

Vital Signs

前一秒生，后一秒死。以爱之名，我们竭尽全力挽留每一个生命。

生死思考

一位资深临床医师对生命
最后时日的理性见证

国际重症监护学第一权威

Vital
Signs

生死思考

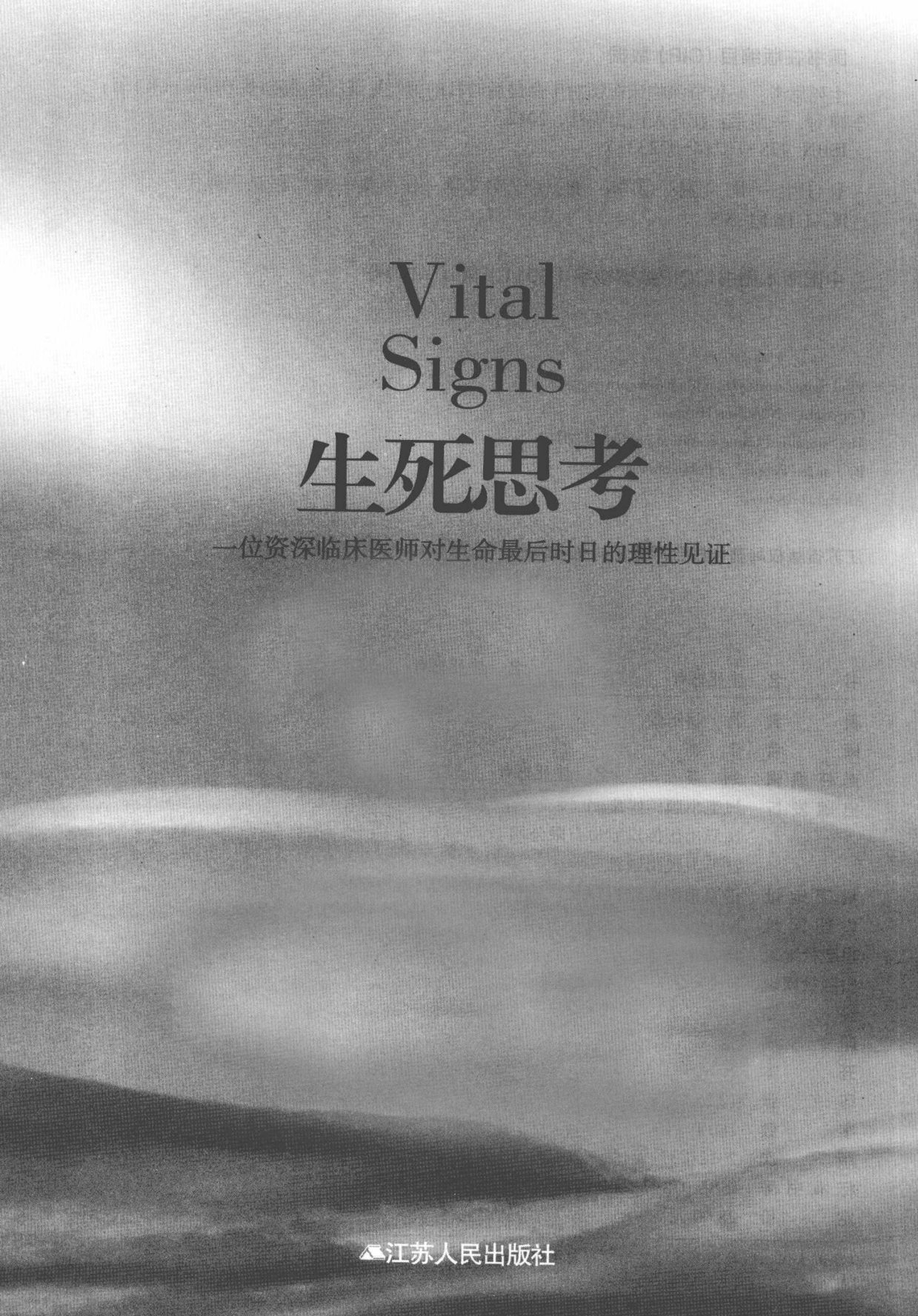
THE VITAL SIGNS OF
LIFE AND DEATH

ALFRED D. HARRIS

1954

1954





Vital Signs 生死思考

一位资深临床医师对生命最后时日的理性见证

江苏人民出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

生死思考：一位资深临床医师对生命最后时日的理性见证/ (澳) 赫尔曼 (Hillman,K.) 著；李婵译. —南京：江苏人民出版社，2012.3

ISBN 978-7-214-07233-7

I. ①生… II. ①赫…②李… III. ①纪实文学—作品集—澳大利亚—现代

IV. ①I611.55

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第101989号

Vital Signs: stories from intensive care

Copyright © 2009 Ken Hillman

The Simplified Chinese edition published 2011

By Jiangsu People's Publishing House

All rights reserved.

江苏省版权局著作权合同登记：图字10-2011-091

书 名 生死思考：一位资深临床医师对生命最后时日的理性见证

著 者 肯·赫尔曼

译 者 李 婵

责任编辑 刘 焱

出版发行 凤凰出版传媒集团
凤凰出版传媒股份有限公司
江苏人民出版社

集团地址 南京市湖南路1号A楼，邮编：210009

集团网址 <http://www.ppm.cn>

出版社地址 南京市湖南路1号A楼，邮编：210009

出版社网址 <http://www.book-wind.com>

经 销 江苏省新华发行集团有限公司

印 刷 北京瑞达方舟印务有限公司

开 本 700毫米×1000毫米 1/16

印 张 12.25

字 数 160千

