

当代社会热点译丛

我们怎样死

关于人生最后一章的思考

●〔美〕舍温·纽兰

●世界知识出版社

HOW
WE
DIE



我们怎样死

关于人生最后一章的思考

〔美〕舍温·纽兰 著

世界知识出版社

How We Die

Sherwin B. Nuland

Published by Alfred A. Knopf Inc. U. S. A.

Copyright©1993 by Sherwin B. Nuland

Illustrations Copyright© 1993 by Michael R. Dulade

根据美国艾尔弗雷德·A·诺普出版公司1994年版译出

版权所有：〔美〕舍温·纽兰

责任编辑：李豫生

封面设计：丁 品

图书在版编目(CIP)数据

我们怎样死：关于人生最后一章的思考/〔美〕舍温·纽兰著；
褚律元译．—北京：世界知识出版社，1996.11

ISBN 7-5012-0803-4

I. 我… II. ①纽…②褚… III. 临终关怀学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 10059 号

图 01-96-0838

世界知识出版社出版发行

(北京东单外交部街甲 31 号 邮政编码：100005)

中国科学院印刷厂印刷 新华书店经销

850×1168 毫米 32 开本 印张：7.5 字数：182000

1996 年 9 月第 1 版 1996 年 9 月第 1 次印刷 印数：1—8000

定价：10.00 元

版权所有 翻印必究

作者附注：为守信用，书中除了罗伯特·德马特斯，所有病人及其家属的姓名都已改换。还请注意，第八章出现的“玛丽·迪福医生”实际上是一个集合名，代表耶鲁—纽黑文医院的三位青年医生。

致 谢

本书译文承大连医科大学夏经教授、协和医院左路大夫详加校订，特此致谢。

目 录

序 言	1
第 一 章 心脏窒息	5
第 二 章 情人节图案及其衰亡	21
第 三 章 3 个 20 再加 10	41
第 四 章 老年人死亡之门	59
第 五 章 老年痴呆症	81
第 六 章 谋杀与安详	106
第 七 章 事故、自杀与安乐死	125
第 八 章 艾滋病的故事	146
第 九 章 病毒的生命与人的死亡	161
第 十 章 癌症施虐	180
第十一章 希望与癌症病人	195
第十二章 应接受的教训	211
结 束 语	229

序 言

每个人都想知道临终的细节，尽管很少人把这个想法说出来。无论是想预知我们自己病情的最后演变，或者想更好地了解某个已无可救治的亲人将会发生什么事情，或者很可能是出于大家都有的对死亡的好奇……关于生命终结的种种设想对我们大家都有吸引力。对大多数人来说，死亡仍是隐藏的秘密，像害怕纵欲那样害怕它。我们发现我们无法抗拒、竭力追求的事情正是那些最可怕的事；调情引起的原始冲动把我们吸引过去，其中却存在着危险。人的一生同灯蛾扑火没有多大区别。

看来我们没有人能在心理上能适应去设想一下自己的死法，无法接受一种永久无意识的状态，这种无意识状态既非空虚，也非真空，而是什么都没有。它似乎也完全不同于生命之前的一无所有。由于带着所有其他朦朦胧胧的恐怖或诱惑，我们总要想设法否认死亡的威力，否认死亡把人的思想打入封冻的场所。鉴于死亡的不断靠近，我们总要突发奇想，用一些传统的方法，如民间传说、寓言故事、测梦甚至说笑，借以有意无意地掩盖死亡的真相。到了近代，才有了一些新增的东西：我们创造了现代的死亡方法。这种方法只能在现代化的医院里采用，因为现代化的医院才能隐藏起真相，清除掉毁损的器官，最后缝缀整容以便体面地下葬。现在我们不仅已能否认死亡的威力，而且还能否认自然本身的威力。我们把自己的脸掩起来不去看死者的面孔，但我们仍张开指缝，无法拒绝去窥视那里一些有吸引力的东西。

