

# 死亡

## 問題面面觀

李俊毅譯



在這二十世紀裏，要是對「死亡」加以平心靜氣的思考後，我們將對時髦的醫藥有一正確的觀念。本世紀之初，新生兒於生下後一年內死亡的，佔有 15% 之數；另外又有 15% 可能會在青春前死亡；而現在則：新生兒於一年內死亡的不到 2% 且有大多數的人可以活到七十歲以上。

由各方面的進步，可以了解為何因感染疾病而死亡的數目在逐漸減少。這些進步例如廣泛的衛生改善，人工的免疫，特效的化學藥品或抗生素的治療等等均是。另外，在個人方面，由於營養及衛生學等知識的增進，亦促使個體的抵抗力大為增加。

較年輕的人特別容易得到感染性疾病。大體上，感染之後，可能在極短的時間內死去，或是又恢復到原來的健康。但因感染疾病而死亡，總會讓人留下很深刻的印象。

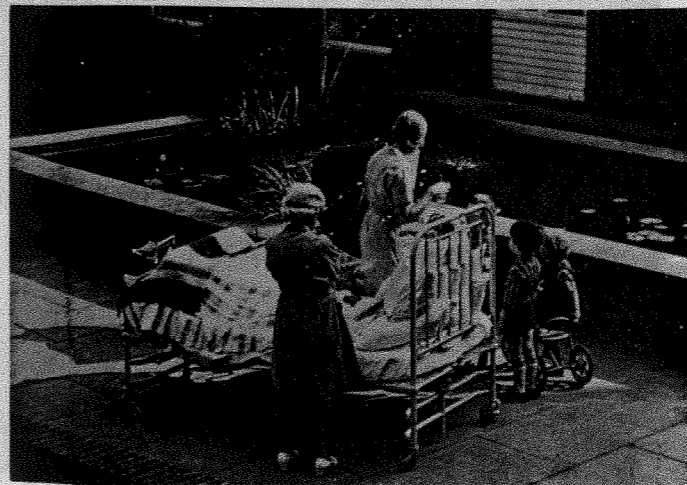
從事醫護職業的人，都會盡力地去救治因感染而面臨死亡邊緣的病患，當挽回了一個幾乎會因此而過早死亡的生命，將使此病人如獲再生，快樂地活下去。基於道德上，從事醫護職業者，都應毫不考慮代價盡力去維護生命，因而促使醫學科學及技術長足進步，結果使得向死亡挑戰變成可能的事！

雖然醫學已如此進步，但我們每一個人都知道，總有一天難逃一死。事實上，自古以來人類走向死亡的歷程都是相同的，但出生時生命的期望值已較舊約聖經時期增加了二倍半，且在早期很少有人設法活到七十歲，目前則約有三分之二的人可活到七十歲。結果大都數的人不再因急性的病症死亡，而是暮年之際，漸漸走向衰弱頹廢而離開人世。最近大眾或從事醫藥人員才漸漸明白用醫學技術抵抗死亡並不能完全改變病人的生理及心理而達到延長生命的目的。

技術的進步，使得醫師能有限度的延長病人的生命，用一時髦的政治術語來說，“選擇的自由”大大的增加，即，吾人可以選擇一最好的治療方法來治癒疾病。經現代學者討論所得的理論指出，所有最好的方法乃是：儘快的對病患作一正確且有價值的判斷！。當一兒科醫師遇到一個咽喉疼痛而生命受到嚴重威脅的小孩時，其正確的判斷是刻不容緩的。但當生命接近尾聲時，大部分病人的功能都是降低且混亂，不管是男人或女人，達到某一年齡之後身體上的任何一部分將不會再如往年的健康。若是用醫藥治療直接去維持生命系統的話，可能只是帶來更大更多的麻煩，痛苦與不適罷了！而且治療方法的選擇，並不像治療急性感染疾病一樣簡單，而是麻煩，痛苦且須有相當代價。雖醫療技術不斷的進步改變，但對於盡心竭力的去挽回生命的努力，其所得到的結果是難以估計的。