版 次 2012年3月第1版 2012年3月第1次印刷

标准书号 ISBN 978-7-214-07233-7

定 价 28.00 元

(江苏人民出版社图书凡印装错误可向承印厂调换)

前言

许多人会在重症监护室度过生命的最后时日，但对于其中大部分人来说，这段经历既痛苦，又没有任何意义，只会给病人及家属带来不必要的痛苦和折磨。大约三十年前，死亡还被人们看做是一种相对正常且无法避免的人生经历，而现在则成为一种高度医疗化的仪式。现今，如果老年人突发急病面临死亡，或是病情恶化，家人都会叫来救护车将其送往医院——即使病人本身无意于此。不管急诊室采用的治疗手段是否合适，它都一直肩负着生命急救的重任，好让病人接下来能在医院里顺利地继续治疗。而后，根据惯例，这些病人最终都会被送到重症监护室。有些病人会被直接从急诊室送过去，而有些病人则会先到普通病房待些时日，然后再被转去重症监护室。

病人通常很难逃脱这条医疗“传送带”，其中原因诸多，也很复杂：现代医学总能给人以虚幻的期冀，而这种期望又在形形色色医学奇迹的故事中更加深入人心；政客不关心这类事情，医护机构也只能提供有限的临终关怀，不管结果如何，他们都不会因疏忽大意导致谋杀而被指控；基金不足，使得相关人员很难进行其他临终关怀方式的开发研究；关于

临终关怀的解决方案，社会讨论不一，很难提出统一意见；医学日益专业化，导致没有人知道除自己专业以外的其他医疗知识；还有一个不可否认的事实是，对病人采取积极治疗很简单，让病人及其家属接受死亡却既困难又费时间。现行医疗体制、诊断程序及医疗赔偿更是让情况雪上加霜。在这一体制下，服务水平的高低取决于医疗费用投入的多少，诊断程序和赔偿金额由诊断小组全权拟定，而医院却很少鼓励医护人员投入到护理临危病人这一难度大又耗心力的工作中去。另外，还有来自道德伦理方面的困扰——法律不讲人情，医护人员大都担心扯上官司之后会狠狠赔上一笔。所有因素表明，除非已经用完了所有医疗手段，或是直到生命的最后几分钟，病人才可能被勉强放下这条“传送带”。至于关于如何帮助这些病人，或是如何适当看护的相关规定更少得可怜。因此，我的专业——重症护理，往往就成为临终服务的代替品，因为对于社会来说，临终关怀耗资巨大，却没有任何回报。（自1984年2月以来，澳大利亚建立了全民健康保险制度。通过全民健康保险制度和各州的卫生计划，全体澳大利亚人民均可享有医疗服务保险，获得公立医院的免费服务。——编者注）

