

Practical Thanatology



何兆雄 编著

实用生死学



海洋出版社



实用生死学

何兆雄 编著

海洋出版社

2006 年 · 北京

图书在版编目 (CIP) 数据

实用生死学/何兆雄编著. - 北京: 海洋出版社, 2006. 6
ISBN 7-5027-6577-8

I. 实… II. 何… III. ①生命哲学②死亡哲学
IV. ①B083②B086

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 043869 号

责任编辑: 高朝君

责任印制: 刘志恒

海洋出版社 出版发行

<http://www.oceanpress.com.cn>

(100081 北京市海淀区大慧寺路 8 号)

北京季蜂印刷有限公司印刷 新华书店北京发行所经销

2006 年 6 月第 1 版 2006 年 6 月第 1 次印刷

开本: 850mm × 1168mm 1/32 印张: 18.75

字数: 485 千字 印数: 1 ~ 3000 册

定价: 38.00 元

海洋版图书印、装错误可随时退换

序一

与本书作者何兆雄先生结识已经八个春秋了。刚认识时便发现其驾驭文献的能力极强，便虚心请教，于是他专门到我校领我到我们学校的图书馆进行言传身教。只是晚辈愚钝，现在已经忘记大半，但这并不影响我们成为忘年之交！提及此事，是因为《实用生死学》一书非常明显的一个特点便是资料广博，不仅纵深历史，而且横贯东西；本书的另一特点是涉及的学科也同样广博，从历史、心理学到社会学，从医学、护理学到哲学和伦理学，甚至宗教学等。作者不仅提供了大量的社会学数据，还告诉了我们许多医学诊断，甚至鉴别诊断的标准等，难能可贵，令人敬佩。

综观全书，不难看出作者的立足点在于唯物、健康、达观的死亡教育，希望广大民众、医生、护士、病人等群体在此方面有些基本的思考，以帮助他人和自己幸福地走完生命的最后旅程，而非痛苦地经受死亡、甚至枉死。对此，我非常赞同，不免感慨当今国内在死亡教育方面的欠缺和不重视。如果按作者在书中所言：“生命的存在是战胜死亡”，那么对死亡进行哲学、伦理学、心理学等方面的研究和思考，以及基于此而进行的死亡教育便非常重要和必要了。

客观地说，我们中国人很多仍然受儒家显学中重生死、忌讳谈论死亡等观念的影响，这或多或少阻碍了死亡教育在中国的大面积开展。希望，也相信，《实用生死学》能推进此项事业的进行，帮助人们能更达观地思考、谈论死亡，甚至从容安排死亡。

若说不足，便是本书部分内容有些重复，有些章节略显繁琐，有些内容安排的逻辑性稍显不足。例如，第一章谈到自杀，

第六章也谈到，而且都论及了自杀的原因分析，不免有重复之感。第二章是关于生命、死亡的标准，但最后提到的鬼魂之说，在章节安排上，宜放在第三章的濒死体验之中。再有，第四章中关于父权主义的内容有些多了，这部分与生死学虽有关系，而我认为有些远离了核心——死亡教育，但“医生医死”和“护生护死”的提法和内容均很妥帖。

在读此书的过程中，如果读者朋友间或有些疑问的话，千万不要吃惊，因为作者一生有个鲜明的性格特点：即凡事总有自己的观点，我相信甚至关于医学中的某些诊断标准他可能也有自己的与医界不同的观点，此特点能维持到年过古稀，其实是最佩服之处。所以，无论读者是否完全赞同书中的观点，只要读者能从中有所收益，作者必会拍手称慰了。

我自己在给学生的授课中，涉及死亡的部分一般也就用一次课的时间，尚感到没有准备很充分。此书提供了如此多的资料，并旁征博引进行多学科的综合分析，当然也少不了他自己的独特见解，相信这些足够我参考的了。

故，虽名为作序，但实为学习。

丛亚丽

2006-03-03

于北京大学医学部

序二

生死学的研究对象是人类个体及群体在生物、社会、心理方面的解构 (disorganization) 与重组 (reconstruction) 的学科群, 它研究死亡过程、死亡时刻、死亡状态及人文关怀。

生死学西名 Thanatology, 意谓死亡学。日本译为死生学 (日本旧译死相论、死因学、死亡学), 有新意。旨哉斯言: 一方面是生命与死亡相互依存, 有生便有死, 有死才有生; 另一方面适合人们讳言死的心理。当代中国, 民间习称“死”为“走”。英语也不例外, 是 gone 或 pass。不译作“死亡学”避免误解, 以为是研究死的方式、方法, 如同有人误以为“自杀学”是研究怎样自杀, 触目惊心。