舉個例來說，在處理一個慢性心臟血管系統疾病的患者，醫生可以利用一般的藥物，來強化心臟，使心跳趨於正常化，而排除過多積蓄於體內組織的體液，如此使得血壓維持正常，並使心肌疼痛消除。此種結果可以很簡單的達到，而且這樣的治療可以維持好幾年，並使許多人的生命延長到六十歲以上。然而，目前的醫師權衡著裝置新的心瓣膜，或安裝節律器等手術的結果，危險性，及可能想像的痛苦與不適，而從事於這方面的發展，如此發展至最後，將是整個心臟的移植。雖然這須很高的代價，且很危險，但我們相信，縱使須要很大的勇氣來做這件事，不過這總是一個新的誘惑。

於是對於某一年齡以上的治療，其結果只是繼續活下



在英國 St. Christopher's 慈惠院中莊嚴的死亡為其第一目標，在圖中可以看到花園及水池，一個不能再恢復的病患被送到此花園來改變一下環境，在病牀旁邊的小朋友是由 day-care center 所供給的，他們很受病患的歡迎。

去或死亡的判定而已。醫師，病患自己或其家人，常會或多或少的來估計，到底能夠活下去的機會有多大，及到底能夠活多久！

在此種改變的情況下，有人對醫學界提出嚴厲的批評，揭露了醫師一貫對生死判斷的傳統神秘與智慧。他們指出醫師所受的科技訓練並不足以使他們對倫理道德，風雅或人類價值做一決斷。甚而主張將傳統生死決定之權由醫師手中經由立法轉交給“人權代理人”(Ombudsman)或道德哲學家所組成之委員會。

即使是最親近的醫界朋友，亦必須承認行醫這行總是不能在技術上及道德人情上得到平衡而遭受到許多批評，而此二者由 Hippocrates 一直到 Sir Willam Osler (1849~1919) 以來一直是成為好醫生的必備條件。但一個醫生如果不會太離譜的話，只要醫術好也就算成功了。他可以本著高超的技術為病患做很多的事，除了面對精神上不可避免的難題時他將把持不定外，別無掛慮。你是否對這種只顧醫術不重精神的做法感到驚奇？

說了半天，現在才是真正的談到最後的疾病，或稱為接近死亡的病人這問題。對於這問題，似乎是與“輪迴”有關，因一臨死的人，若是停止給藥的話，可能會使他進入到一新的狀況，或就此死去。“死亡是新生的開始”，目前更被強調的提出來，認為：死亡之後將會在下一生中留下一個記憶。醫師們必須考慮到底他所盡力挽回的生命之素質如何，及治療對於生命本質上的影響又如何，此外又必須幫助任何年齡的病患去接受不能改變的環境事實，在此所說的“最後的疾病”就可代表此事實，於是這問題變得很重要。

在過去幾年中，對於死亡及垂死非常狂熱的被公開注意，討論過，所以最近關於此類的學術雜誌、書籍及研究報告光是書名及作者就有好幾頁之多，而且幾乎在日報或定期刊物上都刊載此類的論文。對於我們所討論的問題，大約可粗分為二類：一、對於接近死亡的病人盡量滿足其身心上的須要及舒適，二、在適當的情況下接受，或幫助病患盡量在不受折磨下死去。

以往研究死亡的過程都是注意這接近死亡病患的孤寂。但是不管這病患死了之後將到那裏去，並沒有人願意跟他而去，而且在他周圍照顧他的人還要欺騙他說這事將永

遠不會發生。安置所喜愛的物品，甚至動物、僕人及妻子在墳墓中或是在火葬柴堆裏與已死的人在一起，這都是證明人們死了以後亦不願孤寂的事實。托爾斯泰在所著的“*The Death of Ivan Ilych*”一書中反對傳統性的圍住一個將死的人，且視著他離人間；但大都數的人還是在家人及朋友的照顧下戚然地死去，無奈何於親人們的哀戚與關懷。不過托爾斯泰亦強調了幫 Count Benzhnkoi 畫肖像這回事，那不只使病患避免身體物質上的孤寂，亦使他覺得能清晰地活在家人的意識中。

現在只有少數的人在家裏死去，且這數目在漸漸減少中，正確的數字很難得到，但非正式的統計研究指出：約有一半以上是在大的普通醫院中去世，只有少部分（但在增加中）在醫療養院中去世，此外約有不到三分之一的人在家裏或工作中或在公共場所中去世。