我们极想看到由临死的亲人所扮演的电影脚本，希望他们的表现勉强符合我们所预期的模样。西方社会的传统相信会有这样的电影脚本。数百年来，人们都把安详地死去看作是灵魂得救，并使家属与亲友得到极大安慰。文学作品中对此颂扬不已，绘画中称之为“死亡的艺术”。追根究底，“死亡的艺术”是宗教与精神上的追求，15世纪画家威廉·卡克斯顿描述它是“表现人们灵魂健康状况的手艺。”这里，涉及到“雍容死亡”的概念，也就是说，什么是死亡的正确方式。如今，由于我们力图掩盖、美化，尤其是预防泄露在诸如特别护理单位、肿瘤研究院所及急救室等特别隐蔽的场所中各类病人临死前的状况，“死亡的艺术”显得更加难以捉摸。“好死”越来越成为神话。事实上，对大多数人来说，它确实是一种神话，尤其到了今天，更是这样。这一神话的主要组成部分就是人们渴望“死得体面”的观念。

不久前，我在我的诊所见到一位43岁的律师，3年前我曾替她切除早期乳腺癌。尽管她已解除病痛，并早已知道癌症已经根除，但当天她显得极其沮丧。就诊结束时，她问能否再呆一会儿还想谈谈。然后她讲到最近她母亲在另一城市去世，病因同她本人早已治好的癌病一模一样。“我母亲死时极度痛苦，”她说，“不管医生们作了什么样的努力，还是没法让她平静下来。没有什么能比得上我所期望的那种安详的结束。我本以为可以从精神方面入手，谈谈她的一生，谈谈我们两个人共度过的好时光，可是，不，根本谈不上那些——太疼痛了，太多的‘杜冷丁’。”^①接着，她嚎啕大哭起来，说：“纽兰医生，我母亲死得不体面！”

我这位病人需要人们再三再四地向她保证：她母亲的死亡丝毫没有不正常的地方，她为了希望她母亲“在精神上”体面地死去，没有做错任何一件事。所有的努力与期望都归于无效，使这位非常聪明的妇女深感绝望。我试着向她说明：相信有可能死得

① 杜冷丁系一种镇静剂。——译者

体面，是我们的以及社会的意愿，这一意愿遇到的事实却是极为经常地会有一系列破坏性的经历，涉及到事情真正的本质，即：临死病人的人性崩溃。我所见到的所谓死得体面的情况是不多的。

我们的身体垮了，想得到真正体面的努力也垮了。偶尔——非常偶然的机会——具有独特性格的人会有独特的死亡环境，可能出现二者幸运的结合，但此种运气的汇合，是罕见的。不管怎么说，不是每个人而只是极少数人才能有此期望。

我写此书就是为了使死亡过程非神秘化。我的意图不是要把死亡描述为病痛的、充满恐怖的结局以及令人作呕的精神瓦解，而是要把那些由人们亲眼目睹的、我亲身经历的、生物学上的、临床的真相呈现出来。只有同临死的人坦率地讨论一些细节，才能应付自如地谈及那些最惊吓我们的事物。只有知道了真理，有了心理准备，才能使我们摆脱对死亡这一未知领域的恐惧，并避免走入自我欺骗与幻灭。

关于死亡和临死的文学描写数不胜数。所有这些都想帮助人们对付这一过程及其后的感情上的损伤，因此对肉体败坏的细节并不多加强调。只有在专业刊物中才能找到各种各样疾病如何榨干我们的活力、带走我们生命的真实过程的描写。

我的职业以及毕生同死亡打交道的经历，符合约翰·韦伯斯特^①的观察，的确是“成千上万扇门为他们提供了不同的出口”。我的愿望是有助于实现诗人雷纳·玛丽亚·赖克^②的祈祷：“哦，上帝，给我们每个人自己的死。”这本书就是有关这些门和通向这些门的通道的。我一直在试图用这样的方法来写这本书，即：只要环境允许，就选用那些给了他或她“自己的死”的例子。

我选择了6种当代最常见的疾病，不仅因为这些肉体上的疾

① 约翰·韦伯斯特（1580—1634）英国著名戏剧家，作品中对于人类的痛苦反映出深刻的理解。——译者

② 雷纳·玛丽亚·赖克（1875—1926）法国抒情诗人。——译者

病会侵袭我们中的大多数人，而且还有一个理由：这 6 种疾病固然体现了普遍的死亡过程，但又都有其各自的特点。循环系统停止，氧气不能充分输入组织，脑功能时断时续，器官衰竭，生命中枢损坏——这些就是每一位死神的武器。熟悉这些事情，将会解释我们是怎样病亡的（不限于本书描述的范围）。我选择这几类，不仅因为它们是当代最常见的死亡途径，而且还因为每一个人都踩过这些路面上的铺路石，尽管最后无法救治的是极少数。