现在，大约1/3美国人生命的最后几天都是在重症监护室里度过的，每人每天至少花费2000美元。这笔高昂的费用往往使病人家庭面临破产，或是使政府财政支出迅速增长。但是，即使经济负担如大象般沉重，在病房内讨论巨额开支，也显得太不现实、太不人道。如果不对临危病人进行救治，人们就会谴责政府官僚们，说他们只想省钱，不想救人。整个社会，甚至医疗机构、医护人员本身，都对医学抱有不切实际的幻想——人们总以为，病人被高科技医疗器械包围，就意味着他有更多的机会痊愈康复。因此就会出现一个复杂的问题：究竟应当采取多少医护措施来挽救重症病人的生命（即使他们已经病入膏肓），又应当由谁来决定这些医

疗资源分配？

本书中所有对医疗措施的批判，都是针对医疗系统而言，而非临床医生个人。在我的职业生涯中，我曾与许多医生共事，其中大多数人兢兢业业、勤劳肯干、关心病人、医术高超，并把救死扶伤当做他们最大的骄傲和满足。不论医生本人的信仰和想法如何，我从未看到任何一位医生歧视病人，或因病人的经济条件、社会阶层、宗教信仰、文化背景不同而对他们区别对待。本书所讲的这些故事，更多的是反映这样一个事实，那就是——大多数的医疗体制设置不健全，可以说是完全失败的体制。

几个世纪以来，医院不断扩大建制，部门不断增加，功能也日益全面。例如，病人可以在重症监护室这样的高科技病区接受治疗，那里有众多医术超群的医生，有用来监控病人身体机能、维持其生命体征的高新器械。如今，这些高科技医疗手段已经被引入医护水平几百年来都改进不大的普通病房，但人们却忽视了普通病房病人严重的老龄化问题。老年病人会患上各种伴随衰老而出现的疾病，因此除了高科技手段之外，这些患者还需要其他复杂的医学治疗手段。两者相比之下，重症监护室对病人更加严阵以待，因此这里的病人死亡率比普通病房低也没什么好稀奇的。相反，普通病房常常有许多可预防的不良事件和死亡病例出现。医院管理体制要求主治医生们每天只花十分钟的时间深入病房了解病情，记录脉搏和血压等情况并跟踪登记。但是，在大医院，执业医师往往是单一器官专家（single-organ disease specialist, SOD），而大多数病人一般不会只是某个单一的器官出了问题。不幸的是，现行的医疗体系却认为，让某位专科主任医生全权负责某病人，远比让某位医务管理人员来发号施令有用得多，因为这些医务管理员只会一味听从主管单位和投资机构

的指令；讨好上级，无视病人；更不会从预算中为医院省钱；还总是回避媒体——对于病人来说，这样的医疗体系让人失望。新的医疗体系应该凡事以病人为重，以满足病人需求为先，这样做就会极大地改善我们医疗护理的方式。

另外，错乱的医疗分区体制和专业科室划分使很多病人处于两难境地——不知该去哪儿看病，也不知该看哪一科医生。因此，无论是对于有望康复的患者，还是那些生命濒危的病人而言，医院都是一个危险丛生的“陷阱”。

1959年，我的祖父在家中逝世，陪他度过最后一程的是一位优秀的全科医生。我朋友的祖父辈们，也大多逝于家中。而如今，随着医疗科技的发展，对于死亡我们已经不用再考虑能“做什么”，而是到了选择“怎么做”的阶段。一种新的医疗“传送带”已然发展成型——它专为不久于人世的患者设计，把他们从社会各处传送至医院。

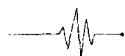
建立医疗系统的初衷是为了有效积极地治疗病患，而不是仅仅只为确认死亡，或是为病人铺设一条相对舒适的死亡之路。就连见惯生死的专科医生、癌症专家，也很难对将死的病患无动于衷。通常当他们的医术都回天乏术时，身体越来越糟的病人最后只能被送到重症监护病房来。现今，有差不多70%的人死于急诊室，好心的医护人员会在他们临终前奔忙在其身边，尝试一切可行的救治手段，可结果病人却仍然只能痛苦而毫无尊严地结束生命。

