

抱歉， 我动了你的脑子

[美] 弗兰克·维托斯克——著

吴程远——译

Frank T. Vertosick Jr., M.D.

一位神经外科医生的
悲喜故事



一位半途医生的成长自述，一些事关生死的黑色幽默

豆瓣评分
9.0

Goodreads评分
4.34

神经外科守则
第三条

只要病人还活着
你永远有办法把他弄得更惨

献给

养育我并让我成为自己的弗兰克与维罗妮卡

外科医生拿起手术刀时

必须慎而又慎

在他们精细的切口下

是搅动罪孽的元凶——生命！

——艾米莉·狄金森(Emily Dickinson)

推荐序 每位神经外科医生都在独自攀岩

一开始收到为本书作序的邀请，我内心是有点不安的，因为自觉自己的水平还完全达不到为他人作序的程度。但当我读完了这本书之后，我心中燃起了一阵冲动，这本书记录的完全就是神经外科医生工作和生活的点点滴滴，作为一名工作了近二十年的神经外科医生，书中的内容引起了我心中太多的共鸣。

就像世界上大部分的神经外科医生一样，这本书的作者弗兰克·维托斯克也是一位非常优秀的医生。他于1955年出生于美国宾西法尼亚州，起先就读于比兹堡大学物理专业，后进入比兹堡大学医学院接受神经外科住院医师培训，师从传奇脑外科医生彼得·詹内塔。1988年结束住院医师实习后，在西宾法尼亚医院工作了将近十五年。这本书记录的是弗兰克医生在神经外科工作中的心路历程，从一名神经外科医生的角度看，这个记录绝对真实。

很多人认为神经外科很神秘，觉得能够“动一个人的大脑”是一件很炫酷的事。但当你读完了这本书，你会觉得并不是这样，“动一个人的大脑”需要的是更多的勇气和责任。作为本书的序言，我也想简单地介绍一下我对于神经外科的理解。

我是从2004年开始在神经外科工作的。从我开始工作的那一刻起，我就对神经外科充满憧憬，觉得这个专业很了不起，因为神经外科的主要工作就是给大脑做手术，就像这本书的名字一样——“动别人的脑子”，也许正因如此，很多关于医疗的影视剧中主角都是神经外科医生。

虽然我觉得它很了不起，但现实生活中却完全不是这样，每当我被别人提起我是一名神经外科医生的时候，绝大多数的人都以为我是治疗精神疾病的。

神经外科是一门既古老又年轻的学科，我们现在所说的脑外科手术是19世纪末由西方发展而来的，但说起最早的开颅手术却比这个时间早得多。在一些古人类的遗址当中，考古学家就发现了早期开颅手术的证据。最早的“环钻术”（一种用锯把颅骨切开的手术）可以追溯到中石器时代，也就是公元前6000年左右，出现在北非、乌克兰和葡萄牙。在这些古人类颅骨的化石上，存在一些圆形或方形的孔，它们非常规整，明显是人为造成的。更令人惊讶的，是这些孔的边缘居然有愈合的痕迹，这种情况太不可思议了，大家要知道即便在医学快速发展的今天，开颅手术仍然有着较高的死亡率，而这些颅骨化石却显示，这些古人类在经历了开颅手术之后，还生存了很长的一段时间。

那他们为什么会给病人做开颅手术，治疗的又是什么样的疾病呢？根据随后的考古成果，研究人员发现，古代很多人出现了头痛或精神异常的症状，那时人们常常认为是有一个“邪灵”住进了人的大脑中，因此在颅骨上钻一个洞就是想将这个“邪灵”给放出来。虽然这种治疗的目的和手段有些令人费解，但不可否认的是早在数千年前开颅手术这种古老的技术，就已经开始为人类祖先所使用了。

在过去的几个世纪中，一些人确信这种古老的做法可以为他们带来身体和精神上的好处。例如，有人相信这种方法可以释放颅内过大的压力，而许多民族的神秘主义者及新纪元运动信徒相信，在头盖骨上打洞，可以提升感应能力。例如，英国艺术家兼游说家阿曼达·菲尔丁，她在1970年就做过“环钻术”手术。菲尔丁在之后的一次采访中解释，她相信，我们的颅骨在婴儿期变硬，流向大脑的血液就会减少。她认为正是这一点导致我们有患上神经退行性疾病的风险，而“环钻术”可以解决这个问题，帮助恢复大脑的血液正常流动。

在我国，神经外科的发展也经历了一个艰难和漫长的过程。20世纪50年代，神经外科开始崭露头角。我国第一代神经外科人，如赵以成教授、王忠诚院士等，他们的科研成果为我国神经外科事业奠定了扎实基础。

我记得我在读研究生期间，有幸见到了王忠诚院士，他当时已经八十多岁高龄，但依旧精神矍铄。我们这些学生每个人手中都有一本王忠诚院士的自传。在他们那个时代，由于还没有CT（电子计算机断层扫描）和磁共振成像技术，所以对于疾病的诊断是非常困难的，为了明确一个疾病，通常需要医生为患者做脑血管造影，然后根据X光透视下血管的走向来判断疾病的部位。在当时的条件下，这种脑血管造影具有非常大辐射性，对于常年做此操作的医生身体损害非常大。但为了祖国的医学事业，许许多多的医学前辈都将自己的健康抛诸脑后。我记得王忠诚院士曾经在书中写道，由于常年进行射线下的工作，他体内的白细胞数量一度低于正常值，而白细胞数量的降低会使得身体更容易遭受到病原体的入侵，为了增强体质，王忠诚院士每天都要进行跑步锻炼和洗冷水浴，这种习惯一直坚持到老年。

在那个医疗技术落后的年代，做一名神经外科医生是非常具有挑战性的，因为手术难度大，患者死亡率高。我记得有一位医生曾经讲过一个笑话，他说一家医院一天晚上来了十位需要做开颅手术的患者，经过一个晚上的治疗，有八位患者去世，一位患者昏迷，还吓跑了一位患者。虽然这只是一个玩笑，却非常真实地描述了在当时开颅手术是多么危险的一件事。那个时候，神经外科医生的手术服甚至都和其他科的医生不一样，别人是布衣，我们是皮裙，因为出血太多了。

20世纪70年代，由于有了头颅CT和磁共振成像，神经外科疾病的诊断准确率被极大提高。以前那些不为人知的小肿瘤，在磁共振成像下也显露得清清楚楚。时间到了20世纪80年代，赵继宗院士（我的博士生导师）率先将显微手术引入中国，正式让中国的神经外科手术进入到显微手术时代。但无论哪个时代，技术的变革总是会有一些阻力，当时的医生由于习惯了在肉眼下进行手术，所以很多人都排斥使用显微镜这一技术，认为多此一举。但赵继宗院士力排众议，他认为显微手术一定是未来的趋势，于是大力推广显微镜在神经外科领域的应用。终于，越来越多的医生开始使用显微镜，将神经外科手术正式带入了显微外科时代。

在显微镜下，哪怕几毫米细的血管和神经也都被看得清清楚楚，在显微镜下操作使得大脑的手术更加安全和准确。现在，神经外科已经突破了很多生命的禁区，小到几毫米的脑干肿瘤，大到十几厘米的脑膜瘤，都已经被攻克，患者死亡率也有了明显的下降，开颅手术也不那么令人闻之色变了。

有人曾经问过我一个問題，神经外科医生给大脑做手术时是什么感觉啊？我记得有一部纪录片，记录的是美国一位天才少年在徒手无保护状态下，独自攀登酋长岩的过程。有一个画面让我印象极为深刻：一个身着红色T恤的男孩，像壁虎一样紧贴在近乎垂直的岩壁上，当无人机在他头顶掠过时，他的脸上没有显现出丝毫的惊恐，取而代之的是对着摄影机露出一个羞涩的笑容。看到这一幕时我非常有同感，因为给大脑做手术就是这样一种“独自攀岩”的过程，很多时候只有当你克服了重重困难，把大脑的肿瘤完整切除后，才有可能把不停流出的血止住，手术才能完成。而这期间，稍有差池，付出的就可能是生命的代价。所以神经外科的手术就像是一次独自的徒手攀岩，这是一个人的旅程，当你作为主刀医生开始手术的那一刻起，就注定要独自完成，因为没有任何的退路。手术是这样，人生又何尝不是如此呢？

本书虽然是一位神经外科医生日常工作的琐碎记录，还带有浓浓的幽默感，但每一个故事读下来，都是值得我们深思的。当一个人面对疾病，面对生死，他的态度是什么样的，他的思考又是什么样的呢？

金铂 脑科学专家、神经外科医生、医学博士

前言

神经外科，或者说脑外科，是个神圣的行业。

天文学家研究天上的星体，但没办法摘下星星来触摸；研究基本粒子的物理学家，靠着巨型加速器将原子轰击打碎，粒子通过云雾室的烟雾，留下了上帝的痕迹，但物理学家也从未亲眼看过那些粒子，没法把手伸进质子里面，试试碰触到夸克的滋味。分子生物学家呢？嘴巴里歌颂着双螺旋，但基因终究是个十分抽象的东西，肉眼是绝对看不到的。这些科学家必须接受、满足于大自然在实验仪器或照片上留下来的朦胧影子。神经外科医生就完全不一样了，对他们来说，世界诞生以来最大的谜团，全藏在几千克油腻的血肉里。也只有神经外科医生敢在数小时之内，试图让五十亿年的演化更上一层楼。

在人类大脑的上千亿个神经细胞内，储存着各种电子信息，多如恒河沙数。灵魂的织锦穿插在大脑神经细胞里，精巧、从未受到侵犯的脑子优哉游哉地漂浮在头骨制成的保险柜里，就像镶嵌在生物学皇冠上的宝石。是什么因素造成了猿猴和人类之间悬殊的智力？为什么猴子只是窝在树上而人类却能行走在月球上？大脑究竟是上帝的恩赐，抑或只是由一万亿颗DNA骰子组成的赌局？

这些问题的答案，藏在科学与神学之间的灰色地带里。关于大脑，我们确定知道的只有一个事实：它并不是刀枪不入的。很早以前某个不幸的直立猿人从高崖上掉下来，发生人类历史上第一宗头部创伤的意外事件时，大家就学会了一件事：两耳之间流出的粉红色、湿湿黏黏的东西，代表的是生命的脆弱。从前，外科医生认为脑部神圣不可侵犯，不是他们的能力所能救治的。甚至到了19世纪，当勇敢的外科医生做出各种尝试时——包括修补还在跳动的肝脏——神经系统好像依然是遥不可及的。而当某些远古巫师下令将病人头颅打开，让里头的恶魔离开时，连这些巫师都清楚，打破脑袋的保护罩就等于让病人暴露在感染、流血及昏迷的危险当中。

有些时候早晨醒来时，我会有点迷惘：我是如何当上神经外科医生的？前一天我还是个穷大学生，拼命掀开沙发垫子找寻遗落的铜板好去买包薯条充饥，再回过神，我就发现自己整双手掌都埋在别人的头颅里！而在这两者之间所发生的事呢，一片模糊。

许多人大概都有种错误的观念，以为外科医生从小受到感召，立志要走这条路。但至少我在长大的过程里，就从没打算要当神经外科医生。嗯，我承认小时候玩过一个人头模型玩具，但当玩具的眼球跌下来滚到餐桌下面时，我吓得赶紧将整个玩具都扔了。也许我早该视这为不祥的预兆，但老天！我没这么做。于是，我就成了今天的我。

是什么吸引大家走进医学这一行？对一些人来说，这是小时候碰到人生挫折后的反弹：也许小学时在校园里经常被人欺负，或者念中学时交不到男女朋友等等；对其他人来说，是稳定又丰厚的收入。至于我，则是由于随便乱逛，逛到这个带着致命吸引力的职业旁边，结果再也逃不出去，就像陷在蜘蛛网内的苍蝇一样。如果一直没看过别人动脑部手术，我很怀疑我会想到从事这个行业。可是打从看到活生生的脑子的那一刻起，了解到神经外科高傲而神圣的一面之后……我便上瘾了。

长久以来，大家都觉得神经外科医生有一种神秘感，似乎脑外科医生总是聪颖过人、技术高超。之所以会造成这种印象，主要是与既专横又才气逼人的哈维·库欣(Harvey Williams Cushing)有关。库欣被尊称为美国神经外科之父，他是最早专攻脑外科手术的先驱之一。举止像个贵族、作风时髦的库欣连喝下午茶都使用上好的瓷杯，放香烟的盒子也是纯银打造的。他十分关注媒体，在那个还没有电视的年代，他就将自己塑造成了医学界的超级巨星——他甚至还上过《时代》杂志的封面。库欣非常清楚，“大脑”这一课题的宣传效果比结肠堵塞或坏死的腿要好太多了。靠着他还稍显生嫩的技巧，库欣不断地挑起大众的好奇心，颠倒众生。

然而，事实上，神经外科医生的这些神话基本上就是——神话。虽然脑筋不灵光的人的确没法成为一个神经外科医生，但神经外科铁定不是地球上最困难的工作。我懂得怎样解读电脑断层扫描照片，然

而设计和制造扫描仪器的人所拥有的思维能力，恐怕就在我之上。当我看到一块瘀血，推断这是使病人逐步迈向死亡的元凶，而应该把它弄掉时，其实许多人也有能力得出同样的结论。

不过不管怎样，我的工作是不容易对付的，使这份工作困难的是它的高风险性。脑部和脊髓与身体其他部分的不同之处，在于它们没有多少复原的能力。动腹腔手术时，如果大夫不小心割伤了一段肠子，他只要将伤口缝上便可，最多是割掉那些受损的部分。人体内有近8米长的肠子，割掉一小部分无伤大雅。甚至，完全报废的心脏或肝脏都可以靠移植而替换。但如果我切断了任何一条神经，便永远不能完好如初地接回去了。

因此，我们这些神经外科医生所做的事，是没法挽回的。小小的动作就可能导致各种严重的后果，这使得即使是最微不足道的任务都变得困难万分。找一块30厘米宽的木板放在地上，从一头走到另一头，没问题，但试试看将同一块木板悬空放在十层楼高的地方再走一遍。现在，这就不单单是机械地走路而已了！“我们犯的错误全都无法挽回”这个事实，让我常常在每天清晨醒来时就会想，有什么办法可以脱离这个工作。我就像被蛛网困住、拼命挣扎着想逃出来的苍蝇。

正式成为医生前的训练阶段，可以说是我们整个医生生涯中最美好的时光，也是最糟糕的时光，是地球上古往今来所有的训练阶段中最严酷的。在神经外科这一行中是没有天才型的人物的。而且不管你是天才还是白痴，每个人从高中一直到成为有行医执照的医师，都要通过十几年的考验。为什么会这样？因为就像其他专业外科一样，神经外科是一个近乎宗教教派的团体，有着各种硬性规定的仪式。所有学徒都必须承受这些折磨，忍受面对死亡与疾病的悲戚岁月，必须接受僧侣一样的教授的无情羞辱。于是学徒阶段除了具有洗脑作用、训练出能够进行神经外科手术的能力之外，还能够使我们看起来也像个神经外科医生——跟库欣一样——头发花白、烟抽个不停。这个过程越接近尾声，外科医生看上去就越老成，越具有说服力。“也许一个

25岁的年轻小伙子有能力驾驶太空船飞到月球，但请他千万别碰我妈妈的脑袋！”

这本书所记录的，是我在神经外科世界里的心路历程。不过所有的故事讲的都不是我多有才干，其实我跟天才完全搭不上边。这本书谈的也不是些稀奇古怪的病例或者古怪医生，更没有躲在什么地方谈情说爱的场面，没有什么医学界名人的内幕故事。我把焦点放在寻常的人物上：寻常的病人、寻常的医生，他们如何面对棘手的疾病，以及偶尔展示出不寻常勇气的时刻。

这本书的结构是颇为松散的。当我回忆往事时，我记起的并不是流水账式的、一个个病人的事迹，也不是一个构思严密的故事。正如我想不起在医学院读过的关于“类风湿性关节炎”的文章，但我记得心神烦忧、手指扭曲、再也无法捏面团做饼干给孙子吃的老祖母一样。

我所记述的病例好像都颇为灰暗，可能会有人指责我将神经外科这个行业描述得好像《哈姆雷特》一样（落幕时剧中人物差不多都死光了），但其实这里记述的并不足以反映整个行业。事实上，神经外科医生救回来的病人，远比手术后出现并发症或死亡的病人多。我之所以会挑选这些个案，主要是因为这些事件是我从一名钢铁工人蜕变为一名中枢神经系统外科医生路途上，所经历过的里程碑。失败，往往比成功更具有教育意义。一位病人的死亡比五十次的救援成功更能塑造医生的心理，促进他成长。

神经外科医生需要面对许多十分恐怖的病痛——脑瘤、脊髓伤害、头部受创、致命的出血等，病人也许会失去语言能力、行动能力或视觉。在无数的个案中，灾难都发生在电光石火之间——突如其来的头痛、抽搐、车祸或单纯在楼梯跌了一跤等，我们看到的都是没人想看的场面。然而，人类心灵高贵的一面，最后永远能光照黑暗、冲破丑恶，最坏的悲剧也可能是最有启发性的。我在受训期间，感觉跟美国南北战争中的南军将领罗伯特·李(Robert Lee)十分相似。当年李将军目睹过各式恐怖战役中的英勇事迹之后说：“战争这么丑恶也是件好事，否则我们会越来越喜欢打仗。”

最后必须说明一下，虽然书中一切皆根据事实写成，但是所有人名全属虚构，某些事件的经过也有颇多改动，我对一部分内容进行了重新安排，以保护相关病人或我的同事的隐私。因此，书中提到的病人、医生及故事，事实上是将十年间发生的许多事件、人物及对话组合而来的。

打从一开始，我就没打算采用精准的新闻报道方式来写这本书，这更不是我的自传——我的一生跟其他千千万万个神经外科医生没什么两样。但如果读者能够“爬”进这个典型的、正在接受训练的神经外科医生的心理世界，看看他所看到的、感觉他所感受到的以及恐惧他所恐惧的一切，然后默想一下每天在任何城市中的任何一家医院里不断上演着的悲喜剧，那么我的目的就达到了。

第一章 游戏规则

7月1日，神经外科住院医师生涯的第一天。

凌晨5点。

望着通往神经外科观察室——我们昵称为“前廊”——的自动门，一种似曾相识的恶心感突然排山倒海般地涌上心头，将我完全淹没。我很想逃走，躲到床底下，直到这感觉消失为止。浮现在眼前的，又是六年令人精疲力竭的磨炼。这一天早上，“六年”这个词重重地压在我脑海中，挥之不去，让我感觉好像被数以吨计的海水压着一般。我再也享受不到正常生活的阳光了——正常人的生活、正常人的工作、正常人的一切事物，都距离我那么远。

还来不及按墙上的开关，前廊的门突然“嘶”一声打开了，两个早已归到记忆档案里的人又活生生地坐在我面前：烟抽个不停的盖瑞，当年的新进神经外科住院医师，现在已经晋升为总住院医师；埃里克也已经从以前那个神经质的实习医师，变成今天的资深住院医师。许多年前，当我还只是个卑微的医学院学生时，就跟他俩合作过。往后的六个月，我们又会在同一个主管麾下共事，一起面对有疼痛毛病的病人、创伤病人以及其他各种突发的紧急状况。而我们的老板，就是神经外科的主任——阿布拉莫维茨医生。

“嘿，埃里克，看看谁来了——是‘霍纳综合征先生’本尊呢。”盖瑞说。他指的是我以前做的一次诊断，也就是令我踏入这个行业的那次事件。那是很早以前的事了。

“哈喽，盖瑞，你看上去……”我还来不及把话说完。

“像一堆烂泥巴一样。改不了，喝太多巧克力牛奶、抽太多尼古丁了……不过，咦，你怎么还没改行？听着，今天早上什么工作都没排，因为老板上法庭当证人去了。我们到会议室去坐坐吧。我要告诉

你神经外科的规则——趁你第一天上班，赶紧告诉你，然后再带你去参观疼痛博物馆。”

“神经外科的规则？疼痛博物馆？”

“是呀，这是尤曼斯那六大本教科书里都找不到的规则。我们晚一点再去看疼痛博物馆——等你亲眼看到，你才会相信。”朱利安·尤曼斯(Julian Youmans)的教科书是神经外科界的权威宝典，住院医师的智慧来源。

回到小小的会议室里，盖瑞走到黑板前面，开始写了起来。

“第一条规则：当你的脑壳被打开，跟空气接触过之后，你就再也不是从前的你了。说真格的，上帝为你的脑袋装了个铜墙铁壁般的外壳，自有其道理，我们也不应该去乱碰。脑袋瓜就好像一台1966年的凯迪拉克，你必须将引擎拆下来，才能换火花塞。设计师只管机器的表现，从没考虑过维修容不容易、方不方便。”

“病人一般好像都还算复原得不错。”我稍作抗议。

“是的，一般来说。但偶尔会发生一些奇奇怪怪的事：病人的性情改变了，或者毫无预警地突然死去，这一切都在提醒我们，我们正踏在神圣的土壤上，必须步步当心。这就带来了第二条规则：只有别人操刀的手术，才叫小手术。如果负责动手术的人是你，这就是大手术。永远不要忘记这一点。”

他啜了一口咖啡，继续说：“第三条规则同样适用于要动脑部或椎间盘手术的病人：只要病人还活着，你永远有办法把他弄得更惨。我碰到过一些病人，背上刚拿掉两块椎间盘，还求我们动第三次手术。他们说，反正身体状况已经不能再糟了。于是我们又给他们动了一次手术，而结果证明他们实在是大错特错。”

又喝了一口咖啡之后，他继续说：“第四条规则：当你觉得某个病人快要出大麻烦了，却始终搞不清楚原因时，要好好睁大眼睛看一看病人，这比护士打一千次电话向你报告病人状况有用多了。由此引

申出来的小规则是：即使你犯了大错，让病人出现了状况，你在手术台上犯的误差，也远比你躺在休息室床上或坐在电视机前做的专业判断所导致的误差轻微得多，也更容易得到病人的谅解。切记：要确实实地看看你的病人。”

“接着是第五条规则：假如你因为认错病人，给他动了不该动的手术，或者是病人身体右边出毛病，你却在他的左边动刀，那么你就别想有好日子过了——永远要记得问问病人到底是哪一边痛、哪一条腿痛，或者到底是哪只手发麻没感觉。永远要亲自检查X光片，检查片子上的名字和其他图表上的名字是否为同一个人。而且要记住，一定要仔细核对手术同意书上的名字和绑在病人手腕上的名字。不这么做的话，不出事才怪，你会陷自己于‘免审诉讼’中。”

“免审诉讼？”我问他，“医学院从来没有教过这个名词。”

“他们永远也不会教这个。这是个法律名词，全名是‘res ipse loquitur’，意思是‘不言自明的事物’。就我们的情况而言，是指在‘不当治疗’的案件中，所犯的过失是如此明显，即使非医疗专业人士也看得出来是你搞砸的。比如说，病人从手术台掉到地上；病人的右腿有问题，你却将他的左腿切掉；你为断了颈椎的人进行急诊治疗后，让他出院，却只给他开了一些阿司匹林；为病人做电击急救，结果却让他全身着火；原本应该为‘阿兰·约翰逊’拿掉一块椎间盘，结果却误在‘杰克·约翰逊’身上动刀。在这种时候，就拿出你的支票簿，准备填上一大串零吧！埃里克，我有没有漏掉什么没讲？”

埃里克想了一下。“嗯，”他转过头来看着我，“你只管记住任何外科住院医师都要遵守的一条守则：有机会坐下来的时候，就不要站着；有机会躺下来的时候，就不要坐着；有电梯可以搭乘，就千万不要走路；只要能睡得着，就绝不要睁开眼睛。而且，一有机会就吃东西，要不就去上厕所。”

稍微沉思了一会儿，他又说：“永远要听从老板的话。记住，老板代表了这里的一切。神经外科这一行是神圣不可侵犯的，不要挑战

老板。有需要的时候，多低声下气地向上乞求，你就会万事大吉了。”

“这可是住院医师阶段啊，”盖瑞的声音再度悠悠响起，“你已经不只是个优秀的医学院学生，或者是以前那个啥也不懂的实习医师了，那时候不管犯什么错，人们都会原谅你。现在是玩真的了，这是你一生的职业。你再也不用在小儿内分泌科或热带病理科轮班了，但你现在的工作，只要还剩下一口气，都得撑下去。你准备好了没有？我说，你准备好了没有？”

“准备好了！”

放马过来吧。

第二章 懒鬼、学霸和独行侠

我的神经外科生涯是从医学院开始的，医学院是我在这个现实世界中找到的庇护所。念大学的时候，我修的是理论物理，而如果你的名字是“爱因斯坦”的话，那么你就入对行了，前途也一片光明。但对于曾经当过钢铁工人的我而言，我更喜欢能提供实质生活保障的工作。

伟大的核裂变物理之父恩利克·费米(Enrico Fermi)曾经说过，世界上有两种物理学家：最最优秀的，以及从一开始就不该踏进物理界的人。那些当不上一流物理学家的，都不过是在自欺欺人，假装是物理学家而已。我的物理成绩很不错，但还不够好，达不到费米的标准。于是，我决定放弃物理，改行当医生。

电视及电影让大众对医学生留下了很多错误的印象。医学生要不就是被描述为喝得醉醺醺的小丑，在解剖实验室里拿着人家的残肢断腿做出难以形容的可笑举动；要不就是被描绘成什么都会的万能医生。事实上呢，医学生是一群被过度看重的大学生，他们自以为懂得一些东西，但其实不然。

没错，在任何医学院里，总会发生一些胡闹的事情，而我们本来就不是因为特别循规蹈矩才被挑中的。我属于医学院新生三类人中人数最多的那一类，也就是“懒鬼”类。这类学生从小学一年级开始，就只愿花最小的力气，拿勉强可以过关的成绩。我们只在迫不得已、最后关头时，才用点功念念书。上课时，我们都躲在教室最后一排那些“最佳位置”，如果课太无聊乏味，或者看到外面操场上跑来一些篮球好手，我们便随时开溜。更重要的是，懒鬼从来不在上课时间问问题，对懒鬼而言，问问题是弱者的行为。

第二类学生是“学霸”。他们拼命用功、再用功，披荆斩棘地冲向成功，因而成就总是超出预期。他们一向稳稳地坐在教室最前面，

就算是拉肚子，而且粪便已经流到鞋子里了，也不会离开教室。而他们永远——永远——有问题要问。就算那堂课教的是怎样绑鞋带，还是会有些学霸在下课后拦着老师，边挥舞着从小学用到现在的笔记本边问：“我还是没弄清楚，鞋带绑了一圈之后，是从上面穿过去，还是从下面穿过去？”

第三类是“独行侠”。这些人之所以进医学院，往往是因为他们认识的某个人，或者是他们的父母多年前读过医学院，又或者是他们奇奇怪怪的经历——例如花了一年在乌干达喂粥给饥饿儿童吃——让负责招生的教授印象深刻。很不幸，入学资格很特别并不等于智商高，因此独行侠变成我们的“垫底学渣”，替众懒鬼们压平班上的成绩曲线。独行侠从来不会坐在教室的最前排或最后排——他们根本不上课。

医学院的前两年都在教一些基础课程，像解剖学、生理学、病理学等，偶尔才会看到一些病人，就好像偶尔会吃到点心一样。真正好玩的部分，要到第三年才开始。那时候课都上完了，我们被丢到医院里，从早忙到晚。

在医学院的第三年，我们必须在医院的七个科室间轮调：在内科及小儿科各待九个星期，三个星期在麻醉科，六个星期花在一般外科，六个星期在妇产科，再在精神科待六个星期，剩下三个星期则在各外科中选一门专科。那年8月，我的轮调表寄来了，我首先被分派到的是三个星期的外科专科。“棒极了，”我心里想，“我要选心脏外科，也许以后就当胸腔外科医生了。”

等我去报名时，教务处的秘书却板着一张脸告诉我，没有修过一般外科的学生，心脏外科是不会收的，所以我就这么被拒之门外了。然后她丢给我一张单子，上面是剩下的可选选项：耳鼻喉科、骨科、整形外科、泌尿科、神经外科。

在我后面排队的人越来越多，脑筋得动快一点了。为病人挖鼻孔？做木匠做的工作？拉皮？加入尿流战队？还是要敲别人的脑袋？

但全都没有心脏外科那么有趣。哎，好吧，反正只是胡乱混过三个星期罢了。

“哦……让我到神经外科吧！”

于是她登记了下来。“维托斯克，神经外科。好，9月2号早上5点半，在神经外科病房报到。下一位！”

我的命运就如此这般地被课程表上的一个小问题决定了。

然后我才想到：早上5点半？那就是说，在天亮以前吗？她在跟我开玩笑吗？

于是在9月初那个灰蒙蒙的早上，我举步维艰地走到医院的神经外科科室，开始了医生生涯的第一天。同时，我也逐步踏上了这条又湿又滑的险路。

神经外科所在的楼层灯光昏暗，十分安静，护理部也空无一人。好不容易找到一个正在巡查病房的男护士，我向他自我介绍，并问他：“我在哪里可以找到什么人告知我该做什么？”

“到前廊找找看吧。”

“前廊？”我的脑海中出现一幅幅画面：在某个温馨舒适的地方，里面放满柳条摇椅。

他指着走廊尽头的双层自动门：“你知道的，前廊，神经外科观察室……那里就是了。”

谢过他之后，我缓缓走到前廊的入口，门上贴着醒目的标签：“神经外科特别护理病房，未经许可，不得擅入。”一阵骄傲袭上我的心头，这是我生平第一次成为“已经许可”人员。按了按墙上的开关，自动门快速地分开。

所谓前廊，其实只是个小房间，房间中央有张小小的办公桌。六张病床以半圆形的阵式环绕着办公桌，其中五张都有病人。白色的天花板上悬挂着电子监控仪器，墙上则挂满了金属桶，里面塞满了消毒纱布、药棉、一包包的手套、静脉注射用具，以及其他即用即丢的医疗用具。空气中满是消毒药物的气味。监控器低沉的“哗哗”声是唯一的声音。半张柳条摇椅都没有。

病人看起来很像一支支巨大的棉花棒，头部被白绷带层层叠叠地裹着，全都睡着了（或者陷入昏迷状态中，我看不出来是哪一种情况）。有个瘦子坐在办公桌前，面容憔悴，脸上布满了好像一天内长出来的胡子，白色外套下是蓝色的手术服。他弯着腰，埋头在一沓图表之中，同时拼命地写着些什么。我拍拍他的肩膀，他被我吓了一跳，从椅子上弹起来。

“老天爷！”他向我龇牙咧嘴，“你是谁呀？”

“弗兰克·维托斯克，医学院三年级学生，今天开始在神经外科实习。有个护士叫我来这里，这里是不是前廊？”

“我叫盖瑞，”他小声说，慢慢冷静下来了，“我是这里的新住院医师……是呀，这里就是前廊了。住在这里的病人，病情虽然还没严重到要送重症监护室，但他们的情况让他们又不能随便留置在一般病房中。他们绝大部分都动过手术了，除了那一位。”

他指向一个年轻病人——也许只是个青少年，从病人头上的绷带中，冒出来一条细细的塑胶管，一直连接到绑在病床旁边的一堆复杂机器里。

“那个家伙的头受到创伤，我们还在观察他的ICP，但其实也已经被毁了。早晚会被送进‘坟场’的，直到我们有办法安置他。”

ICP、坟场、安置他？很明显，我们在医学院学了两年的用语，在医院里并不怎么派得上用场。

“ICP 是 ‘颅内压’ (intracranial pressure) 的意思，坟场 (graveyard) 是安置仍然处于昏迷状态的病人的区域，而当我们说 ‘安置他’ 时，意思就是找到了某家愿意从我们手里接收他的疗养院……他的状况不可能有什么改进了。看来你还有很多东西要学呢。”

“这正是我来这里的目的。” 我整个人都兴奋起来。

“不，你来这里是为了他妈的做我的奴隶。” 他边笑边说，牙齿都露出来了，“现在，像个好孩子一样乖乖坐好，让我记完笔记，然后我们去吃点早餐。”