我們知道過去幾年裏，在大的普通醫院中一個將死的病患不能得到很好的照料，雖然如此的醫院有很好的編制，但大多數的執業者專心於對病人的投藥，與日漸複雜的醫療技術中。在這些忙碌的人中，一個將死的病患常沒能接受適當的心理分析。要知道，這種環境對於病患及年青醫師的訓練是不理想的。但亦有少數受到鼓舞的醫生希望醫院對於臨死的病患有很好的照料，同時這努力已被一些熱心的醫師及學生所接受。

訓練有素的醫院編制人員，對於一個臨死的病患是非常有用的，這觀念已普遍被接受，有一具體的希望就是下一代的醫生、護士及醫院管理人員若能對一臨死的病患有更深的瞭解，將比對病患抱著毫無希望的態度更好。Illinois 州的一個精神病學家 Elisabeth K. Ross 就是推行此項運動領導人之一。他致力於教導別人明白臨死的人所需要的是什麼；而將臨死的人習性分成五個階段：denial（否認）、anger（憤怒）、bargaining（磋商——常是與上帝磋商談判）、depression（沮喪）、acceptance（認命）。他認為去瞭解這些事情是非常重要的。Dr. Ross 熱心的推行此事，在減輕臨死病患的孤寂有很大的供獻。

有許多病患，在療養院中被認為必須死在那裏，或是到了最後的一刻又轉移到醫院中作更細心的照顧，但很少有對臨死的病患給予特別照料的機關。然而在英國所謂的慈惠醫院則是例外的。最為熟知的為倫敦附近的 St. Christopher's 慈惠院，它是由一位女醫師兼護士所創辦的，她身兼二職的來照料病情嚴重的病患，給予病患有一溫暖舒適的環境。在 St. Christopher's 慈惠院中的病患大多是遭受到惡性疾，且會有激烈疼痛的病例，對於這種

病患除了在正確的時間給予適當的藥物之外，還須瞭解病患的情況給予信心及適當的幫助，再加上家人朋友精神上的支持與鼓勵。探視病人不僅是形式上的需要，同時會使病人感到在他四週的環境是如此充滿著生命活力，而激起他繼續活下去的意念。

最近研究許多接受家庭照顧，或是如英國慈惠院一樣的家庭式照顧的嚴重病患，所得的結論指出：家庭照顧在許多情況下，病患不僅在情緒上會比醫院中更好，同時也比較不費事。在行政人員精確的決定健康計劃之前，他們必須收集更多的資料，以便瞭解及用來處理許多不同種的家庭狀況。且應對美國家庭式的照料慢性疾病的適當方法要有預備的調查，應有足夠的資料來建議設置特別病牀、輪椅等基金的重要性。然而，這些資料還不足夠精確的來預算該用多少錢來設立此種機構。

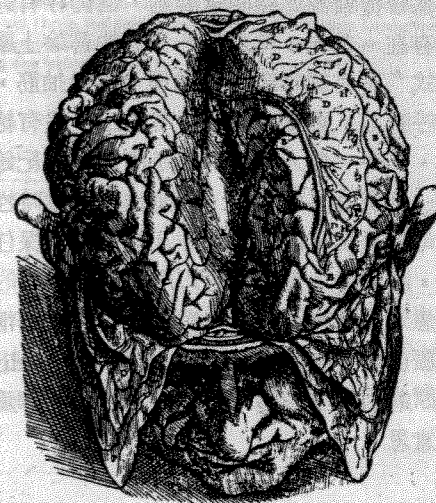
不管家庭的照顧在感情上與經濟上有什麼好處，我們不能忽視由於社會及技術的改變，使得現代在家庭中生病或死亡已經與古時候大不相同，因為由於社會因素與地理因素的改變，由大家庭變成小家庭，使得我們難以估計家庭照料的價值及重要性。換句話說，越來越難找到一個養老的好地方了。



在 St. Christopher's 中較年老的病患則由護士們小心的照顧。如圖中的病患為在慈惠院中比較年老的，院中病患的年齡自 16 歲至 90 歲不等，但以 55 至 65 歲占最多。

在此僅對理論上的問題作一概觀討論，通常所討論的重心主要有三點，第一：死亡的定義，第二：消極與積極無苦致死術的區別，第三：非凡手段（extraordinary means）的定義。