本书讲述的是发生在重症监护室里的故事。书中的故事不仅描写死亡，更着墨于挽救生命。故事里有些病人坚韧不拔，有些则脆弱易折，尤其在面对重症治疗带来的高压时，这种差别更是明显。还有一些故事讲述了患者们如何与病魔顽强斗争，即使面对死亡的威胁，他们也能坚

强地活下去。有些故事还与不太为人所知的重症医疗器械有关：维持生命的设备、还有那些对病人来说称得上“残酷”的器械（但却是前无古人的伟大发明）。另外，本书对某些医护措施，以及某些医生的养尊处优（病人及家属往往对此困惑不解）持批判态度。

现在，越来越多的人希望参与到自己的“临终关怀”中来。他们希望了解到更多信息，例如：如果转入重症监护室，将会给自己和亲人带来多大程度的情感创伤。目前，人的衰老、死亡和临终状态还未引起媒体过多地关注。我们听到的报道多是关于最后时刻的治疗奇迹，要么就是心脏停搏或是严重事故后病人幸存的故事。本书围绕重症监护室展开，它设立的初衷是为了在病人康复前保持其生命体征，现在却成为许多人度过生命中最后几天的地方，成为“无药可救”的代名词。

总之，这本书讲述了这样一群人的故事，这些人要么是发生意外灾难，要么就面临死亡的悲惨命运。



目 录

CONTENTS

前 言

1 || 在生命的尽头 /1

我告诉特里，他妻子的生命正在流逝，对此我们无能为力。

2 || 被阻止的死亡 /6

事实上，不只有病人家属会对医疗体系和医生提出不切实际的要求，有时就连医生本人也常常与之串通一气，拒绝接受不可避免的死亡。

3 || 心肺复苏 /15

现在，医学可以正正当当担当起责任，使死者复活——只要他们都被视为暂时性假死。

4 || 困难的诊断 /27

正确的诊断是行医的关键，它使你胜人一筹——这也许是因为自第二次世界大战结束以来鲜少有准确诊断的个例。与诊断相比，治疗的重要性次之。

5 || 血液的真相 /33

心脏是一个工作繁忙、体积相对较小、肌肉非常发达的器官。与大脑那样大多数必不可少的生命器官相比，心脏完全没有休息的机会，它自人有意识起便开始工作，直到死亡才停止劳作……

6 || 早已出现的死亡征兆 /40

我们只能暂时维持病人的“生命”，死亡仍然是不可避免的事情。我们确实可以保持住病人的某些重要机能，但是，无论做任何努力，一旦这些机能停止，我们也就束手无策。

7 || 对病人家属的依赖 /48

每当里纳尔多问起父亲自己是不是马上就会死去时，父亲总会回答：“是的，你会死，我们都会死。但是，死亡会等到上帝已经准备好迎接我们时才会发生。

8 || 当肠道受损 /54

事实上，胃肠道（或称肠道）是尸体分解的源头，那里住着数以百万计的细菌，一旦身体的自然防御系统消失，它们便会马上入侵。

9 || 当肺部受损 /64

病人首先会剧烈咳嗽，但咳嗽之后其呼吸会更加紧张，因为病人肺部早已受损，其肺部动作受限，导致呼吸愈发不畅。最终，病人可能难以行走，只能依靠轮椅活动。

10 || 当大脑受损 /71

某些普通女性的向大脑供血的动脉壁先天就很脆弱。由于受到动脉内压力的影响，这个脆弱的部分会不断膨胀，这种情况并不罕见。然后突然某一天，过度膨胀的动脉会突然破裂，引起脑内大出血。

11 || 呼吸机的作用 /75

呼吸机扮演着重要的角色——它维持住病人的生命，直至医生找到其他的方法治疗病患。但是很快我们发现，呼吸机尽管能够维持病人生命，但它却也使其他病症随之而生。

12 || 大脑的保护罩——头骨 /83

头骨是保护大脑的防护罩，但它在脑损伤时就会变成一大软肋。正常情况下，厚厚的头骨保护着脑内组织。这些组织脆弱易损、几乎呈液状。但是，一旦受伤，这些细胞必然会肿大，这时如果继续被头骨包裹在其内部，必定危机四伏。