我过 11 岁生日后一周，我的母亲死于结肠癌，这件事决定了我的一生。我所有走过的路以及许多我还没有走过的路，都在直接或间接地追溯她的死亡。我开始写这本书时距我哥哥的死亡刚一年多一点，他也是结肠癌。在我的事业与个人生活中，意识到死亡的迫近已有半个多世纪，除了头 10 年外，我一直在此种压力下工作。通过本书，我愿把我所探知的事情讲出来。

舍温·B·纽兰

纽黑文 1993 年 6 月

第 一 章

心 脏 室 息

每一个人的一生，不同于前人，每一个人的死亡，亦复如此。人们彼此之间的千差万别，一直延伸到各不相同的死亡。尽管大多数人已知各种各样的疾病以各种各样的途径把我们带往最后时刻，但只有极少数人了解那些最后的力量终使我们的精神离开肉体的无数途径的全部内容。各式各样不同形式的死亡之间的区别，就像我们生活在世上所见到的每一张不同的脸。每一个男人变鬼的方式，上天从未预知；每一个女人也都用自己的方式走完最后的路程。

在我的专业生涯中，头一次见到死亡的无情的双眼，属于一个 52 岁的男人，在一所庞大的大学教学医院的一间单人病房中，他看起来颇舒适地躺在折叠床上，这张床是新做的。我在医学院刚上 3 年级，这是我的头一个病人，也是未预料到的头一次碰到死亡的时刻。

詹姆斯·麦卡蒂是个身材魁梧的建筑官员，事业的成功诱使他过着那种如今我们已知属于自杀型的生活方式。他得病的那些事情几乎从 40 年前就开始了。当时，我们还很不理解生活优裕的危险；那时，吸烟、牛羊肉、厚片的火腿、黄油以及一个大肚子，被认为是事业有成的奖励，这种奖励毫无危险。他任自己肌肉松弛，惯于久坐。从前他在工地上指挥工人，如今满足于在飞速发

展的建筑公司的办公桌后边发号施令。他整天坐在一把舒适的大转椅上，不必站起身就可以毫无障碍地眺望纽黑文植物园和奎尼皮亚克俱乐部，那里有他心爱的烤肉店，专供高级职员们在中午饕餮一顿。

麦卡蒂住院过程很容易回想起来，因为令人触目惊心的心脏搏动时断时续，深深地、永久地印在我的脑海中。我永远不会忘记那天晚上的所见所为。

麦卡蒂来到医院急救室大约晚上8点钟，那是9月初一个高温、潮湿的夜晚，他抱怨胸骨后面有股紧缩的压力，似乎已传播到喉咙和左臂。压力感觉是一小时前开始的，那是在他吃了一顿通常的大餐，吸了几支骆驼牌香烟，并接了他三个子女中最小一个女儿打来的令人沮丧的电话之后。这个女儿是一个放纵的女孩子，刚进一所上流社会女子学院念一年级。

在急救室接待麦卡蒂的实习医生记录下：病人面色如灰，出汗，脉搏不规则。不到10分钟，做心电图的仪器送到急救室，病人接上了仪器，开始好转，心搏变为正常。心电图仍然表明某处有问题，说明心壁有一小块坏死。病人状况似乎还稳定，已采取措施准备送他去楼上病房——50年代还没有冠状动脉病人特别监护病房(CICU)。麦卡蒂的私人医生进来看他，要他放心，说他已经脱离危险。

麦卡蒂到达门诊楼是夜里11点钟，是由我陪送的。那天不该我值班，我去参加大学生联谊会为诱骗几个一年级新生入会而举办的热闹庆祝会去了。一杯啤酒，一场欢宴，使我感到劲头十足，为此决定去内科病房看看，那天上午是派定我的首次内科临床轮流实习。我同大多数医科3年级学生一样，刚开始从接触病人获得最初经验，渴望着发挥自己最大的干劲。我来到内科，跟着实习医生进去，盼望目睹一次有趣的急诊，并希望尽我所能有所帮助。如病房里有腰穿或胸腔插管等临时操作，我愿意去做。

当我走进内科病房办公室，实习医生戴夫·巴斯科姆挽住我

的手臂，像是见到我后大松一口气。“帮帮我吧，好吗？乔伊（值班的学生）同我被拴死在急诊室了，有个小儿麻痹症病人的病情正在恶化，我需要你给这个刚送进 507 的冠心病病人做住院检查——行吗？”