盖瑞回过头去翻阅那些图表，同时将检验室送来的数据以及某些明显的现象记录在脏兮兮的卡片上。隔三岔五他会呻吟两声，或是咬着唇，自言自语说几句脏话，表示他对某些数据的不满。终于，他将最后一份图表合起来，再将所有图表叠成一沓，放在篮子里，让前廊的秘书归档。然后他从椅子上跳起来，打手势叫我跟他走。出了前廊，我们坐电梯（要坐很久）到楼下的医院餐厅。

电梯一直发出“嗡嗡”声。盖瑞点了根烟，同时打破沉默：“我们这一组有三个住院医师和一个实习医师。我是新进住院医师，汉克是资深住院医师，总住院医师叫卡尔。实习医师都飘来荡去，大概一个月换一个，目前的实习医师是埃里克·霍尔曼，明年他就会升为新进住院医师。一般来说，除非实习者决定要加入我们这一行，否则我们不大理会他们。至于那些想离开神经外科的人，我们会把他们折腾得很惨。每天早上每个人都要巡查病房，这是工作的一部分。埃里克啥也不懂，因此他负责巡视外面的一般病人，这些病人大体上都还算稳定。我负责前廊，汉克负责看重症监护病房的病人，身为总住院医师的卡尔，可以在6点半到7点之间才来医院。早上他什么病人都不用看，我们吃早餐时会跟他进行‘卡片会诊’，换句话说，向他做口头报告，让他知道前一天晚上发生过什么事——如果有事发生的话。”

“那我要做什么？” 我问他，心里拼命想着，在这个运行得这么美好的系统中，我可以扮演什么样的角色。

“哦，等你帮我端好咖啡之后，我想你可以帮帮埃里克的忙，帮他写病历。普通病房中的病人数目最多，要埃里克在7点半之前巡视完病房，赶到手术室，实在是不太容易。你看，每个病人每天都要做病程记录……你还没有受过一般外科的训练，是不是？”

“呃，其实我什么训练也没有受过。”

盖瑞翻了翻白眼。

出了电梯，走不了多远，就来到餐厅。拿了一堆玉米牛肉、马铃薯及鸡蛋（所有确保我们将来会进心脏科重症病房的食物）之后，我像迷了路的小狗一样，跟着盖瑞走到餐厅角落的一张长桌旁。其他两位住院医师已经坐在那里了，身上还穿着便服。

“卡尔，这是弗兰克，医学院三年级学生。”盖瑞朝着那位比较体面、有威严的住院医师说。他身材瘦削，两鬓隐约有点花白。

“弗兰克今天开始在神经外科……不，等一下，今天是弗兰克整个医生生涯的第一天！”

我跟总住院医师握握手。

“欢迎加入。这是汉克，他是有四年资格的住院医师。”卡尔说的是坐在他旁边的另一位医师。汉克是个身材硕大的秃头汉子，他一边跟我挥手、微笑，一边嚼着满嘴的食物。

盖瑞和我各自坐下，开始吃早餐。几分钟之后，有个疯疯癫癫的家伙冲到餐桌旁，手里的餐盘“嘎嘎”地振动着，咖啡从杯子里飞溅出来。这个人有张娃娃脸，一头金发。显然，他就是埃里克，我们的实习医师。每天清晨的“卡片会诊”，埃里克又迟到了。

卡尔不胜其烦地看了埃里克一眼，从医师袍子里抽出一叠笔记卡片，展开每天的功课。

“贝金格，9号房。”

埃里克立即翻阅他的卡片，找贝金格的资料。我心里猜想，这位贝金格一定是在普通病房的病人，属于埃里克的责任范围。

“她的状况很好，没发热，没头痛，脸痛也消失了，伤口也是干的。她动手术到现在已经四天了。”

“她排便了没有？”卡尔脸上毫无表情地问，眼睛一直盯着手上的卡片。

“呃，我不知道。”

“那么，该死的，快去问一下！你也知道要是主治医师发现她四天还没有排便的话，铁定会发狂。主治医师关心的就是那么几个问题——她的肠子是否在蠕动？是否排便了？如果都正常那就万事大吉了，哪怕她的小脑挂在外面，在地上拖着也没关系。假如她还没完成这件头等大事的话，开些镁柠檬酸盐(mag citrate)泻剂给她。洛金厄姆，10号房，靠窗边的。”

埃里克还在贝金格的卡片上写“BM? = mag cit”（BM即“bowel movement”，排便的意思），赶忙写完翻到下一张卡片。

“洛金厄姆脸部有一点疼痛，有一点点的头痛，体温是38.2摄氏度，伤口是干的，术后已经第三天。”

“多痛是‘一点点痛’？”

“只有……嗯……一点点痛。”

“需不需要为他抽脑脊液，做个检查？”

“我想不用吧？”

“你有没有叫醒他？还是都是护士告诉你的？”

“我没叫醒他，他看起来睡得那么安详……”埃里克一脸痛苦。

“老天爷！埃里克，”卡尔发疯了，“你没叫醒他！我知道当时是大清早，但这里不是五星级酒店！他在家想怎么睡都行，但我每天早上都要知道他感觉怎么样。主治医师8点就会查房了，到时候病人会抱怨说整个晚上都睡不好，到现在都没人理他。病人打鼾的时候，你光站在门口跟他们挥手有什么用？吃完早餐之后，到楼上去问问这位仁兄，他的头到底有多痛，然后回来告诉我！”

就这样一个病人一个病人地问下去。首先是埃里克，接着是盖瑞，再之后是汉克。每个人轮流讨论他们的病人。埃里克和盖瑞被训得很惨，汉克则风平浪静地报告完毕。很明显，卡尔视汉克为同僚，但盖瑞及埃里克则是下属。从头到尾，卡尔看也没看我一眼。

7点15分左右，汇报结束，卡尔拿出一大张纸，上面是这个星期的手术时间表。

“脑膜瘤，12号房，开颅术，汉克负责……还有就是老年病人，脸部疼痛，在5号房，盖瑞和我会一起为他动手术。埃里克，回病房后补齐所有资料。”

之后，“晨间法庭”宣布解散。

盖瑞带我到手术室的更衣室，很快地告诉我手术服放在哪里，怎样戴上帽子、口罩并穿上鞋套。他还把他的储物柜分享给我。

“埃里克被整了。”我在换衣服时，盖瑞小声地说，“他还没怎么进入状态。其实，卡尔大可让他跟着汉克，看汉克做脑手术的，但现在埃里克被发配边疆，要被护士们烦一整天了。”

“接下来你要做什么？”

“卡尔要教我怎样为脸部疼痛的病人开刀。这种手术我还没做过，之前都是在旁边看着而已。”

他脸上泛起一片光芒，显然十分期待这个机会。到目前为止，我还没碰到什么令我兴奋的事情——比渔夫还要早就得爬起来，去看早

晚会被送进疗养院的年轻人，在餐厅吃一大堆油腻腻的食物，以及看几个成年人互相折磨！

也许参观过手术室里的情况后，我会有不同的感受吧。

我小心翼翼地走进5号手术室，发觉比想象中的手术室要小得多，也没那么伟大。这是我生平第一次亲眼见到手术室，墙上贴满亮闪闪的绿色瓷砖，地板上铺了一层又黑又硬的油毡，整个房间给人一种冷冷的空洞感觉，好像学生宿舍里的大浴室。靠里面的墙边，有个穿了全套手术服的女性在一张大桌子上摆弄着各种金属工具。在我左手边，几张头部X光片紧贴在两个发光的盒子上，大约在视线的高度。病人在房间正中央，早已麻醉好，口鼻接上了一些塑胶管，眼睛用胶带紧紧贴上。

卡尔将病人的头放在一个巨大的C形钳子中，然后盖瑞、卡尔和麻醉医师合力将他翻身，让他靠右边侧卧，再用几个枕头及一些蓝色的海绵乳胶垫好。接下来，他们用胶带将他贴在手术台上，再把C形钳连头一起固定在手术台上。盖瑞快手快脚地将病人左耳后方的头发剃去一小块。之后两位神经外科住院医师从手术室的后门走出去。我赶忙跟着他们，很怕独自留在手术室里。我怕我会犯什么严重错误——不小心碰了些什么东西、打喷嚏、放屁——任何可能让手术失败的错误。

这道门连接了一个更小的房间，一个长长的不锈钢水槽差不多占了所有的空间，水槽上的四个水龙头看起来好像四只银色的天鹅一样，这里是洗刷区。他们两人将口罩用胶带贴紧，以免呼吸时水汽沾到手术显微镜上，接着很仔细地洗刷他们的手及指甲。卡尔一边洗着，一边回过头来说：

“我们的主任，阿布拉莫维茨医生的专长是处理疼痛的病人。今天躺在祭坛上的那位（他用满布肥皂泡的手指指了一下通往手术室的门）患的是‘三叉神经痛’，又叫作‘痛性抽搐’(tic douloureux)，简称‘抽搐’。这类病人脸部出现尖锐的刺痛，有点像被牙医的钻子钻到神经时的感觉。老板——我们称呼阿布拉莫维茨

医生为老板——今天要使用的是最新的手法。我们要在病人头骨上钻一个洞，找到控制脸部的三叉神经，用一小块一小块的塑胶海绵垫在旁边，将它和周围的血管隔开。这个方法似乎能够减轻痛楚，又不会引起什么麻痹。这是彼得·詹内塔(Peter Jannetta)首创的方法，而我们老板就是直接跟他学来的。”

盖瑞和卡尔走回手术室内，湿漉漉的双手高举在前面。手术助理帮他们将手弄干，穿上长袍。盖瑞为病人剃过头发、预备动手术的部位涂一种咖啡色的药水，然后盖上几张蓝布，直到只看得到邮票大小的一片咖啡色头皮。

我站在那里，背贴着墙壁。两位医生则围着那一小块咖啡色地带，又切又割的，并将“丹迪钳”塞进伤口里。“丹迪钳”是根据另一位神经外科发展史上的英雄沃尔特·丹迪(Walter Dandy)而命名的。

这时候，由于沾上了血，围在伤口周围的蓝布已经变成一片片的紫色。用电烧止血的同时，只听见一阵阵的“嗡嗡”声，空气也有点烟雾弥漫。我鼓起勇气，往前走了几步，凑到手术台边偷偷瞄那伤口。伤口现阶段看起来好像一个张开的嘴巴，在红红的嘴唇之下，是一块白白的东西。

“那就是头骨吗？”我问。

“是的，”盖瑞回答，“该钻洞了。”

钻洞？哎哟！

就在这时候，手术室的门猛然打开，一个身材很高、体态粗壮、头发全白，大约七十多岁的家伙向我们咆哮：“还要多久？老天！卡尔，你在这里弄了多久了？我给你十分钟，十分钟内就会回来。”

“是！”卡尔回答，视线始终落在手边在做的事情上，“我刚刚在告诉盖瑞怎样弄开枕骨动脉……”

“好极了，”粗犷汉子说，“十分钟我就回来。到时候我要看到他的小脑。”房门猛地一下又关起来，一切立刻归于沉寂。

我凑过去问盖瑞：“他就是老板吗？”

他扭过头来扫了我一眼：“正是他。”

卡尔像犬吠般大声说：“你们都听到了，我们只有十分钟来打开这位仁兄的头。盖瑞，拿开颅器，在这里钻个洞，就在耳朵后面、乳突骨旁边。”

盖瑞伸手从塑胶盘里抽出一个好像手电筒的工具，它的尾巴上有一条黑色的粗塑胶管，一直连到手术台边的一桶氮气上。“手电筒”的顶端是一个短圆锥体，圆锥体上是一个螺丝状的切割刀。

盖瑞解释：“这是开颅器，我们用它来钻他的头骨。”

“它怎么知道什么时候停？我是说，在它钻到脑子之前。”

“它有气压启动离合装置。”盖瑞说，手指按着圆锥体上的钻孔刀，“当它穿透头骨时，离合器启动，钻头便会停下来。就这么简单。”

盖瑞压下开颅器的开关，钻头立即活动起来了，尖声作响。当他将钻头压在象牙色的头骨上用力钻时，卡尔则将注水器对准伤口喷水。一片片白色的骨头碎片从洞口飞出来，卡尔将碎屑全冲到蓝布上。

大约钻了一分钟，盖瑞的手臂突然往前跳了一下，赶忙停住，还在转动的钻头及部分钻柄都跑到头骨里面了。刹那间，在洞口的白色骨头碎屑立刻化为殷红色。完全是反射作用，盖瑞松开手指，钻子也停了下来。这个机器本来应该在碰到脑子之前就停下来的，结果钻得比两位住院医师预期的要深，深得太多了。

“哦，天哪！”卡尔大叫起来，“这该死的钻子根本没停下来。刚刚还在说它有离合装置，这东西怎么没有停掉！”他将开颅器从盖瑞手中抢过来，从病人头颅中拔出。一股鲜血涌出，另外还有一些像草莓奶昔的液体也从那小洞里流出来。

“我们怎么办？”盖瑞呻吟道。

“我们什么都不要办。你不要乱动。快拿个蓝尼骨凿给我！”洗手护士递了一把形状凶恶、有点像指甲剪的剪刀给卡尔。他狂乱地拔掉一些骨块，想将小洞弄大一点。

“我需要评估损害程度，要立刻知道。我希望我们只让他废了小脑.....要是我们钻到了他的脑干，那我们就完了。”卡尔原先的学者风范烟消云散，只剩下惊恐万状的喋喋不休，“我的意思是说，天哪！我从来没看过钻到那么深的.....钻到头的内层时你还感觉不出来吗.....天呀！希望脑干没事，请告诉我他的脑干没坏掉.....”

手术室门再一次打开，老板又来了。

“一切都很好吧.....我说，一切都很好吧？”

“是.....呃.....很好，”卡尔结结巴巴地说，“我们刚刚刮到小脑，我想.....一切都很好.....”

“五分钟。我去喝杯咖啡就回来。五分钟。”

卡尔转动手中的器具，在伤口处弄了老半天后，终于宣布损害程度尚可接受。

“只损害到一侧小脑。这家伙的手臂有一阵子会不怎么稳定，不过慢慢会好的。给我一大块止血棉吧，老板不会知道的。”他在伤口上盖了一块白色的布，就好像小孩子不小心在家里餐桌上弄了一道刮痕，怕爸爸、妈妈责骂，便用报纸将刮痕盖住一样。

我实在看不下去了。我走出房间，害怕看到老板掀开卡尔放在那里的“报纸”之后可能出现的骂人场面。我也知道一般人会“有事往下责怪”，而我就是最底层的那个人！

一切结束之后，我在休息室碰到盖瑞，便问他后来手术进行得如何了。他坐在椅子上，仍然在冒汗、发抖。

“还好，我想病人没事，但老天！我差点把那家伙弄死！我一定是太往前靠、太用力或什么的，我不知道。”他耸耸肩，又伸出他的左手食指，“看到这没有？”

“看到了。”

“如果你想靠脑外科谋生的话，你的心血管就要有这么强壮才行。”

虽然我每天早上都为盖瑞端咖啡，但事实上在整个训练期间我都是埃里克的奴隶。埃里克要做的事情很多——那些事甚至连医学系三年级的学生就能应付。疲惫不堪的埃里克很快就教会我怎样帮病人拆线及伤口换药等。他也派我去问病人一些他忘了问的问题，像对什么会过敏、有没有带X光片、早上有没有上大号……我变成了“干粗活的小狗”，整理检验室送来的报告、影印期刊里的文章，或者将医生遗忘在病人房间的袍子带回来。

我真正的贡献是记了很多的“H&P”，这是“History”及“Physical”两个词的第一个字母，意思是“病史及体检”。病史包括病人对自己病况的描述，特别是主诉（如“我吃东西时脸就痛”）、目前情况（如“三年前我的脸开始痛，从去年12月起，越来越糟……”）、过去的病史（“我有糖尿病，胆囊已经割掉”）、目前服药情况、对什么会过敏、职业、抽烟喝酒的习惯等。体检就是身体检查。就算在科技越来越发达的今天，有四分之三以上的情况，单靠H&P的资料就可以诊断出病人到底得了什么病。

每个住院病人都必须有一份H&P记录在案。在比较忙碌的日子，神经外科一天起码进来十二个病人。就算一份不怎么复杂的H&P记录都需要30分钟才能做好，因此要在天黑以前完成所有病人的H&P记录就更艰巨了。盖瑞和埃里克负责做H&P记录，资深住院医师和总住院医师都不屑为之。而盖瑞都住在手术室中，埃里克只好每天独自花费6到12小时来应付H&P记录。在医学院的第二年，我们就学过怎样写H&P记录，因此任何一个三年级的学生都能弄出一份及格的H&P记录。我变成了一部H&P记录机器，每天都交出四到六份。

当然啦，根本没有人会读这些H&P记录的。任何跟诊断有关的决定都不会参考我的发现。负责动手术的医生早就亲自给病人做过H&P记录，经过周详的考虑后才做出动手术的决定，而后病人才会被送到我们这里来。因此，我来写H&P记录，只是一种为了习惯体制作风的训练而已。

勒夫曼先生的那一次事件，是唯一的例外。

哈维·勒夫曼先生五十多岁，进来的原因是要从颈部拿掉一块突出来的椎间盘。他最主要的不适是右手臂的疼痛，而过去几个星期以来，疼痛变本加厉。他试过康复治疗，一点效果也没有，晚上靠止痛才能入睡。在其他医院，勒夫曼照过脊髓摄影：医生在他脊椎里注射显影剂，然后用X光将他的脊椎神经系统拍下来。结果显示他脖子的一块椎间盘——脊椎骨之间的纤维软骨断裂了，压到了一条神经。

我还不不懂怎样通过X光片子做诊断，但我找到一份打好字的相关报告，就在病人的病历档案里。在放射线分析报告的结尾写着：“诊断：颈椎第五与第六节间，中央偏左边小块椎间盘突出。”左边？但病人的疼痛出现在右手臂。压到左手臂的神经怎么会造成右手臂的疼痛呢？我告诉埃里克这件奇怪的事，但他只耸耸肩，说报告经常会出现错字，医生一定是知道椎间盘确实往右边断裂，否则不会将病人送进来动手术。“大概放射科医生看X光片口述结论时不小心说错了。”他这样解释。

我觉得他这说法也对，便信步走到病房看看勒夫曼先生。我踏进病房时已经是晚上9点。勒夫曼先生坐在床上，瘦削憔悴、满是皱纹的脸，将他的不适表露无遗。他勉强挤出一个因脸孔扭曲而显得奇怪的笑容，用他因长期抽烟而沙哑的声音说：“有什么事吗？”

“我是维托斯克，勒夫曼先生。”我伸出手，但他已不想再动疼痛不堪的右手，便挥挥他的左手。“我需要问你几个问题，给你做些简单检查。现在……”我声音变小了。

“有什么不对劲吗？”

确实有些不对劲。当我靠近看他的脸时，我突然发现他的两个瞳孔很不对称。右边的瞳孔小小的，但左瞳孔十分大，好像一个圆盘一般。究竟发生了什么事？闪电般的一刹那，不知道从哪儿来的灵感浮上心头。在我的深层记忆里，意识之下的脑科精灵将我在医学院两年来学到的零星片段拼凑起来，为眼前这位病人做出诊断。手臂的疼痛……老烟枪的粗哑嗓门……瘦削的面庞……不对称的瞳孔……全都在一刹那间融合在一起。这个人根本没有断裂的颈椎间盘！我站在他面前，全身感觉冰冷，因为只有我知道造成他手臂疼痛的真正元凶！但我不能跟他透露半点风声，我没资格那样做。

“哦不，没什么不妥。嗯，谈谈你痛的地方……从什么时候开始痛的？”一路谈下去，完成了H&P资料收集后，我便谢谢他，离开了病房。

出了病房，我立刻抓住盖瑞。他刚从手术室出来，做完一个头部创伤的手术。

“盖瑞，”我上气不接下气地说，“那个家伙，勒夫曼，15号病房的那位，他要动的是颈椎间盘切除手术，但他的椎间盘位置不对！而且，他还出现霍纳综合征呢！你自己去看看！”

“什么家伙？你在说什么？真的是语无伦次。已经10点了，回家吧。”盖瑞张口吞了一排巧克力便走开了。我追在他后面。

“不，等一下，我说的这个病人排好在明天早上7点半做手术，但这是错误的。他有霍纳症状，而这跟颈椎间盘无关。就请你去看看他吧。”

虹膜是我们眼睛的一部分，它的作用就好像摄影机的光圈，负责控制让多少光线进入眼睛里。而让虹膜伸缩自如的，是一些小肌肉，这些小肌肉则靠神经提供信号。当这些神经失去功能时，虹膜便随之瘫痪，瞳孔也因此不会扩大，永远都是小小的。光线充足时，正常瞳孔的大小和瘫痪病人的瞳孔的大小差不多，正不正常不易区分。可是，周围比较暗淡时，正常的瞳孔会扩张，而有问题的瞳孔还是维持原来大小，这种不对称的情形便是所谓的霍纳症状。在暗淡光线中，不对称瞳孔的区别非常明显，连我这样的新手也看得出来。当主治医师检查勒夫曼时，诊疗室内灯光充足，便不会注意到他有这种症状。

控制虹膜的神经不在颈部，而是位于胸腔。这听起来很奇怪——控制眼睛的神经位于胸腔——但人体的结构有时就是这么难以理喻。勒夫曼先生的第五节到第六节颈椎间盘突出并不会造成瞳孔的不对称，问题一定出在胸腔。在他胸腔深处，有些东西压迫着通向他右手臂的神经，也抑制了他的虹膜神经的功能。而由于病人又是个中年烟枪，最有可能也是最令人不乐观的解释就是：肺癌。

“他有没有照胸部X光片？”盖瑞停下来。

“照过，检查结论是双侧肺尖胸膜增厚。”

“嗯，在胸膜变厚之下的肺尖，可能躲着一个肺上沟瘤，一般X光检查不小心便会漏掉。”他喃喃自语，“好，我们去看看。”他往勒夫曼的病房走去。

当我们走进病房时，勒夫曼由于使用过吗啡，已进入沉睡状态。盖瑞轻轻地摇醒他，捧着他半睡半醒的脸，转向左边，又转向右边，眯着眼睛，在昏暗光线中观察他的瞳孔。

“很抱歉，勒夫曼先生，请继续睡。”

盖瑞脸色凝重，一语不发地走向护士站。他在电话旁边的椅子上坐下，从口袋中拿出一本通讯录。找到电话之后，他便按了电话号码，静静地等。

“哈喽？亚肯斯医生在吗.....亚肯斯医生，我是盖瑞，从医院打来.....抱歉打扰您，但这个勒夫曼，明天你要为他开刀的那一位，你知不知道他右眼呈现霍纳症状.....不，很明显的.....是.....是，有可能是肺上沟瘤。当然.....哦不，不用谢我，是我们医学院新秀发现的.....好，再见。”

挂上电话，盖瑞拿起病人的病历表，翻到医生排期页上写下：“手术取消。早上右肺尖做多面X光断层摄影。”

然后他抬起头来，一脸严肃地对我说：“这是最容易的部分，困难的是怎样跟勒夫曼解释手术被取消了。”

他站起来，往走廊方向走去，这次他走得很慢。“我会处理这件事的，他们付我钱就是让我干这个的。你回家吧。”

他不用再说第二遍了。

果然，勒夫曼先生的肺部检查显示，右肺尖端部分有一个螃蟹状的东西。切片检验的结果，证实那是鳞状细胞肺癌。大家都不想为他动什么手术了，他右手臂的疼痛以及霍纳症状的存在指出，肿瘤已经扩散到肺部外面，蔓延至肩膀上的神经系统。现在已经不太可能以切除的方式来处理了。他被转到肿瘤科接受放射治疗。我再也没有看过他。

几个月之后，勒夫曼的案子与我再度结缘。这时我已经离开了神经外科，在退伍军人医院受内科训练。有一天我接到留言，阿布拉莫维茨医生要我去他办公室一趟。

到了约定的会面时刻，我在秘书小姐的陪同下走进大老板的豪华办公室。办公室的墙上挂满了证书、奖状、荣誉奖章，以及过去的导

师或各住院医师的签名照片。阿布拉莫维茨医生双腿搁在宽阔的办公桌上，头弯下来，阅读用的眼镜搁在鼻尖，眼睛直瞪着我。

“请坐。”

我乖乖地坐下，整个人差不多陷在那张豪华大椅子里头了。大老板坐直了身子继续说下去：“听说你发现我们一个病人得了肺癌，而原本第二天他就要动颈部的手术？”

“我刚巧看到他有霍纳症状，就这样而已。因为那时候天已经黑了才会那么明显的……要是在白天，谁都会看漏的，其实我是运气好而已。”我有点紧张。他是不是在追究医院内正式医生的责任？

“不管怎么样，你还是让他少开了一次刀。听着，我们这里需要优秀的人才。你毕业之后要不要来这里工作？”

“做什么工作？”

他笑起来：“做这些工作，神经外科。加入我们——成为我们中的一员。这工作很艰巨，但我们医院是全美国最好的，也可能是全球最好的。”

我呆住了。“我要好好想一想。”

“好吧，不要想太久了。每年我们只有两个空缺，应聘的却总是超过一百人。我们喜欢在事前几年就挑好人。”

谢过他之后，我匆匆忙忙地退出来。这真是个荣誉：举世闻名的外科医生邀请我加入他的医疗团队。但有件事让我不安：如果是这么大的一个荣誉，那为什么会颁给走运看对了一个病人的家伙呢？我想起喜剧明星格劳乔·马克斯(Groucho Marx)说过，他不想加入任何邀请他加入的乡村俱乐部。

而且，为什么要在事前几年？我又想起一位小学同学大卫，他14岁时就已经决心读神学院了。也许外科住院医师训练就跟读神学一

样：在他们还没弄清楚状况之前便被挑选上了。

至少大卫后来变聪明了。他现在已经有了三个孩子，以卖保险为生。

第三章 魔法师的袍子

阿布拉莫维茨医生问我要不要“加入他们”时，我正在念医学院的三年级，在医院实习的第一年已经过了一半。当时我被分配到退伍军人医院。退伍军人医院的全名是“Veterans Administration Hospital”，当地人简称它为“VA”，或者是略带讽刺地称之为“VAH温泉度假村”——虽然它根本一点都不像温泉度假村。事实上，VA位于大学的美式足球体育馆后面，外形看起来像20世纪50年代的政府建筑：平淡无奇、四四方方的，像个盒子，黄砖墙上沾满了从工业区飘过来的煤烟灰。

我们的医院是全美国各退伍军人医院中设施较好的一家，大部分的员工都尽心尽力地工作，不过政府的官僚习气随处可见，例如没有停车位（除非你是管理阶层的一员）、繁杂的文书作业以及过时的器材。而管理阶层呢，他们知道反正永远不会被炒鱿鱼，最后都恰如其分地成了一群游手好闲的寄生虫。令人惊讶的是，医院的效率不高并不是因为钱不够，事实上VA的预算充足；掐着这家医院喉咙的是各式规范而不是穷困。

不过对我而言，VA代表了许多温馨美好的回忆。对医科学生和住院医师来说，尽管院方问题层出不穷，但这幢霉烂潮湿的建筑物所代表的，是凌晨3点大家还聚在一起，边吃已经变冷变硬的比萨，边高谈阔论各种医学奥秘；它代表了我们在整理比病人还要高的一沓沓病历的精力及时间；而这也是像我这样一个医学院三年级娃娃脸可以被尊称为“医生”而旁人不会发笑的地方。

回想在VA的日子，工作时间长、管理不足、令人生气的事情多，但大家努力给这些为国家服务的男男女女提供高质量的医疗服务，还是让我们很有成就感。由于政府成了我们的共同敌人，因此在住院医师之间往往培养出深厚的感情，许多甚至成为一辈子的朋友。例如负责带我的实习医师吉姆，二十年后依然是我的好朋友。

一般人谈到“医学”时，心中所想的包含了医疗的各个层面，从皮肤病学到骨科，再到小儿科。对外行人来说，任何拿到医学学位的都是在从事医学的人。但对医生而言，“从事医学”者指的是内科医生——而不是外科医生、放射治疗师或精神科医生。内科训练教授的，是我们该如何处理成年病人的非手术健康问题，像糖尿病、高血压或肺炎等。

在VA的九个星期——也是十分关键的九个星期中，我学会了许多比较简单的当医生的技巧：抽血、看X光片、解读心电图以及开药方等。我如饥似渴地学习着这一切。在神经外科受训的时候，除了拆线、缝线以及轻敲病人胸腔听诊之外，便没机会做什么别的了。内科却将我带到医疗的另一个层面：侵犯另一个人的权力——而且是合法的。我们领有牌照，可以将戴上手套的手指伸到别人的直肠里，在他们的脊椎部位一针刺下，或是将水管一直塞到别人的结肠中。

第一次尝到这种令人飘飘然的权力，是在VA第二个星期的时候。那一次，吉姆递给我一根鼻胃管，还有一盒K—Y胶冻润滑剂，告诉我他在大病房有一位患了肝硬化的病人，要我将这条“塑胶蛇”插到病人体内。这位病人因为肠子阻塞而有恶心的感觉，因此需要靠这条导管来协助降低胃里的压力，好让他舒服点——如果你觉得让一条半寸粗的管子塞在鼻子里会比有恶心感更舒服的话。

“你看过我这样做起码十几次了。”吉姆一边赶着去开会一边向我再次保证，“你只要将导管塞进他的鼻子里，等通到他嘴巴后方时，叫他将它吞下去……当他这么做时，你就迅速地将管子往里送。送进去大约60厘米之后，抓一个50毫升的针筒，打些气进去，同时用听诊器听他胃里的泡泡声音，这样你就知道导管确实通到他的胃里，而不是跑到他右边的支气管里。”

我点点头走向病房，心怦怦乱跳，手心冒着汗。当时VA还是经常将一二十个病人放在同一个大病房中，病床和病床之间只用薄薄的帘幕隔开。私人医院一般只让两位病人住在同一病房中，许多新医院更是清一色的单人房。然而，上了年纪的老退伍军人喜欢有人做伴，甚

至会主动要求住在大病房里，因此VA也很少接到什么投诉，一切就相安无事地继续下去。

走到病房，看到我的目标坐在床上，腹部胀得鼓鼓的，手上拿着一个蓝色的呕吐用盆子。他年纪不小，身材矮胖，鼻子圆圆的，泛满红光的脸上浮现一些细细的、蜘蛛网状的血管。他很有礼貌地笑了笑，我们交谈了一会儿，他说话带着一丝丝的南方口音，显然他是在佐治亚州度过童年的。他东拉西扯地谈他在第二次世界大战期间的经历，当时他是个轰炸机驾驶员，经常飞到柏林执行任务。

老退伍军人伸出他满是皱纹、饱经风霜的手，要我看他那枚刻了许多细小翅膀的钢戒指，以证明他所说的英勇事迹全都确有其事，好像他也知道，眼前形象臃肿的他，不大能让人相信当年他曾经也是个身材修长、穿着皮衣的空军健儿。唉，柏林已经是差不多四十年前的事了，战时英雄现在只是个退了休的农夫，肚子里带着一个出了毛病的肝。

一切进行得很不顺利，我就是没办法将管子从他的右鼻孔弄进去。于是我又试了试左鼻孔，但还是没成功，只好再回到右边。这时病人的左鼻孔已经流了不少血，好像几条小河般流下来，进入他的嘴巴，再滴到他的绿色睡衣上。

终于，管子通过了鼻腔，弯进老退伍军人的喉部。我还来不及说“吞”，他便猛烈地喘气，呕吐，我们两人身上都沾满了他的呕吐物，而原先正要进入喉咙内的管子，一端从他的嘴巴被吐出来，但另一端仍然穿过他的鼻腔，悬在鼻孔之外！我吓坏了，粗暴地将管子拔出来，好像在发动船尾马达似的。他尖声急叫——然后他的右鼻孔也开始流血了。我从旁边的洗手槽那儿抓了些纸巾，弄湿之后，尽力帮他止血并清洗干净。

“十分十分抱歉，我们等一下再试好了。”我虚弱地道歉，害怕他会对我的无能大大生气。

然而，他只吸了一口气，微笑：“没关系，医生……谢谢你为我做的一切。”