13 || 完全瘫痪的身体 /89

想象一下吧：你身体的各部位全部瘫痪，完全没有知觉；交流只靠眨眼，眨一下表示“行”，眨两下表示“不行”……医生该怎样把坏消息告诉病人。

14 || 艰难的选择：停止治疗 /96

诊断病人是否即将死亡是个巨大的挑战。我们该如何判定某人即将死亡呢？我是指病人在几小时或几天之内就将迅速死亡，并且没有任何治疗手段能够扭转这一过程。

15 || 痛处 /105

重最终，我们停止了对男孩父亲的治疗。三天后，他离开了人世。

16 || 医生的角色 /111

除了为他维持生命，不停地做更多的检查之外，总得有人告诉他，虽然我们他已经为他做了各类检查，还是没能找出他的病因，因此也不知该从何治疗。

17 || 当一只脚已踏进棺材 /119

医院的急诊常常也会产生这样的效果：时间恰到好处、决定准确无误。病人在前一分钟一只脚已经踏入棺材，下一分钟，重要功能就已全部恢复，生命回归。

18 || 艰难的死亡 /126

很难将病人赶下这条医疗“传送带”。在骇人的疾病面前，人们总是会丧失客观判断力，盲目地把病人从一个诊查转送至下一个手术——这样做不是因为可行，而是因为可能。

19 || 创伤医疗系统 /134

对我曾工作过的一家医院里的医务人员来说，创伤治疗团队最初是一种诅咒，因为该团队需要医务人员快速进入抢救状态，并且同时动作。

20 || 布里斯托尔医案 /144

他显然是一位体面的男士，有着许多优秀的品质，却被告进

了法院，还上了报纸的头版头条。死去孩童的父母们自发组成自助小组和辩护小组对他提起诉讼。

21 || 错误的医疗 /150

这位可怜的女士在第五天出现了一次感染，并患上了严重的败血症（也称血液中毒）。感染源就是中心静脉。

22 || 医疗系统的弱点 /156

整个系统漏洞百出，病人却排成长队，等在急救部门外，全心全意地相信着医生们。

23 || 作为个人的绝望深渊 /162

任何一位病人，只要在重症监护室待上几天，到最后难免会出现幻觉。这种幻觉很是一致，几乎都与医务人员用恐怖的方式迫害病人有关。

24 || 医院复杂的“生态系统” /166

这个经由几个世纪发展形成的脆弱医疗“生态系统”变化太快了，造成了今天官僚阶层和临床医生们对实际控制权你争我夺的局面。

25 || 不该推迟的死亡 /174

临危病人住进了重症监护室，他们的家属坚持认为现代医学可以扭转死亡过程。有时确实如此，但是通常情况下现代医学也只能简单地延续病人生命，而且是以一种完全不合理的方式。



在生命的尽头

当罗斯玛丽转入我负责的病房时，她已经时日无多。在过去的两个月里，为了治疗十二指肠癌，她已接受了一连串的手术。这种肿瘤非常罕见，刚好长在小肠上部，也就是胃下面一点的位置。通常情况下，大量胆汁和胰液会经过这个位置进入肠道，与进入体内的食物混合，以帮助消化及增强营养吸收。移除这种肿瘤的手术叫做“惠普尔”^{〔1〕}（whipples）手术，这名字来源于此手术的首创者。我一直不太了解该手术的详细步骤，但是，对于术后潜在的诸多严重并发症，我相信任何一位关心病患的人都难免为其捏一把汗。即使最终成功完成手术，但由于此后持续的病痛折磨，很多患者仍在术后几周甚至几天内就撒手人寰。

从技术层面上讲，这种手术的难度很大。因为医生不仅需要切除患者的大部分胰腺，还得切掉部分肠道然后重新缝合。缝合时，这种重组的肠道极易破裂，即使当时没有破裂，术后也可能出现泄漏或脓肿，那时就需要进行二次手术。换做是我，如果医生告诉我“惠