行吗？当然行罗！不用说行，还真妙，这正是我要回来的理由。40 年前的医科学生比今天的学生有更多得多的自主权。我知道我要是住院常规检查做得好，我会被允许做许多使麦卡蒂康复的具体医诊工作。我焦急地等了数分钟，直到两名值班护士中的一位把我的新病人从推床转移到病床上。当她急匆匆跑去开急诊室那一头帮助照顾小儿麻痹症急诊病人时，我溜进麦卡蒂的房间，把身后的房门关上。我不想冒戴夫也许会回来接管的风险。

麦卡蒂用一个淡淡的、强装的微笑迎接我，他不觉得我在这里可让他放心。这些年来我始终纳闷，那些高大、气粗、心理压力很大的老板们见到我这张孩子气（那时我是 22 岁）的脸，听我说我来问他的病情，替他作检查时，脑子里在闪过些什么想法。不管是什么想法，他已经没有很多机会来仔细思考了。我在他身旁一坐下，他就立刻把他的头往后一扳，吼了一声，这一声无语的吼声像是从他受打击的心脏的某个深处通过喉咙发出来的。他用紧握成拳的两个拳头以吓人的力气朝前胸齐齐地猛锤一下；与此同时，他的面孔和脖子一瞬间肿了起来，变成紫色。他的双眼似乎在一声冲锋号下朝前奔出，就像要跳出他的头颅。他出了一声很长很长的、带咯咯声的呼声，死了。

我喊他的名字，接着又喊戴夫，不过我知道在那个闹哄哄的医治小儿麻痹病人的房间里不会有人听到我的喊声。我本可以奔往走廊去求援，不过那就意味着要损失宝贵的几秒钟。我用手指去触摸麦卡蒂的颈动脉，已全无脉息。今天我也不明白是什么原因，当时我是出奇地镇静，我决定独自来做。我打算试做的事情很可能有麻烦，但总比不试试抢救就让一个人死去要好得多。我已别无选择。

在那个时期，每一间冠心病人的病房都装备一只平纹细布包裹的大口袋，装有胸廓切开术工具箱——这套工具能在心脏停搏时切开胸膛。封闭式心肺复苏器，即 CPR 当时还没有发明出来。遇此情况的标准作法是直接按摩心脏，用手握着心脏，实施长时间的有节奏的挤压。

我扯开工具箱内消过毒的包装，攫起解剖刀放在顶上一个单独的封套里以便随时使用。接下去所做的看来都是绝对自动地，尽管此前我从未做过也从未见过。我用手极其平滑地一挥，刚好在左乳下边开了一个长长的切口，在不挪动麦卡蒂半坐半卧姿势的前提下，从胸骨周围尽可能触到胸腔最远处。被我切断的动脉和静脉只渗出一点黑血，没有血液流出来。我需要因心跳停止而死亡的证据，这就是。再在无血的肌肉上做了一个切口，就进入胸腔了。我伸手取到名叫自动护圈牵开器的双臂钢制器具，从肋骨间探进去，张开它的棘爪，刚够我伸手进去握挤麦卡蒂已停搏的心脏。

我一触摸到名叫心包的纤维囊，发现其中的心脏还在蠕动。我的指尖还可感到一种不协调的、不规则的蠕动，我从教科书上的描述知道它是最后现象，称为心室纤维性颤动，是心脏的濒死动作，即将归于永久性地停搏。我用未戴手套未经消毒的双手抓起一把剪刀，把心包剪开一个大口子。我尽可能轻柔地握着麦卡蒂不幸颤动着的心脏，开始进行一套有力、平稳、有节奏地挤压，也就是所谓的心脏按摩术，希望有血液流向脑部，直等送来除颤器以便震动纤维性颤动的心脏肌肉使之恢复正常。

我从书本上读到，纤维性颤动的心脏给人的感觉就像是一个人在手心里握着湿兮兮的、像果冻似的、满满一袋多动的蠕虫。实际确实如此。从我挤压心脏时，阻力迅速下降，可见心内并未充血，已不可能挤出什么东西，尤其是在肺已不能进行氧合作用之后。但我仍未停止挤压。突然，发生了某种使人惊得发呆的可怕事情——已死亡的麦卡蒂（他的灵魂此时已离开肉体）再次把脑袋往后猛扳，一双呆滞的、睁开的然而是什么也看不见的眼睛朝