我简直是从病房逃出来的。站在走廊上，我让自己重新整理了一下头绪。这个人怎么了？一个陌生人走到他面前，将一根武器插进他的鼻子，害他鼻血流得像喷泉一样，直到他将午餐全吐出来才停止，旁边还有六个病人在看着呢！如果在路边，这绝不会被称为医疗检查，而是暴力殴打——还有目击证人呢！而让人诧异得不得了的是，他很感谢你，谢谢你“为我做的一切”！

我看着身上的白袍，这不可能只是一件普通的衣服，它一定是什么魔法师的袍子。这一件白色的东西是我唯一的资格证明，它不只让我免于被起诉袭击老退伍军人，反而令他感激万分。往后的日子里，我对某些病人做过更糟糕的事情，不单是令他们流鼻血和呕吐。但无论如何，我又跨过一个里程碑了。当我将那根沾满血液胶冻的鼻胃管丢掉时，我生平第一次领略到当医生是怎么回事。

那是一种令人飘飘然的权力。

我不是很确定是否会喜欢这种感觉。

任何跟医疗扯上关系的电视剧好像至少都会出现一次“心脏停搏”的场景。表情严肃的医生拼命在给某个濒临死亡边缘的病人急救——电击、用力捶打病人的胸部等。这种镜头出现之频繁，就算是外行人，也许单凭看电视就已经学会怎样救助心脏突然停跳的人了。

在担任住院医师期间，晚上我在城里另一家医院的急诊室兼差。有一天晚上，我在走廊上给一名心脏病突发的病人做心肺复苏术（cardio pulmonary resuscitation，简称CPR），另一名病人走到我面前，指着奄奄一息的病人，问我有没有试过给病人心脏注射肾上腺素。我不客气地叫他别多管闲事，将他送回候诊区之后，赶忙依他的话拿出心脏注射针筒。我的病人后来活过来了，感谢电视机。

每当发生“心脏停搏”的状况时，医院都会广播通知大家，而各家医院都会使用一套暗语。很多医院喜欢用“蓝色代号”，但我们医院用“A级状况”“蓝色警报”或者“呼叫怀特医生”。于是，广播员那魂不附体的声音透过各个喇叭大叫：“呼叫怀特医生！4835号房！”专门负责救援的小组立刻疯狂地冲向4835号病房，手里拖着救生器具。

这些代号的用意，是避免吓到病人的家属（虽然很多时候家属们确实应该感到焦虑）。只不过是请怀特医生到4835号房而已嘛，没什么大不了的。

事实上，像“呼叫怀特医生”这类委婉说法，对于减轻大众的焦虑没什么帮助。可以想象一下，午餐时，在人潮汹涌的医院餐厅里，广播人员一小时来都优美镇定地吟着：“纳尔逊医生，请拨内线5545.....鲁森布隆医生，请打电话至急诊室.....”突然间她尖叫起来：“呼叫怀特医生！门诊手术室！”一下子连续呼叫了三次，餐厅内十几个医生东西吃到一半，忽然将刀叉丢下，餐盘一推，拎起装满器具的金属箱子夺门而出！

“怀特医生”还有一些令人发笑的副作用。有一天早上，我们在三小时内被呼叫了五次“怀特医生”，等我们以为最坏的都已经过去时，突然第六次“怀特医生”呼叫又出现了，这次是要我们去九楼的一间私人病房。当我们冲进房里时，看到一位虽然上了年纪但看起来很结实壮健的绅士坐在那里，边喝着咖啡边看《华尔街日报》。

“是谁心脏停搏了？”我们心肺复苏小组里的资深住院医师很生气地问。

“我没有请人来拯救谁的心脏，年轻人，我只不过是请播报员为我请怀特医生来。我的内科医生啥用也没有，而我一早上都听到别人在呼叫这位怀特医生。我想如果他这么热门的话，那么一定是个好医生！”

幸好，当年VA没有这种公开的广播系统。接线人员通过呼叫器来寻找急救小组。身为正在受训的三年级医学生，每隔几天我就会被分配到急救小组。小组成员包括资深住院医师凯蒂、实习医师吉姆、医学院四年级的帕姆以及我。每个值班的晚上，我们的呼叫器至少都会响一次，接到呼叫后，大家从各个楼层飞奔到出状况的地点，找到那个不幸的、已经“CTB”的病人。“CTB”是医院用语，即“已经停止呼吸”(ceased to breathe)的意思。可怜的病人CTB的理由总是很充分，例如罹患癌症晚期或已经活到比谁都久了，但医院还是依惯例向我们求援。

进行心肺复苏术之前，凯蒂会先瞄一下医院提供的名单，看看有哪些病人是属于DNR——不必做心肺复苏(do not resuscitate)的一类。在那个时代，生前预立遗嘱或开诚布公地讨论使用维持生命的系统等问题，仍不像近年来这般普遍，因此即使明明没什么希望的病人，我们仍然要尽力一试。

于是，该楼层的护士将载满药物及电击器的大红推车推到病房来，我将心电图仪接起来，帕姆负责抽血，凯蒂为病人做气管内插管。接着我们三个资质比较浅的人就轮流压一个很大的绿色气袋，将氧气打进病人的肺里，凯蒂在旁发号施令。很多时候，我们请医院的呼吸治疗师来帮忙做最累的部分，就是为病人施行胸外心脏按摩。理论上这样做能将血液挤进已经毫无动静的心脏。

虽然亲眼见过几十次这样的状况，我却从未看过病人真的死而复生。心电仪器上出现的已经成平直线条的波形，并未因我们的努力而重新起伏，没有任何一个心脏再度跳动，病人就那样去世了。

我并不想贬低心肺复苏术的价值。在少数情况下，例如遇见差点被淹死的人、心脏病刚发作的人、被电击的或被烟呛到的人等，心肺复苏术及类似方法都有可能救回一命。但一个罹患糖尿病且心脏衰竭的90岁病人就另当别论了。当这样的病人心脏停搏之后，它就永远停下来了。而这也是电视剧不会告诉大家的一个事实：施用心肺复苏术的例子中，百分之九十五以上都无法成功。其中少数被救回来的，大部分也会在一个星期内去世。

那么，那些濒死经验又怎么说呢？看到一团亮光及其他怪异现象的个案呢？还有，那些学过心肺复苏术、脑子反应灵敏、救回过倒下的路人的童子军呢？我们还颁英雄奖章给他们哪！很抱歉，以上许多所谓“心脏停搏”的例子其实并不是真的心脏停搏。举个例子，如果有人在大热天里昏倒，那么脉搏可能暂时性地慢下来，甚至经验丰富的医务人员都会被愚弄，以为这个人的心脏停搏了。有一次，我碰到一位体形庞大的妇人。她的呼吸停止了——至少人家是这么告诉我的。但她的体重实在超过标准太多了，全身上下哪里都感觉不到脉搏跳动。于是，我跨坐在她的大肚皮上，双手开始用力压她的胸骨。她突然惊醒过来，问我究竟在做什么。我满脸通红地回答她说：“你不相信我在救你一命呢？”

我将医学院三年级训练期间仅有的那么一点点余暇，花在免疫实验室里，进行一个小小的研究。我的题目是研究白细胞如何在一滴一滴的海藻胶体上移动。海藻胶体是从海藻中抽取出来的透明植物胶。我们将血液和温暖的海藻胶体混在一起，小心翼翼地一小滴一小滴地滴到培养皿中。“一小滴”是真的很小一滴，小到需要显微镜的协助，而且要练习很多遍才能滴好。

玛莎来自英国，是实验室的技术员，她教了我很多制造那些小滴的技巧。刚开始试的几次，我的手在显微镜下显得有点颤抖，虽然平时以肉眼来看我的手一点都不抖，但在显微镜之下，却看得出由于我的手指会旋转晃动，因而无法滴出漂亮的小圆滴。但玛莎的手像石头般稳定，于是她很快就对我不耐烦了。

“你为什么这么紧张？”她直接地问。

“我没有紧张！弄这些笨点滴有什么好紧张的？”毕竟——我在心里偷偷地想——我还曾经让别人受过鼻胃管的苦刑呢！

“它们不‘笨’。”玛莎愤怒地回击说，“我们在研究多发性硬化症的成因，这没有什么笨可言，先生，这可一点都不笨。”当她生气时，英国口音就显得更重。有时候我就是喜欢折磨她，听听她的BBC（英国广播公司）说话方式。

“呃……我一定是喝太多咖啡或怎么的……就这样而已。我们晚点再试吧。”

专注于显微镜中的她抬起头来，绿眼睛带着怀疑的神色斜瞄着我：“好吧，晚点再试。你没打算靠那样的一双手做脑部外科手术吧，老头子？”

这句评语刺到我的骨子里去了，好像她能看穿我的心思似的。我紧张地笑着，无言以答。

当她跑到另一个房间之后，我继续玩耍显微注射器，努力让双手稳定下来。练习了足足一个小时之后，我终于弄出几滴很不错的小圆滴。

答案终于水落石出了：是咖啡作祟而已。

可是，玛莎走之前所说的话在我脑海中盘旋不去。她根本不知道自己在鬼扯些什么！我想做哪个专科就做哪个专科嘛！就算脑外科也一样行！但我怎样才能知道自己是否做得到？只有一个方法。我拎起电话，打到神经外科的办公室。

是的，我想“加入他们”，成为其中的一分子。

第四章 诊室里的漫漫长夜

在医院受训期间，时间好像过得很快，只有在精神科时例外，我觉得这一科很是单调乏味。虽然这里的病人都颇为有趣，可是整体的治疗步伐太缓慢了。那六个星期，我被分配到情感性精神病房（affective disorders unit，简称ADU），这是大学医院附属精神病治疗中心的一个科室。ADU所接收的病人，全都是在情绪方面出现严重失调的人。来这里就诊的，大多数是忧郁的中年妇女，或者是十分狂躁、情绪失控的年轻人。此外，在ADU还有不少精神分裂症病人。其实精神分裂并不算是“情绪失调”的一种，而是一种“思想失调”，是心理上出了毛病，原本这些病人应该被安置在管制病房之内，但由于大学治疗中心这样的病床有限，因此任何地方只要有空病床，院方就会将似乎无所不在的精神分裂症病人安排住进来。

我们的周围有许多业余“心理学家”，他们喜欢随意分析同事或朋友的心理状态。比方说，在营销部的工作狂有“躁狂症”；住在隔壁的邻居某太太，则由于女儿离开她去上大学而“陷入抑郁”；还有，住在街尾的约翰铁定是个精神分裂症病人，百分之百的疯子，等等。

如果营销部的那位同仁只是由于每天最早到并最晚离开，就被说有躁狂症，那我碰到过的一个承包商，他一边读着《圣经》，一边踩着健身脚踏车，还一边口述着一封信（秘书在旁记录），同时还向我抱怨政府里有太多犹太人会引起危机，你会怎样看待这样一个人呢？

而你的家庭主妇邻居，只不过因为每天早上看到女儿离家当天所拍的照片潸然泪下，人们就断定她罹患急需治疗的忧郁症吗？这跟我见过的一位祖母——每天蹲坐在地上18个小时，头拼命撞着地面，嘴里不停地念着“上帝，让我死”——比起来实在不算什么了吧？

至于住在街尾的那个怪胎，也许只是因为喜欢穿黑褂配白网球鞋，以及跟他的盆栽讲话，就被定位为精神分裂了？那么，有一次医院里的一位护士助理说，撒旦告诉她肚子里怀了恺撒大帝的儿子，最后拿刀猛刺自己的阴部，甚至切掉了一部分子宫——这个护士助理又应该被称作什么？

在医院里看过的所有精神病症之中，最令我着迷的，要数精神分裂症。这是个既残忍又让人不解的病，它剥夺了我们之所以称得上为“人”的特质，即我们的“理性”。精神分裂的英文名称“schizophrenia”源自希腊文，即“分裂的心灵”的意思。但许多人仍然将“精神分裂”和罕见的“人格分裂”或“多重人格”搞混。讽刺的是，精神分裂症病人连一个完整的人格都不具备了，遑论两个或更多个人格。这些病人的特征是冷漠、思考错乱，与人交谈时往往毫无逻辑地从一个话题跳到另一个话题，经常感到被迫害，最后出现幻觉——听觉上的或视觉上的幻觉（听觉上的较为普遍）。

事实上，精神分裂之所以会形成，乃是由于脑部里的一种化学物质“多巴胺”呈失调状态。多巴胺也是引起帕金森症的一种化学物质。粗略地说，多巴胺是脑部某些神经元轴突末梢所释放出的一种化学物质，它在运动的控制与增强方面的作用非常重要。1952年，医学界引进了“吩噻嗪衍生物”，这种镇静剂可使多巴胺的失调回归正常。在此之前，人们所使用的治疗方法从愚蠢的（将病人泡在冰水里）到危险的（开颅手术）都有。而尽管过去四十年来已经发展出一系列的相关药物，可是精神分裂症的治疗依旧只能说表现不佳。许多病人抗拒这种治疗方式，慢慢地不再想服药，或者是服用后出现永久性副作用，而导致类似帕金森症的缺陷。

有些人相信，精神分裂症是一种现代人才有的病，因为过去的历史学家从未提过这种病。也有人认为，以前的社会只不过是忽略了这些病人，或是将他们当成魔鬼附身而未继续追究。可是，这么明显的症状为何会被人们“忽略”，仿佛从未发生过？

在今天的美国，差不多每一百个人之中就有一个精神分裂症病人。百分之一的人苦于此疾，可是由于记录的病例一直很少，来自政

府的研究经费相对就更少了。如果在今天的社会中，大家对于精神分裂症病人尚且视而不见，那么历史上对于他们的忽略，就变得可以理解了。

多年前，伟大的医学散文家路易斯·托马斯(Lewis Thomas)写过一篇极其深刻的关于死鸟的文章。他指出，我们绝少看到死掉的鸟，至少不如预期中那么多。夏天里，天上经常看到鸟群飞过，城市里的鸽子多得好像老鼠全都插上了翅膀，轮船的周围以及海滩上也往往有大批的海鸥盘旋，然而我们很少看到死掉的鸽子或海鸥。似乎鸟儿们警觉到它们的尸体会污染到活体世界，因此濒临死亡的鸟儿纷纷躲到深山大泽中去了。

精神分裂症病人也是一样的。他们不常见，但这并不表示患病的人少。事实上，他们散布在装了铁栅的小房间里、收容所里、中途之家、监狱里或者躲在阁楼上，寻找着他们的“天堂”。

我面对的第一个精神分裂症病人叫杰克，是个流浪汉，在一个冬夜里他来到医院里的“分析中心”躲避寒冷……以及“狼群”。“分析中心”只是个听上去更温和委婉的名称，事实上就等于急诊室。我们的精神科总住院医师叫我和另两名医学院三年级学生跟杰克聊一聊。面谈之前她递给我们一本8厘米厚的档案夹，上头写着“杰克，男”。多年来杰克已经成了中心的常客。

面谈室是个很舒服的小房间，蓝色的墙壁，椅子柔软，中央放了张仿木的长桌。杰克坐在桌前，手肘撑在桌子上。他看上去大约40岁，面部暗无光泽，肮脏的咖啡色长发披散在拱起的肩膀上，乱成一团的胡子则隐约显现花白。身上穿的薄外套只适合春夏天，而不是严冬的1月，更何况外套还破破烂烂的。杰克脸色惨白，面貌普通，除了他的眼睛——那一双狂野、眨也不眨、黑色、激光一般的眼睛直直地看着我，眼神好像能够穿透我的身体似的。

我们走进房间时，两位同事将杰克的病历塞到我的手，同时一阵狂乱地抢着坐在杰克背后的两张椅子上，只留下面对他的椅子给我。然后我这两位“朋友”跟我挥挥手，示意可以开始谈话，一边偷

笑，一边还捂着鼻子。我稍微欠身，开始自我介绍，同时感觉空气中的尿臊味、体臭味越来越浓稠了。我伸出手想跟他握手，但杰克理都不理我。

我飞快地翻阅了一下档案，发现杰克从小身心就很不健康，高中一年级辍学，之后在宾夕法尼亚州、俄亥俄州边界找些零工来做，直到他的行为越来越怪异，古怪到连单纯使用劳力的工作都不能胜任。有一家洗车店炒了他的鱿鱼，因为他不停地擦同一辆车子，擦了十几次，据他说是“害怕车主会因为感染细菌而死”。另一家替人修剪草坪的小公司，则无法忍受杰克动不动就被修草机吓到，经常躲在树丛后面几个小时都不肯出来。还有一家超市聘他做打包工作，但只用了他半天就将他解雇了。

25岁那一年，杰克终于被诊断为精神分裂症，被送到州立精神病医院，33岁时又被转送到收容所。在那里待了还不到一年，他便跑到街上，从此流浪街头。每六个月左右，他就会来分析中心报到一次，通常因为天气转冷，或者是他最害怕的幻觉——一群追着他的狼——越来越让他受不了。此时，中心的人员会给他打一针安神剂，这剂药的药效大概可以维持一个月——有时更久——然后再将他送回街上。偶尔他会住进来一到两个星期。

我怯怯地问他：“杰克，能不能告诉我们你今天来这里的原因？”

有几分钟他什么都没说，光坐在那里盯着房间四周看，嘴巴歪来扭去的（这是吃药后产生的部分副作用），然后突然爆出一句：“狼！”

“狼？”

“对，有一群狼在外头，它们最喜欢吃街头的肉了。天啊！去年它们就已经把我吃掉了……如果我有枪，就可以跟它们对抗……现在它们势力太大了。”他说着说着精神好起来了，声调平稳，但话说得很快，“昨天晚上它们追我追到格兰街，吃掉了我的老友汤米。狼是先

从内脏开始吃的，你知道的，它们会将你整个掀过来，从背部抓下去，像这样.....”杰克用他满是烟渍的指甲疯狂地刮着桌面，“然后将你的内脏扯出来吃，包括粪便全都吃掉。可怜的汤米，天杀的.....如果我手上有枪就可以.....但他们又不准像我这样的人带枪。从越南回来之后就不准了，不准了.....”

“你在越南待过？”

“我去过越南、俄罗斯、古巴.....中情局送我到世界各地。我是特种部队队员。对那群狼来说我们都是汉堡肉。对呀，汤米和我都打过越战，那些狼就是从那个时候开始盯上我的。狼是敌人派出来的，1971年之后那些杂种就一直在追我了。那些脏狼，妈的，让我在这里等吧，不要让那些狼追到，把我关在笼子里也无所谓。”原先疯疯癫癫的眼神渐渐淡去，换成充满绝望、恐惧但诚恳的神情。

连续十分钟杰克就这样说个不停，从一个话题跳到另一个，像颗弹珠一样。这情形就好像约瑟夫·康拉德(Joseph Conrad)的小说《吉姆爷》里，其他人想从吉姆口中得到什么有意义的话一样困难。小说里的一个角色马斯洛觉得，这简直就像企图只用木棍敲打，就能知道密封在铁罐里的是什么东西一样。你听到一大堆声音，但里面一点有意义的信息都没有。这真是形容精神病病人谈话内容的最佳说法。

找机会打断了这个面谈之后，我跑去找我们的上司。她在休息室看电视。

“怎么了？”看到我们之后她说，“觉得杰克如何？”

我根据刚刚匆忙记下的笔记，说了一遍狼群、汤米和越南的事，最后下结论：“他有点令人害怕。”

“精神分裂症病人就像响尾蛇，”她面不改色地说，“他们看起来很吓人，但事实上他们怕你怕得要命，反倒不怎么危险。相信我，‘人格异常’才真的可怕多了。汤米是杰克的弟弟，他在可口可乐公司当程序分析师。杰克经常提起他，虽然他们已经很多年没有说

过话了。杰克还在医院时，汤米在越战中受伤。当杰克发病时通常会说被狼追，两年前还只是一群狗——他的幻觉一直在升级。我们弄不太清楚的是，究竟他是真的害怕那些幻觉，还是他只是想进来住一晚。我猜是因为他的幻觉，对病人来说这些幻觉一点都不虚幻，它们真的要命，好像清醒时的噩梦一样。如果他只想进来住几天，他大可使用暴力或者尝试自杀，那样他就得到‘302’了，但他从来没这样做过，至少到目前为止还没发生过。”“302”是指非自愿住进精神病院，只有当病人可能对自己或他人构成威胁时，医院才能强制性地要求病人住在院里。

她给杰克打了一剂安神剂，将他送回街上。我目送着他痉挛抽动的身体走出自动门。那些改变他脑袋运作的药物对他没什么帮助，只能让他的步伐变得和他的思想一样怪异扭曲。雪花细细碎碎地落下，撒在他身上，撒在人行道上，好像铺上一层糖粉般。杰克拉了一下他那单薄夹克的领子，慢慢地没入黑夜里，独自去面对他的狼群。

那一年的5月，我从医学院毕业，同年7月开始担任外科住院医师。跟实习医师一样，住院医师也要在各科室间轮换，尽量吸收最广泛的经验，然后才转进单一的、专门的科室。作为新科医学博士(M.D.)，我首先被派到心脏外科。终于让我等到了！

心脏外科的服务对象从成人到小孩都有。这种病有个奇怪的特征：病人要不就年纪很小，要不就年纪很大，很少有在中间的。他们如果不是已经70岁，正要接受冠状动脉分流手术（coronary artery bypass grafting，简称CABG），就是只有三天大的小婴儿，正等着医生为他修补大自然“搞砸了”（先天有缺陷）的心脏。住院医师喜欢在“CABG”里加上几个字母变成“CABBAGE”（卷心菜），方便称谓。

轮换的住院医师一般来说不需要担负重要的责任，但这并不代表我们不用工作，单单是不怎么重要的事情就够忙个不停了，我们往往连续待在医院里工作两三天后才回家。每年，至少会有一两个心脏外科的住院医师，因为开车在等红灯转绿灯时睡着而被警察开罚单。

我们的主要任务，是在晚上随时待命，在手术进行时担任“人工牵引器”。白天的时候，我经常帮忙将微微颤动的的心脏翻过来，好让医生将要移植的血管缝到心脏背面。这些心脏暂停跳动时，被保存在冰冷的盐水里，我手指因捧着它们而冻僵了，直到手术完毕很多个小时之后，才从冰冻中逐渐恢复感觉。

晚上的紧急召唤最叫我惊怕。心脏病人在往往在刹那之间变得不再稳定，偏偏我在心脏外科方面的知识几乎等于零！与此同时，睡眠的机会也差不多接近于零——在呼叫器响起，至下一次响起之间的短暂空当，通常都花在研究用药分量手册上。许多时候，上一分钟我们被叫去照顾135千克重的大个子，下一分钟却要处理不到2千克重的小婴儿。

我生活在永远的恐惧中，害怕某个病人出现“心包压塞”，就是在手术过后，心脏周围瘀积血块，抑制了它的搏动。如果无人理会，那么哪怕只过几分钟，病人就没救了。碰到心包压塞时，我们丝毫不能迟疑，需立刻撕开缝好的皮肤，剪断连着胸骨的铁线，将刚锯开不久的两半胸弄开，将瘀血块取出。在每个刚动完手术的“卷心菜”身旁，都有一套剪伤口缝线的剪刀以及剪铁线的剪钳，它们就放在病床边，为的就是这类的“美妙时刻”。

病人都会活下来——只要我们发现得早，动作也够快。不过这是紧急行动，根本没时间做任何麻醉手术，因此半夜将醒着的病人胸腔打开，让他们看到自己心脏跳动，绝对不是我最喜爱的前五项日常活动之一。每次心脏手术做完，将伤口缝起来的时候我都祈祷：“拜托，让这伤口收干，不要流血……今晚不要发生心包压塞！”

心脏外科是个艰苦的行业。通常你得完成六年的一般外科手术训练，紧接着是两年或三年的心脏专科训练，才能成为一名正式的心脏外科专科医师。手术一做就好几个小时，病人在手术过程中突然死亡是常有的事。由于训练是如此艰苦，所以心脏外科所吸引的人才一般都有着海军陆战队员般的意志。他们真心喜爱这一行业，因而苦难全都化作甘甜。这些人穿的T恤上往往写着“心中最佳工作”。

我的上司玛姬正是这种军队式训练的最佳范本。一天晚上，急诊室呼叫玛姬和我，要我们检查刚从另一家医院空运过来的一位老妇人。这位病人已经奄奄一息，只靠氧气系统勉强维系着她在地球上的残余生命，否则几小时前她就可能魂归天国了。在上一家医院做心导管检查时，医生发现她的二尖瓣出了大问题。二尖瓣是位于左心房和左心室之间的活动瓣膜，当来自左心房的新鲜血液进入左心室后，二尖瓣便会关闭，以防止血液回流至左心房。由于心脏病突发破坏了二尖瓣的功能，这名老妇的二尖瓣一直卡在打开的位置，于是，心脏每跳动一次，血液就会回到左心房内，无法经由大动脉进入她的身体里。如果不立即替她换上人工瓣膜，那么天亮之前她就会死掉。

玛姬刚刚连续处理完两个“卷心菜”，已经疲惫不堪了，她撑起重重的眼皮，瞄了一下心导管检查报告，轻轻地摇头。我预期她会发疯，一拳打在桌上，抱怨这些做不完的工作。我在其他科室受训时，看过住院医师抱怨怎么永远下不了班。然而相反地，她向我恶作剧地笑了笑：“弗兰克，我们要做二尖瓣手术了！哦，小朋友，这太好了……你一定会爱死这手术的！”她开开心心地跳到电话机旁联络急诊室。我心里想：她真的应该换点喜好，比如去打打保龄球之类的。

在子宫里，胎儿并不是用肺呼吸，而是通过脐带来获取氧气。尚未出生的小胎儿，拥有一套很精巧的分流系统，将血液导至母体的胎盘内，而不会流进肺部。等到出生的刹那，分流系统自动关闭，脐带封闭，血液转而流进之前从未启用过的肺里。

对心脏外科医生来说，胎儿出生前后的血液分流系统可能隐藏了两个严重的隐患：有时候，当某些婴儿出生时，分流系统中该关闭的部分并未关上，因此需要靠手术刀来完成这个未完成的程序；此外，出生前胎儿的血液循环十分充足，因此许多心脏上的缺陷往往逃过检验，直到在产房内才会被发现，这时候，心脏外科医生必须从头做起，为小婴儿打造一颗新的心脏。

尽管许多先天性心脏畸形已被确认并被记录在文献内，且被命名，例如“法洛四联症”“完全反常静脉回流”“左心室发育不全”

等，但其实各种不同的先天性畸形都是十分独特的，甚至像指纹般各不相同，因此才会有所谓的“搞砸了的心脏”这样的统称。

有些先天性畸形的婴儿，降生后才几分钟就又回归尘土。另一些没那么严重的病儿，可以等许多年后再加以矫正。不过大部分的情形却是介于两者之间，这些小婴儿的心脏足以让他们撑上一两个月，但没有好到能用上多少年。碰到这种情况，医生必须决定这些畸形是否能够修补。假如不能，这些小孩只好等待死亡的来临，或者出现在等候换心手术的名单上。

麦肯娜是一个右心室太小的女婴，是在预产期之前一个月、爸爸妈妈还没来得及给她取名字时，提早来到这个世界的。右心室的功能，是接受来自静脉的无氧血液，将之送进肺部以便重新补充氧气。打从出生之后，麦肯娜的情形每况愈下，恶化得很快，于是被送到小儿心脏外科来。那个晚上刚好我不用值班。等到我在早晨5点钟到医院查房时，在小儿科重症监护病房看到这个泛蓝色的小生命，被放在各种呼吸器当中，只等手术房一有空当就动手术。玛姬早已穿好手术衣，坐在我们那张巨大的安乐椅中，缓慢地前后摇动。住院医师都尊称这张安乐椅为“指挥椅”。

“我不知道我们还能在这个小家伙做些什么，”她喝了一口汽水说，“哈特利和我会为麦肯娜动手术，现在只等他们弄完那个创伤的病人。”哈特利是小儿心脏外科的主任。

那真棒极了，我心里苦笑。这晚轮我值班，麦肯娜和我要共度这个多姿多彩的晚上。像麦肯娜这么小的婴儿经不起心肺机的折磨，因此手术的进行也不同于一般，必须使用“极度降温”的方法。这个做法是将小婴儿放在冰块之中，直到婴儿进入生机停顿状态，心脏暂停跳动，然后尽力加速进行心脏修补的工作。

某些蛙类或鱼类在经过冷藏及解冻后，依然能够存活，且看不出任何伤害。但小婴儿既不是蛙也不是鱼。人体内没有抗冻蛋白，小婴儿一旦经过极度降温的濒死阶段，待体温重新回升之后，就会造成血液凝结机制错乱、肝脏及脑部功能不良等，真的是百病丛生。

我看着指挥椅，玛姬坐在上面。坐在这张椅子上面的人，担负着为小儿心脏外科重症监护病房发号施令的责任。我们不少医生都在这张椅子上度过许多个无眠之夜，身上裹着毛毯，心情慌张地摇着，盯着那些片刻不照料便可能出大问题的病人。

当天早上，麦肯娜进入手术室，下午5点左右手术结束。我整天都在照顾“卷心菜”，傍晚8点钟左右才晃到小儿科重症监护病房接9点的班。玛姬在那里等我，焦急地想将麦肯娜移交后再下班回家。病房内一片安静……除了麦肯娜。一切如我所料，这将会是今天晚上最大的难题。

手术消毒液将麦肯娜小小的身体从脖子到脚全部染成了橘色。病床上悬挂的保暖灯，使她看起来很像放在烤箱里的一只小鸡。

玛姬递给我一张资料卡：“拿着。我已经根据她的体重计算好了心肺复苏用药的剂量，肾上腺素、重碳酸盐、乙基二甲胺盐酸盐，我想全都写在上面了，护士也很清楚一切设备及工具，有需要时他们会帮你。学过婴儿心肺复苏术了吧？很好，你会用得上的。今晚是她最难熬的一晚了，但如果撑得过12或24小时的话，她就有一线生机了。她的爸妈刚走……现在全都靠你了。明天早上我要看到她还活着。要是走投无路，你知道在哪里可以找到我……再见了。”

玛姬回去了。我将笨重的安乐椅拖到病床旁边并坐在椅子上，准备应付这漫漫长夜。监视器上，麦肯娜刚动完手术的心脏在荧光屏上画出一个个小小的波形。到目前为止，一切还好。

我睡着了，才睡了一小会儿，有个护士将我摇醒。“她的血压在下降。”她小声地说。

我醒了醒神，下令给麦肯娜注射一剂白蛋白，同时增加多巴胺的用量，以刺激那快要衰竭的心肌。多巴胺也就是用在精神分裂症病人身上的那种化学物质。我们的身体有时分配好几种不同任务给同一种物质。

麦肯娜情况趋于稳定，但一个小时候，她的血压再次下降，不论我再多加多少白蛋白，血压仍一直往下探底，而她的心脏也止不住地乱跳。

我从椅子上跳起来，用食指和中指压住她的胸部，为她进行心肺复苏。我又下令给她注射肾上腺素，让心跳逐渐恢复正常。血压回到90毫米汞柱了。我松了一口气，跑到护士值班室那里打电话给玛姬，告诉她这次心肺复苏术急救成功。

“你想怎么样？给你颁个奖吗？”她呛声大叫，“现在几点了？2点？离她稳定还有很久呢……而且肾上腺素不要用太多。她的循环已经不怎么好了，我可不想看到她手指最后全坏死掉了。改善她的血液循环！”

锐气受到了重挫，我悻悻地走回去坐到椅子上。玛姬提到肾上腺素的部分是对的。麦肯娜的指尖越来越没什么血色了。事实上，这的确是跟魔鬼做买卖，肾上腺素确实有点帮助，但必须付出代价——注射之后，你的血压增加，心肌收缩有力，可是血液也不会流向四肢了。肾上腺素太多，会导致手脚坏疽。

一个小时候，血压降低及心肌颤动再度发生了。再来一次心肺复苏术，再次注射白蛋白，同时加上一点利多卡因（一种局部麻醉药）以及乙基二甲胺盐（降血压剂），没一样成功。我下令再来一剂肾上腺素，麦肯娜的脚趾头已变得越来越黑，并且出现更多斑点。

为了避免血压再降低，我继续提高注射剂量，但她的肺已经开始积水，血管内的含氧量突然降低。在这情形之下，我给她注射了利尿剂，但毫无效果。她根本没排出多少尿，很明显是因为血液没有流向肾脏，这是肾上腺素的另一项副作用。

心室颤动又出现了。

全都靠我了。我疲倦的脑海中不断地想起这句话。麦肯娜的妈妈、哈特利、玛姬……全都依靠我来维持这个小婴儿的生命。我再下

令：肾上腺素。拿走她的手指吧，魔鬼。浮士德愿意用灵魂交换一个小时的稳定，也换来一个小时在椅子上不稳定的睡眠.....