称“生死学”有史学根据, 也有科学根据。

孔夫子 (公元前 551—前 479) 说: “未知生, 焉知死。”可见生与死相互联系。

伊壁鸠鲁 (Epicurus 公元前 341—前 270) 说: “我们活着就不是死亡, 我们死亡也就不存在了。”

黑格尔 (Hegel 1770—1831) 说: “死亡是生命的重要因素。”恩格斯 (Engels 1820—1895) 在《自然辩证法》中发挥了黑格尔的观点指出: 生就意味着死, 生命的结果就是死亡; 死亡是有机体实体的解体, 但还留下某种生命的本原 (又译种子), 比一切活的有机体活得更久, 或多或少与灵魂相同的东西; 不把死亡同生命联系起来就不算科学。

何兆雄

2006-04

前 言

“生死学”（Thanatology）原意为死亡学，日译死生学，拙译生死学，一免惊心动魄，二合中国习俗，三合辩证法。并无语不惊人誓不休之慨。

时贤呼吁进行死亡教育，不仅医生和医学生，护士和护生要继续教育和补课，芸芸众生何独不然。本书既讲死，又讲生，可作教材，也可作一般读物。

虽然卑之无甚高论，毕竟是引玉之砖，国内还未见坊间刊出，敝帚自珍，也就聊胜于无。

与凯勃勒·罗斯（Kübler. Ross）的权威著作《论死亡与临终》（1969）的论点不同，本书既不主张死亡要经历5个阶段的心理变化（否认、愤怒、求情、抑郁、接受），也不赞同人类个体会生命之后的生命。不是目无号称“死亡皇后”的权威，蚍蜉撼大树，可叹不自量，只是愚者千虑，可有一得，但说无妨。

与时下推崇安乐死不同，本书认为安乐死难得。立法难，依法更难，执法难上加难。安乐死要吸取纳粹德国和荷兰的教训。无法可依，执法不严，可能是灾难性结果。

邓颖超要求安乐死，而且生前有愿，媒体宣传，当局没有遵从。巴金自1999年以来，屡次要求安乐死，家人主张积极抢救，巴金备受疾病折磨，以101岁高龄逝世。此无他，此例不可开，开则泛滥，一发不可收拾矣。

本书不主张让疾病折磨病人，提倡好死。好死（good death）不是安乐死（euthanasia），安乐死的又一英文解释叫 mercy killing，《新英和大辞典》便解释为 easy dying 或安乐死。可见安乐

死等于慈善杀人。既是杀人，不论残忍也好，慈善也好，都是杀人，岂能轻举妄动？本书提倡好死，迹近宁养（hospice），亦即临终关怀。让病人安详死去，此曰善终。

医生号称大夫，盖指其救死扶伤，社会地位极高，但医生要懂医死。否则慨叹“一双脚踏在医院，一双脚踏在法院”，良可叹也。

护士要护“死”，同时更重要的是护“生”。时下有些业者既不重视临终护理又不重视尸体料理，对于让终末病人安详死去的业务未必不是陌生，本书也在此不敢冒昧提忠告。

研究死亡，目的是为了生。世界卫生组织官员警告说，人类如果对禽流感不采取有效措施，病毒一旦在人群中传播，全球将死人 5 000 万到 15 000 万。这并不是故作惊人之说。1918—1919 年的西班牙流感在全球传播，世界死人 5 000 万。西班牙流感的病原体是 H_1N_1 病毒，当前的禽流感病毒是 H_5N_1 病毒，后者为前者变异的结果。很难保证 H_5N_1 再次或多次变异为禽传人和人传人的病毒。翻开死亡史，我们便会有所警惕。

这就是本书写作的初衷，质诸高明，以为然否？

目 次

第一章 死亡是永恒的课题	(1)
一、死亡哲学	(1)
(一) 生命与死亡的意义	(2)
(二) 生命与死亡的四论	(2)
(三) 文明的生活与文明的死亡	(4)
(四) 红事或白事	(4)
(五) 肯定与否定	(5)
(六) 死亡是个悖论	(7)
(七) 人类毕竟憎恨死亡	(11)
二、死亡历史学	(11)
(一) 战争死亡	(11)
(二) 政治迫害	(16)
(三) 灾荒死亡	(17)
(四) 瘟疫死亡	(19)
(五) 自然死亡与意外死亡、自杀	(20)
三、死亡伦理学	(21)
(一) 价值一体化与表现的多元化	(21)
(二) 死亡价值观的时代差异	(25)
(三) 死亡价值观的宗教差异	(26)
(四) 死亡价值观的哲学差异	(30)
四、死亡心理学	(31)
(一) 亲者痛仇者快	(31)