在幾年以前，波斯頓的一些醫師實施器官移植之後，會激起對死亡重新定義的風潮，以決定供給器官病患之真正死亡。在哲學上死亡是很易弄混淆，且不易判斷的，波斯頓的醫師們所重新定義的是設計一種外科手術上的實施



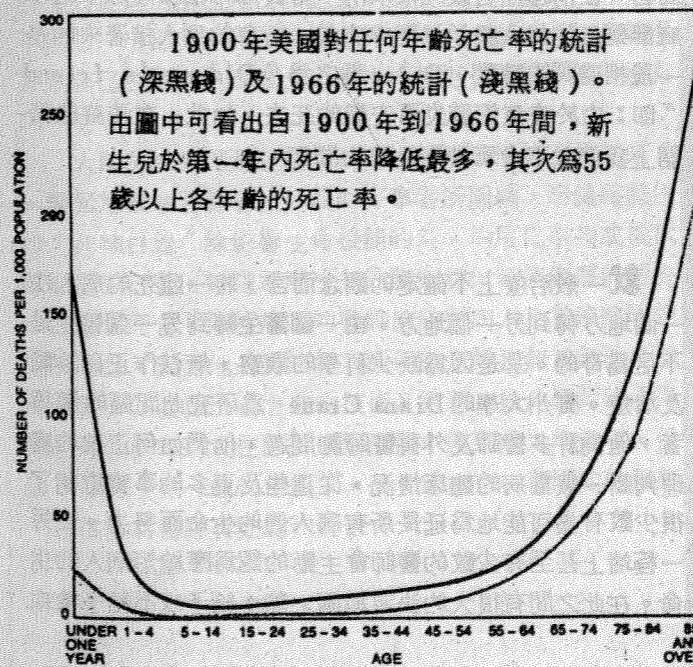
臨界點為宣佈死亡的基準。他們遇到的最大困難是純技術的問題，因現在可以用人工方法使肺及心臟維持正常的功能。於是此兩種生命機能的缺乏不再被認為宣告死亡最重要的基準，在此以前是常用此來宣告死亡的。

波士頓的學者利用神經系統所顯示的試驗信號來代替以前宣告死亡的基準，這提議已被許多醫師、神學家及律師所接受，並且現在美國的好幾個州都列入法律中。他們的基準是非常嚴格的，須包括所有的神經系統。因此而適當的保護病人不因可以恢復的器官疾病而過早被宣判死亡，同時亦可避免過分熱心而用不正當的治療方法來維持基本的生命信號。

然而有另外一系的病人他們的基本生命信號還未消失，但其高級腦功能如思想的連絡，甚或知覺都已經喪失功能，如此的病患對於家庭及醫師構成一困擾的問題，因此又提出一對於死亡判斷的基準，專用於此種病患的實際治療。這種想法是人到底是什麼及在高級神經中樞喪失功能後個體所殘留的重要性，及死亡必須是前腦功能停止之後才被認定。

再來，讓我們討論“什麼時候是死亡的適當時機”。不管醫師考慮得如何週到，如何的維護環境，朋友及家庭，或病人本身如何的自制，總有一天，他們都會自問，到底這樣努力地延遲不可避免的死，究竟有多大的意義？可惜的是有關死亡或死亡過程的專題研究常是注意死者周圍的道德、法律上所相關的細節，而不是注意我們到底能夠為這將死病患的最後幾年或幾個月做些什麼；毫無疑問的，這種先入為主的觀念乃與古時候的禁忌及應該有的知識互相矛盾。

事實上，從 John Doe 至 Pope 以後，並沒有人去想到這問題：基於道德法律上的責任，必須為一毫無希望復原的病人盡能力所及的去做任何事情以保持已嚴重惡化病患的生命。在很多實例中，只有很少數的病患在其死前幾個月中會為他們做過任何可能做好的事。然而這並不是原則上的困難，而是細節安排上的困難。首先他們所面臨的為理論的、抽象的問題，這些問題包括好意的去改善某些行為，但却像是觸犯禁忌一樣；再者，又有一些實際的問題須解決，即是：應如何才能使病患相信他的希望會被實現？當病人沒有能力決定事情時誰願意去幫他做決定？醫生的職責到底是什麼？在醫生的職責中有那些是他應負的責任？究竟要多久以後社會才可以做到對這些不同疾病的人有正確適當的保護和一致的措施呢？