魔鬼同意用肾上腺素作为交换条件：血压攀升，荧光屏上再次出现正弦曲线，显示心跳的规律。我瞄了一下钟：凌晨4点半。快到早餐会诊的时候了。

玛姬抓着我的手臂。

我完全分不清东西南北，从椅子上跳起来后直接扑向麦肯娜的床。

床是空的，保暖灯也关了。看了看钟，才知道我已经睡了两个多小时了！我十分惶恐，整个人吓呆了：我睡过头了吗？所有人都在依靠我呢！

玛姬看到我惊慌失措的样子，笑了起来：“放轻松点。”

“小孩呢？她回手术室了吗？”

“不，我一个小时前关掉了她的呼吸器。她现在已经在太平间了。其实昨天晚上她爸妈就希望我这样做了，但我下班时忘了。”

“在太平间？你忘了什么？这什么意思？他们昨晚就想关掉她的呼吸器？”

“哈特利在手术后跟他们谈过。你知道的，我们修不好她的右心室，我们能做的顶多是用一块聚四氟乙烯替她将心室撑大而已，但聚四氟乙烯不会动，没法帮助血液循环。当她离开手术台时我们就知道大势已去。那家人很讲道理——麦肯娜的妈妈就在城里另一家医院急诊室当护士——他们明白再耗下去也无济于事，因此他们早已答应让我们停止呼吸器，只不过我觉得可以等到今天早上再动手而已。”

“为什么你昨天晚上不告诉我？为什么你让我坐在这张鬼椅子上，整晚想着是我害她的手指断掉？”

玛姬的笑容不见了：“这个晚上并不算白费工夫，对不对？起码你学会了怎样为小婴儿做急救，怎样面对危机，用什么药以及会引起什么问题。我打赌好一阵子你都不会忘记那些药该用多少剂量！这些数字已经印在你的脑袋里了。你的表现算是不错了，没几个人能让一个聚四氟乙烯心脏跳动十个小时的。现在，如果碰到一个有机会活下来的小婴儿，我就知道真的可以交付给你来照料了。”

“至少你可以告诉我她是没希望的呀！我还一直在想自己是多没用呢！”

“不，那样你不算真正面对生死关头。压力是很重要的一部分。每个人都能在浴室里唱歌，但有几个人能在大庭广众之下唱得一样好？在压力之下，一切都会变得不一样的！”

第五章 疼痛博物馆

欢乐往往像个过客，疼痛则残酷地紧缠着我们不放。

——约翰·济慈(John Keats)

疼痛，是我们为了保持行动自如的能力所付出的代价。自从地球上出现生命以后，生物就逐渐分成两大阵营：不能走动的食物制造者，以及可四处活动的食物掠夺者。第一个阵营的生物学会了从周围环境中吸取能量，例如，植物将它们的叶绿素转向阳光，通过光合作用来制造养分；而在深海里的生物，则吸收从海底（地心）冒出来的热量，赖以维生。

第二个阵营中的生物可以说是花样百出，它们长出尾巴、鳍或翅膀等，以捕食第一个阵营中的食物制造者（或者彼此捕食）为生。这些食物掠夺者没有像光合作用那样的聪明本事，却慢慢发展出一套新鲜事物：神经系统。然而，若说神经系统的功能是让动物能体察并适应环境，那么只不过说对了一部分。事实上，不论是否有大脑，任何活的东西都必须具备体察及适应环境的能力。细菌在周围湿气太低时，也“懂得”变成一个比较耐旱的芽孢。秋天来临时，树木也感觉得到，当阳光渐渐阴暗时，它们“懂得”舍弃身上的树叶。

但是，这些反应都相当单纯且缓慢，通常需要许多个小时、许多天，甚至许多个星期才能完成。而且，像树木或细菌这种缺少脑袋的生物，所具备的不过是一些简单而固定的反应方式，因此，虽然树木的确能适应四季的变化，但碰到森林大火、专吃树皮的鹿等危害它们生命的突发事件时，也只好听天由命，壮烈牺牲了。而对于它们的无力反抗，大自然很体谅地予以补偿，给没有心灵的树木一副没有感觉的身体，即使遭伐木工人的电锯锯断也不会疼痛，遭到雷击时，也不会受到惊吓、喊痛或者哭泣。

如果动物的适应机制像树木一样，它们肯定无法生存。由于四处移动的关系，动物所要应付的是个不断变动的环境，或者必须提防的其他动物。跑来跑去的动物需要一套复杂的应变系统，以便能在千分之一秒内做出正确的反应——它们需要的是一套敏感的神经系统。尽管不需要脑袋的生物依然拥有某些感觉及适应能力，不过，一旦发展出这样一套提供意识感觉的专属器官之后，动物的反应速度与方式都达到前所未有的境界。那个原始的、附有神经中枢的脑袋，慢慢演变成生物界里的“电脑”，将使用“算盘”操作的植物王国远远抛在身后。

当然了，有得必有失，动物为此付出了可怕的代价。由神经细胞组成的精巧复杂的软硬件，让动物赖以存活，但也让手舞足蹈的它们十分脆弱。没错，那些笨重的树木不知如何逃离大火，但它们即使在火灾中失去一半的枝干，依然可以苟活。然而，断了一条腿的松鼠简直就是生不如死。身处于这个连刮破皮肤都可能导致感染或死亡的世界里，动物必须小心地趋吉避凶。就像早期的电脑一样，动物原来的脑袋也好不到哪里去。于是，这些配备了第一代硬件的脑袋只好通过一次次的教训来学习生存之道。因此，对于动物而言，危险的事物就等于痛苦的事物。

疼痛，成为动物世界里的训导主任。

不幸的是，尽管我们的前脑已经有了突飞猛进的成长，人类还是无法脱离动物疼痛的束缚。其实，我们早已够聪明，无须伸手去尝试就知道火会带来伤害，但在不幸灼伤时，我们依然必须忍受极大的疼痛。同样地，无论是牙痛、痛经还是遭蜜蜂叮蜇，所有自恐龙时代便导致疼痛的原因，至今依然给人们带来疼痛。无疑地，人类之所以仍然需要疼痛，主要是在婴儿及儿童阶段时，“人”还是比较笨的（每个当父母的人都会举手赞同），需要逐一尝试才知道什么事物会或不会伤害自己。

疼痛之路是没有“关闭”按钮的。疼痛即使早已完成它的生物任务，也依旧徘徊不去。例如，癌症所带来的痛苦，是为了提醒我们注意仍可救治的肿瘤，这原是一项宝贵的警报，但到了末期，癌细胞已

扩散时，同样的痛苦却仍残酷地存在着，毫无停止的迹象。人体内的神经系统确实具备两种可减轻疼痛的机制：一种是分泌出名为“内啡肽”的化学物质，另一种是启动脊髓里名为“制动阀”的机制。不过这两种方式都十分不完善，但若配合某些医疗技术，其效果则可大大加强。

内啡肽是吗啡的亲戚，动物处于压力之下时体内会释放出这种物质。跟吗啡一样，内啡肽对于严重、剧烈的疼痛很有效，但对轻微或长期的疼痛不太有效果。受了重伤的动物体内释放出内啡肽之后，至少在很短的时间内仍可如常动作。例如，刚被汽车撞成重伤的雌鹿完全不理睬自己的痛苦，举步艰难地挣扎着寻找它的小鹿。又如美式足球的带球员，也许在开球时手臂早已折断，但他却浑然不觉地往终线跑去。

内啡肽另一项十分仁慈的任务，是将陷入虎口的动物麻醉。有些曾经遭狮子或黑熊噬咬最后却奇迹般捡回一命的人说，当时他们感到一股暖暖的、万籁俱寂的镇定感觉，缓缓流过他们正面对着生死关头的身体。

“制动阀”则是另一种应付疼痛的形式。脊髓好像一组火车轨道一样，只不过在铁轨上行驶的这列火车是“感觉”，而火车上所载的货物是各种轻重不一的感受，例如疼痛、温度变化、难以觉察的轻触或重压等。不过，大脑的收发其实有限，每次只能有一定数量的车厢进入，并将某些货物卸到我们的意识上。因此，每次我们只有一种主要的感觉会出现在脑海中，其他都“被挡在门外”了。

这个机制在其他场合也会发挥作用。在鸡尾酒会中，如果我们正与某人交谈，但同时却想聆听其他人的对话，那么原先正与你谈话的人的声音，就会淡出你的脑海。同样地，我们很难同时嗅出两种以上的气味，根据这一规律，许多商品也因而诞生。厕所除臭剂其实并没有除去什么臭味，它只不过以更强、更好闻的气味，将臭味感通往脑部的闸门关上而已。此外，航空公司以一种低沉的声音，让商业客机舱内的旅客“听不到”引擎的可怕噪音。

借由施加另一种感觉，也可让大脑无法感受原有的疼痛。当手不小心被热水烫伤时，我们会立刻以另一只手揉抚被烫到的地方。这时，我们正不自觉地想办法将闸门关上，不让这辆满载痛苦的列车开进大脑里。于是，偏头痛的病人会压揉他们的太阳穴，抽筋的人则拼命捏着疼痛的肌肉。按摩、冰敷、热敷、涂软膏、敷药或针灸等之所以有疗效，都是以“制动阀”机制为基础。为了“挡”掉疼痛，有些人走上了极端：拿破仑晚年时深受肾结石困扰，因此经常以火灼伤自己，以忘掉腹部的疼痛。

神经外科医生每天处理及面对的，正是疼痛——头痛、脸部疼痛、手臂痛、脚痛、颈痛、背痛等，基本上是所有会让医生和病人同感折磨的疼痛。三分之二以上的神经外科手术都是为了控制疼痛，或更贴切地说，是为了减轻痛苦。

事实上，“痛”与“苦”之间有着很大的差异。所有动物都会感觉“痛”，但只有人类会“苦”。疼痛是一种肉体上的感受，而受苦却是由疼痛所引起的一种心理状态。“苦”是疼痛再加上不确定感、沮丧、挫折、愤怒、恐惧以及绝望等交织而成的。我们可能感受极大的痛却不感到苦。单纯地戳到脚指头，不小心撞到餐桌，被垒球砸到，翻书时被纸张割到手，或是口腔溃疡等，都可能引起剧痛，然而，它们却不会带来太多的苦，因为我们知道这些疼痛都只是短暂的，它们很快就会过去，不是长期疾病的前兆。

相反，假如一位曾罹患乳腺癌，经治疗后康复的女士突然感到背痛，她会怎么想？她会备感困扰：这会不会又是癌症？在弄清楚一切之前，她会很苦——既痛又苦。一点点的背痛，就像钉在她脊椎上的钉子似的，等到检验结果显示确实没有癌症的迹象，刹那间她如释重负，立刻好起来了，任何止痛药都没有这样好的效果呢。痛仍然在，但她已不再苦了。从某个角度来说，苦是痛加上一些小小的想象。我们可以营造出各种可能的情景，以解释眼前难以解释的苦楚：这奇怪的牙痛可能代表要抽齿根管了；手有点僵硬是不是类风湿性关节炎？胸口感到灼热会不会是冠状动脉方面的疾病？

古希腊一位医生，人称“医药之父”的希波克拉底(Hippocrates)说过，药物最主要的作用，是“娱乐病人直到他们自己医好自己”。不过在医院提供的疼痛医疗服务中，我们并不是在娱乐病人——差太远了。我们所做的，是尽最大的努力为他们除去疼痛。

当然，有些时候，我们得在他们头上打个洞才能完成任务。

当上住院医师的第一天，盖瑞和埃里克带我到神经外科病房，让我见识一下住院的疼痛病人。我在疼痛治疗方面经验几乎等于零。当我还在实习时，医院中疼痛的病人并不多，而且我还尽量躲避那少数几位病人，因为当时我老想多花些时间在“比较有趣”的病例上，像脑脓肿、脑下垂体肿瘤，或是动脉瘤等。不过，医学院的学生可以不管那些比较棘手的问题，把时间花在自己感兴趣的事情上，到了住院医师阶段可由不得你的兴趣了。在医学院时期，学习与服务的比例是5:1，住院医师阶段则正好相反。

我们在9号病房门前停下来。这是个私人病房。

“9号房。”埃里克小声地说，“范布伦先生，他的情况是腰椎间盘突出破裂，动了五次椎板切除手术。他是波士顿人，开了家投资公司或什么的。右腿出现慢性疼痛，过去六个月一直服用吗啡治疗。昨天我们给他装了个硬脊膜外腔刺激器，暂时放置在体外，试试看能不能消除疼痛。如果无效我们会将它拔掉，有效的话我们便将它放置在体内，以无线电控制，然后送他去解读科。”

盖瑞接着解释说，脊髓刺激器的运作方式，是制造出一种错觉，让身体感觉好像被碰触或揉捏，因而盖住原先的疼痛。不过，正如我们所料的，长期罹患坐骨神经痛的病人，并不喜欢整天都有人揉着他的腿的感觉。此外，还有数种刺激器也是运用制动阀的效应，以不断刺激触觉神经来达到止痛的目的。其中最简单的一种，是经皮电神经刺激器(trans epidermal nerve simulator，简称TENS)。这种装置有一组可贴在皮肤上的扁平电极，电极一端与一副可随身携带的小型电池相连接。TENS发出一些微弱的信号，感觉上有点像碰到玩具火车的变压器时的轻微麻痹感。有一种病人被归类为“背脊手术失败综

合征”（failed back syndrome，简称FBS），他们因脊椎神经受损而导致腿部疼痛，因此就算做过一次或多次“成功”的手术，将断裂的椎间盘切除，腿仍然会痛。很多FBS病人就是靠整天带着TENS才能行动自如。

不过，TENS早晚还是会失去疗效，因而需要更强劲的掩盖式刺激疗法，这种治疗方式就是将一条细小的电极通过皮下，穿进脊椎，到达脊髓上面，进入被称为“硬膜外腔”的部位（此处亦是妇女临盆期间施打麻醉药的部位）。但在确定病人是否适合这个做法之前，医生暂时会将电极穿过皮肤，外接到一个控制装置上，让病人自己试验不同的刺激程度所带来的疗效。如果病人的症状的确有所减轻，医生便会为他再动一次手术，将电极接到一根植在皮下的接收天线上，这样一来，整个刺激器不完全置于体内，不用担心感染。病人随身带着一副小型无线电（绑在皮带上或像妇女背皮包一样背着），无线电仪器发出信号给脊髓上的电极，予以刺激治疗。

我们进入病房内。范布伦先生穿着名贵睡衣，坐在床边的椅子上。他身材高大，脸色红润，黑黑的头发剪得很短，整体说来给人一种很舒服的感觉。在他大腿上是一个小小的灰棕色盒子，大小跟一包烟差不多，上面有几个按钮及刻度盘，另外有两条细细的电线从盒子上冒出来，跑到他的睡衣内。他正用他肥大的手指拨弄盒子上的按钮，神情十分专注。

“早安，范布伦先生。今天运气怎么样？有进展吗？”盖瑞用他专业的声调问。

“嗯，当我用方形波以及……这个频率时，臀部有一点点的感觉。”

“有没有帮助？”

“一点点，但感觉上好像裤子暖暖的，好像我不停地尿湿了。我不知道是这种感觉好，还是干脆像原先一般痛算了。”

“范布伦先生，这是维托斯克医生，他要在我们这里工作六个月，以后每天早上都会来看你。”

范布伦先生抬起头来，很有礼貌地微笑。

“幸会，大夫。”

“你已经动过五次椎间盘手术了？”

“对啊，第一次是在1974年……让我看看。”

他伸手打开小茶几最上面的抽屉，拿出一本皮面精装的档案夹，封面上用烫金印上“范布伦脊髓摄影X光片暨报告”。

“请坐，‘梅图史克’医生。”

然后他仔细地一一述说各次手术的伟大事迹，当他翻动笔记时，其专注投入，简直有点像新婚夫妇在翻动婚礼照片本子。“看，这是刚动完第二次手术时拍的……在第五节腰椎神经根附近有个小疤，但还没有出现蛛网膜炎……大夫猜这里可能是断裂的椎间盘，然后，1981年时他又给我做了一次检查……然后，这时候蛛网膜炎越来越严重了……”

在X光片、电脑断层扫描片和手术日志之间还掺杂了各式各样的纪念品：从药瓶上拿下来的标签纸、不同医生对病情的看法、保险表格、关于自然疗法的文章、谈正向思考的文章等。他越说越兴奋，谈到三位为他动过手术的医生，就好像渔夫谈如何钓到大鱼般兴高采烈。

他看起来根本不像有什么痛苦。

“范布伦先生，”盖瑞打断他，“请告诉维托斯克大夫你目前的状况。”

“哦，”他回答，还露齿而笑，“糟透了，简直像在忍受酷刑一样。我的腿里好像有千万条热乎乎的蚯蚓钻来钻去，从早到晚钻个不停。偶尔鼠蹊部会痛，就在这里，好像有个钳子慢慢夹着我的耻骨，越夹越紧。”

“谢谢，我们今天下午还会再来看你……试着将信号减弱但调到较高的频率。如果没有太大效用，那么我们也许必须再为你动个小手术，改变电极的位置。”

出了病房，沿着走廊走了一段路，直到离9号病房已够远时，盖瑞说：“好了，同学们，我们从范布伦先生那里学到了什么？”

“呃，就是电极……”

“别管什么鬼电极。这家伙真的痛吗？”

我被搞糊涂了。

“他有没有在痛？”

“我想有吧？”

盖瑞示意我跟他去另一个病房，18号病房。床上躺着一个脸色苍白、死气沉沉的男子。“嗨，安吉洛先生，我来看你了。请你告诉维托斯克医生你的腿怎么痛好吗？”

“我不知道，”他声音细小微弱，“我只能说真的痛得要命。大概在这个位置，痛得要命。”

“谢谢你。”我们又回到走廊上。

“安吉洛先生背部有个恶性肿瘤，正侵蚀着他的下背部和腰部神经，让他痛得要命。他有没有说大腿里有热乎乎蚯蚓之类的蠢话？没有。他只说‘痛得要命’。安吉洛的吗啡用量只有9号病房的十分之一。为什么？他痛得要命但并不笨得要命。这是一个经验法则：越是

形容得天花乱坠的，就越不可能真痛，反而是心理作用。一听到病人说什么‘有群小精灵拿着熨斗烫我的脸’或者说‘脑袋里好像有千军万马奔腾’，就该怀疑是否有其他问题。真正有疼痛问题的人不会说他正接受‘酷刑’。基本上被钉上了十字架才算得上是‘酷刑’，但现在已经没人再被钉上十字架了，所以依我的浅薄之见，没人有资格使用这个字眼。”

“看看9号病房的病人！”埃里克幽灵似地加入谈话，“他对那些X光照片，比我对儿子的照片还要呵护备至！他已经跟疼痛合而为一了，疼痛变成了他的一部分。”

我们继续往前走，来到11号病房。

“11号房，”埃里克说，“鲁宾斯坦太太，她的病症是非典型脸部疼痛。三天前我们为她的第五对脑神经做了微血管减压手术。但她的脸部疼痛依旧，跟手术前一样。伤口看来很好，没有头痛——感谢上帝。她先生像平常一样，一直陪着她。”微血管减压手术是利用一小块聚四氟乙烯海绵，将颅内的脑神经与血管隔开。当年要不是盖瑞将钻头钻到病人的小脑里，害我飞奔逃离手术室的话，微血管减压手术应该是我生平看到的第一个手术，但当时我只看了个开头。

人体内有12对脑神经。这个名称的由来，乃是因为它们直接来自脑部，而不是延伸自脊髓。脑神经负责传递头部及头部一切感觉及运动相关的信息。第一对脑神经是嗅觉神经，负责传达气味的感觉；第二对脑神经是视神经，顾名思义传递光的感觉；第五对脑神经传递的则是来自颜面的感觉，又称为三叉神经。这个名字来自希腊文，意思是“三个来源”，因为主神经一分为三，分别伸展到三个不同区域：第一区域称为“V1区”（其实V就是罗马数字的“五”），包括前额及眼睛；“V2区”指面颊、上排牙齿及上唇等部位；而“V3区”则包括下颚、下排牙齿以及下唇等。跟老鼠或猫等较“低等”的动物相比，人头的三叉神经真的颇为简陋低等，因为这些有胡须的动物十分依赖脸部的触感以求生存。

“‘非典型’脸部疼痛？”我问，“是不是三叉神经痛？”

“不是。”盖瑞直截了当地回答，“她不是三叉神经痛，也不是抽搐。罹患三叉神经痛的人，在一两个神经分支部位会有种针刺样的疼痛。他们通常在做某个动作——如刷牙、咀嚼食物，以及寒风吹过或冷水泼过脸颊时才会痛。非典型疼痛的病人则从早到晚都有痛觉，他们形容这种疼痛时，会说像火烧一般，或仅是单纯的‘疼’，而不是一阵阵地疼。”

“手术有帮助吗？”

“你自己判断吧。”

鲁宾斯坦太太是位风姿绰约的妇人，年约40岁，穿了件很性感的睡袍，耳朵挂了一对大大的、叮当作响的耳环。当她转过头来跟我们打招呼时，右耳上的耳环好几次打在她耳朵旁刚缝好的伤口上。在病床旁边的椅子上，坐了一位秃头的绅士。

“鲁宾斯坦先生、鲁宾斯坦太太，这是维托斯克医生。他今天刚正式成为我们的脑外科医生。你的脸好些了吗？”

“糟透了，简直是糟透了。”她说话带着浓重的纽约口音，不过我还无法分辨出她来自纽约市的哪一区，“我还能怎么说呢？现在比以前更糟了，我的脸好像被泼了一锅滚烫热油似的，从早到晚都这样。上帝呀，我想我这次真的没救了，对不对，本杰明？”

秃头绅士用力地点头。

“梅约医学中心和约翰斯·霍普金斯大学都告诉我来这里可以医这个病，但我真的不确定。滚烫热油，我说认真的，像被滚烫热油烫过一样。只给我一剂羟考酮是不够的，早就告诉过你们这些人了！每四个小时起码要两剂，否则我简直不能活下去。我还在康奈尔时他们想换成布洛芬，结果我失控了，弄得乱七八糟！”

“是不是这里疼……一直疼到这里？”埃里克伸手轻轻碰了碰她前额发际。她的头往后缩。

“是呀，是呀。”

“但这里不会痛？”埃里克立起食指，敲了敲她发际之后的头皮。

“不，头皮部分不痛……只有脸部痛，滚烫热油烫伤般地痛，上帝呀，我想总有一天当我一觉醒来时，枕头上都是我脱落下来的烫熟的皮！”

“你是不是觉得好像在忍受酷刑？”我问。

“绝对是。”

盖瑞神情肃穆：“唔，我们看看主治医师怎么说好了。幸好有您先生在这里照料您，对不对？”

“是呀，他对我真好。”

“再见。”

“医生？”

“怎么了？”

“我的药呢？”

“我得先跟您的主治医师讨论一下，对不起。”

回到走廊上，盖瑞又来考问我：“她的疼痛有什么奇怪的地方？”

“她的形容方式跟范布伦先生一样。”

“对，但她的疼痛分布情形呢？”

“在发际就停止，头皮上不痛。”

“对了！而三叉神经延伸到哪里才停止？”

“到头顶，差不多到枕骨部分。”

“你又说对了！一般的定义，脸部是指发际以下的部分，但对大脑的运作而言，整个头部与脸部是一体的。‘V1区’疼痛的病人，其疼痛的感觉会一直蔓延至头顶。我还碰到过有些病人痛到几个星期，甚至几个月没法洗头或梳头的。而她的痛呢，是一般定义中的脸部痛，和医学上所认定该发生的部位不同。她的痛铁定是心理因素。”

“但我们为她动了手术。”我突然想起。

“不这么做，我们无法确定她的确没有某种程度的三叉神经痛。”埃里克说，“在这里，我们必须假定任何人的疼痛都是真实的，是肉体上的痛，而病人是因为痛才变得乖僻古怪，绝不能假设他们是因乖僻古怪才痛。”

“那么我们什么病人都收喽？”

“不，”盖瑞回答，“22号房就是个好例子。”

22号病房的病人是个瘦小的年轻人，大约二十多岁。他瘦得简直就像罹患了厌食症的人一般，脸上皮肤很差，头发掉了不少。房间的窗台上放了一排奇奇怪怪的物品，每件物品上面都贴着一张写了些字的小卡片。在窗口的顶端，贴了一张巨大的横幅，上面写着“哈利·戈特利布疼痛博物馆”。

他们为我引荐之后，长期受到头痛困扰的戈特利布向我介绍他的博物馆。

“这是道奇队的棒球帽，以前我一戴上它就不会疼，但后来不知怎的不灵了。这个……这是依瑞疼痛中心给我的经皮电神经刺激器，但没什么帮助，我甚至曾经把头发都剃光，好让电极能贴得牢些，还是没用。而且电极的贴布又很贵，因此我不用它了……这些都是过去八年来我试过的各种止痛药……”

我翻了一下那些瓶子：氢吗啡酮、羟考酮、阿米替林等。每个药瓶都是特大号，也全是空的。

“戈特利布先生，你的头怎么个疼法？”

“好像有个大汉拿着大铁锤，把用来固定火车路轨的那种巨大长钉往我的头顶钉下去，而且钉子还不是那种尖锐的，而是钝钝的四方头的那种。钝钝的，往我头顶正中央打下去，就在这里。”

医院的医生最近才将一个中脑刺激器装到他的头颅内。中脑刺激器是一种功率较高的硬脊膜外腔刺激器。

“刚动的手术有没有帮助？”我指着他秃头上的伤口问。

“有，哦，有的。那颗长钉变尖了，不再是四方头的钝钉子了。”

谢过他的博物馆之旅，我们继续巡视其他病房，戈特利布则窝在窗台旁重新整理他的博物馆，准备为下一个访客做介绍。

继续查房之前，我停下来逼问盖瑞和埃里克：“你们在整我吧，对不对？这些不可能是典型的病人吧？只有那个得了恶性肿瘤的意大利人才是真的痛！”

盖瑞打断我的话：“我们是认真的。这些人的确碰到了问题，而我們也不该等闲视之。我们无法确定他们是不是真的痛。如果有人发明了准确的疼痛测量仪，这个人应该拿诺贝尔奖。但目前呢，唯一的判断方法是听听病人说些什么。这些人确实感觉到某种疼痛，即使只是心理作用形成的痛也是痛。他们需要帮助，我不确定的只是他们是否需要我们的帮助。只有等待我们尝试过我们的方法之后才能确知。如果我们失败了，那么再送他们去疼痛中心，让那里的麻醉医生、精神科医生及社工人员接手。”

查完了病房，我仍然觉得有点忐忑不安。大学毕业后我在家乡的钢铁厂工作，原先以为自己做的是生产钢铁，结果却成天在搬运燃

油。进入神经外科这一行时，我盘算的也是想帮助别人，但这些人看起来不是我帮得上忙的。母亲曾经建议我不要进医学院而留在工厂里，因为那也是一份好工作。

也许母亲说对了？

其实，疼痛的病人，只占我们病人的一半，另一半神经外科的病人则是急诊的、外伤的以及由其他大学医院神经外科门诊收入的病人。此外，我们还负责医院内所有神经外科会诊，这部分有时很有趣，有时则十分棘手。

总之，大学医学中心内有各式各样的病人，从因为黑色素瘤而导致脊椎疼痛的，到因肝脏移植而引发脑部问题的病人都有。然而绝大部分的会诊都是挺普通的，像一些无关紧要的背痛，或者其他科请神经外科住院医师去给病人做腰椎穿刺。由于神经外科医生违反大自然的设计，将病人的头颅打开，破坏了大脑防止感染的最后一道防线，因此，手术后的病人一旦出现高热，都可能是细菌感染而导致脑膜炎的征兆，所以只要动过开颅手术的病人出现高热，我们就要立刻为他做腰椎穿刺，取出脑脊液，以便检查白细胞数量、葡萄糖成分以及进行细菌培养等。医务繁忙时，我每天大概做十到十二次腰椎穿刺。对内科住院医师来说，他们大概一年才会有十到十二次这样的机会，而其他各科医生可能在整个医生生涯中都没有这么多机会。相形之下，我们可以称得上是医院的腰椎穿刺大王了。

做腰椎穿刺时，我们先让病人侧卧，对他们下背部正中央的一小块部位施以局部麻醉，然后将一根15厘米长的针刺进脊椎管内，（我发现最好不要让病人看到这根针管！）于是便可抽出脊髓液，并滴进消过毒的塑胶容器内，这就好像是人们从树上收集树液一般。

如果病人很年轻，那么这个过程简直易如反掌。但碰到年纪大的病人时，情形就不一样了。当我们慢慢变老时，脊椎之间的空隙（椎骨板之间可供腰椎穿刺针管插入之处）慢慢地也会被或多或少随时间推移而长出来的骨刺所阻塞，因而造成穿刺的困难。有些时候需要用针盲目地多次刺探，才能得其门而入。

不过，更常见的失败原因，纯粹只是经验不足。医学院的实习生或实习医师进行腰椎穿刺的部位经常离正确位置太远了，于是到了某个程度，病人就再也无法忍受这种拙劣的操作技术，而要求放弃。不过假如医生怀疑病人可能罹患了脑膜炎，那么一点都拖延不得，根本不可能等到第二天。遇到这种情况时，实习医师只好请求神经外科医生的协助了。这并不是件好玩的差事。等我们再来试刺时，病人的背已变得像莲蓬头一般，心情也像被蜜蜂蜇得快要发疯的人一样恶劣。啊！就在其他人花个把钟头而徒劳无功，但我们却只花几秒钟就毫不费力地将针管刺进那受尽苦难的脊椎里时，那是种多么甜蜜的感觉！在那种时刻，令人不禁想戴上一顶大帽子朝夕阳奔去：“哦，这位太太，这没那么难嘛！”

“只要可能是脑膜炎就要取得脑脊液做检查。”这件事最能显示医生（特别是外科医生）的工作究竟与其他工作有多大的差异。在医疗世界里，“结果”决定一切，而非努力。该抽取脑脊液就得抽取脑脊液，不可能讨价还价，而且得快。没人管你有多累，病人骂得多凶，或是医院内的针不够长，病人已经一千岁或体重一千千克，也没有人管你的技巧正不正确，你要做的就是取出脑脊液。不管你用X光透视，让病人坐起来，将他倒立，给他吃镇静剂，不管用什么方法，动手吧，病人的命可能就取决于你操作的成功与否！

还在大学念物理时，我修过一门数学物理。开学的第一天，教授开门见山地说，整个学期将只有一次考试，就是学期末的大考，而考试也只考一道题目，解题过程他完全不看，只看答案，我们只需将小数点后四位数的答案写在纸上，并在答案下端写上自己的名字就可以了。若是答对了，就拿优秀，答错了就不及格，很简单。当场班上的学生（包括我在内）群情激奋，一片哗然之声。只考一次试？只要答案？难道他完全不想知道我们怎样解题吗？他也不管我们真懂假懂？

“不想。”他回答，“欢迎大家来到真实世界。在这里，大家想要的只有答案——正确无误的答案。如果有座桥崩塌了，死了四十个人，那么大家还会为当初那些工程师设计这座桥时想对了哪部分而开心吗？在真实人生里没有因为对了一部分而给你部分分数的。如果你

想要有重要成就，你就必须要全对——而且万一错了时，也要有承担后果的勇气。”

正如我的教授所说的，所有真实世界里的各行各业都要有某种程度的表现，但医生的表现更是必须达到完美境界，而且必须“当下”就完美！在整个医生生涯中，一位外科医生可能要动几千次手术，做几万次考虑，并对用什么药、何时该动手术、何时不必动手术等问题做出决定。让事情更复杂困难的，是他们经常必须在信息不全的状况下很快做出决定。这好像在凌晨3点将律师吵醒，要他立刻想好答辩策略；又好像将沉睡中的飞机驾驶员摇醒，并预期他能立刻将下坠中的飞机拉起来；又或者像是将车子开到修车厂里，要求他们“立刻替我修好它”——不是明天，不是一小时后，而是立刻！