〔1〕惠普尔手术：这是胰腺癌的主要治疗方法，也叫做胰头十二指肠切除术。

普尔”手术是我痊愈的唯一希望，那么在手术前我一定会将各种事务安排妥当，并向我的亲朋好友交代后事，以防万一。

就在罗斯玛丽手术后的八周里，各种问题层出不穷。她的肠道多处破漏，造成腹部积水，并引发了严重感染。医生试图将积水和脓肿引出病人体外，但收效甚微。由于腹内感染，她体内的其他器官也受到了影响。并且，胰腺处的感染和腐烂还殃及一些相距较远的器官。在此情况之下，医院只能使用一些常规重症监护的器材延续病人的生命。但更为棘手的是，病人又出现了痉挛症状。

罗斯玛丽才 40 来岁，她的丈夫特里比她年长 15 岁。医院所有工作人员在提到特里时，都充满敬意，语气温煦。后来，在我见到他本人之后发现，特里是一位真正的好人，更是一位好丈夫。他关心妻子，并对每一位看护人员都礼貌有加。仅仅在第一次握手时，他就能让你感觉到真诚，似乎在向你袒露心扉，而不会因为你是医护人员便讨好你。他是在用握手的方式告诉你：他相信你。后来，特里同我谈起他们的两个孩子，分别是 12 岁和 14 岁的两个男孩。特里很爱他们，不仅是由于父子天性，更因他深爱着他们的母亲，而这两个孩子正是夫妇俩爱的结晶。作为医护人员，我习惯与病人家属保持距离，但是特里的真诚打破了我对他的这种职业防备。

我只能告诉特里，他妻子的生命正在流逝，对此我们无能为力。听到消息后，他说自己其实已经做好心理准备，但又怀疑妻子离开后，自己是否能独自抚养两个儿子长大。

我对特里说明，第二天，我们可能会停止对罗斯玛丽的治疗，不知他是否愿意让孩子们到医院来，送母亲最后一程。但他的第一反应是摇头。我尊重他的想法，但同时也告诉他，让孩子们参与这一重要时刻能够对他们产生正面的影响。我还给他描述了在我以前的一些经历中，那些病患的家长都愿意选择让孩子在场。特里回答说，晚上他

再认真想想。走之前，他又问我，如果把孩子们带过来，我是否愿意向他们解释将要发生的一切。

罗斯玛丽的情况在一夜之间恶化。第二天一早，主治医生就要告诉特里他的妻子已经走到了生命的尽头。这时，我看到特里带着两个小男孩儿，沿走廊向我走来。他们看起来异常整洁：衣服被烫得平平整整，头发梳得一丝不苟，脸也收拾得干干净净。我走向他们，带着一种过于夸张的情绪，试图获得他们的信任。接着特里让我和孩子们单独待在一起，于是我就指着CT片，开始解释他们母亲的病情，告诉他们哪些并发症正在吞噬她的生命。虽然我努力塑造诚实的形象，并尽量形象地描述病情，但孩子们对此完全不感兴趣。为了扭转我的刻板形象，我开始向孩子们打听他们母亲的事，问她是什么样的人，喜欢什么，什么能让她高兴，等等。我尽量让自己表现出对罗斯玛丽的关心，而不是单纯给家属解释病人的身体状况。

我很沮丧，一是觉得罗斯玛丽可能撑不过今天；二是特里，孩子们的父亲，这时又正在无奈地听主治医生分析病情，而两个男孩可能会永远铭记这悲伤的一天。他们还可能会记得我，并且认为我麻木不仁，没心没肺。后来，我稍微放松了一些，跟孩子们坐在一起看摆在罗斯玛丽床边的照片。在我的努力下，孩子们终于开口告诉我们母亲生病以前那个家是什么样的。

最后，特里从医生那里回来，问我现在方不方便跟他和两个孩子聊聊。他说医生已经告诉他，医院对罗斯玛丽的病情已经无能为力，接下来他需要做的就是跟重症监护医生谈谈接下来会发生什么、该怎么做。我知道这意味着我需要向他们说明怎样停止治疗，还有病人会在什么时候完全丧失生命迹象。

我们四个人聚在会议室，这个地方一直被用来作与病人家属沟通之用。但这一次，我没有要求照料罗斯玛丽的护士或是其他医护人员