上凝望着天花板，朝着遥远的天堂吼出一声可怕的、粗声粗气的喘气声，就像是地狱里的猎狗在嗥叫。直到后来我才明白我所听到的声音是麦卡蒂临死前哮喘的倒转，就是说，由于一个刚死人的血液里酸度增高，喉部声带肌肉痉挛，于是发出这种声音。看来这是他的表达方式，要我停止给他带回生命的努力，因为这已是无效的了。

同一具尸体一起单独守在那间屋内，我往里窥视他变呆滞的双眼，见到某件我本该早点注意到的东西——麦卡蒂的瞳孔已经放大、定位，表明脑已死亡，显然对光亮决不会再有反应。我从放置着不完整的尸体的病床边后退一步，直到此时才发现我已全身湿透。汗水从我脸上刷刷地下来，双手以及医科学学生的白色短上衣上，满是麦卡蒂胸腔切开时渗出来的黑血。我哭了，剧烈地抽泣。我发现自己大声喊叫麦卡蒂，要求他活着，朝他的左耳喊叫他的名字，好像他还能听见似地。我一直在因受挫、遗憾而哭泣着，这是我自己的失败，也是病人的失败。

屋门打开，戴夫奔了进来，他朝四下里瞥了一眼，什么事都明白了。我的双肩在耸动，此时哭泣已失去控制。他大步朝我走来，此时，就像二次世界大战电影中的镜头那样，他搂住我的双肩，非常平静地说：“没事的，老弟，——这没有什么。你已经做了你所能做的一切。”他让我在横着尸体的场所坐下来，开始耐心地、亲切地告诉我所有那些使得麦卡蒂不可避免要死去的临床和生理现象，这些都是我无法控制的。但是，所有他说的话，如今我还记得起来的是，他的声音里含着高雅、温柔的风度对我说：“去他的，现在你明白了，当一名医生是怎么回事。”

诗人，小品文作家，编年史作家，爱说笑打趣的人，圣人——他们经常提到死亡，但却很少见到过死亡。医生和护士经常见到但很少人写过死亡。大多数人一生中见过一两次，在那种场合，人们陷于感情的影响而很少记住可信的回忆。大灾难的幸存者很快

激发出强烈的心理上的自卫力量来抵制他们所见到的恐怖，但是，噩梦似的恐怖形象往往搅混了他们所目击的真实情节。很少见到记述人们怎样死去的可信材料。

如今，很少人真正目击所爱的人死亡。再也没有多少人死在家中；死在家中的通常是拖得很久的病人，或是在慢性退化状态下服用大量麻醉药有效地掩盖了所发生的生理现象。大约80%的美国人死在医院，对他们生前最亲近的人，几乎全部隐瞒了大部分真情或至少隐瞒了肉体最终死亡的细节。

有关死亡的经过完全成了神话。同大多数神话一样，死亡的神话也是因天生的全人类共有的心理上的需要而生长起来的。有关死亡的种种神话，一方面是用来战胜恐惧，另一方面则是出于人们的愿望。神话被用来消除人们对于死亡的现实可能产生的恐怖。这么多的人希望死得轻松，或在睡梦中死去，“因此不会感到痛苦”；同时，我们始终执着地追求一个形象，即在我们最后的时刻，在万事皆了的意识中仍有雍容不迫的风度；我们需要自己相信能在头脑清醒的状态下迎接生命的终结，或者是完美地跌进无痛苦、无意识的深渊。

从艺术上表现医疗专业的最知名的作品就是卢克·法尔兹爵士1891年的著名油画《医生》。背景是英格兰沿海一个简陋的渔村，一个小姑娘安安静静地躺着，看来已失去知觉，死亡正在到来。我们可以见到她悲痛的双亲以及一位沉思的、忧郁的医生在床边守护，无力使他们绷紧的肉体松弛下来。有人去访问这位画家，问到这幅画时，画家说：“我的想法，其主题应当比任何作品更哀惋，也许恐怖了些，但仍是很美丽的。”

法尔兹显然应当懂得更多。此前14年，他目睹了他的儿子死于某种传染病。19世纪末，现代医学即将出现时，传染病夺走了成千上万儿童的生命。我们不知夺去菲利普·法尔兹生命的是何种疾病，但决不会赐与年轻生命一个安详的临终。如果是白喉，那么他是噎死的；如果是猩红热，他也许出现谵妄，忽隐忽现的高