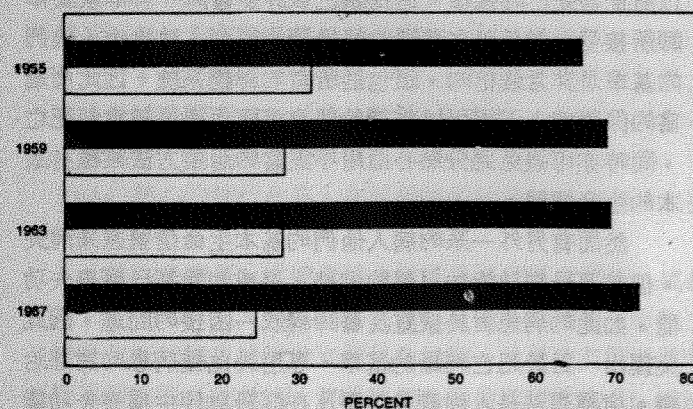


1900年美國對任何年齡死亡率的統計 (深黑線) 及 1966年的統計 (淺黑線)。由圖中可看出自 1900 年到 1966 年間，新生兒於第一年内死亡率降低最多，其次為 55 歲以上各年齡的死亡率。

對於死亡的推定經過校正之後為使得不違背道德上的觀念問題，而當一病人我們認為再施以治療已經沒有意義之後，我們就稱他為一個屍體了。但這種判斷死亡的方法似乎是違背了大腦失去機能才稱為死亡的觀念。從許多觀點上看，使一個病患保持某些知覺繼續活下去的事實，似乎是比較好一點的觀念。

再也沒有一位道德權威比 Pope 對於這觀念付出更大的代價的了，甚至在醫師還未用上 "extraordinary means" 來維持一個不太可能恢復的嚴重病患的生命之前，他已對大多數的基督徒發表此類的言論過，但仍存有許多含糊不清的地方存在。首先：梵蒂岡所發表的言論上顯示同意撤銷 "英雄式" 及有關的新奇的處理，諸如抽筋，心臟推拿，及人工呼吸等。更精細的分析者指出，沒有絕對離奇非凡的例子，同時一個人的情況亦是決定離奇紀錄的因素。因為對於一遭受到多處骨折，嚴重出血及暫時性的失去知覺的年青母親是沒有任何離奇非凡的方法來保住其生命的。相反的，離奇非凡這名詞可以用在相當平常的措施上，如：若病患老邁頹廢，且沒什麼希望恢復健康情況的話，可以由靜脈供給食物營養。因此，"extraordinary means" 的原則由許多積極的提議者清楚地解釋為：與環境不和稱的意思。

消極的無痛致死術可以是停止對於一病人的治療，如此可以使病人的生命比正常的情況更短些。許多有思考的及敏感的人讀成這原則，但不喜歡這種字眼，因為這名詞建議主動的停止治療，即如同減短病人的生命一樣。這些批論家把減短生命的禁忌看得很重，比較喜歡將主動的停



圖中為紐約州自 1955 年到 1967 年所統計在家庭裏去世 (白色) 與在醫院中去世 (黑色) 的比較，顯然的在家庭裏死亡的數目在日漸減少，由 31% 降至 25%。

止治療，認為是養生學治療的一種改變。若因此死了之後有什麼事發生的話，那將不被認為醫師是否做了些什麼事，而只認為是由於疾病的死亡罷了！因此這些醫師或參與宣判死亡的人即不再有 "Playing God" 的感覺，或因犯罪感而覺得害怕了！

許多讀成消極無苦致死法的人們亦認為：為了適當處置無可救藥的疾病時，亦可採取積極的致死手段，如給予嗎啡，而嗎啡的許多作用可以加速死亡。在天主教圈中，其教義上只要動機是正當的亦允許此種積極的行動，譬如說為了解除痛苦。此觀點誘發出了 "了解可能結果" 及 "動機" 在道德上的區別。