一天晚上，我被叫去给一位年轻人做紧急的腰椎穿刺手术。这名病人入院时就已不省人事，现在更是几近昏迷状态。他脑部的电脑断层扫描倒没显示什么不正常的地方，但有点轻微发热的现象，且颈部僵硬，诊断结果不太可能是脑膜炎。内科实习医师及住院医师试着为他抽脑脊液，不过都没有成功，两人于是请放射科的人帮忙，但该科的负责人请他们先找我试试，若不成功再找她。她甚至打电话给我，说明由于她女儿身体不适，希望我能尽力一试，让她少跑一趟。

那场景是司空见惯的：赤裸的男子侧卧着，由于多次腰椎穿刺失败，他的背部变成紫色，被单和地板上染满了咖啡色的消毒药水，十多团带血的棉花球散落在病床上，放手术器具的盘子留在病人的床头桌上。

年轻病人的肤色是古铜色的，甚至不应该出现古铜色的地方也是古铜色的，一头短发染成金黄色，脖子上和右足踝上戴着金链子，体格好极了。

“他醒过来没？”我问，“有没有受创的迹象？”

“他只在呻吟，没其他的动静，”实习医师回答，她手上还戴着鲜血淋漓的塑胶手套，“也没有创伤的迹象。”

“就一名病人来说，他看上去倒是十分健康……他叫什么名字？”

“罗杰·甲。”

“罗杰·甲？”

“所有身份不明的急诊病人都姓‘甲’。名字也是我们帮他们排的，以免搞混，他刚巧排到‘罗杰’。”

“真绝了，就好像给台风命名一样。这个人有什么不对劲？”我边问边戴上手套，在他那受尽凌虐的背上找寻尚未被刺过的地方。很快我就发现实习医师所犯的错误了，她刺的部位都太低了，只刺到他的骶骨，又称尾椎骨。在这里穿刺，只会抽出血液而已。

“他入院时就这个样子了。是警察在市中心路边发现的，当时他不省人事。”她继续说，“他倒下来后大概被抢过，因为他身上没钱包或任何身份证明，但他的穿着很不错，肯定不是在街上混的那种人，也没有被打或挣扎的迹象。警方已取得他的指纹，也许明天就可以知道他是谁。目前他的白细胞数过低，颈部有些蛮大的淋巴结，腋窝及腹股沟也有几个，有点像猫抓热——可能吧。”

“猫抓热？什么时候猫抓热会让人昏迷不醒了？”

“毒物报告还没回来。他的酒精浓度是零，但也许他吸食过巴比妥酸盐或海洛因。”

“你给他注射纳洛酮了吗？”纳洛酮是一种解毒剂，专门对付吸毒过量。

“有呀，但一点用都没有。”

“那就不是海洛因了……好了，找到了！”我将针推进他的体内，一道清澈如水的液体缓慢滴出。当我在换针管时，冷不防溅出一

些液体，沾到我的脸上，还跑到眼睛里。我用衣袖把它擦掉。“他的脑脊液看上去很清澈，不像有脑膜炎。”

“太感谢了，呃……”她看了看我的名牌，“弗兰克。”

“不客气……（下次要记住腰椎在哪儿啦）……愿意效劳。我要立即拿这些东西去做革兰氏染色分析。他不会无端变成这样的。也许他染上黑死病……也许他的腹股沟淋巴结其实是腺鼠疫。”

实习医师脸色略微转白。虽然我只是半开玩笑，但事实上鼠疫在某些地区依然存在，而且就眼前来看，我们并不知道罗杰曾去过什么地方或家住哪里。

我回到岗位上忙碌去了，之后完全忘记了这件事。两个小时后，实习医师呼叫我，告诉我一些奇怪的事情。

“革兰氏染色分析结果，”她提起细菌鉴别分析报告，“发现许多像单核细胞增多性李斯特菌的微生物。”

“那是什么鬼东西？我是做外科的，记得吗？”

“那是会造成脑膜炎的细菌，但只有酒鬼或癌症、白血病病人身上才会有。”

“但他的脑脊液很干净！也没有脓！”

“我知道。脑脊液中的白细胞指数只有三个，属正常。葡萄糖含量有点低，但脑脊液内有大量的小生物。”

谢过她并挂上电话之后，我思考着，为什么他的脑脊液里没有白细胞，却有罕见的脑膜炎细菌？这是我所见过最健康的病人！

两天之后，完全出于好奇，我跑到重症监护病房探望罗杰。此时卡片上已经写上他的真实姓名了：威廉·毕肖普。

连续48小时给他注射抗生素，但还是没能让他醒过来，现在医生已为他接上了人工呼吸系统。当天给他做腰椎穿刺失败的实习医师此时正好站在他的床边，另外还有一个传染病科的医生。

“你们弄清楚罗杰……呃，我是指，毕肖普先生出了什么问题了没？哦——”我转过头来看着传染病科的医生，她长得高高的，架了副金边眼镜，“我叫弗兰克，为他做腰椎穿刺的神经外科住院医师。你们的实习医师告诉我说他得了李斯特菌脑膜炎。”

传染病科的女士点了点头，面容冷峻。

“我们发现好几件事情。他的确得了李斯特菌脑膜炎，也得了某种肺炎，但还不确定是哪一种……今天下午我们会为他做肺部活体组织切片检查……此外他还得了口腔假丝酵母菌病。”婴儿罹患这种病时，一般称之为鹅口疮，这是一种酵母菌感染，但很少出现在成年人的嘴巴里，除非他们长期接受抗生素治疗，或者体内的免疫系统受到某种疾病的压抑。

“他的家人从俄亥俄州赶来了。”娇小的实习医师补充道，“但他们并没有提供太多有用的信息。毕肖普先生似乎是个个体经营的艺术家和平面设计师，刚巧来这里工作几个星期。家人已经有好几个月没跟他碰面了，他离开俄亥俄州时看起来再健康不过了。他不吸毒不抽烟，事实上他称得上是个对健康极度痴迷的人。无论发生了什么事，都一定是很突然的，大概是那天晚上忽然倒在路边，然后遭人抢劫，直到警察误以为他是醉汉而将他送来。毒物报告显示一切都是阴性。”

“我不会说他的家人没提供有用的信息，”传染病科医生插嘴说，“我问出了两件你没问到的事：第一，他是同性恋者；第二，他去过旧金山。”

实习医师和我脸上同时做出怪表情，十分迷惘。我将我们心里的话说出来：“这和去不去旧金山有什么关系？我知道了——吃太多西部的面包了。”

她摘下眼镜，用低沉的语调说话，仿佛正在告诉我们一个重大的机密：“我们零零星星地接到报告，指出在一些男同性恋者聚集的大城市，特别是旧金山，出现了一种只有男同性恋者才会染上的疾病。我们知道这件事已经好一阵子了，根据目前所知道的，他们特别容易患乙型病毒性肝炎以及某些疾病。不过最近好像增加了好几种怪异的品种，像卡波西瘤、肺囊虫性肺炎、假丝酵母菌病等，病人多数是同性恋者。这与毕肖普先生的情形完全吻合：他是同性恋者，去过旧金山好几次，白细胞数偏低，同时还有好几种只有免疫系统失灵的病人有的感染。他们的共同点似乎是免疫系统不健全，目前大家没有给这种病况定名。”

“这会传染吗？”我悚然一惊，想起那四处乱溅的脊髓液。

“不会，”她回答，“至少我们觉得不会。既然只有男同性恋者才会深受其害，那可能与他们的文化或环境有关。有一种说法认为这与硝酸戊酯的过度使用有关，男同性恋者使用这种化学物质来增强性高潮。另一个假设是，这是乙型病毒性肝炎的一种。但这个想法似乎不太可能，乙型病毒性肝炎已经出现很久了，从来没听说过会引起这些症状。有些人觉得这跟地理位置有关，因为病人只出现在美国西岸、佛罗里达某些地区以及加勒比海地区，特别是海地。”

我耸耸肩离开，很明显这不属于神经外科的问题。后来，毕肖普先生在做完肺部活体组织切片之后因并发症而去世，切片显示他的确得了肺囊虫性肺炎。在我们医院的记录中，毕肖普先生是第一位得这种怪病的病人。没多久，这种怪病有了名称——“获得性免疫缺陷综合征”（AIDS），俗称艾滋病。

毕肖普先生的案例早已从我的记忆中淡出，他的名字在一片人海中消失。大医院的住院医师每天都会碰到无数的名字和脸孔，需要处理无数的病例。有一次我回头翻阅工作日志，估计自己在受训期间每年所处理的新病人有上千名，这还不包括像毕肖普这类的病人，治疗他们是我非正式地替其他医生额外所做的会诊服务而已。

不过，这并不等于我们很容易就将病人忘记。在其他行业的从业人员，例如银行出纳员、餐厅服务生、汽车修理技工等，他们每年也都必须面对成千上万的人，然而医生与来来去去的人群的互动，还是有其独特的一面。银行出纳员不会为顾客做疾病史记录，餐厅服务生不会跟客人说：“你只剩下一年的寿命。”尽管如此，由于某些奇特的原因，毕肖普先生还是从我的脑海中渐渐飘逝了。

许多年之后，在我即将结束总住院医师任期时，有一次，我正好在跟一名缠着我们不放的保险业务员聊天。起初他在谈伤残保险，然后不经意地提到，如果我要买保险，那么先要通过两项检验——可卡因以及人类免疫缺陷病毒(HIV)，这是针对医师投保的新规定。我耸耸肩：我从不吸可卡因，也不是同性恋……突然间，我想起了毕肖普！那个晚上跑进我眼睛里的几小滴脊髓液，此时似乎成为一片充满传染源的汪洋，对着我排山倒海而来！的确，这五年来我并没有感染艾滋病的迹象，但艾滋病的潜伏期有可能是一段十分长的时间。

我曾经碰到过多少个罹患艾滋病的病人呢？也许他们的骨头碎屑早已飞进我的眼睛或鼻孔里，而我的衣服也会沾上他们的脑脊液。在那个还不知道艾滋病存在的年代里，我简直是经常泡在病人的体液里的。那个时候，病毒早已开始扩散传播，但大家都不懂得任何预防措施，也不知如何检测这种病毒。

我只是庆幸，当时我们医院所在的位置，并不以艾滋病闻名。尽管如此，我还是拖拖拉拉了很多年，终于到了无法逃避时才去做检查。从抽了血之后，到接到电话通知我是阴性反应的那一个星期里，毕肖普一直重重压在我的心头，挥之不去。

不过自此以后，一切感觉终归是不再一样了。下一个被送进急诊室就诊的病人，可能就是让我丧命的人。

第六章 无法治愈的创伤

在我们医院里，白天属于疼痛，晚上则是创伤的世界。我们的医院被评定为“一级”创伤中心，有能力应付各种紧急情况，可能一些严重的烫伤除外，我们会将这些烫伤者送到城里另一头的烫伤中心接受救治。

有两个地方，当一个病人躺在那里时完全不再像个人，什么人格、智慧、精神全都消失不见，剩下的只是“科学怪人”式的结构——动脉、静脉以及神经系统。一个地方是验尸台，另一个是创伤治疗室。

又是值大夜班的晚上。我跑到医院顶楼值班人员休息室里小憩，好预备应付第二天的超负荷工作量。值班室的设备很“斯巴达式”：小小的房间内只有一张木板床，以及响起来很大声的电话。房门甚至没有锁——这是医院某位前任行政主管留下来的杰作。也许是他受电视肥皂剧影响太深了，以至于害怕有锁的门会导致医务人员之间发生风流韵事。那位行政主管实在是太无知了。肥皂剧中的医生也许会躲在橱柜中谈情说爱，但在真实人生中，你在值班室找到的外科医生十之八九都只是在争取睡眠。

凌晨2点，急诊室把我吵醒，告诉我救护人员正要送进来一位因车祸受伤者。在前往急诊室途中，我先去了厕所。如果这名病人连我上厕所都等不及的话，那么恐怕我帮不帮他也都差不多。

踏入创伤治疗室时，刚好医务人员将一位脸色苍白、浑身是血的少女从救护车的担架抬到我们的推床上。伤者被紧紧固定在一块靠背板上，以免碰到她的脊椎。

一名穿着蓝色运动衣的医疗助手大声向任何听得到她说话的人报告状况：“白人，女性，22岁……没系安全带，车子高速开到比格鲁大道时，闯过中线，与对面来车相撞。伤者被发现时仍然清醒，但语

言表达不清，躺在车子外面。血压100/60毫米汞柱，脉搏每分钟125次。头顶右前方有撕裂伤口，暂时进行了包扎止血。现场可看出她曾经大量出血，外观看上去没有骨折，伤者四肢会自发性地动，但不能遵照指令动作.....”

我一边听一边担心还会有更多伤者被送来，于是问救护人员车祸中的其他人情况如何。

“另一辆车的两名伤者已经被送去慈爱医院，”她回答，边喘气边补充，“但她坐的那辆车的司机不幸当场遇难。我们已经宣告他死亡，叫了验尸官。”

“你们宣告他死亡？”我讽刺地问，有点不高兴。就事论事的话，只有拿到行医执照的医生才能宣告某某人死亡。

“那人连头都没有了，不用劳驾任何医生也知道他已经死亡了。”她回答时浅浅一笑。看来关于街头的创伤案子我还有很多不懂的。接着救护人员跑到柜台去填写报告，也在等着取回他们的靠背板。

同一时间，护士快手快脚地将伤者的上衣剪破。在她的脊椎受损程度比较明确之前，我们是不应该乱动她的，但在这种时刻，一般比较文明、有礼貌的脱衣服方式反而会危害到她。当那些在意外中受伤不太严重的人，看到自己心爱的衣裳被剪成片片时，所感受到的创伤可能更为严重！

女伤者的下半身包裹着蓝色的驱血(MAST)裤。这种看起来可笑的可充气裤子，是用来帮忙将血液从必要时可能被切掉的双腿压到任何时候都不能牺牲的脑袋中的。

我戴上手术用手套，为她拿掉伤口上的各种纱布棉花，将沾满血块的头发拨开，分开伤口的边缘。伤口有20到25厘米长，里面塞满从马路上沾来的污垢以及车头玻璃碎片。象牙色的脑壳暴露在外，脑壳

上也有一道裂痕，跟头皮上的伤口大致平行。粉红色、软绵绵的脑浆好像牙膏般从裂痕中漏了出来。

早在公元前1700年，古埃及的一份医学文献就已写过，任何脑浆已经溢出的病人就等于得了绝症。差不多四千年的医药发展也没能推翻这个无情的推断。

我拼命翻那叠放在靠背板下面的文件，想找出她的名字……雪莉。在正常情况之下我绝对不会冒失地跟新碰面的病人以名字相称，这种做法只适合汽车推销员，但面对头部受到重伤的病人，则需要这种不那么礼貌的方式。

名字是一个人跟外面世界之间最持久的联系，是他最早认得和最后才忘记的字眼。就算重病使我们意识渐失，慢慢忘却家人、儿子或其他的事情，我们仍然会对自己的名字有所反应。碰到头部创伤的病人，名字比什么都有能力穿过层层迷雾，更快唤起伤者的注意。

当下，我靠近她的脸。血腥混合着酒精的气味冲到我鼻子里——那是手术室里特有的一种恶心味道。

“雪莉。”我大声对着她耳朵喊。她慢慢睁开眼睛。

“嗯？”她回答，声音透过塑胶氧气罩传出，朦朦胧胧的。

“雪莉，我叫弗兰克。你在车祸中受伤，现在在医院里。你的伤势还好，但我们要帮你动些手术。今晚我们有的忙了。你能不能动一下脚趾和手指给我看？”

等了好一会儿，她虚弱地动了一下，然后又闭上眼睛。虽然她的反应令人大受鼓舞，但是我依然对她的情况感到悲观。我看过太多讲完话就死去的例子了，就像有些人扭到足踝以后，也许过了好多个小时才瘀肿起来，被重创的脑袋也有可能几小时后才出现水肿。

对于软绵绵的脑子而言，颅骨是它最好的朋友，也是最坏的敌人。在日常生活中，脑子在脑脊液中前后晃动，只有许多细小血管将

它联系到骨头上。但遇到瞬间往前加速或刹停时，例如在车祸中，或是婴儿哭闹被大人猛力摇动（这也是婴儿被误杀的最大主因之一）时，脑子撞到颅骨上，血管断裂，血液流出，形成压迫性血块，被称为硬脑膜下血肿。同时，脑部撞伤的部位也会出现水肿。由于被困在硬硬的颅骨里面，伤后肿胀的脑子因此退路尽断，没法获得新鲜血液的供应，活活窒息而死。在创伤的情况里，颅骨从扮演脑子保护者的角色摇身一变而成为脑子的杀手，最后变成脑子的棺材。

身为外科大夫，我们可以尽微薄之力，将凝结的血块拿走，并给病人一些药，以减轻脑部肿胀，可是通常已形成的伤害是无法挽回的。日本有些医生尝试过将这些病人的颅骨顶锯掉，让受创的脑袋有无限多的肿胀空间，颅骨“盖”暂时储放在冰箱里，等退肿之后再放回病人头上。不幸的是，肿胀的脑袋会一直肿胀下去，最后病人的头大得像二流科幻电影里的外星怪物般，而且病人终因回天乏术而死亡，于是医学界放弃了使用这种医疗方式。

在某些无法可施的情况下，医生也会将病人的部分脑子切掉，让它有空间可肿胀，但这只是一种“神风特攻队”策略而已。从某个恐怖的角度来看，雪莉自己已经在动这种手术，将部分肿起来的脑子从颅骨的裂缝挤到外面去。事实上，不断将那些已经坏死、成了液体状的脑组织挤到颅骨之外可能是她还活着的唯一原因。

“雪莉，你的头部撞到车头玻璃，受了伤，这位医生会为你将伤口缝起来。”我指示一位实习医师暂时在伤口上盖上一层尼龙纱布，随便缝一下。由于数小时后我很可能会再将伤口打开，因此目前并不需要缝那么好。“你不需要缝得像伦勃朗的画那么漂亮，只要能止血就好。注意不要让她头发跑到伤口里。”他看着伤口里不断流出来的脑浆，向我扮了个鬼脸。我用棉球将脑浆抹掉。“这是她小学三年级的记忆，”我低声说，“但不用太在意，她不会想念那段时光的。”

比尔是资深外科住院医师，当他检验雪莉的胸部和腹部时，资历较浅的住院医师则进行其他的例行手续：抽血送实验室检验，给雪莉

装上静脉注射装置，检查她的手脚，看看有没有骨折或撕裂伤口，以及将污垢和碎玻璃片清除掉。

“找出她的血型，给她输6个单位的血。” 比尔跟护士说，“看看他们能不能先送些O型血来，以防万一她不行了……现在血压是多少？”

“90/60毫米汞柱。”

“尽快再给她1升乳酸食盐水，叫拍X光片的人来。”

我跑去打电话给负责电脑扫描的技术人员，让他知道我们需要立刻做CT（电子计算机断层扫描）。当医生的经常必须在半夜里吵醒很多人，还要立刻跟他们做有意义的对话。

“喂？”

“你是不是负责做CT的？”

停顿了一会儿，接下来是被单的窸窣窣声。天哪！我想，他又睡着了。一个月前，另一位技术员在跟我讲着电话时，话筒掉在地上，然后跑回床上睡觉。我只好请警察去叫醒他。

“……呃，你从医院打来的吗？” 他半睡半醒。

“不。” 我回他，“这是出版商年度大抽奖打来的，你刚赢了一百万美金。哦，顺便说一句，这里有个受了重伤的病人，急需做CT。”

“好。”

那一声“好”半点说服力也没有，他听起来比较像会再度昏睡，四个钟头后醒过来，心里疑惑医院是否曾经打过电话给他，抑或那只是一场噩梦。十分钟后我再打去，怒气冲天的技术员太太说，他的确已经出发了。

也许我有点不礼貌，但我管不了那么多了。我终于清楚詹姆斯·邦德（也就是“007”系列电影中的特工）满脑子以为自己在拯救世界时的感觉了。在这种时刻，礼貌文明皆可抛弃，丝毫不用内疚。地球已经快要毁于核爆了，于是邦德在机场里横冲直撞，把其他旅客撞得东倒西歪，皮箱与饮料齐飞，连一句“对不起”都没有。他不是无礼，而是个有任务在身的英雄。我也可以说：“赶快起床吧，过来给这女孩做扫描。她快要死了！”到了最后什么过错都会被容忍、被原谅。我们只不过是恪尽职守而已。结果决定一切，是否努力不是重点。

雪莉的血压开始攀升，趋于稳定。头上的伤口也暂时缝上了。技术员正将仪器架好，准备给雪莉的胸部、颈部及腹部拍X光片。

“雪莉，你还好吗？”我问。

“嗯，但我的头好疼。我会死吗？”

“不会。你死的话我们要填太多表格了。现在我们要为你拍几张X光片。”

“杰克怎么样了？我想见见他。”

“呃……呃……他现在不在这儿。他被送到别的地方了。”

百分之百的外交辞令。不过，她现在的情况实在是不适合再听到“男朋友头被切掉”这种消息的。比尔和我退到旁边的小休息室拿起一盒饼干拼命吃。饼干盒上盖着“医院人员方可取用”。自从在这里上班之后，三个月来我已经胖了9千克，都是因为吃这饼干和喝巧克力牛奶。休息室里的咖啡已经放了一整天，但我们还是当喝药般喝了一杯，好提提精神。

“这真他妈的棒极了。”比尔埋怨道，“明天我还有个威普手术要做，到时一定乱七八糟。我们每年才做两次威普呢。”威普式胰腺癌切除术，手术十分复杂，一般外科住院医师都希望能参与。

“至少你可能很快就可以回去睡觉。”我顶他一句，“但她脑浆还在往外流呢。我可能要帮她将脑部切开——如果她不先死掉的话。而且老板已经把我们四个手术室早上7点半的第一台手术全订下来了。如果他的病人被这手术耽误，那他会发疯的。”

我看了看手表。已经3点半了，我必须想一想那些最花精力和时间、令人进退两难的工作——官僚制度。看来我是不太可能在7点半之前给她做完扫描以及完成脑部手术的。明天还刚好是老板打壁球的日子呢。如果他中午还不能下班的话，我看要被开脑袋的人就变成我了。而且，如果7点半我还在为雪莉动手术的话，谁又来替我上刀？也许我可以叫实习医师暂代一下，但那样的话老板肯定会大动肝火。他会为实习医师大肆挑剔，而那个人在剩下的神经外科训练期内都会恨死我。星期二永远是最大的日子啊。为什么这些意外偏偏都要在星期一晚上发生？为什么星期一晚上会有人跑去喝酒，酒后还开车？

也许我可以问问麻醉科能不能再多开一间手术室。但也许我也可以问问特蕾莎修女要不要跟我约会！答案大概都一样。

我又看了看钉在布告栏上的手术室时间表。四个心外手术室、四个骨科手术室、四个神经外科手术室……别指望了，他们永远不会多给我们一个手术室的。要不我将老板的其中一个手术往后挪，或者干脆取消掉？于是我抽出病人名单，打电话给神经科护士站，跟值班护士凯伦谈一谈。

“凯伦，我是弗兰克。明天7点半的手术，我们有没有什么借口取消其中一个？像发热、钾太低之类。”

“让我看看。”她停下来，跑去看病人的病历。“这里，”她回到电话边，翻着病历说，“詹姆逊先生的钾是3.5。”

“不够低。”

“那么贝丝太太呢？半边脸抽筋的那位。”凯伦说，“午夜时她的体温是38摄氏度。”

“不够高。每个人都签了同意书吗？难道没有人有什么疑虑吗？也许有些人要再想个一天半天？毕竟这都是脑部手术呀。”

“门儿都没有。这些都是老板的病人咧，记得吗？”

“嗯，说的也是。如果你想到什么再告诉我吧。我这里有个创伤病人，看来会冲到我们预定的手术时间表。”

我将病人名单塞进口袋，喝完咖啡跑回创伤治疗室，比尔已经在看胸部的X光片了。

“她的纵隔有点太宽了。”他对我喃喃地说，“要再照一次主动脉摄影。”

主动脉是从心脏将血液传输出来的巨大动脉，从两片肺叶中间被称为纵隔的空间通过，接着跑到腹部去。在纵隔的部位，有一条短短的韧带连到主动脉上，这条韧带被称作动脉导管。事实上，动脉导管就是当人体还在胚胎阶段时，负责将血液导离胎儿肺部的血管。胎儿出生后，肺部开始运作，这根小血管摇身一变成为韧带。事故中车子紧急刹车时，动脉导管扮演了主动脉的安全带，不过也只能拉住巨大主动脉的中央，主动脉的其余部分还是以极高速度往前移动。如果车祸十分严重，那么就算是年轻人那条还没用多少年的主动脉，都有可能出现撕裂，血管里的血液漏到纵隔，在X光片上也可看到心脏周围出现异常大的空间。此外，开始漏血的主动脉很像开始漏水的水坝，随时会崩溃。换句话说，我们必须在雪莉出现大量溢血之前，用聚四氟乙烯管子换掉她的破损大动脉。

雪莉的情况是典型的“多重创伤”，即身上至少有两个重要器官需要动手术修补。我们必须赶快决定优先顺序。如果先给她换血管，那么可能血液输到脑袋时，脑袋已经失灵；如果先修脑袋，那么可能修好时，躯体却已因主动脉爆裂而死掉。天！我们甚至还没有检查她的腹部呢，那里会不会藏了什么让我们措手不及的大创伤？

不错，也许我们可以为她同时动脑部和胸部的手术。可是，胸腔外科医生给雪莉动手术时，需要将她的主动脉夹起来，因此要将一些抗凝血剂——也就是肝素——加进她的血液里，以免停滞不流的血液凝结起来，阻塞她的主动脉。但抗凝血剂会使得我无法为她进行脑部手术。人脑可以说是身体里最血淋淋的器官了，缺少了凝血机制的配合，任何“动脑筋”的做法都会致命。当下我打定了主意，如果她需要动脑部以及胸部的手术，就必须分开执行。我只希望她的肚子干干净净的没别的伤。

腹部的检查方式，是在肚脐眼之下的位置割开一个小小的切口，将一条细口径管子从切口插进腹部，通过管子将消过毒的盐水注射进去，在肚子里跑一圈之后，用吸引器抽回来检验。如果抽回来的液体内有血，那么可能脾脏爆裂或者肝脏受损了。黄黄浊浊的液体则表示肠子出了问题。

一名资质较浅的外科住院医师开始在雪莉的肚皮上涂上消毒药水。同时，护士也将检查腹部的器械准备好。

“雪莉，你还好吧？”我问。

“好。”

她声音听起来更昏昏欲睡、更遥远，左手握起来更软弱无力了。这真令人担忧，看来她脑袋衰败的速度比我预计的快很多。负责扫描的人快来了，比尔正在打电话给血管摄影医生，安排为雪莉检查主动脉。不过，雪莉的颅内血块可能没法让她再撑一两个小时，等来专家为她做血管摄影。我将被迫在信息不足的情况下推她进手术室。当然，比尔会反对，然后我们就像平常一样吵起来，争辩到底哪个器官应该优先手术。

我联络我的指导医生萨克文，告诉他眼前情况，也许可以靠他的影响力让我们先动脑部手术。但萨克文并不太感兴趣——“真要我帮忙时再打电话给我。”这等于说：“自己想办法吧，我在睡觉。谢了。”

这就是为什么他们喜欢在教学医院里工作：让工作一年的住院医师来替他们做这些生死关头的决定！我原本希望能从指导医生那里得到精神上的支持，但如果再跟他啰唆，便很可能会被认为不像男子汉了。神经外科是医学界里少数几种仍然以男性为主的科目，而在这一行“不像男子汉”几乎和“懒惰”一样糟糕。我让萨克文医生继续睡。

雪莉腹部抽出来的液体清澈无比——她其他的内脏都逃过一劫了！假如她当时系上安全带，那么受伤情况将会相反。现在的情形是，她被抛出车外时，头部撞在挡风玻璃上。如果绑上了安全带，那么车祸发生时她的下腹将会受伤，也许小肠破裂。事实上在任何一起严重车祸中，身体中某个部位一定要承受压力，某些器官一定得受伤。区别在于，小肠很容易就可以缝好，脑袋撞坏了要救治就困难了。

雪莉其他的X光片也冲出来了，被送到创伤治疗室。她的颈部以及腰部看上去还好，没有骨折或脱节。我将她脖子上的保护装置全松开，将她从靠背板上搬下来。靠背板立刻有人洗干净，还给送雪莉来的医护人员。他们早已填完所有表格，焦急地等着上路。

我通知手术室的人，很可能要做紧急开颅手术，请他们准备仪器用具。夜班护士照例跟我抱怨，说那个肝脏移植手术一直还未完毕，另一名刚做完心脏手术的病人也很有问题，可能要再回来，还有一个病人怎么怎么样……每晚都是同样的故事，而我只想将这个手术做好。

“做移植的人难道都不在白天工作的吗？他们是什么怪物？吸血鬼吗？听好，我才不管发生什么事，给我一个房间就是了。”邦德的感觉又来了。

“好啦，我们会准备好一间预定明天早上要用的手术室给你们用。但你会挤掉阿布拉莫维茨医生7点半要做的颅后窝手术。”声音里满是“行不通”的语气。她很清楚，挤掉老板的案子是要冒杀头风险的。

“你不可以把我安排在一般外科手术室吗？我们9点或顶多9点半就离开，我答应你。”真的，特蕾莎修女，答应我吧，这约会将会十分愉快……我带你去一家印度餐厅，那里食物精美极了……

“没门。不要太贪心了。像现在的拥挤情形，不取消你们的其中一个手术室就应该谢天谢地了。你要什么时候开始？”

“扫描的技术员快到了，我想差不多三十分钟吧。”其实他要一个多小时才能赶到，但我用不着告诉她。

比尔听到我们的对话，问：“主动脉的摄影呢？”

“当然要拍，如果有时间的话。”（想都不用想了，朋友，脑袋优先，血管第二。）

“我们要挤出点时间来。”

“等照血管的人来了，照完CT，我们直接将她送去拍血管摄影，再进手术室。但她需要先开脑袋再开胸。”无论照片显示什么，颅骨上的裂缝都必须清理干净，将所有跑到脑袋里的碎骨屑或头发弄走。

“好。”比尔好像对这样“一人退一步”的方案很满意，“但我想看到她的主动脉摄影片。如果血管正在破裂，那么你一弄完我们就要紧接着做下去。”

很对，不过如果她的主动脉破裂的话，我们的手术时间表就完全被打乱了。换完人造主动脉，已经是下午两三点，等于说我们至少要取消两个以上的手术——不只是被延后而已。我的天！我想也不敢想。于是又从口袋中将病人名单抽出来看。要取消哪一个呢？那个飞越半个地球来动手术的意大利企业家吗？不行，他的时间不能改。那么歌剧院指挥的太太呢？阿布拉莫维茨医生今天的病人全都是重量级人物呢，谁也不会愿意乖乖延期的。拜托，雪莉，主动脉听话一点吧。

突然之间，我觉得好累。一整天的工作排在前面。我似乎看到要钻的每个洞，要缝的每一针，要止血的每个小地方，千万个要注意的细节，我连动也不想动。

创伤治疗室内的对讲机响起来。“病人的父母来了，在会客室。”柜台人员告诉我们。尽管我觉得我要面对的已经够糟，但这家人要面对的其实更糟。对我来说，雪莉只是一名病人而已，就像烦人的机械程序一样得去处理。但对他们来说，她是记忆中的一切：小女孩走的第一步路、说的第一句话、第一辆自行车、第一次约会。二十多年的日子，由生日庆祝会、暑假、毕业典礼等交织而成的一幅美好温馨图画正被撕成碎片。当年他们抱着的婴儿，现在脑浆却一点一滴地漏出来，滴到一块100平方厘米的纱布垫上。