(二) 革命者的态度	(32)
(三) 科学家的态度	(33)
(四) 哲学家的态度	(33)
(五) 病人心态	(34)
(六) 医生心态	(37)
五、死亡社会学	(40)
(一) 寿命谱	(40)
(二) 死因谱	(43)
(三) 中国死亡率与自杀死亡率	(51)
(四) 自杀	(54)
六、死亡文艺	(69)
(一) 内容	(69)
(二) 形式	(71)
第二章 自来生死两茫茫	(79)
一、生命与死亡的定义	(80)
(一) 生命定义	(80)
(二) 死亡定义	(81)
二、生命与死亡的标准	(86)
(一) 生命标准	(86)
(二) 死亡标准	(88)
三、死亡标准的差异性	(98)
(一) 地区差异	(98)
(二) 理论差异	(99)
四、脑死亡的理论与实际	(107)
(一) 脑死亡标准的社会意义	(107)
(二) 危险人口	(108)
(三) 脑损伤后的逝世时间	(110)

(四) 脑死亡的转归	(111)
(五) EEG 对脑死亡的诊断价值	(113)
(六) 死亡概念的内涵	(116)
五、死亡诊断的历史进展	(118)
(一) 先生后死(孔子规律)	(118)
(二) 方生未死(历史局限)	(121)
(三) 虽死犹生(假死)	(124)
(四) 虽生犹死(植物状态)	(127)
六、死亡诊断	(134)
(一) 死亡诊断的原则	(134)
(二) 社区诊断	(135)
(三) 正规医院诊断	(139)
七、临终诊断与沟通	(145)
(一) 目的	(146)
(二) 临床诊断	(147)
(三) 护理诊断	(148)
(四) 临终心理	(149)
八、鬼魂之谜	(158)
(一) 鬼神论	(158)
(二) 无神论	(158)
(三) 信鬼但不怕鬼	(160)
(四) 新有鬼论——生命之后的生命	(161)
(五) 鬼魂观念的形成	(164)
(六) 医门鬼影	(168)
(七) 死亡与鬼魂无关	(169)
第三章 濒死体验——不是灵魂	(174)
一、濒死体验的研究历史	(174)

(一)科学—灵学阶段	(177)
(二)灵学阶段	(177)
(三)灵学—科学阶段	(178)
二、关于濒死体验研究的书刊	(183)
(一)专著	(183)
(二)杂志	(184)
(三)重要文献	(185)
(四)人类学研究	(186)
三、濒死体验的个体差异	(187)
(一)地区差异	(188)
(二)文化差异	(189)
四、病因学	(192)
(一)人格解体说	(192)
(二)感觉剥夺说	(194)
(三)人格分离说	(197)
(四)记忆复苏说	(200)
(五)超感官知觉说	(200)
(六)光线出现与重遇故人	(201)
(七)生命回顾或全景回忆	(202)
(八)驳心理研究成果	(202)
(九)心理动力学研究的临床应用	(203)
五、临近死亡与濒死体验	(203)
(一)临近死亡不一定是濒死	(203)
(二)濒死体验患者可区分为四个范畴	(205)
六、濒死体验的诊断	(207)
(一)诊断理论	(207)
(二)濒死体验的类型	(208)
(三)筛查的初步问卷	(208)

(四)初步问卷	(208)
(五)最后量表	(210)
七、濒死体验的鉴别诊断	(212)
(一)鉴别诊断的有关问题	(212)
(二)外国案例	(213)
八、预后及治疗	(218)
(一)预后	(218)
(二)治疗	(219)
(三)濒死体验理论的挑战	(221)
第四章 天不能死地难埋	(224)
一、求生在人,免死在天	(225)
(一)贫穷是疾病和死亡的盟友	(225)
(二)降低风险促进健康是当务之急	(228)
(三)最大的风险是不安全性事	(230)
(四)体重不足	(233)
(五)体重超重	(233)
(六)食物配餐的风险	(235)
(七)环境风险	(236)
(八)运动缺如	(238)
(九)不良嗜好	(239)
(十)不充足避孕	(241)
(十一)低投入高产出	(241)
(十二)风险未有穷时	(243)
二、父权主义,病人奈何	(244)
(一)什么是父权主义	(244)
(二)父权主义与生死关头	(249)
(三)父权主义有硬有软	(258)