有些道德家，可能會把這種精細的思想視為邏輯上的驟變而取消之。在他們的觀念中，將過去一般的禁忌及抽象的原則加以延伸來注入二十世紀的死亡觀是一種錯誤。他們比較喜歡將注意力集中於死亡觀本身，而在所有相關的可能結果中選出最佳者。本位理論學家們或許不會感到驚奇，因他們的哲理大多基於功利主義或講求結果的道德傳統，所以將積極與消極的無苦致死術看得沒什麼區別。

在此我提出一些我自己的意見，這只是用來區分積極的與消極的無苦致死術而已，雖然這些原則有些鼓吹者，但却為數有限。過半數的醫師及多數的外行人總以為這種積極的舉動是使病人服毒藥或在靜脈中打入氣泡而退縮。這正是人類直覺的反應，代替了法律的准許及合理的分析。正如極少數的紐約醫師或護士都很渴望運用一下州法律所賦予他們在懷孕 24 週時施行流產的權力一樣。更進一步而言，在消極無苦致死術取消一切實際的治療，除了給予麻醉藥品使能入睡並減輕疼痛外，所有的病人接著來的是—段相當長的時間，Osler 稱之為 "Old man's friend" 即：由於支氣管肺炎而安靜的死去。如此，在法庭的術語上我們就不會牽涉到最難的問題。

就一般治療上不確定的觀念而言，將一臨死的病人由一個地方轉到另一個地方，由一個醫生轉到另一個醫生是不足為奇的。那是因為缺少科學的觀察，無法作正確診斷及治療。賓州大學的 Diana Crane 為研究此問題的領導者，他向許多醫師及外科醫師詢問過，他們如何正確的處理判斷一嚴重病的臨床情況，從這些及更多的事實證明了很少數有盡可能地為延長所有病人們的生命而努力。在另一極端上甚至有少數的醫師會主動的認為應縮短病人的生命。在此之間有很大的決定範圍，即：給予或不給予輸血

，給予抗生素或磺胺藥物的處方，使連接或不連接呼吸器，或人工腎臟，安置心臟節律器或讓動力持續下去。這些措施給看護者或絕望的外行人的印象是這些舉動和親切的救命措施相距太遠！

這樣做的理由主要乃基於職業傳統上應不惜任何代價為維持生命而努力，醫生及外行人均不願意觸犯古時候的禁忌，亦不願傷害 "生命是神聖的" 這種極積觀念的價值，或界入親子之間，夫婦之間不明確的愛恨關係。此外，一個醫師將不斷的處在不能確定的法律立場中，因他可能被控以加速病人死亡，不管是由於疏忽或接受委託。

到目前，法律上的阻礙顯示出有些事情只是一種空想，在英國還未發現到有一件公訴案有關醫師省略治療而減短病人的生命的控訴，令人驚奇的乃有少數對積極的無苦致死術所提出的控訴。而在這些案件中，陪審團若有："實行積極的無苦致死術乃是為了使病人免於痛苦的煎熬" 的證據時，他們都是極力反對積極致死術是有罪行的。

從另一觀點來看，通常一般都同意在成人的病患，若其神志完全清楚的話，他是可以拒絕治療的。但當病人喪失法律能力後所提出之拒絕是否有效，則尚無定論。至於一個重症病患對其臆測的未來病況提出自願被如何處置通常稱之為 "生命自願書" 醫師及家屬親人經常均致力於生命自願書的澄清及探求。

但是，很重要必須說明的是那些有先見之明病患，應有權去參與他自己死亡的意見，這些人在大多數的人中只不過是一小部分，且是被允許的。但大多數的人他們並不喜歡自己去找死。事實上，很多人甚至不願離開他所擁有的一切。

大部分的人都是在沒有料到的情形下被抬上 "死床"，緊緊地被拿著管子、針頭的好事者所圍繞，準備將體內的 "詳細目錄" 除影響生命機能的外，均用化學物或機械組織加以代替，對這逐漸冷卻的軀殼報以輕視侮蔑的眼光。就理想而言，照料病患的醫師應該對病人及其家庭的情況很熟悉，甚而他必需知道病患們有意識及無意識的希望和需要，並發揮出他潛在的技術及智慧，如此醫師將使得這不可救藥的病人在許多煩惱困擾中得到最大的安寧。但很不幸的，在一般的情況下，很少家庭有一個固定的醫師，且很少有醫師有如此的美德。