比尔和我去跟他们谈。这是行医生涯里最难处理的工作了。

在整个报告过程当中，雪莉的爸爸妈妈都涕泪涟涟，但还算坚强。比尔谈到主动脉要做的检查，以及可能要动的修补手术。我告诉他们雪莉头部受伤的状况，并请他们签了手术同意书。他们问了些任何人都会问的问题，像雪莉的存活概率，假如活下来她的情况又会如何、有没有破相，最后是动手术以前能否先让他们看看她。我避开所有跟复原有关的问题，只强调她脸孔看起来没受到什么伤，目前她也不怎么感到痛。医生跟政客很像，我们都强调好的一面。而由于我们要竭尽所能、尽快为她动手术，大概不会有时间让他们先跟雪莉见上一面了。

对他们而言，这真是一场噩梦。睡得好端端的，突然被叫醒，然后跑到幽暗的医院会客室里，被迫听了一堆关于医生要怎样在女儿身上切切割割的话！我们的医生形象大概也不能对他们有多少鼓舞的作用：凌晨5点的沮丧身影、没梳理的头发，身上穿的医生袍子又沾上了许多碘酒渍印，加上脚上脏兮兮的网球鞋，从头到脚看起来一定像两个高中生！

我拍拍雪莉妈妈的肩膀，告诉她等我更确定时会回来跟她报告。

回到创伤治疗室，厚重的金属门缓缓关起，将会客室隔绝在我们灯火通明的密室之外。护士将监控雪莉心脏的电极连接从墙上的仪器上拔下，转接到挂在病床边的手提式监控仪上。另一名专责呼吸系统的技术员也将雪莉的氧气罩接到一个小型氧气筒上。一切准备好之后，就要将她从创伤治疗室送去扫描。

扫描器放在附近的儿童医院里，要往上走一层楼，大约再走183米才到。手术室则要继续往上再走一层楼，然后再走183米。当你在移动一名不稳定的病人时，就算只坐一小段电梯或者推着病床走一小段走廊，都是一种心惊胆战的体验。我们当外科医生的只有身在手术室内才觉得安心，因为手术室内设备齐全，从紧急的心肺复苏器到麻醉设备一应俱全。相反，跑一趟X光科就有如进行月球漫步般危险，病人的生死，完全系于一线之间，依赖一部靠电池运作的手提式监控仪以及水肺大小的氧气筒呼吸器，这远远比不上陪护在旁的麻醉医生以及一套优良的仪器可靠。

“她的血压如何了？” 比尔问。

“90/50毫米汞柱。” 护士回答。

“我觉得应该给她输点血再送她上去。这里有没有备用的血袋？”

我又检查了一下雪莉。她头上的伤口依然有脑浆流出来。“动一动脚指头。”我说。这次只有右脚的脚步趾在动。很显然她左半身开始瘫痪。照这样下去，过不了多久她就会说看到一团白色的光，或许多濒临脑死状态的人都会看到的幻象了。

“我们必须为她扫描了。” 我告诉比尔。

“血浆来了。” 他回我一句，“只要五分钟就可以将血袋挂好。她的血细胞比容只有28，我们已经给她输了7升的血，但她的血压又在降低。”

“我怎么了？”雪莉突然叫起来，用她还可以动的手去扯氧气面罩。简，医院的夜班护士，赶忙抓住她的手，叫她放轻松一点。

“但我没法呼吸！”她一边嘶声大喊，一边抗拒简，右手拼命要伸到脸上，头也转来转去，模样十分恐怖。我瞄了一下心电监控仪，一个小时前还是每分钟120次的心跳，现在升到190次。

“血压？”比尔问。

“高压70，低压量不够。”

“叫麻醉医生，她要做插管。还有给我开胸器具，叫心脏胸腔科的人下来。”

我知道比尔在想什么。雪莉头部伤口已经没在流血，而且腹部检查也没出血现象，那么血压下降，一定是因为主动脉出血了。呼吸感到困难是一种警报，表示胸部已积满了血，压到她的肺部。另一方面，她的心脏则拼命地跳动打血，企图补偿不断流失的血液。到了这个地步，唯一救助她的方法是剖开她的胸腔，将主动脉夹紧。我们急需麻醉医生的帮助，为她做气管内插管和施以麻醉。即使他们迟迟没法赶到，比尔还是要动手的——尽管她还醒着。

好几位护士及助理都从其他急诊室飞奔过来，帮忙传话给其他人。除了麻醉医生及心脏胸腔科的人，我们还通知了创伤外科医生和手术室的人。两层楼之外的手术室内，技术人员立刻将钻头颅用的钻子等仪器收起来，而架设起心肺机，将心脏手术用的刀剪摆好。在急诊室值班的住院医师跑来协助比尔，在雪莉身上又加了一个静脉注射的针管。导管的作用是弄走胸腔内的血和空气。工作人员也将通往其他急诊室的门全关紧，以免其他就诊病人看到这里的紧急状况。

我一直站在病床的床头前。雪莉眼睛张着，瞳孔大小不一。她的呼吸急促，脸色灰白。简递给我一个打气袋，是用来协助病人呼吸的。我将雪莉的氧气罩拿开，将打气袋罩在她嘴巴上，用力将空气打

到她肺里去。“我要死了，我要死了。”每当我停下来的刹那，她便上气不接下气地喊。

雪莉说得没错，她确实是越来越接近死亡的边缘了。身体出了大毛病时，每个人都有一种预知大祸将临的本能。我父亲多年来都有胸痛的毛病，但当他那天早上真的心脏病发作时，从他的表情就知道这次痛得不一样，他眼神里尽是惶恐。通常在病人问医生他们是不是快要去世时，医生都不大担心。但等病人歇斯底里地喊“我要死了！”时，我们知道这大概是真的。

麻醉医生和助理护士冲进来，手里提着一个大手提箱，里头装了喉镜、气管内插管及麻醉药。护士接手给雪莉打气。“气打不进去。”她跟麻醉医生说。麻醉医生立刻将喉镜递给她，她手一抖将它打开，好像打开弹簧刀般，喉镜的前端有灯，她将亮着的银白色尖端插进雪莉的嘴巴。同时，麻醉医生将好几剂药从雪莉身上插着的众多静脉胶管之一注射进去。这应该可以令她昏睡镇静下来，不再抗拒我们“替她呼吸”。

助理护士一边将雪莉的头稍往上扬，一边将喉镜推进她咽喉深处，避开她的舌头，以便看到气管的入口。雪莉猛地咳嗽并剧烈地呕吐起来，绑着她右手右脚的布条（将她固定在床上避免她乱动）全沾上了呕吐物。终于，麻药发挥效用，雪莉不再挣扎。

“看到声带了，给我管子。”护士将涂过润滑凝胶的胶管从声带中央滑进雪莉的气管中。

我走出房外，从走廊往内看。小小的房间内挤了十多个人，现在雪莉已被全身麻醉，我再也没法观察她脑部的状况。她的肤色转变成黄黄蓝蓝的，就像一般尸体的颜色。“血压50/10。”心电监护仪显示“心跳过速”，就好像她的心脏正在猛烈地往外抛一根杆子。她已经快没有血了。

比尔和刚冲进来的心脏胸腔科医生脱下袍子，戴上手套。实习医师在雪莉胸部泼上一瓶消毒药水。呼吸治疗师早已接手打气的工作，

肌肉发达的手臂努力地压着打气袋。但连他也没能打多少空气进雪莉坍塌掉的肺里。

我很清楚，眼前如狂风骤雨般的急救动作，只不过是可怜雪莉而跳的死亡之舞。她的主动脉已经破裂，鲜血全涌进胸腔内。这样的身体很像引擎失灵的喷射客机，飞机还在飞，但绝对没有可能平安降落。再过几分钟她的生命便会在第8号急诊室里走到尽头。

比尔拿了把11号手术刀刺进雪莉的前胸，刀身全刺进去，在左边乳房之下割了一道约30厘米长的开口。当他割到胸膜时，一大团血块滑出来，“啪嗒”一声落到地板上。心脏胸腔科的医生把一副肋骨撑开器放置到伤口里，伤口撑开时肋骨断裂声清晰可闻。我又看了一会儿，比尔他们互相说了些什么，双手在伤口内掏，前臂至手肘上尽是鲜血。他们将粉红色的肺挪开，长长的金属夹子伸到伤口内。稀薄带紫色的血还是不停流出，流到他们衣服上，流到鞋子上。

雪莉完全没有血压了。监控仪上出现乱糟糟的波形，她的心脏只是在不规则地乱跳，监护仪上的警铃响起——这铃声也代表我们7点半的手术时间表回复原状，一切都不用动了。心脏胸腔科医生把手伸进雪莉体内，握着她的心脏按摩，为心室做最后的尝试。“空的。”他简单地下结论。她已经走了。他把手收回来，脱下手套，跑去洗手间洗手。

“你能不能跟她家人谈谈？”我对比尔说。他点点头，面容严峻，眼睛还在看着雪莉的伤口。

谢天谢地他答应了。我可以想象雪莉可怜的父母看着这一群医生护士冲进急诊室的心情。我告诉过她母亲说我会跟她报告情况的。我骗了她。这是胸部创伤致死，跟我无关。让一般外科医生来扮演死亡使者的角色吧。

在楼上的手术室，原先准备好的胸腔手术器具重新收起来，一切又为阿布拉莫维茨医生的病人而准备。心情不好的X光技术员将电脑收起，懊恼没睡好觉却又无功而返，白忙一场。没用到的血袋再度被

送回血库，等待下一次悲剧的降临。大家都准备回家了，为这场“圣战”临时成立的小军队倏然解散。清洁工被叫来做善后，比尔则吩咐倒霉的住院医师将雪莉的伤口缝起来。“你不用缝得像伦勃朗的画那么漂亮。”他说。

这一个晚上，我有幸成为聆听雪莉最后一句话的人，成为阻止她父母跟女儿见最后一面的人，也是让雪莉一直到去世为止都以为她男朋友还活着的人。在八楼，七位等着动手术的神经外科病人恬然入睡，浑然不知道曾经有好几个小时，我在脑海中拼命重新安排他们的命运！

结果，他们的手术全都按时间表进行，老板也按原定计划，下午去打他的壁球。

第七章 不再在葬礼上哭泣

那些处理创伤病人的经验使我心肠变硬，而疼痛病人则令我对于人世间的痛苦和挣扎逐渐无动于衷。我觉得，在这个“加入他们”的过程里，我的性格不知不觉间变了个调，各式各样的病例再也不像从前那样牵动我的情绪，带来强烈的感觉了。当我回想第一次给病人插鼻胃管失败以及随之而来的羞愧，又或者想到麦肯娜手指一根根地坏死时内心的惊慌失措，事实上感觉已十分模糊，里头还掺杂着一丝丝茫然困惑的怀旧，有点像花花公子在历经沧桑之后，再回想起小学六年级时爱上女老师的天真情怀。

不过，我的麻木不仁终究只达到某种程度而已，还不够格当个真正的冷血怪医，这类医生的人性经常处于全面麻痹的状态中。在一宗令人心酸的病例中，我首次见识了这种医生心态。

病人的名字，叫安迪。

打从一开始，生命对安迪就十分的不仁慈。安迪还未成型时就碰到了大麻烦，因为他母亲卵巢内的一颗卵子在成长的过程中，染色体出现了重大错误，而这颗卵子正是安迪的前身。

人体的结构蓝图全部藏在染色体里，染色体可以说是我们从祖先身上得到的一切遗产。如果人将染色体拉开来看，它们其实就是一长串一长串的分子，其中一些分子片段就是所谓的DNA（脱氧核糖核酸），平常这些分子缠卷成一条条小弹簧的形状，分子中的信息由上一代传给下一代，循环往复，生生不息。

当卵子或精子被制造出来时，大自然将几十条染色体重新排列，就像赌徒洗牌一样，尽量给新生命一副好牌。就安迪的情况而言，大自然却给了他一手必输无疑的坏牌。

每个人的细胞内都应该有46条染色体：22对跟性别无关的染色体，另外2条则跟性别相关，如果2条都是所谓X型的就成为女孩，1条X型加1条Y型的就成为男孩。父母双方各提供一半数量的遗传物质，换句话说，各自贡献22条无性的染色体以及1条决定小婴儿性别的染色体。

由于命运的捉弄，安迪母亲多给了他一条第21号染色体。而安迪已经从父亲那里得到了一条21号染色体，因此他一共有三条第21号染色体，而不是正常的两条。这个情形在医学界被称作“21三体综合征” (Trisomy 21)。

这种错误通常出现在减数分裂——也就是母亲的染色体被包装在卵子里的过程中（虽然也有其他引发这一错误的途径）。随着卵巢日渐衰老，制造卵子的机制也变衰老，制造出含有三体染色体卵子的概率相应提高，这有点像老人家经常乱丢眼镜一样，衰老的卵巢也会将染色体随手乱放。

有人称DNA为生命的金钱。但跟钱财不一样的是，DNA并不是多多益善的。伴随21三体综合征而来的，是不同程度的智力不足、各式各样的先天性心脏病以及比其他小孩更易得白血病。几十年前，饱受21三体综合征折磨的人被称为“蒙古佬”，因为他们厚厚的眼皮看起来很像东方人。后来，这个得罪人的称呼被听起来更像医学名词的“唐氏综合征”所取代。不过，有些人说，那位已经去世的唐医生不应获得这项殊荣，因为据说唐医生是个种族主义者，他相信患有21三体综合征的病人只不过是一些较不优秀、混杂在西方社会的蒙古人而已。目前，医学界最通行的名称就是“21三体综合征”。

除了这个问题，安迪头部及颈部还出现好几处不正常的地方。他的耳道长得特别细，而且乱七八糟的，以至于一出生便失聪。安迪前额的发际线十分低，头发一直长到眼睛之上约2厘米处，双眼之间距离特别的远。此外，他畸形的声带从来就没发出过正常人的声音。

人生就是如此不幸，像这种祸不单行的基因缺陷情况并不是罕有事件。相反的情况也会发生，有些人全身上下都闪耀着第一流的基

因。谁没遇到过一两两位含着银汤匙出生、带着高贵血统的人，或者那些长得漂亮英俊、功课又好且兼任学校游泳队队长的人？但悲哀的是，每有一个成功的基因传奇，就会有一个安迪。

更不幸的是，安迪生于1930年，因此相较于今天而言，他处于更为不利的社会环境之中，那个时候专为残障儿童而设的特殊教育还不普遍。不过，安迪也不算百分之百倒霉，至少他的父母是很有爱心的人，在那个只知道将不幸的三体综合征病人往福利院送的年代，安迪的父母却在家里抚养安迪长大成人。此外，他很幸运地没有出现什么心脏上的缺陷。甚至，他的智商还有80分，算挺不错了。

安迪从没进过一般的学校，但他学会了手语，也能读懂一点书。他的情绪大致稳定，平日靠打些零工消磨时间。慢慢地，安迪在家附近的天主教堂里找到一份清洁工的工作，常常会连续花上很多小时擦拭教堂内的木头座椅。他特别喜欢将教堂弄得漂漂亮亮以迎接节日的来临。一年年地过去，复活节和圣诞节的灯饰布置全都成为安迪的专职工作了，而他很喜爱这份工作。事实上，安迪已经成为圣玛利教堂不可或缺的一分子，教徒做礼拜时永远陪伴在侧，夏天举办义卖活动或意大利晚餐会时，他更像个受人爱戴的弥勒佛。神父们走了一茬又一茬，但安迪一直留在教堂里工作。

几十年过去了，安迪变得越来越肥胖，抽很多烟，换来的是糖尿病和高血压。45岁生日过后不久，由于糖尿病的影响，安迪右眼视网膜出现溢血现象，一天之内他的右眼便瞎掉了，剩下的左眼成为他内心世界通往外在世界的唯一通道。幸而，像及时雨般的激光手术防止了他的左眼变瞎，但安迪也知道，剩下的那只能看东西的眼睛视力也会每况愈下，因此他还要应付一波波挥之不去的忧郁感。而如果撇开他的健康问题的话，他仍是每天天一亮就准时到教堂上班。

安迪47岁那年夏天，一个非常湿热的早上，安迪母亲被楼下浴室传来的阵阵呕吐声吵醒。跑到浴室时，她发现心爱的独生子坐在马桶旁边，两手捂着他大大的头前后摇摆，一张大脸白得像粉笔灰一样，冷汗直冒。他用手语告诉他妈妈：“我病了，妈，帮我。”他不住地打着手势，直到终于不支倒在地上，昏了过去。

身上呼叫器响起来时，我正在住院医师的休闲室里打桌球，原本安静得有点离奇的星期六午后立即有点焦躁不安。呼叫器显示屏上闪着“1667”，代表这是外面来的呼叫。不太妙。

我拨了内线，接通郊区医院急诊室护士的电话。

“请等一下，纳贾里安大夫马上会来接电话。”

在漫长的等待期间，我脑海中想象着各种灰暗的可能状况。郊区医院急诊室里等着我的会是什么？是疼痛病人吗？头部受到重创，还是出血？

“哈喽，请问是哪一位？”终于有声音了。

“维托斯克，”我简单地回答他，“神经外科住院医师。”

“我们这里有一位唐氏综合征病人，四十多将近五十岁，有高血压的病史，今天早上送来我们这里时已经呈昏迷状态，最初病人的妈妈发现他出事时，他在浴室里呕吐。血压是230/120毫米汞柱，心跳每分钟55次。他又聋又哑，但可以通过他母亲的翻译用手语沟通。病人说头很痛，但视觉没大问题。不巧我们的电脑断层扫描仪坏了，因此想把他送到你们那里。我猜他因高血压而血管破裂了。”

“他在服用什么药物吗？”我从口袋里找到一张皱巴巴的空白卡片，将他说的记下来。

“普萘洛尔、氢氯噻嗪……他对青霉素过敏。还有，他有糖尿病，但看起来从没治疗过。另外，他一边眼睛瞎了，我不知道原因是什么——也许跟视网膜疾病有关。”

“我有没有听漏了——他有唐氏综合征，耳朵听不见，眼睛有点瞎，无法讲话，而他的血管破裂了？”哗！这个周末可有的忙了。

“是呀。还有，他跟父母一起住，父母看起来都有一千岁了，但健康状况好像比他们儿子还要好。”

“他叫什么名字？”

电话另一头静了下来，纳贾里安医生在翻他的笔记。很奇怪的是，医生通常记得病人的血压，在服用或注射什么药，对什么过敏，但永远记不得名字之类的琐碎信息。

“安迪，安迪·伍德。”

“好吧，请送他过来吧，用直升机。”对话完毕。

我将桌球重新排好。直升机至少要过好几个小时才会飞到。

下午5点钟，医务人员将安迪推进急诊室。我早已接到通知，在那里等着。虽然安迪被一条大毛毯包住，但他的体重超标是显而易见的。他的眼睛上盖着一块白色毛巾，下半张脸上松松地挂上氧气罩。他的嘴巴微张，巨大的舌头吐了出来，正是三体综合征病人常有的动作。

“他醒着吗？”我问其中一位护士。

“醒着。”他回答，“但我想你已经知道他又聋又哑。病人母亲说你可以写字条给他看，他会写回来，但他不大肯睁开眼睛，无法真的读什么东西。”

“目前血压怎样？”

“还是很高，大概160到190毫米汞柱。飞来这里之前我们给了他一点甲基多巴、一点吠塞米和地塞米松。”

看样子我们要在他的动脉插条导管监测血压，给他硝基氰酸盐点滴控制住他的血压，免得他脑袋被那么高的血压轰到隔壁去。

“有没有人知道他父母现在在哪儿？”我大声说。

“我猜他们正开车过来。”另一位护士说，“但我不知道他们什么时候会抵达。”

我将安迪脸上的白毛巾拿走。面对急诊室里强烈的灯光，安迪不住地眨眼睛，又从我手中将毛巾抢回去，盖回脸上。他有惧光症，强光让他不安。我伸手到他湿冷且黏稠的脖子后面，轻轻转动他的头部。他立刻伸出手臂来制止我，喉咙中冒出一阵不像人类会发出的声音。他的颈项十分僵硬。也许这并不是单纯的血管破裂而已。我开始怀疑，安迪患的是蛛网膜下腔出血（subarachnoid hemorrhage，简称SAH）。

蛛网膜下腔出血是由动脉瘤破裂而来的。这种囊状动脉瘤经常出现在脑干部位的大动脉上。大动脉经过血液数十年不断的冲击之后，是很可能出现脆弱之处的。管壁上这些脆弱之处逐渐变薄，终于成为一个个泡泡的模样，就跟旧车轮内胎经长久使用之后出现的小气泡同一道理。

跟郊区医院的纳贾里安医生一样，起先我也认定安迪的问题是高血压导致血管破裂，这跟蛛网膜下腔出血不太一样。高血压血管破裂并不是由于脑动脉瘤而形成的，而纯粹是由于血压太高了，某些微血管就这么“爆”掉了。高血压出血大多发生在大脑深处，它们可引起病人瘫痪，但大多不致命，蛛网膜下腔出血却刚好相反，经常都是致命的。

事实上，病人蛛网膜下腔出血时所流的血可能并不多，也没有直接损害到脑的各部分，但这已经是一件非常棘手的事情了。也许某个人脑袋里悄无声息地带着动脉瘤许多年而不自知，直到某些压力，例如做爱或者是弯腰搬起一件重物，甚至只是大力打了个喷嚏，一阵血压突然涌到脆弱的脑动脉那里，将动脉瘤弄破，血液便流到脑和颅骨之间的地方，这个部位被称为蛛网膜下腔，因为它就在蛛网膜之下。蛛网膜是覆盖在脑部的棉花状细胞网络，由于看起来像蜘蛛网而得名。

发生蛛网膜下腔出血的病人会突然感到“好像被雷打到”般的头痛，也好像被枪弹打到，并且会呕吐。而身体的自然反应，是快速命令通向脑动脉瘤的血管进入痉挛状态，停止供血。大动脉痉挛是人体应付失血的自然防卫机制——堪萨斯州有个小孩在农田里工作时，整

条手臂被打壳机切下来，也是靠着身体里的这种保护机制，能够在情急之下捡起断手，跑去找人求救，又不至于失血过多而死去。

不过，手臂可以几小时没血流还有生机，脑部却最多只能缺氧三分钟，一旦超过就可能坏死。脑动脉瘤爆裂数分钟之后，饿坏了的脑组织便发出化学信号，被封闭起来的动脉被迫重新开放。在这期间，要是脑动脉瘤爆破的地方还没被凝血块修补好，便会再度流血，这次是致命的。另一方面，如果这些动脉全部一直封闭不再打开，不错，血便止住不流，但脑袋便一大片一大片地坏死，结果变成“中风”，病人要不就瘫痪，要不就陷入昏迷。

在蛛网膜下腔出血之后的最初几分钟，病人的生死只在一线之间，好像蹒跚地在悬崖边游荡般。作为维持大脑生机的动脉，仍然企图给大脑供应足够的血液，既要避免中风状态的出现，同时又不能再冲开脑动脉瘤的伤裂处。就在这个出了毛病的大脑之下的2到3厘米范围内，演化了数十亿年的生化程序在数百万分之一秒内蓄势待发。像血液凝固之类的生化反应，早在恐龙横行地球的年代便存在。然而，患蛛网膜下腔出血的病人当中，差不多有一半的病人到最后都无法救回自己，死神在数天之后——甚至只是数小时之后——便身影相随般降临。

我通知外科重症监护病房安迪已经送到，同时我们快速将他放在一张推床上。在急诊室内，我们已经没法为他做什么了，至今为止，越快将他送进病房内，让他躺在比较舒适的病床上越好。到重症监护病房的途中，我们会先绕道到电脑断层扫描室。注射过数毫克吗啡之后，安迪已经稍微安静下来，血压略降。离开急诊室之前，我请急诊室的工作人员打电话去社会服务团体问问，找个会手语的翻译人员。

断层扫描的X光片证实了我的怀疑：安迪的脑子表面铺着一层白色的显影，就在小脑和枕叶的周围，正是蛛网膜下腔出血。出血的部位显示，后脑的其中一条大动脉上长了动脉瘤，这种后显窝脑动脉瘤是特别危险和难处理的。

拍完了断层扫描之后，安迪被带到重症监护病房，所有监控用的管子都插上了。我们给他打了镇静剂、控制血压的药物、防止中风的药物，以及一些激素，目的是减低脑部的肿胀和发炎。这时候他父母亲还没赶到，医院也还没联络上会手语的人。种种情况都让我觉得自己像个在处理一只大型动物的兽医。我们给安迪做了气管内插管，拍了X光片，注射了各式各样的药物，但从头到尾都没法和他沟通半句。

在道德上和法律上，我们是有权这样做的，事实上也有责任这样做，但一切仍使我感觉很不安。安迪一直都醒着，但他拒绝看任何我们写给他的字条。我只能想象，这个又聋又哑的可怜人完全身不由己的恐惧。

另外，我通知了盖瑞以及值班的神经外科主治医师菲利皮安诺，报告了安迪的到来以及他的情况。两名大夫都同意，今晚先让安迪好好休息一下，明早赶紧给他做血管摄影。只有确定动脉瘤的位置，我们才能考虑下一步手术计划。

作为脑外科医师，对于因为脑动脉瘤破裂而造成的脑部伤害，可以说是无能为力，没法做多少补救的。可是，我们可以做到的，是利用血管夹将动脉瘤“夹”起来，从而减低再出血的概率。首先，我们在病人颅骨上开个窗口，然后将显微手术仪器伸到脑袋下面窥探盘根错节的血管网络，找到动脉瘤之后，我们可以将它从旁边的凝血块中剥开，再用一个小小的弹簧夹子夹在动脉瘤的“脖子”上，也是囊状、像气泡般的动脉瘤刚从血管上长出来的地方。一旦它的“脖子”被夹紧，动脉瘤就再也无法张牙舞爪了。

这是医学上人类插手干涉大自然的各种手法中，最冒险的方式之一：无论是将脑子从头颅底部往上托起来，还是通过精细的显微手术去剥离动脉瘤，都有可能造成大量出血，导致病人立即死亡。此外，动脉瘤夹子也有可能因为医生一时失手，滑到旁边去，结果夹住了动脉而不是动脉瘤，形成中风及大瘫痪。而单单要将因为出血而肿胀起来的脑子从硬邦邦的颅底提起来，就已经是十分困难的事情了，如果太用力，脑部就会受伤。

许多脑动脉瘤病人很显然都是因手术成功而捡回一条命的，可是动手术的时机往往引起争议。这类病人在医院里多躺的每一分钟，都是跟死神偷来的。因此，有些专家坚持，夹住脑动脉瘤的手术必须立刻就动，片刻不能拖延。

另外一些专家则同样强烈地表示，在发现出血之后的前几天内动手术所带来的风险超过了等待的风险。他们指出，蛛网膜下腔出血发生的早期，脑部肿胀得太厉害了，不大容易将它往上挪动，更不用说脑动脉瘤的脆弱和难以处理。更糟的是，脑部血管一旦暴露在空气中，很容易再度发生痉挛（你再也不是以前的你……）。此外，做早期动脉瘤手术往往等于说要在凌晨3点动刀，在这种时刻无论外科医生还是手术室其他人员，精神状态都不会太好。

最后出现一种折中办法：只有当病人出血并不很严重，而且一阵头痛过后看起来还不错，病人自己也觉得还好的情况下，才在早期动手术夹动脉瘤。很显然安迪并不属于这一类。

那天深夜安迪的父母终于赶到。他们看起来都有八十多岁，虽然满面风霜，但身体状况倒还不错。两人身上的衣服全都皱巴巴的，可以想象开了很久的车，再在一个陌生的城市里找了很久才找到我们医院的辛苦。就像许多大学医学中心一样，我们医院藏匿在大学城的中央，左邻右舍又都是十分吵闹的人家，所有的设计好像就是为了要将久居乡下的老夫妻搞糊涂似的。

我费尽心思跟他们说明安迪究竟出了什么事。蛛网膜下腔出血所制造出来的处境，是地雷处处、一步一惊的，病人有可能再出血、血管痉挛、中风或脑积水，我们要给他做血管摄影，动大手术，任何时刻什么事都有可能突然爆发，继而导致瘫痪，从此住在福利院中，甚至死亡。

那天晚上，我只提到重点部分，在安迪母亲快受不了这些描述时便停住不说了。后来，他们签了同意书让我们为安迪做血管摄影。之后，我带他们去看看儿子。

由于药效的关系，安迪神志不是很清楚，而且他的手也被布带绑着，另一端连到病床上，活动的范围并不大。可是一看到他的父母，安迪立刻快速地打手语，他父母亲也以手语回应。我站在病房外面看他们这样一来一往地交谈了几分钟。

接着我走到病床边，请他们向安迪介绍我是谁，他们介绍了，手势快如疾风。

“请告诉他他会好起来的。”我加上一句。又是一阵快速的手语。靠着老夫妇的即时传译，我向安迪说明了做血管摄影的每个步骤。

过了十五分钟，护士进来请他们出去。离开之前，安迪的父亲紧紧握着他的手，母亲也亲了安迪一下。看得出来，父母亲的爱心一直都是安迪的精神支柱，帮助他度过生命中不断出现的各种心灵创伤。

“上帝呀，太不可思议了！”盖瑞边看着血管摄影片，边用他那特有方式来表达他的惊讶。那天早上为安迪拍完血管摄影，我们手里拿着咖啡，站在X光片冲洗机前，安迪还躺在拍X光片的平台上，尚未醒过来。

“他只有一条椎动脉！”盖瑞又大喊了一声。我们的身体是通过四条大动脉将养分送到脑部的：两条流经颈部的前方，称作颈动脉（也就是电视剧里每当侦探要看看某个人是否已经死去时，伸手碰触试探脉搏的部位）；另外两条沿着颈椎直上，在脖子的后面，名称就叫椎动脉。安迪只有左边的一条椎动脉，而从X光片子来看，他根本就没有任何颈动脉，这真是怪异之极的天生缺陷。

盖瑞“呼”地喷出一口烟，喝了一口咖啡。“他不单只有一条椎动脉，而且在这条动脉上还有三个动脉瘤。”他用冒着烟的烟头指向照片上的三个气泡状影像。安迪这条独一无二的椎动脉通过颈部之后，分叉成几条支动脉进入脑壳内，给整个脑部提供养分。三个囊状动脉瘤，每个直径1厘米左右，像葡萄般挂在分叉出来的动脉上。

盖瑞看着我，微笑起来：“这让我想起一个故事。一位妇产科医生跑去告诉等着要当父亲的人说：‘约翰逊先生，我很遗憾，你太太刚刚产下了一个五千克重的大眼球。’约翰逊先生放声大哭说：‘天哪！医生，还有更糟的事情吗？还有比这更糟的事吗？！’医生将手搭在这位父亲的肩膀上说：‘眼球是瞎的。’”盖瑞又吸了一口烟，继续说：“安迪，你整个脑袋里只有一条动脉。还有比这更糟糕的事情吗？有，上面有三个动脉瘤！”

跟盖瑞一起工作越久，我就越觉得他跟我是天生一对。我们都有着斯拉夫血统，同样来自匹茨堡的蓝领阶层。这种背景使我们变得比较粗鲁、直话直说，比一般神经外科医生更容易祸从口出。

盖瑞特别擅长的就是直言贾祸。有一次他在医生更衣室里不停地咒骂一位主治医师，丝毫没想到他的咒骂对象就在一米之外，坐在一个马桶上。在这次事件以后，盖瑞总会警告所有住院医师，开骂之前要先检查厕所所有没有人。跟盖瑞一起值晚班时，有时我们还会讨论类似“当一个人被咒骂时他排出来的粪便的粗细会受到什么样的影响”的高深话题。

还在实习时，我经常好奇地想，为什么院方没有因为这些事件而将盖瑞轰走。当我待久了，我就明白是因为盖瑞医术高超。盖瑞是我们这里培养过的外科医生中最优秀的一个，真正的高手。就像有些人可以随时坐在钢琴前面就弹起来，盖瑞掌握困难技术之快速，似乎手术室里只需要他这个总住院医师老兄便一切搞定，再不需要旁人协助。因此，主治医师可以在两间手术室同时左右开弓，多赚一倍的钱。领住院医师的微薄薪水却有能为医院赚到主治医师的钱，这就是盖瑞不因大嘴巴而被罚的护身符。

“盖瑞，你会怎样处理这家伙？”我问。

“我？如果是我的话，我会给他更多剂量的降血压药，让他再躺六个星期，然后叫他回家。你根本不知道是哪一个动脉瘤爆了，因此要夹的话三个都要夹。但如果你选错了，夹到一半的时候，原先出血的动脉瘤又破开来，那就跟他说拜拜了。你也不能在他的椎动脉上夹

