母親，九十多歲，癌末階段，在最後的時刻，在我的醫囑建議下，將嗎啡加入到點滴中，讓她老人家呼吸安定也緩緩減慢中止，毫無痛苦，平靜地、慢慢地走了。

醫學日日在進步，注重的是促進健康、延長生命，也試圖征服死亡。但卻常忽略瀕死臨終時期也是人生的一部分。對於死亡前的照顧，需要專業的學習與訓練，尤其是醫護人員要有心理上的準備，要知道方法安慰病人及家屬。

每一個人，一生都要面對死這一難關；早有準備，早日得償宿願，甚至早日向家人道別，舉辦生之日之告別式，都是一種讓自己安然離開的方式。也許如同證嚴上人所說，逝世，就是去「往生」。一個舊生命的結束，即是另一個新生命的開始，那麼死亡又何足懼哉！

不過臨床上，不應該死的、即一些突發的狀況，一定要積極搶救治療。





謙卑審慎膚慰

醫師在面對病人的死亡時，應該尊重家人的選擇，尊重對方的宗教信仰，在不違反法律規定及醫療原則下，盡可能達成病人與家屬的願望及希求。至於病人家屬的需要，首先要告知實情。萬一家屬意見不同時，請他們自行協調決定，醫師可以做到的，會盡量去做。

放棄急救的部分，要確認是誰的意願，有沒有家屬反對。但是，醫師永遠不要勸病人不要急救，但可以告訴他們急救有沒有意義，要客觀地讓病人自主決定。關於要不要放棄急救(DNR)，也是病危時要先確定的事。

最最需要提醒的是，病人彌留階段，醫生一定要在旁邊，不能以為「不急救，就是放棄醫療」，「不醫療就可以不理會病人」。這是目前病人簽署 DNR(放棄急救同意書) 之後，最不該有的現象——醫師不見了。接著是要確認死亡及時間，以心臟停止為判斷依據。當確認死亡時，告訴家人病人死亡的確切時間。

萬一病人突發死亡，家屬不在旁該怎麼辦呢？在盡速聯繫的同時，持續的CPR急救，至少一小時才可以放棄。醫院要努力，一直聯絡到家屬為止。

安撫家屬的情緒，也是醫護可以略盡薄力的。尤其是老年喪偶、中年喪子是最難接受的，醫師或護理人員要適時安慰家屬，「病人已經毫無痛苦地離開了」，「醫院、家屬，大家都盡力了」，請家屬節哀堅強，好好辦後事，往生者才會安心。

至於病理解剖、器官捐贈等等，不需要強求，如果有意願，儘量去做。而醫院的志工在照顧家人時，要給予開導、輔導，及陪伴，這個角色很重要，讓家屬得到安慰。

最後，如果問我，人可以自我處理生命嗎？我想應該是不可以的，不可以自殺或安樂死，應該是順其自然。

生與死，都是醫療從業者的切身功課，面對死亡的最佳方法，就是好好地過每一天，發揮自己的功能，把本事、技術、成就及理念，傳承下去。