TO MY FAMILY, MY PHYSICIAN, MY CLERGYMAN, MY LAWYER —

If the time comes when I can no longer take part in decisions for my own future, let this statement stand as the testament of my wishes:

If there is no reasonable expectation of my recovery from physical or mental disability,

I request that I be allowed to die and not be kept alive by artificial means or heroic measures. Death is as much a reality as birth, growth, maturity and old age—it is the one certainty. I do not fear death as much as I fear the indignity of deterioration, dependence and hopeless pain. I ask that medication be mercifully administered to me for terminal suffering even if it hastens the moment of death.

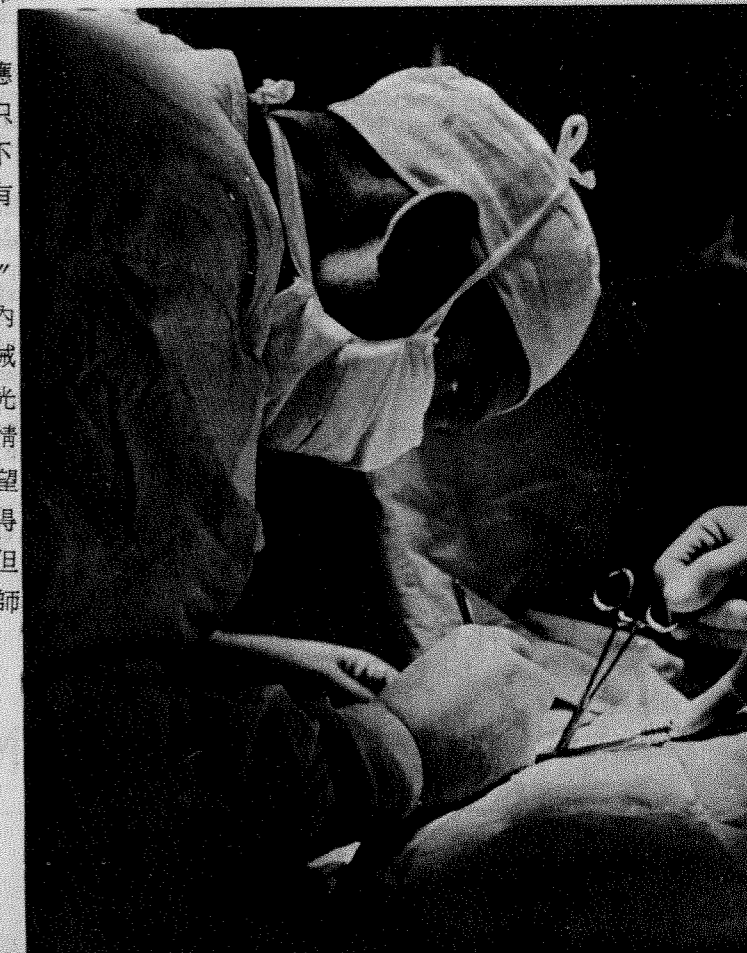
This request is made after careful consideration. Although this document is not legally binding, you who care for me will, I hope, feel morally bound to follow its mandate. I recognize that it places a heavy burden of responsibility upon you, and it is with the intention of sharing that responsibility and of mitigating any feelings of guilt that this statement is made.

Signed \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Witnessed by: \_\_\_\_\_

"生命自願書" 為致死術教育會議所擬定之一正式文件，它通知病患之家屬及親人，在無可挽回的病況下，此病患不願再以 "英雄式" 的措施來保持生命。



然而在目前對於這問題，至少有三個途徑正被積極的探求著。第一：是我比較喜歡的一點，不僅是較專門專業的定期刊物，甚至月刊、週刊、及日報均印刷出許多有關於死亡及臨死的論說。收音機、電視上亦互相配合，並且需有極好的宗教團體，討論有關於死的莊嚴問題。最後，這些討論至少能卸除以往人們不願去討論死亡或思考死亡問題的心理，甚至於能夠增進病患與醫師間的互相連繫與瞭解。這種全面性的改變風土觀念，將會使現代人放棄過時的禁忌，而易於接受現代人對死的一般看法。