上临时夹子，因为他整个脑袋都只靠这么一条动脉，那样做太冒险了。这跟杂技团里玩高空秋千不用安全网差不多。记着我们的规则：你永远都有办法把病人弄得更惨。”

如果在手术中动脉瘤再度出血，那么一般来说可以将灌流的大动脉用临时夹暂时夹紧，免得大量血液流出，导致医生被迫在血泊中处理动脉瘤。大部分人都有四条脑动脉，将其中一条暂时夹起来几分钟并不会构成什么大伤害，可是安迪只有一条，将这条独一无二的动脉夹起来，安迪便再没有其他方法给大脑提供血液了。就算只夹几秒钟，都可能会致使大脑缺血！

“那么我们不动他喽？”

“我是说如果是我的话，我不会，但现在不是我，而是菲利皮安诺，记得吗？他很勇猛。我打赌他会动这些动脉瘤的，而且很快就会。”盖瑞打开排得满满的手术室时间表，“譬如说，明天。”

和往常一样，盖瑞又猜对了。当天下午，菲利皮安诺医生进来，跟安迪和他父母一起讨论。按照他的说法，动手术好像是最合理的选择。

事实上，用血管夹夹脑动脉瘤只不过是一种“统计数字的手术”。确实有可能某个动脉瘤流过一次血之后，从此不再出问题，连手术也不用动。统计数字只显示了，蛛网膜下腔出血的病人在动过手术后存活率确实比较高，但手术并不保证结果一定比较好。

如果脚指头肿起来一大块肌腱囊肿，动手术切掉肿块绝对有助于减轻病人的痛苦，这时候医生不需要考虑动手术的“风险”。另一方面，以统计数字为基础决定要不要动的手术并不会减轻任何病情，而只不过着眼于减轻这个病在未来所构成的危险。举个例子，一位妇女的乳房X光片也许出现异常状况，但她一点也没有不适之感。然而统计数字显示，如果动手术将癌肿块拿掉，她活得久一点的概率会高很多——尽管癌肿块真的没影响到她的日常生活。

困难在于，根据统计数字而决定进行的手术并不能帮助我们预测任何一个病人未来会怎样。假如病人是个42岁的健康妇女，那么动手术切除癌肿块似乎是十分自然的选择，但如果病人已经81岁，身上还有糖尿病、肾衰竭、晚期心脏病呢？在乳腺癌扩散开来之前，别的疾病可能早就夺去她的生命了，又或者手术本身就让她撑不下去。诀窍在于考虑手术的风险以及什么都不做的风险，两者间要取得平衡，而且要就个别病人来考量。就安迪的情况而言，盖瑞相信手术的风险可能比什么都不做还来得高。

疾病未经医生干预而自然发展的过程，被称为这种疾病的“自然史”。具讽刺意味的是，绝大部分的疾病打从被发现伊始，医学界便插手其间，研究这些疾病，因此我们完全不了解这些疾病的自然史，除了偶尔出现一些太老或太顽固不肯就医的病人，才使我们搜集到一些绝无仅有的数据。

由于数据稀少，医生只能就个案判断。要是这位外科医生是个勇猛类型的，那么病人可能会被引导到动手术的路上。一个得了脚趾囊肿的病人，很清楚自己脚趾有多痛，并愿意负担风险来换取不痛。凭统计数字做决定的病人不一样，他们完全依赖医生的判断，只有医生才能提供动手术或不要动手术的理由。当然，到了最后，决定权还是在病人和病人的家属手里。

菲利皮安诺医生鼓其如簧之舌，绘声绘影地说安迪头颅内藏了几个“炸弹”，随时会爆炸将安迪杀死。等他发表完毕，两位被吓得惊恐万分的老人家互相对望。过了一会儿，安迪的父亲说了一句全世界任何被医学技术弄糊涂的人都会说的话：“你觉得什么对安迪最好就进行吧。”

这是外科医生最爱听的，简直是仙音。

第二天早上，我当盖瑞的助手，由他主持打开安迪的脑壳，大举进攻里面的三个“炸弹”。盖瑞让我钻了一些洞，再用一个巨大的咬骨钳将洞口弄宽，成为够大的“窗口”。这种情形有点像马克·吐温所写《汤姆·索亚历险记》里，汤姆有办法令他的朋友相信漆栅栏是一件

让人羡慕的工作，我们的总住院医师也有办法令资质较浅的住院医师相信，这种让手掌长茧的苦工就是动手术。

窗口弄好、后脑（小脑）也看到之后，盖瑞将一副巨型的显微镜推进来。这副仪器看上去很像一部小型起重机，两副双目镜附在长长的支架上，支架的另一头挂了些重量以作平衡。整部仪器都用消过毒的透明胶布覆盖起来，以免医生转动显微镜上的控制钮时污染到仪器。

手术用显微镜是在20世纪60年代开始被应用在神经外科手术上的。更新一代的显微镜使用了光线、卤素光源、精确无比的平衡系统，以及立体视觉（仪器能像人眼般呈现立体式影像）等技巧，让神经外科医生能身临其境地看到颅内深处。就脑动脉瘤而言，显微镜是不可或缺的工具。

“跟菲利皮安诺大夫报告一下，硬脑膜已经打开，我们正要将显微镜伸进去。”盖瑞指示流动护士。菲利皮安诺知道这情况之后可以选择在手术的某个阶段进入手术室。我预计菲利皮安诺很快就赶过来，盖瑞不会独自面对这项手术的。

盖瑞继续下一步动作。联结在手术台基座上的是一副蛇状的金属手臂，手臂前端是一块薄薄的镀金剥离金属片。利用这块金属片，他将安迪的小脑往上托起。然后，转动显微镜上的控制钮，把金属片继续探到小脑之下更深的部分。我通过助手用的一副双目镜观看这一切，护士则盯着墙上的荧光屏，同步观察盖瑞的进展。荧光屏的影像来自显微镜内建的一个电视摄影机。在这些放大的影像中，脑袋上的皱褶、微细血管都变得好像行星的山川深谷一般，透过来的光扮演了太阳的角色，一切都有点超现实的感觉。

安迪第一次蛛网膜下腔出血所流出来的血，将小脑的表面染成脏脏的咖啡色。盖瑞移动剥离金属片到颅骨的底部，找寻椎动脉的主脉。他既熟练又灵巧地利用精巧的刀锋及剪刀，将已开始在大脑和颅骨之间长出来的疤痕组织轻轻剪开。

“弗兰克，记不记得我们进这一行之前的面试？他们会看你在医学院的成绩、你写的研究报告，还有你是不是荣誉毕业生那些狗屎东西？嗯，那些全都不值半毛钱。我的意思是，你怎么知道拿什么成绩的学生才有能力做这些工作？也许有个家伙手指长得像十根香肠，但他在神经解剖学班上拿了高分，因为这一点他就能成为显微外科医生了吗？这简直是狗屁不通，毫无道理。”

显微手术确实是十分困难的手术。医生无法直接看到伤口，而只能透过显微镜来观看，这很像靠遥控装置来动手术。而且，经过倍数放大之后，医生的手哪怕只轻微地动一下，在荧光屏上看起来都好像地动山摇似的。我又想起那些海藻胶体小圆滴。

“所以，”盖瑞继续说，“如果我是主事者，你猜我与这些人面谈时会做的第一件事是什么？我会拿出那个‘手术游戏’来让他们玩给我看——你知道的，就是那个用纸板做成病人的样子，上面有很多个小洞，你要用通了电的小镊子从洞里将小塑胶片夹出来的游戏。如果镊子碰到病人，它的鼻子就会亮起来，发出很响的‘叭——叭’声，把玩游戏的人吓个半死。没错。我会对面试的人说：‘来吧，小朋友，找出尺骨的位置。不，我不要你找胃或膝盖，那太容易了。我要的是尺骨。’如果在夹出尺骨之前就‘叭——’，那么我会告诉他：‘你在医学院的成绩棒极了，现在给我滚吧。’如果他能将尺骨给我镊出来，我就知道他有一双适合干这工作的手。”

“这公平吗？”我跟他辩起来，“我的意思是说，那可怜的家伙一生的前途全看这个小测验而定？难道你不觉得镇定也很重要？”

“当然重要，”他反驳，“事实上，我正是要令他们紧张。我想把他们吓得屁滚尿流。任何人在放松时手都会很稳定。在极大压力之下双手还能够稳如磐石的才能当个杰出的外科医生。”

玛姬，那位积极乐观向上的心脏外科总住院医师也告诉过我同样的话，说应付压力是这工作的一部分。大概当总住院医师的想法都是同一个样子。

盖瑞调整了一下剥离金属片，慢慢将小脑再往头顶方向挪过去。粗粗的、在跳动着的椎动脉显露出来，同时也看到了第一个蓝蓝的、怒气冲天的囊状脑动脉瘤。放大了这么多倍之后，椎动脉看起来好像一棵红木杉，而不像一条血管。

我看到菲利皮安诺医生走进刷手区，正在戴口罩。他个子小小的，骨瘦如柴，架着金边眼镜。年纪只有四十多岁，但已经在这一行享有盛名，他的专长正是处理复杂的脑动脉瘤。而跟其他许多专门处理这类“爆炸性”病例的医生一样，他另一件很有名的事，是对于他的手术造成病人死亡或后遗症完全无动于衷，丝毫不会记挂在心上。

就像盖瑞酸溜溜地形容的，菲利皮安诺是个“冷血变态的外科怪医”。他有这样的本事，早上把病人弄成四肢麻痹之后，下午就跑去打高尔夫，晚上跟朋友聊天，谈他在第七洞打歪的那一球。

当时听起来很差劲，但我很快就发现菲利皮安诺在这方面跟其他经验丰富的神经外科医生没什么两样。如果每次失败都悲伤难过，他铁定会疯掉，因为日复一日他都在面对毫无希望的病人。在一次特别令人惊心动魄的手术之后我问菲利皮安诺，这类手术会不会影响到他。他引用一句古老的俄罗斯谚语来回答我：“那些会在葬礼上哭泣的人不应该从事殡仪行业。”

菲利皮安诺推开手术室的门，开始弄干刚刚刷洗干净的双手：“进行得如何了，老总？”

“我已经让第一个动脉瘤暴露出来了。”盖瑞轻声说，眼睛没移开，仍在盯着显微镜。

护士匆忙地为菲利皮安诺穿上袍子，戴上手套。然后他走过来，二话不说就把我从座位上赶下来，示意我坐到角落的小凳子上。我就坐在那里，通过墙上的荧光屏看完整个手术。

手术室里一片寂静。盖瑞和菲利皮安诺不厌其烦地将动脉瘤跟旁边的颅骨和脑子隔开，囊状的动脉瘤被拨来拨去，目的是要找到它连

接到椎动脉上的颈部。听着抽吸式唧筒的低沉“嗡嗡”声，显微镜马达的轻柔“沥沥”声，以及双极电烧器又开又关的“嗡嗡”声，我慢慢进入催眠状态。

两位医生低声喃喃对话，声音闷在口罩里：“.....不，在这里切.....这里能不能临时夹一下？.....不要让它继续流，拜托.....用另一个分割器，该死的.....把东西弄干净.....”我陷入半睡半醒的虚无世界之中，背靠着冷硬的瓷砖墙面，幻想着当天晚上离开医院一两个小时。也许我可以跑到爱丽丝酒吧那儿吃个汉堡。虽然并没有真正参与这项手术，但我还是尽了我新进住院医师的本分：穿上手术袍子，全身上下消过毒，而且即使一点技巧都不会，也不敢离开手术室，害怕别人以为我对模模糊糊的荧光屏上发生的一切不感兴趣。

突然之间，一阵狂乱的动作使我回过神来。菲利皮安诺大声喊叫，要拿更大的抽吸式唧筒，麻醉护士按下身上的警铃请麻醉医生赶过来。我望向荧光屏，伤口转为殷红一片，椎动脉不知去向，小脑全浸在一波一波的血液里。盖瑞一时失手，把其中一把切割刀切到动脉瘤的囊泡里了。

盖瑞将抽吸式唧筒拼命往伤口伸进去。“天，哦天.....”他呻吟着。那小小的微型抽吸器有点无济于事，鲜红的血从安迪头上的颅骨窗口涌出，像细小河流般在塑胶布上四下流窜。

“需不需要我们将他血压降低？”麻醉科护士说。有些时候用药物将血压降低有助于止血。

“不！”菲利皮安诺面容严峻地回答，“我们得暂时将他血管夹住，他需要高一点的血压。不要啰唆，挂些血浆吧，现在就挂。”

他坐在原本是助手才该坐的位置上，将抽吸器的玻璃嘴尖塞到伤口里，玻璃管立刻装满了安迪的血。在荧光屏上，椎动脉重新出现了，盖瑞则依然僵坐在主刀的座位上，手里还握着无用的微型抽吸器。

“给我一根15毫米的临时直夹子，快。” 菲利皮安诺伸出右手，眼睛一刻也没离开过双目镜。护士将一把长长的镊子放到他手里，镊子尖端放了一个开了口的血管夹子，小心翼翼地引导他的手进入显微镜的视线范围内。他灵巧地将夹子套住血管，将夹子收紧。就像开始时的戏剧化，血也戏剧化地止住不流了。接着他打手势叫盖瑞空出主刀医师的位置。

“替我报时间，一分钟报一次。” 菲利皮安诺告诉刚踏进手术室的麻醉医生，“准备巴比妥酸盐。”

现在安迪的体内再没有血液流向他的脑袋了，简直是命在旦夕。菲利皮安诺只有几分钟的时间来修补盖瑞不小心戳出来的洞，否则安迪就会死去。巴比妥酸盐是一种镇静剂，可以给予安迪脑部一些微保护，也许可以争取几分钟。

现在，脑动脉瘤已经整个塌下去了。菲利皮安诺快手快脚地将堆积在周围的厚厚凝血块吸走。

“一分钟。”

局面已转为困兽之斗。菲利皮安诺又拔又扯，企图将动脉瘤周围残留的粘连剥离。他在数秒内做的动作，在一般情况下可能要花上三十分钟，而且会万分慎重地完成。这样激烈的拉扯，事实上冒着极大风险，一不小心会将动脉瘤的颈部扯断，在血管上留下一个大洞，缝也缝不好。终于，他找到了动脉瘤的脖子，这下他可以将缺口夹紧而不会损害到椎动脉。

“两分钟。”

“15毫米的弯形脑动脉瘤夹。”

护士再次将长镊子递给他。他瞄了一眼，就把镊子丢了回去。
“这是个临时夹！” 他尖声叫起来，“不要害死这个人，快给我夹子！”

临时夹只能用在血管上而不是动脉瘤上，先天设计上就不能夹得很紧，因此并不可能永久性地将动脉瘤的脖子夹紧。护士在匆忙慌乱之际放错了夹子，白白浪费掉宝贵时间。

“三分钟。”

护士在一大盘动脉瘤夹子中疯狂地乱翻，将夹子放在镊子上时手不住地发抖。

“夹子，夹子，夹子！”他大叫。

最后，菲利皮安诺将镊子抢过来，亲自动手将夹子放上去，然后将夹子打开夹住动脉瘤，再将动脉瘤旁的鲜血用抽吸器吸干净。慢慢地，他收紧夹子，将脑动脉瘤制服住。

“四分钟。他的心跳正在变慢。”安迪的心越跳越慢，他的脑部已经在缺氧边缘。

“给我除夹器。”菲利皮安诺将临时夹子拿掉，椎动脉再次恢复通畅，血液涌向脑部。夹在脑动脉瘤上的夹子还在，出血停止了。

菲利皮安诺决定放弃搜寻另外两个瘤了。

他不觉得安迪经得起我们把他的椎动脉再次暂时封闭，而且他也觉得，刚才夹好的脑动脉瘤，就是导致蛛网膜下腔出血的那个。他在夹子周围垫了些软胶止血棉，从座位上走下来，拔掉手套：“缝起来。”

盖瑞一动也不动地坐了好几分钟，脸孔是惨白的。菲利皮安诺走出手术室之后，我从藏身的角落走出来，走到闷闷不乐的总住院医师背后。

“嘿，盖瑞。”我在他背后说。

“什么？”

“叭——”

他冷冷地瞪着我：“去你的。”

我们缝好安迪的伤口，将他送回病房休息。后来，虽然麻醉药效早应消失，但安迪仍然昏睡未醒。那是因为在手术期间我们给他注射了大量的巴比妥酸盐。

盖瑞坐在护士值班室里，为安迪开术后的药方。“如果这家伙能醒过来，”他低声跟我说，另一只手拿着手术帽擦掉鼻子上的汗，“我愿意在大白天跑到中央大道当众拉一坨大便给你看！他的脑袋怎么经得起整整五分钟没血？当椎动脉被暂时夹住时，你看到有多少血回流到脑子吗？一毫升都没有。”

我完全同意。通常，停止供血五分钟，整个神经系统都要完蛋了。可是，局部缺血的后果还很难说。安迪大概会出现一些损害，像某种程度的中风，但在哪个部位？会有多严重？盖瑞赌的是，安迪受的伤害大到让他永远醒不过来。

菲利皮安诺告诉安迪的家人，他们的儿子很有可能会康复。他相信手术中发生的一切并不足以构成无可挽回的伤害。菲利皮安诺永远都是乐观的。

我们能做的只是等待巴比妥酸盐的药效消散，那要花上两到三天。

星期四早上，我和盖瑞在神经外科重症监护病房外会合，准备每天一次的早上5点半查房。我陪着他走到安迪的房间。

“我想给你看件新鲜事。”踏进病房内，看到安迪躺在病床上一动不动，大肚皮挺得高高的，眼睛闭上。他嘴里仍然插着气管导管，星期一动完手术后就没有动过一下。

“这又怎么了？”盖瑞脸上一点表情都没有，仍在翻动手里的病人资料卡。

我伸出手，用力揉搓安迪的胸膛，安迪睁开眼睛并握住我的手。我们的总住院医师吓了一跳。

“耶稣基督！可怜的家伙真的醒过来了！”

“没错。”我说，笑得嘴巴都合不上，从袍子口袋中掏出一大卷卫生纸递给他，“中央大道就在楼下，但你要再等两个小时才能下去，因为现在还没到大白天。”

除了左脸肌肉有点下垂之外，安迪似乎没什么瘫痪的迹象。当天下午，当他的父母来看他时，安迪甚至试着做手势跟他们谈话。晚上查病房时，菲利皮安诺宣布手术非常成功，跟安迪的父母热烈拥抱，给所有在场的住院医师即兴上了一课，大谈“有些时候完全没有血比一点点血在流动要好”。他说，只有一点点血液在循环时，输到脑部的微量氧气会形成具有破坏力的“自由基”，如果干脆让血液循环停止，便不会出现自由基。

不过，接下来的日子里，菲利皮安诺漂亮的自由基理论，被一个扫兴的事实破坏殆尽：我们没法将辅助安迪呼吸的机器拔掉。很显然事情有些不对劲，这次手术还不是百分之百的“大大成功”。每一天安迪精神都恢复一点点，神志越来越清楚，写字条给我们请求将呼吸管拔掉好让他能进食。但每次等我们减慢打气的速度时，他就开始无法呼吸，逐渐陷入昏迷，我们被迫再将机器打开。有时候，要是我们捏他，他会自行呼吸一小段时间，但我们一停下来他也会停止呼吸。

数天后，我们不得不在安迪脖子上钻一个洞，为他动“气管造口”手术，以免经口气管内长期插着导管引起并发症。我们又尝试了好些药物，希望能帮助他脱离机器，自行呼吸，连安非他命都试过了，但没一样成功。如果受到刺激（比如捏他）他会继续呼吸，但一旦他注意力不集中，或者开始打瞌睡，呼吸便停下来。从早到晚呼吸机器不能离身，安迪根本没法走出重症监护病房半步。

菲利皮安诺找大学里的一位神经内科专家里奥医生讨论。里奥的诊断是：“翁蒂娜的诅咒。”

在医院餐厅碰到里奥，我们便趁机追问他，请他谈谈这个罕见的病例。

“翁蒂娜的诅咒，”里奥医生解释，眼睛透过老花眼镜的上半看着我们，“是由于延髓发生中风而形成的，那个位置是驱动呼吸系统的总司令部。你们都知道，我们可以有意识地呼吸……”他深深吸了一口气以作示范，“或者是想都不用想地继续呼吸。但如果我们负责驱动呼吸系统的控制中心受到损伤，身体便无法自动地呼吸，我们必须用力思考每一次的呼气与吸气。只要不去想它，呼吸便停下来了。就这么简单。”

“这个翁蒂娜是谁？皇后广场的神经学家吗？”埃里克问。他说的皇后广场是神经科学的发源地，在伦敦。

“不，”里奥医生笑起来，“翁蒂娜是希腊神话中的一个仙女。她得罪了诸神，宙斯给她的惩罚，就是要好好地思考自己的呼吸。因此她永远再不能睡觉，因为她知道，对她而言，睡觉便等于死亡。那真是个很恶毒的诅咒，对不对？”

“这病会好吗？”我问他。

“不大可能，至少在神经科学文献中从没看到过好转的记录。没有。我想你们的朋友安迪要考虑给他的呼吸器取个名字了。这部机器将会伴他终生。”

里奥医生的预测十分准确，他简直像个先知。很快，安迪动完手术两个月了，然后到了第三个月，他还是与呼吸器绑在一起。有些时候他可以短暂地摆脱这束缚，也许有三十分钟，刚好够让我们将他推到外面院子里，暂时逃离开重症监护病房喘口气。手术后第一个星期，还有一些人来探病：教堂的神职人员或者是跟教堂有往来、跟安迪认识很久的教友等。他们跟安迪没什么可谈的，大多相对无言，在安迪病还没有发作时他们大概就没什么好跟安迪谈的了。随着日子一天天过去，来看望他的就只剩下他的父母了。

重症监护病房可真不是人住的地方，这是个没日没夜的恐怖牢笼，房间内永远开着灯，警铃声此起彼落，值晚班的人乱说笑话，乱讲故事，清洁工不停地出出进进。一般的私人事务，像洗澡或上厕所都没多少隐私可言。重症监护病房对正常生活所带来的颠三倒四效应是会令人疯狂的。安迪耳朵的失聪，在这样疯狂的环境中可说是焉知非福，因为听不到反而为他带来一点点的宁静。

在那个年头，我们医院还没有考虑到如何在重症监护病房外照顾需要呼吸协助的病人。此后，成本的直线上升终于使医院开始面对这些问题，发展出各种设备，让病人能在一般病房、福利院甚至家里靠着呼吸机器过活，不过那差不多是十年之后的事了。况且，安迪长期吸进去的烟以及患的各种肺炎，导致就算戴着呼吸器我们还是没法将他转送到普通病房里。我们顶多只能让他离开重症监护病房一到两个星期，超过这个时限他就可能碰到麻烦。

因此，重症监护病房成了安迪的家。在这里他穿上日常便服，脚踏网球鞋，坐在舒服的椅子上看电视，呼吸器的接管永远横跨在他的大肚皮上。病床后面的墙上，挂着一个大大的十字架，旁边贴着教区主教寄来祝他早日康复的卡片。

四个月过去了，我们已竭尽所能、用尽已知的技术来帮他。我们给他设计了一个可随身携带、贝壳状的呼吸器，挂在他的身上，这是古时候铁肺的现代版。不过，安迪圆圆的身体与这机器有点不合，它始终运作得不很顺畅。

慢慢地，安迪变得越来越消沉。他整天拿着念珠不停祈祷。12月初的一天，我被叫到重症监护病房里，因为安迪正在发疯。这时已经是他手术后的第五个月。不知什么原因，他变得十分暴力，歇斯底里地大哭起来，他将病床旁边的小柜子打翻，又拿念珠丢护士。

我写了张字条给他，问他到底有什么不对了。他不住地摇他的大头颅，做了些手势，然后示意我离开。我们给他打了一剂镇静剂，在医院礼品店找到他父母。这些日子以来，安迪的父母早已成为重症监

护病房的一分子了。他们跟安迪谈了几分钟，然后就从病房走出来，神情又震惊又惶恐。

“伍德太太，安迪怎么了？他觉得哪里痛吗？”

她眼泪盈眶，指着放在墙角的一棵小圣诞树。那天早上，护士才刚刚将圣诞树放在那里的。

“他本来不知道圣诞节就快到了。他完全分不清日子。他想出院去布置教堂，我们告诉他说，他也知道是不可能离开这里的，他便说宁愿死掉。”

“他最近的确十分消沉……”

我想开导他们，但安迪的父亲打断了我的话。

“我们明白，孩子。我们知道你们已经尽力了，但我想安迪是对的。”他停下来，重新镇静下来，“我们也不想让他再受苦了。”

安迪终于安静下来，但依然闷闷不乐，愠怒而不友善。圣诞节来临，然后又过去了。我们找来精神科医生，给安迪开了一些抗抑郁药，但没什么帮助。各住院医师跑去学了些手语，但除了父母亲之外，安迪什么人也不理睬。

手术造成安迪的左脸肌肉瘫痪，也一直没恢复过来，不过这也没对安迪带来多大的问题——直到进入1月的时候。不知怎的，安迪的左眼突然红肿起来。由于左脸肌已不听使唤，安迪早就无法完全盖上左眼。几个月来他的眼角膜不停地出现磨损或擦伤，但之前都是很快便好起来。这一次，他的角膜受到感染，尽管服了抗生素，但还是出现了疤痕组织。他的右眼本来就看不见，现在角膜的疤痕使他的左眼也开始视线不清。到了2月，安迪完全瞎了。

他被逼到绝路上了。他开始拔掉脖子上的气管接口，将呼吸机器推到房间外。不久护士必须整天将他绑在床上，给他注射镇静剂，以免他自杀。他的父母想跟他谈话时，在他手心写字，但也许他没法明

白父母所写，又或者根本不想回话，一点反应也没有。无论何时，只要我们松开他一只手，想让他写句话给我们，他就一定立刻伸手拔气管接口，企图砍断还让他活着的最后一道障碍。有一天查病房时，盖瑞和我看到安迪面容扭曲，正用力拉扯绑着他的皮带，呼吸器则一直将他不想要的空气打进他的肺里。

“我记得好像是厄普说过这么一句话：‘任何未被埋起来的日子都是好日子。’”盖瑞沉思地说，“但厄普没跟安迪碰过面。”

2月底，安迪的父母跟菲利皮安诺医生讨论，要求将安迪的呼吸器关掉。案子被送到医院的伦理委员会，让委员们大惊失色。安迪已经没能力表达意见，委员会怎么能确定安迪真的不想活下去了？老夫妇请委员会的人亲自看看安迪：一个被囚禁在病床上的人，又盲又聋又哑，呼吸着不想呼吸的空气，肺部也因各种肺炎而乱七八糟。委员们看后不久，就同意了安迪父母的要求。

当天晚上11点，盖瑞和我在重症监护病房跟老伍德夫妇会面。伍德太太在安迪额头上亲了一下，然后在他的手心写字。安迪用力点着头。管呼吸系统的技术员将呼吸器的警戒铃关掉。盖瑞和我站在那里面面相觑，不知道谁该充当终止安迪生命的刽子手。但在我们还来不及反应之前，安迪父亲示意请我们全部离开房间。然后他拉上所有的窗帘，将门关上。

我在门外等了一个小时左右，但门还是关着。最后我跑去睡觉了。凌晨4点，重症监护病房把我找去，请我确认及宣布安迪·伍德死亡。当我赶过去时，老伍德夫妇一左一右地坐在安迪庞大的身躯旁，仍然握着他的手。

起始、结束——起始时两人都在现场，结束时也在现场。

伍德太太安详地注视着她的独生子，眼睛红红的。有一句古老的诅咒：“希望你比你所有的儿女都长命。”伍德太太现在就活在这噩梦当中。她抬起头来看我说：“安迪还只是个小孩时，其他人就说应该将他送进福利院。我们做不出那样的事。现在，我们害怕他最后

还是要进福利院，我们还是不忍心那样做。他的一生算是很不错的了。他真是乖孩子.....”