热；如果是脑膜炎，他兴许会惊厥，以及无法控制的头疼。也许，《医生》中的孩子曾经历过那些痛苦，如今已在终极的昏迷中归于平静——但不管在她“美丽地”逝去前数小时是什么状况，都必然是使小女孩及其父母所无法忍受的。我们极少可能风度翩翩地进入一个美好的黑夜。

80年前，弗朗西斯科·高亚诚实得多——也许因为他生活的时代，死亡见得太多了。他的一幅图画有两种英文译名：《白喉》与《喉梗阻》，属于西班牙现实主义的风格，在欧洲，伟大的现实主义已盛行一段时期了。我们在画中见到一位医生紧抱着年轻病人的脑袋，他一手放在喉咙上，准备以另一只手的手指伸进男孩的喉咙里去撕下白喉膜，如果不把白喉膜除去，孩子就会噎死。此画的西班牙原名以及对此疾病的称呼，反映了高亚直率的力量，也反映了当时此病已司空见惯。他将此画命名为《绞扼》，“绞扼”杀死了它的牺牲品。同死亡的真真正正对抗的时代早已成为过去，至少在西方是如此。

鉴于多少是“覆盖精神侵入生命的理由”，经过斟酌，我不再用“对抗”一词。我需要考虑，即使是詹姆斯·麦卡蒂死后将近40年，是否还应当不时地追随西班牙人的时尚，把死亡看作是对我们每个人的最后的、也许是终极的挑战；而你必须赢得这场战斗。从那种观点来看，死亡是邪恶的对手，必须战胜之，无论是用高技术生物药品作为奇妙的武器，或者默认死亡的威力，为此唤起“宁静方式”的要求，现时创造出来的说法就是“死得体的面”，表达了当今社会对战胜死亡的普遍渴望，即雍容大度地战胜生命最后时刻那僵硬的、经常是令人作呕的结局。

但是，事实却是：死亡无法对抗，死亡仅仅是自然发展节奏的一个后果。不是死亡，而是疾病，才是真正的敌人，疾病这一邪恶势力才需要对抗。死亡是输掉一场耗尽精力的战斗之后自然来到的结局。在同疾病的对抗中，必须认识到，遇上许多疾病我们只能沿着无情的旅途走下去，被送回到同样的肉体也许还是同

样的精神状态，这种状态从未在我们的想象中出现过。每一次战胜某种厉害的病状，不管胜利有多么辉煌，也仅仅是不可避免的结局的暂缓到来而已。

医学科学把这种神的恩典赐予人生，即把那些可逆的病理过程同非可逆的病理过程区分开，不断地采取一些措施使力量的平衡转变为有利于维持生命。但是，现代生物药品也助长了被误导的幻想，从而我们大家都否认各人必有的死的迟早到来。同有实验室基础的众多医生的声明相反，医药始终如古代希腊人最早说出的那样，只是一种技艺。对一个医生最严格的要求之一，是他或她必须熟悉这样的艺术才能，即能在粗略划出的医疗成功机会分类表格上正确地填写：肯定，很可能，可能，不合理。在“很可能”与所有后面的分类之间无法标明的空档中，考虑周到的医生必然经常琢磨，只有具备亲身经历所累积起来的判断能力，才能为各种各样的患者找到最正确的抉择。

当时，詹姆斯·麦卡蒂的生命突然中断，是因他的心脏反常运作无可避免的结果。尽管 50 年代早期有关心脏疾病的了解已很丰富，但有效的救治办法不多，并且经常是不适当的。今天，和麦卡蒂同样病情的病人也许不但可以期望活着离开医院，并且还可得到证明：他的心脏可使他的寿命更长些。实验室工作的医生们做成功的许多例子，说明将近 80% 经受过头一次心脏犯病的病人，有充分理由把一次发病看作是对他生命的警告，如果在显然仍可救治时期未及时发现出来，就会有生命危险。

的确，天平已大大倾斜，心脏病的医治有效率经常在很可能治好这一边。然而，决不能由此认为，这颗受过伤害的心脏已成为永生的心脏了。尽管今日绝大多数心脏病病人能在头一个阶段活下来，但每年仍有 50 万以上的美国人死于类似麦卡蒂的疾病。另有 450 万人新确诊为心脏病。因心脏病死亡的人中，有 80% 属于这一特殊方式的牺牲品，即缺血性心脏病（或称冠状动脉病，也称冠状心脏病等不同叫法），这种病在工业化的国家中，占死因的第一位。