第二點亦是很重要，即由各方面的努力去改進醫師所受的教育，來糾正本世紀甚明顯的技術與人類智慧的不平衡。

除了對Dr. Ross 所舉出有關臨死時的種種情況應有的措施外，許多醫事學校已改變其醫學倫理的課程，灌輸治療病人應以道德價值為基準，而不應以收費的多少來決定是否醫治的偏見及罪行！

第三：應經由立法的程序使得醫師的權利，義務及地位更為明確。其部分之目的在促使醫師負有順從病人願望之責任，而且對此行為所應負的責任，法律上應給予保護

。此外，若將病人致死的罪行除加之於醫師身上，則這種法律對於醫師而言，實太過於苛刻了！在尋求一個滿意的變通方法時，常會遇到種種困難。目前大家最注目且公認優點最多的方法乃由病人之最近親簽署手術的授權書給“人權代理人”( Ombudsman )或由社會科學家、哲學家 and 神學家所組成的委員會。

目前猜測這建議能產生什麼結果尚言之過早，但有些理由可以看出它的形成將非常緩慢，且處於相當困難的處境中，須要加倍的努力來喚醒醫事人員及外行人普遍的注意這問題。在實際處理一瀕死的症狀時，包括了一系列大大小小的決定，這些決定主要基於對病患身心狀況的評估，及其家屬、朋友的態度、希望及憂慮，對於像人權代理人或委員會的外行人實不易做到。打個比方來說，這正如為了反對避孕，而驅使警察或官員進入私人臥室中，不但不能達到滿意的效果，反而時常被被告發侵入私宅呢！

只要一般民間能對死亡有普遍的認識，將可以促使目前這種“天真無邪”的法律正視種種根深蒂固的問題。此外，我們可明顯的看到，若我們改變對死亡的看法，則我們亦為人類工藝方面的改變樹立一個範例，將在人類價值系統及社會結構之考慮上留下深遠的影響。

Hormone

Betamethasone Alcohol  
 Betamethasone 21-Phosphate Sodium  
 Betamethasone 21-Acetate  
 Dexamethasone Base  
 Dexamethasone 21 Phosphate Sodium  
 Dexamethasone Acetate  
 Fluocinolone Acetonide  
 Methyltestosterone  
 Nortestosterone Phenylpropionate  
 Prednisolone  
 Testosterone Enanthate  
 Triamcinolone Acetonide

Antibiotics

Ampicilline Sodium Sterile or Trihydrate  
 Chloramphenicol Sodium Succinate  
 Doxycycline Hyclate or Monohydrate  
 Erythromycin Estolate  
 Griseofulvin  
 Kanamycin Sulfate Sterile Inj.

Others

Brompheniramine Maleate  
 Cyproheptadine HCl  
 Dextromethorphan HBr  
 Dicyclomine HCl  
 Nalidixic Acid  
 Phenylephrine HCl  
 Pentazocine Base or HCl  
 Reserpin  
 Santonin  
 Sparteine Sulfate  
 Thiocetic Acid or Amide  
 Vitamin B12

專營西藥原料  
 代理國外廠報價  
 現貨供應

瑞力有限公司  
 LEILY TRADING CO.,LTD.

台北市長安西路 165 號二樓

電話：583591 · 589691

# 臨死者 的心路歷程

周鉅文



“A person gives money to the physician  
 May be he will be healed  
 May be he will not be healed”  
 — The Talmud

## 我們對於死亡的認識

從誕生時那一瞬間擁有生命的喜悅開始，死亡的陰影就沒有離開過我們，面對死亡，我們的表現常太過誇張，不是恐懼逃避，就是喜歡賦予淒迷美麗的幻覺。除了因愛情、金錢、政治、健康等傳統而通俗的死法外，像三島由紀夫和海明威壯烈悲慘的死（三島切腹自殺，海明威舉槍自戕）乃由於精神上漸不可扼止的虛妄感，為了徹底追求美的真諦和維持使人類生命有意義的尊嚴而不惜以身相殉。像這類死亡，是因悟透了人生，而要求自我生命的中止，死對他們而言，純屬精神上而非肉體上痛苦的解脫，在此我們僅論及因病自然而死的人心靈上所經歷的過程和圍繞在絕症病人周圍的人的態度。本文純粹是為依利沙白