(四)父权主义与讲真话	(261)
(五)父权主义与拒绝治疗	(265)
(六)父权主义与知情同意	(267)
(七)父权主义与生命控制	(270)
(八)父权主义与行为控制	(275)
三、病人权利医生奈何	(282)
(一)病人的权利与义务	(282)
(二)DNR	(284)
(三)DNH	(285)
(四)DNT	(286)
(五)深度昏迷及植物状态	(287)
(六)脑死亡	(291)
(七)出生缺陷	(292)
(八)早产儿	(294)
(九)弱智儿	(298)
(十)宗教信仰	(301)
(十一)尊重隐私	(301)
(十二)讲真话	(302)
第五章 优生难优死也不易	(306)
一、优生与优死的历史教训	(306)
(一)优生学	(306)
(二)优死术	(308)
二、优生和优育	(312)
(一)优生的名誉不好	(312)
(二)出生缺陷严重	(313)
三、人口多难,人口少也难	(315)
(一)不仅要控制生育,还要控制死亡	(315)

(二) 中国不是地大物博,却是人口众多	(316)
(三) 生育并非越少越好	(317)
四、优生要控制性别比例	(318)
(一) 出生人口性别比的偏离	(319)
(二) 出生人口性别偏离的后果	(320)
五、安乐死的新概念	(320)
(一) 安乐死的历史根源	(320)
(二) 安乐死的现代议程	(321)
(三) 安乐死的当代争论	(322)
(四) 安乐死的现代概念	(325)
六、安乐死难得	(327)
(一) 立法缺失	(327)
(二) 未必是病人真心意愿	(329)
(三) 好死不如赖活	(331)
(四) 承认死亡的权利,无异承认自杀的权利	(333)
(五) 实施安乐死必须联系政治环境	(334)
(六) 重病、绝症要求死亡的争论	(340)
七、好死可求	(341)
(一) 好死定义	(341)
(二) 好死概念的社会背景	(342)
(三) 临终症状	(342)
(四) 好死标准	(343)
(五) 病人体验可变维度	(345)
(六) 撤除或取消生命维持装置后的死亡质量	(346)
八、人道与优生	(347)
(一) 人道与天道	(347)
(二) 核黄疸新生儿是否治疗	(349)
(三) 核黄疸后遗症患儿能否处死	(351)

(四) 孕妇生病医生为难	(352)
(五) 颅内出血新生儿是否救治	(354)
(六) 晚期引产活婴的处置	(355)
(七) 严重痴呆儿如何处置	(356)
(八) 先天愚型	(358)
(九) 婴儿是不是商品	(359)
(十) 防治新生儿舞蹈病	(360)
(十一) 保胎难题	(361)
九、人道与优死	(362)
(一) 假死亡与真死亡	(362)
(二) 突然死亡的医生责任	(364)
(三) 能让植物人死吗	(366)
(四) 深昏高龄患者能否放弃治疗	(367)
(五) 晚期肿瘤病人能否安乐死	(368)
第六章 医生医死	(370)
一、直面死亡	(370)
(一) 医生与死亡	(370)
(二) 人类对死亡的态度	(374)
(三) 死亡教育补课	(377)
(四) 死亡的分类与性质	(379)
(五) 救死的历史阶段性	(384)
(六) 医生、验尸官、行刑官的角色冲突	(389)
二、突然死亡(急死或猝死)	(396)
(一) 猝死的发生率	(396)
(二) 病种	(398)
(三) 处理	(407)
(四) 善后	(412)

三、安详辞世	(413)
(一) 临近辞世的生命质量	(413)
(二) 临终病人心态	(415)
(三) 安详死去	(417)
(四) 决心给予镇静药控制疼痛	(425)
(五) 放弃治疗	(426)
(六) 病人拒绝给水、给营养	(431)
四、谨防枉死	(433)
(一) 误诊与漏诊	(433)
(二) 谁之过	(436)
(三) 误诊、漏诊是医疗纠纷的主要原因	(439)
(四) 医疗事故存在的七种状态	(442)
(五) 尸体解剖与医疗纠纷	(448)
五、临终关怀	(455)
(一) 术语学	(455)
(二) 历史回顾	(458)
(三) 模式	(461)
(四) 镇痛治疗	(468)
(五) 宁养宣教	(473)
六、自杀问题	(475)
(一) 自杀病人	(475)
(二) 病人自杀	(482)
(三) 自杀危机干预难题	(487)
七、火葬危机	(491)
(一) 火葬危机	(491)
(二) 火葬两难	(492)
(三) 金属残留	(494)
(四) 两次银汞战争	(498)