她的声音越来越小。原来，多年前的染色体错乱对她来说，根本不是一个多严重的错误。从她脸上的表情看来，安迪一直是，也永远是她心中最完美无瑕的小男孩。

第二天早上，盖瑞和我一起查病房时再也没提到安迪。盖瑞一定知道，他当时的一时失手，简直就像对安迪开了一枪一样，但他从此再没提起过这个事件。

现在，盖瑞已经正式蜕变为一位冷血怪医了。我很欣赏盖瑞，但他对自己要命的小错误没显露过半点悔意或担心。曾经，他很不屑地形容菲利皮安诺铁石心肠，现在他自己也达到同一境界了。他跟我一样，父亲都是钢铁工人，我们也同样从医学院出来后便开始住院医师生涯。再过四个月他就完成七年的训练，开始羽翼齐全地独立飞行了。心肠转硬是否是整个转变过程的一部分？这是不是必须经过的？我开始怀疑，自己是否也会追随他们的脚步。我的热忱也会逐渐消散吗？

但也许病人并不希望脑外科医生感情太丰富。也许他们宁愿医生更像尼采，而不是像电视剧《陆军野战医院》里的军医。也许病人只是需要医生能医好他们的病，就算他冷漠无情也无妨。不幸的是，对安迪来说，盖瑞没有扮演好任何一种角色。

我想，我必须学会不再在葬礼上哭泣。

第八章 谁都可以做这行吗？

那一年5月，我就快脱离新进住院医师的日子了。一个星期五的晚上，大约8点多钟，盖瑞、埃里克和我查完了病房，回到医生休息室内换上便服。那天晚上，轮到实习医师值班，盖瑞则负责支援实习医师，因此一点都不急着回家。在神经外科这种十分专业的医院服务中，实习医师能够做决定的事情并不多，作为负责管理所有住院医师的总住院医师，每当实习医师值班时，盖瑞都不会离开医院太远。

“有没有人想去罗马吃点比萨？”他站在一排衣物柜旁边向另一端大喊。罗马比萨店就在医院同一条街上，我们的住院医师经常前往，次数之频繁，让罗马特别为我们设了一条电话专线。

“不，谢了。”埃里克回答说。之前他值了一整晚的大夜班，接着又工作了一整天，已经急着回去看他太太和小孩。这是埃里克的行事作风：工作认真投入，一旦下班他就赶快离开医院。平常我也不怎么爱留在医院里混，但这次我决定陪盖瑞去，因为我不忍心我们的小头头如此孤独地去吃晚餐——尽管这等于说我要吸两小时的二手烟以及听他两小时的屁话。

“你请客的话，我就去。”我说。

“就这样说定了。”盖瑞说，“但你要遵从盖瑞的吃比萨守则。”

“又一条守则？这次是啥呀？”

“先不能说，等一下你就知道了。”

我们匆匆穿过医院的大厅，不时往前后看，注意着所有的角落和走廊远处，唯恐不小心碰到医院的其他大夫或者是病人的家人，一谈就没完没了。事实上，总住院医师永远都不会下班，他只不过是硬生

生地暂时停止工作而已，只要你努力地找，医院里永远有做不完的事。但这个晚上，一切都很平静，我们也平安地逃离了医院。

跟平常一样，罗马比萨店里触目所及的是“各式各样”的住院医师，每个科都有代表来，从他们的制服以及特有的风格便可以分辨出来。两个骨科的住院医师，今晚上暂且搁下类固醇，而大啖一顿胆固醇；有个一般外科的住院医师身上还穿着手术袍，鞋套上血渍斑斑，使劲地一边用屁股撞餐厅里的“星际大战”弹珠台，一边骂弹珠不听话，让他又输掉了。远远的角落里，一群内科住院医师挤在一张餐桌周围，七嘴八舌地在谈论些什么肝脏综合征，脖子上挂着听诊器，大褂口袋里塞满了典型住院医师的随身行头：计算用药剂量的手册、资料卡、《新英格兰医学杂志》某些文章的影印本、针筒等。至于小儿科的住院医师呢，听诊器都被他们涂上彩色，上面缠了一堆小玩具熊，脸上永远现出那种洋溢着同情心的眼神。

我们走过一张坐满内科住院医师的桌子时，盖瑞回过头看了我一眼，手掌曲起，像一只小狗那样抓他的右耳朵。他在学小狗抓跳蚤的样子。这是盖瑞给这些医生起的绰号。在住院医师的行话里，内科住院医师被比作跳蚤。这个说法的由来已经无法考证了，各种五光十色的理论都有：他们太肥了，他们太吵了，他们是一群自大狂，他们是会跳到垂死小狗身上的怪物。

内科医生跟外科医生之间永远剑拔弩张，相互看不顺眼。在内科医生眼中，外科医生都是些没脑筋的技术人员，而外科医生则觉得做内科的都是些医学暴君，老在乱猜病因，而病人则总是不舒服。这种两败俱伤的宿怨通常在住院医师阶段达到最高峰，等各自独当一面数年之后，才慢慢冰释前嫌。外科医生慢慢发现，他们要靠内科医生的转介才能收到病人——也因此才能付得起房子的贷款。内科医生也逐渐觉得，当他的病人在吐血时，外科医师的确能够帮上忙。

盖瑞和我点了一个大比萨，找个空位子坐下来。接着他便点了根烟：“看看那些该死的跳蚤，叽里咕噜地谈一些他们一生才会碰到一次的疾病。他们就是有这个毛病，总是喜欢一些奇奇怪怪的东西而不做些实实在在的事。这是我们跟他们最不一样的地方了。你看，我们

爱死腰椎间盘突出病例了，但他们却恨死了高血压病人。那些小儿科跳蚤——也许我们以后应该叫他们蚊子？——最讨厌的就是健康宝宝，做梦都希望碰到患了囊肿纤维化的可怜小孩。而当我们看到有人腿痛得要命时，我们总是祈祷他不是患了什么癌，只希望他患的是椎间盘裂开之类我们可以帮他修补好的小病，然后从此就不用再见了。”

盖瑞停顿了一下，将手中快烧完的烟熄掉，换了个话题：“这个周末是哪个主治医师值班？”

“弗雷德。”我回答，心中已经想好他会做何反应。

“哦，我的天！”盖瑞扮了个恐怖的笑容，“希望这个周末不要发生什么事。再过一个月我就可以功德圆满地离开这里了。要是离开之前我不用再帮这家伙做任何事，我就是全世界最快乐的人！”

“他是你的崇拜者呢，老朋友，自从你那次‘颅骨事件’之后。”

“颅骨事件”发生在盖瑞刚当上总住院医师之后不久。弗雷德和盖瑞为一个病人做开颅手术，摘除一个良性脑瘤。弗雷德从头到尾一手包办，独立将手术做完——这是对一名总住院医师严厉的侮辱，一般被称为“抢案子”。更不给面子的是，弗雷德就那样离开了手术室，将最烦琐的缝合伤口部分留给盖瑞去做。盖瑞真的火大了，于是他拿起那块从病人颅骨上暂时锯下来的头骨，用电动刀在骨块的内面刻上“弗雷德最差劲”几个字，然后将骨块放回病人头上，缝好伤口，心里想这件事永远不会有人知道，因为那块骨头永远也不会再见天日。

很不幸的是，一个星期后那块骨头受到葡萄球菌的感染必须拿掉，过几个月之后那块软软的地方会用塑胶物填充。总而言之，盖瑞强迫我代替他，协助弗雷德进行拿掉骨块的手术。令我终生难忘的是，当弗雷德看到盖瑞在骨块上的涂鸦时，口中发出源源不断但又没人听得懂的臭骂和诅咒。弗雷德觉得尴尬极了，根本不敢将刚拆下来

的头骨送去病理室做检验，结果我们花了一个小时磨掉盖瑞的大作才让它离开手术室。

“去他的。”盖瑞照例不知悔改，“那只不过是小小的一般脑膜瘤手术，可他不打招呼就抢了整个案子。我又怎么知道那块骨头会受到感染？”

“你应该很庆幸他没有往上报告。”我说，尽量做到不偏不倚。

“他们会因为几个字就炒我鱿鱼？比萨怎么还没送来？弗兰克，你大学时主修了物理对不对？你学过量子物理吧？告诉你，我有两个量子状态：一个是肚子饿，另一个是饱得要吐。这是我的宿命。我要不就吃到要吐，要不就饿肚子。”盖瑞是那种身材高高瘦瘦、不停抽烟、什么都吃、毫不节制但体重不会增加的A型人格。他可以一次吞下很多食物，真的很多。

几分钟后服务生将比萨送来。

“好了。”我问，“什么是盖瑞的吃比萨守则？”

盖瑞将整个比萨拉到面前，拿起其中半个，再将它对折起来，好像啃三明治一般吃起来。

“当我跟别人共吃一个比萨时，”他说，嘴里塞满了食物，“我的分法不是一半一半，而是谁吃得快便多吃一些。这就是盖瑞守则。聪明的话你就快点动手吃。”

我跟他没法比。八片比萨我只吃了两片，盖瑞早就将其余六片吞掉。吃完之后，我们的总住院医师斜靠在位子上，闭上眼睛，神情十分满足愉快。

“要吐了吗？”我问。他浅浅一笑，点点头。

我想打听一下他未来的生涯规划：“你决定好要选择的工作了没有？”

盖瑞沉默了几分钟，好像睡着了似的，然后睁开眼睛，往前伸手拿起那包差不多已经抽完的香烟。

“我答应了纽约州的工作。你记不记得那个老家伙？就是那个说他两年内会退休，之后就把他那年营业额一百万的诊所转给我的家伙？”

“真的？”我很意外，“你五个月前就去面谈过了，什么时候决定要去那里的？”

“五个月之前。面谈当天就签好合约了。”

“但这几个月来你另外面谈了十多次呀！为什么你没告诉这些人你已经找好工作了？”

盖瑞笑起来，一口一口烟地喷。

“天真的小朋友。”他压低声音，身体靠近我，“如果你资历好，他们就会送你机票跟你面谈，每面谈一次我都可以暂时离开这里一两天，我为什么五个月前就告诉别人我已经签了合约而不去面谈？看看这几个月来我去过多少地方！圣地亚哥、旧金山、纽约——每个工作都很差劲，但每次我都玩得很愉快。有没有注意到我没去那个偏僻的亚克利市？你看，这才是我们身为总住院医师的工作。每个人都以为我们在这里教你们这些小鬼怎样缝伤口，但其实这些在哪里都学得到。我们要教你们真正重要的事情，像怎样骗新奥尔良的私人诊所请你到大餐厅大吃一顿之类。”

我感觉自己好像是坐在大师父面前参禅的小徒弟一样。

“你未来的五年将会历尽艰辛。”盖瑞继续说，“但永远记住，如果神经外科真那么容易的话，那么谁都可以做这行了。看看那边的跳蚤。你以为他们真的愿意在未来四十年都开差不多的药方吗？难道他们会半夜醒过来大叫‘洗肾！我非要多洗一个病人不可’吗？也许少数人会，但其实他们大部分都想当外科医生，只不过他们吃不了这个苦而已。如果现在从比萨中突然冒出个小精灵来，说可以让他们变

成任何一种医生，你想有谁会说‘哦，精灵，请将我变成胃肠科医生，让我能从早到晚检查别人的肛门，办公室里一天到晚挤满结肠有痉挛毛病的病人，手里拿着用拍立得相机拍下来的粪便照片等着要我看’，或者是‘精灵、精灵，只要一想到那些慢性肺病病人咳出来的东西，我就兴奋得不得了’？不可能的！可以选择的话他们全都希望当心脏外科、脑外科或者器官移植之类的大夫。”

盖瑞身上的呼叫器响起来，是急诊室在找他。他将烟蒂丢到可乐杯里，站起来跑去打电话。餐厅里吵极了，盖瑞站在那里弯着身子，手指塞着另一只耳朵，以隔绝电动玩具传来的无休无止的吵闹声。听了几分钟之后，他点点头，将电话挂上。回到餐厅桌前，他丢了张十美元钞票在桌上，抓起外套，坐都没坐下来就说：“回去吧。”

“回哪儿？”我十分困惑地问，“我又不值班。”

“你到底是想学怎样当神经外科医生，还是想回家看电视连续剧？也许以后你可以告诉病人，你没学过怎样处理脊椎创伤，因为你那天晚上要赶回家看电视剧。”

“好啦，好啦，我跟你回去，但我要先打电话给凯西，她跟我有约会。”我未来的妻子已经越来越习惯这种最后一刻才取消约会的事情了。

“到了急诊室再打电话给她吧。沃尔特刚接了一个病人，那人开小卡车时出了翻车事故。你知道沃尔特，他想当的是整形外科医生，这种病人会把他吓得屁滚尿流的。”沃尔特是我们的实习医师。他是个好大夫，但他绝对更适合给人做隆胸手术，而不是待在大城市里处理创伤病人。

就在我们走向餐厅门口时，其中一个骨科住院医师向我们喊话。

“嘿，盖瑞，又回医院了？你们永远都不下班的吗？”

“朋友，我们今年的工作真的是苦不堪言。”盖瑞回他一句，“但终归比不上骨科最难熬的那三年。”

“是吗？那三年怎么样？”

“像小学二年级。”我们跨步出门，走到黑暗的长街上，往急诊室大门走去。

急诊室跟罗马比萨店有点像：灯火通明，周围都是住院医师，电子器材发出的声音此起彼伏。经过护士站时，我们将外套丢在那里，往创伤治疗室冲去。沃尔特早已等在那里，身材瘦削，面庞英俊。当然，长得丑陋的整形医生大概就跟肥胖的有氧舞蹈教练一样难得。沃尔特看到我们，很明显地立刻松了一口气。大部分实习医师来这里受训时，懂得的神经外科知识比科里的清洁工还要少。他们笨笨地像梦游般逛来逛去，简直就像某些演员的噩梦：站在舞台上却一句台词都不会。

“沃尔特，我的朋友，”盖瑞搂着疲惫不堪的实习医师，“有什么好东西要给我们看？”

沃尔特拿出资料夹，纸上东一块西一块地写满了字：“比利·雷纳尔多，33岁，医疗记录不详，打完垒球开着他的小卡车回家，开到8号公路时……小卡车翻车了……呃，让我看看……当时他——”

“等一下，”盖瑞说，“我看上去像哈——哈佛毕业的？告诉我结果就好了。他还活着吗？他清醒吗？他能动的是哪部分？他真的已经33岁了还用‘比利’这么孩子气的名字吗？”

沃尔特一拍不漏地接着盖瑞的话：“他一直都没有丧失意识。半小时前被送进这里的时候说脖子痛和腿很沉重，但都还能动。现在却全都动弹不得，手也开始觉得刺痛。他外观没有任何创伤的迹象，一般外科的医生已经帮他检查完毕，回去了。比利的身体看起来还真的很不错。”

盖瑞不等他再往下说，一个箭步冲到创伤治疗室里。病人被绑在靠背板上，身上还穿着垒球运动装。他一身古铜色的肌肉，头上黑发蓬乱，唇上留了八字胡。

“雷纳尔多先生，”盖瑞开始介绍，“我是斯坦奇克医生，神经外科的总住院医师，这是维托斯克医生和施瓦兹医生。”他指了指我和沃尔特，“试试看能不能动一下你的脚指头。”

“我叫比利。没办法，动不了。十分钟前还可以，但现在就是动不了。”

“臀部以下随便动哪部分都好。”

比利的大腿接近臀部处稍稍动了一下。

“试试看能不能抬起腿来。”盖瑞一边指示比利，一边松开将他固定在靠背板上的皮带。

还是没办法。

“大夫，”比利说，“现在我的手掌也感觉怪怪的。天哪！究竟我出了什么毛病？”

“不要慌。”盖瑞满脸寒霜地说，“我们会找出原因的。”详细检查过比利之后，我们走出病房，其他医务人员继续为比利的脊椎拍X光片。

“他C7以下的感觉都丧失了，”盖瑞小声跟我说，“而且他C7以下的运动功能也差不多完全丧失。他表面上看上去的确状况很好，这毫无疑问，不过下身显然出现了麻痹。沃尔特对于什么叫‘看起来真不错’的观念需要更正一下了。”C7是指第七节颈椎，就在颈项跟胸部之间。比利的脊髓从这个部位以下完全失去功能，因此他从腋窝以下的下半身会感觉麻痹，出现瘫痪。盖瑞大声说出他的想法：“但为什么他瘫痪得那么快？刚进来的时候他的腿还能动的。”

“也许他们搬动他的时候不小心。”我提供一点意见。要是他脖子断了，太大意地搬动他有可能对脊髓造成大损害。

“不，”盖瑞说，“他看上去被绑得死死的，而且他是完全清醒的。如果病人清醒的时候脖子断了，那么他们会疼得哇哇叫，就算别人用钩子钩着他们的鼻孔把他们吊起来，他们也会死命保持颈部稳定的。我总觉得哪里怪怪的。”

“也许他出现了‘转化反应’？”急诊室的一位内科住院医师抑扬顿挫地说。

“也许。”盖瑞若有所思，“也许他在第九局下半时被三振出局，男子气概受损，使他变成瘫痪以免丢脸……但先不用找精神科医生进来！”

“转化反应”是一个比较好听的说法，其实就是“歇斯底里”，其中意思是说，病人将情绪上的创伤，例如来自婚姻失败的创伤，或者类似比利这样的情况，差点在交通意外中死亡的震惊等等，“转化”成为实质上的病痛，像眼睛瞎掉或者是手脚麻痹。通常这些病痛都找不出原因，但病人也不是假装出来的。装病想逃避责任的士兵并不会以为自己真的病了，这就是为什么隐藏摄影机往往会拍到这样的画面：当他们以为没人在看着他们的时候，就从轮椅上站起来了。歇斯底里的人呢，刚好相反，他们坚决相信自己真的有病，就算独处一室时还是出现同样的症状。因为这类原因而出现麻痹感觉的人，就算你用针刺进他的指尖，他也一点都不会畏缩。

歇斯底里(hysteria)这个名词来自希腊文“hyster”，即子宫的意思，“hyster”也是“子宫切除”(hysterectomy)这个词的词根。古时候的医生认为只有妇女才会出现“歇斯底里”病。然而虽然女性的歇斯底里病例确实比较普遍，但我也看过许多男性由于转化反应而出现歇斯底里。事实上，任何人都可能变得歇斯底里，就算那些看上去并不像会有什么精神问题的人也一样。

X光片子拍出来了，我们跑到另一个小房间里看。颈椎及胸腔部分的脊椎看起来没有断裂或移位的迹象。

“看到了没？”急诊室的住院医师说，“我就说嘛，他陷入歇斯底里状态中了。我们再等等看吧，我跟你打赌，等一下他就站起来走出大门外了。”

盖瑞眯起眼睛看着X光片子，几分钟后转过身来向着我们：“不……不、不、不。他有感觉，但麻痹程度上升，颈部又疼痛。弗兰克，立刻去找弗雷德，通知他这里发生了什么事……沃尔特，打电话给放射科的人，告诉他我们需要做一次C1穿刺、拍脊髓摄影以及电脑断层扫描。而我的这个‘立刻’是真的立刻，不是两小时后的立刻。我会打电话给手术室，告诉他们片子一拍好我们便上去。”

脊髓摄影的拍摄方法，是将一些含碘显影剂直接打进脊髓周围的空间，然后用X光电脑扫描仪器追踪，看看显影剂沿着脊髓流下去的情形。盖瑞要他们在比利的C1处将显影剂注射进去。C1是指颈椎第一节，也就是从耳朵背后穿刺进去。

“你预计会找到什么？”我问，“他的X光片看上去都很正常呀。”

“我不知道。”盖瑞回答，“椎间盘破裂、血块，都有可能，但我们必须仔细看看。”

在紧要关头，盖瑞的轻率无礼和尖酸刻薄全被抛到九霄云外，露出了他毫无幽默感但锲而不舍、坚持到底的专业精神。他让我想起电影《奇爱博士》里的一个轰炸机驾驶员，平时像个丑角土包子一样，但当他接到命令要飞到莫斯科投掷氢弹时，他突然变成了一个狂热的、能力高超的冷血战士。

我们回到创伤治疗室，盖瑞跟比利说明脊髓摄影的种种问题。我们离开那儿前往放射科时，比利喊：“大夫……”

“叫我盖瑞。”盖瑞回到病床边。

“盖瑞，”比利静静地说，“我的手指也不能动了。”

成人的脊髓大概有60厘米长，比小指略粗，藏在我们背后由脊椎骨形成的脊椎管里头。生命就徜徉在这条细细长长、油油滑滑的神经组织之中。脊髓是十分十分脆弱、经不起什么损伤的，它有点像税务局官员或是黑手党老大，只会容忍某种限度的侮辱，一超越这个界限就不成了。聪明的人绝不会让自己的脊髓超越它的极限。

脊髓经常被形容为连接脑部和身体其余部分的“主神经线”，其实脊髓并不单是一条神经线而已，事实上它是一个十分复杂的器官，具备某种程度的智慧，一些固定的动作，例如站立或行走，所有程序早已写在脊髓的灰质里，让我们大脑能更专心发挥它的能力，像写奏鸣曲、写啤酒广告和文案等等。

在比较低级的动物中，它们的大脑是那么的原始，以至于像运动等复杂行为全都必须由脊髓来负担。而在细小的、非灵长类的动物世界中，它们脑袋里的神经细胞数量实在太少了，没法提供所有控制着鳍、翅膀及腿等的相关“软件”。因此，头被砍下来的鸡还能够跑来跑去。有一次，我们学校的神经生理系做视觉实验时，将一些猫的脑子拿掉。后来，这些没有脑子的猫被分送给一些不明真相的爱猫人士，他们一直不知道这些猫跟正常的猫有什么不一样。他们也许会说：“你们送我的猫真聪明，知道我在叫它，只不过它太独立了，怎么叫它都不肯过来……”

很多运动员都会说，如果平常某些动作已经练习多次，那么比赛时想太多反而会表现不好。我们那个比较“高级”的脑袋永远都想改进我们的正手拍、反手拍或挥杆，其实所有这些动作原本最好都让脊髓独自去处理。

脊髓许多“近似大脑”的行为，有些时候会导致一些颇恐怖的后果。举个例子，由于脑子被枪弹打到、脑出血或其他伤害而脑死亡的病人很会骗人，病人的家属、朋友甚至医院里的护士往往以为他们还活着。这类病人会伸手抓衣服的领子、握住爱人的手、腿被什么东西打到时会缩起来，但其实这全是脊髓里早就写好程序的反射作用。这种被称为“拉撒路动作”的反射作用往往让医生没法说服病人家属，

告知他们的至爱其实已经去世，所有维持生命的系统都应该拔掉、停掉。

而脊髓所受的伤害，也有“完全”及“不完全”两种。如果伤害为“完全”，病人会丧失所有受伤部位以下的感觉。如果受伤部位位于背部上半，在两肩之间，那么病人双腿都将不能动、没法控制大小便，基本上乳头以下的身体各处都不会有什么感觉。假如病人受到“完全颈部脊髓伤害”，那么他的手脚都将瘫痪。再如果受伤部位在颈部较高的位置，靠近脑袋的基底，便连控制呼吸的肌肉都会瘫痪掉，病人在接受医疗之前通常早已窒息。例如，上吊就会造成这种伤害结果。

要是病人受伤部位以下的身体能有任何的动作或感觉，哪怕只是指头轻微地摆动，或者大腿内侧小块面积有感觉，那么他受到的都属于“不完全”的伤害。这是一个很关键的分别。脊髓如果受到完全伤害，那么病人基本不可能恢复，但如果伤害属于不完全的一类，那么就算伤势十分严重，随着时间慢慢过去加上正确的治疗，都很有可能全部复原。

走在楼梯间前往X光部门时盖瑞和我都默默无语。他低着头，眉心紧皱地思考。比利的状况让他十分烦恼，不知道该怎么办。忽然他停下来，转过头看着我：“别管脊髓摄影照了。弗兰克，快回去请比利签同意书，让我们帮他做一次试探性的椎板切除手术。我去手术室看看，确定他们及麻醉医生都准备好了。”

“我们为什么跳过脊髓摄影？”

“他的病情就在我们眼前恶化了，再等下去恐怕连呼吸都会停止，真的会没救了。他不可能只是椎间盘断裂这么简单，因为单那样不会使他的腿部麻痹上升到手部，除非他真的疯了，但我赌他没疯。我碰到过很多转化反应的例子，但从没见过一个会逐渐恶化的案例。他一定出现了硬膜外瘀血，而且在扩大，至少我是这么想。”盖瑞转身往楼上走去，却又回过头来，装出一副英国口音向我喊，“赶快，华生！游戏要开始啦！记得带上你的手枪呀！”

在脑和脊髓上覆盖有一层硬纸板似的组织，称为硬膜。在硬膜以及头骨或脊椎骨之间的空隙称作硬膜腔。在这空隙里，塞满了血管，遇到创伤时是很容易受到撕裂伤害的。硬膜外瘀血通常出现在脑部，病人会因脑部被挤压而昏迷，而脊椎是很少出现硬膜外瘀血的。盖瑞完全是在靠猜测行事，我敢说他从没碰到过这样的案例。假如他猜错，那么我们很可能让这个得了暂时性歇斯底里的人动了不必要、危险性高而且痛苦万分的手术。但假如他猜对了，而我们继续等待脊髓摄影来证实一切，那么到时候比利的脊髓可能已经受到无可挽回的伤害。盖瑞的抉择，是宁愿最后出现的是一个背上有刀疤的歇斯底里病人，而不是拍了一大堆漂亮X光片子但四肢瘫痪的比利。

回到急诊室时，比利的妻子坐在他身旁，握着他毫无知觉的手，不断地啜泣。我收住脚步。

“孩子在哪里？”我听到他问。

“在我妈家，”她回答，“他们今晚就住在那里。”

“好，很好……我不知道要在这里待多久。我没带银行卡出来，它就在冰箱顶……”

生活总得继续过下去。亲爱的，家里水管要修理，叫水电工来吧。哦对了，顺便跟你说，我瘫痪了。

我走进急诊室自我介绍，又为比利做了一次检查。现在他两只手都无法握紧了，臂部肌肉越来越软弱无力。不过虽然他两腿依旧不能动，腿上倒还有几处有知觉的地方。好极了，我心里想，他受到的伤害仍然处于不完全状态。

我跟他们说明，脊髓摄影要花一到两个小时才能拍好，因此我们决定先将比利送进手术室，探测一下他的脊髓，看看问题在哪里。而如果我们一直按兵不动，他就有可能因为这越发严重的瘫痪而死亡。等我说完，大家都沉默下来。比利深深吸了一口气说：“就这样办吧，但请先让我跟太太单独谈一分钟。”

我走出病房，带上门。在休息室找到正躺在沙发上的沃尔特，我指示他：“给他们五分钟，然后送他到楼上手术室。通知弗雷德我们在那里。”可以预期，到了要将比利送上楼去时，他妻子会十分难过，我可不想待在现场。这些场面有点像暴露在辐射线里，都是我们职业性损害的一部分，对医生的身体有害，可免则免。我总是想办法逃离开，我还没修炼到冷血怪医的阶段呢。

换回手术服，在第8号手术室跟盖瑞会合。陈恩，我们的资深麻醉科住院医师，正忙着各种设备，而技术员丽莎也刚打开了一包消过毒的用具。

“我们要自力更生了，老朋友。”盖瑞透过手术口罩说，“另外两个手术室的手术还没做完，我们没有流动护士帮忙，这是一次完全靠自己的神经外科手术，你要助我一臂之力。”

他从橱柜最底层拖出一个用金属及尼龙做的巨型架子。这是用来放置病人，让他们可俯卧在手术台上的装置。

通常情况下，是由流动护士帮忙打点一切。进行手术时，流动护士的工作是全方位的：接电话、打开医药用品等。而在晚上或周末，人手通常不够，流动护士也被迫兼职洗手护士。

几分钟后沃尔特将比利送上来了，就在那时电话响起来，陈恩接听，然后将话筒递给盖瑞：“找你的。”盖瑞将那个巨型金属架塞给我，跑去接电话。

“喂……哈喽，弗雷德……是，应该是积了瘀血……不，我没给他拍，但他的瘫痪一直往上升……什么？嗯……当然，我当然给他用了激素……我打算在胸椎第三节开始再往上弄……好，我们都会在这里。再见。”

盖瑞将电话挂上，眼睛眯成细线。“王八蛋插上两个耳朵，这就是弗雷德。他对我们没先拍好脊髓摄影照片有点儿不高兴，但他只好继续不高兴下去了。他想要我们拍X光片，因为他正在音乐厅里听交

响乐，等我们拍完他就可以听完他的贝多芬。其实无论如何他都会晚两小时才到的。我们开始吧。”他转过去看着还穿着便服的沃尔特，“去换衣服吧，老兄，我们需要你帮忙做流动小弟。”

盖瑞和我将担架床推到小手术室内的手术台旁边。比利之后会被麻醉，等他睡着了，再将他翻过来放在手术台上。盖瑞又为他检查了一遍。比利手臂上的肱二头肌已经完全松软无力。他说：“放轻松点，哥们儿！等一下陈医生会给你做麻醉，我们待会儿再聊了。”

陈恩在工作时，我和盖瑞坐到角落的椅子上。房间里很安静。跟一般人印象中不同的是，手术室里并不是永远都挤满了人、戏剧化或闹哄哄的，外科医生的头上也没有天使在唱歌。手术室有时候会变成一个令人难受、高度个性化的地方，这是医生努力利用他的技术，企图挽回另一个人的生命的地方。这一次，两个从比萨店跑回来的人、一个刚打完垒球的人，再加上一位麻醉医生共聚一堂，共度这个凄凉的星期五夜晚。

陈恩将一根气管导管滑进比利的喉咙内，用胶带贴到已经开始昏睡的脸庞上，同时，我也为比利插上尿管，接着我们三人一起费尽全力将比利翻过身来，搬到金属架子上，摆到理想的位置。“妈的，”盖瑞说，眼睛盯着比利宽阔、古铜色的背部，“这家伙壮得像块石头。如果我们没法救他回来，那有多可惜！”

我们将要动刀的地方洗刷干净，一切就绪之后，盖瑞和我面对面地站在手术台的左右两旁。“刀。”盖瑞轻柔地说。丽莎将手术刀递出去，刀子在我们两人中间晃着，但盖瑞没伸手去拿，只是站在那里看着我。

“喂，你到底想不想把刀接过去？我把你从电视机前抓过来并不是让你来看我表演的，对不对？”

“我？”

“很快，在你还来不及反应之前，你会发现自己已经是个资深住院医师医师了。来吧，将这家伙的腿救回来吧。”

我接过手术刀。盖瑞伸出右手食指按在比利的颈背，左手食指放在他的背部肋骨下方：“从这儿到这儿……动手吧，不要害羞。”我将手术刀刺进去，穿过皮肤，穿过脂肪，在盖瑞指示的位置沿直线切了一刀，伤口超过半米长。

“现在拿你的电烧刀。”

我握着电烧刀，将比利背上厚厚的肉切开来，露出下面的脊椎骨，同时盖瑞用一个大银铲将肌肉与脊椎骨剥开，这样做并不会造成永久性的伤害，因为肌肉会长回来。

大约九十分钟后，从头部到背部中间的椎板全暴露在外面了。椎板好像用骨头造成的瓦片，覆盖在脊椎上，保护着脊髓。“很好，”盖瑞说着，将手里拿着的一个小刮匙探到一块椎板边缘下，“现在用咬骨钳，弄到这下面，咬掉那些椎板，加油吧。”咬骨钳是一个金属长柄的工具，它的尖端带有一个钳夹，专门用来钳掉骨头碎片，一小块一小块地钳。用这工具来除掉厚厚硬硬的椎板十分艰苦，但如果考虑到椎板负责保护的脆弱器官，那么这确是很安全的方法。椎板切除手术有点像用一个小凿子敲大石头，要打到石头中心将那里的一颗蛋拿出来——而蛋壳不能打破。

我们在第四节胸椎处切除了一块椎板，但除了下面的硬膜之外什么都没找到。没有瘀血。我甚至感觉到盖瑞吞下了许多的疑惑，跟他胃里的比萨全搅在一起。“继续。”他咆哮着，“它一定在那里。看，这硬膜没有跳动。”没有跳动的意思是“没随脉搏跳动”，这显示了在更上面的部位有什么压迫着脊髓——虽然，硬膜没有跳动顶多只是一个微小的证据。

我继续切剪下去，一小片一小片地，第三节胸椎上的椎板从比利背部跑到丽莎手里的盘子里，还是没看到瘀血。

“这里的硬膜好像在跳动。”

我煞有介事地提出我的观察，可盖瑞一点都不为所动。

“继续吧，老大，上面一点。”

我伸出越来越疲倦的手，在比利深深的伤口中拿掉一小块骨头，转过来放在盘子里，拿了又放，拿了又放，看到越来越多的硬膜了，在透明的硬膜下面，还可以看到脊髓。我从来没有试过这么靠近脊髓，手臂因紧张而更僵硬了，但仍拼命用咬骨钳将椎板骨拿下来。我越来越疲乏了，但我强忍着不让别人看到我的弱点。如果神经外科真那么容易的话，那谁都可以做这行了。

突然间，就在第二节胸椎位置的椎板裂口处，出现一小片瘀血，看上去很像新鲜的肝脏，从裂口的左边探出头来。“就在那里！”盖瑞大叫起来，兴奋得像淘金者看到黄金一样，把我手里的柯瑞逊钳子一把抢过去，快速、很有信心地剪下去，就像划船队员手中木桨划在河水中那样，椎板一片片被切除掉，能看到越来越多的瘀血，一大片。

“哦，对不起。”他道歉，将钳子递回来给我，“你表现得很好。”

连续好几个小时，我不断地拔掉硬骨片，而盖瑞则将瘀血块吸走。弗雷德跑过来，看了看伤口便跑去睡觉了。凌晨5点，手术已进行了六个小时，我们抵达了血块的顶端，在第四节颈椎处。对我来说，登上喜马拉雅山顶的感觉也不过如此。趁盖瑞在检查脊髓两旁还有没有流血时，我让自己疼痛的手臂休息一下。

“弗兰克，看！”他温柔地将脊髓轻轻挪到一旁，露出一群纵横交错的静脉，糊糊的混着血，“我想血块就是从这里出来的。卡车翻过来时，他一定严重地扭了脖子，撕裂了其中一条静脉。慢慢流出来的血让比利逐渐瘫痪。”

他用烧灼器使血管凝结，再拿从比利背上割下来的一小块肌肉铺在上面垫好。

手术接近尾声了，弗雷德再度走进来，盖瑞向他报告详细经过。“好极了。”弗雷德说，然后走到房间的另一头，在其中一个抽屉里拼命地找东西。等他回来时，手里拿着一支消过毒的签字笔，打开笔套。

“你拿笔做什么？”盖瑞一脸迷惘。

“哦，”弗雷德面无表情，“你们打开了这么大一片硬膜，我以为你会想在上面写‘弗雷德最差劲’之类的话。”

两人都大笑起来。现在他们看起来像同事了，我也觉得自己更像外科医生，而不那么像医学院的学生了。但在这男人跟男人的友谊光芒中，还存在着一个大问号：比利会有怎样的感觉呢？

至于沃尔特呢，他什么也没感觉到。过去三个多小时，他都躺在手术室地板上呼呼大睡。

第二天，比利的状况没什么好转，第三天也一样。他被放在一张翻转床上。这是专门为半身不遂的病人而设计的，让他们不停地有点运动，以免他们得静脉炎或褥疮。比利手臂上的肱二头肌稍稍恢复了一点儿，能轻微地收缩，但两手两腿都丝毫不能动。他的腹部及脚掌还有一些感觉，感觉也不强烈，但大小便则完全失去控制。

白天，比利都靠听收音机或跟家人聊天消磨时间，与此同时翻转床转个不停，他就像烤肉架上的肉似的。他的情绪倒是高亢积极。他跟儿子说什么时候他们要去钓鱼，他太太每天来念报纸给他听，家里的钱财处理也都来问他。比利的态度，是假定他的残障只是暂时性的而已，他下定决心，不让他的婚姻或者意志像他的肌肉一样萎缩凋谢。

查病房查到比利这样的病人时，我们是十分为难的。许多人抱怨说医生不怎么花时间跟他们谈，但他们也应该站在我们的角度来看

看。我能跟这个人说些什么？“今天觉得怎样了？”“跟昨天一样从下巴以下就不能动。谢谢问候了。”随便聊聊还真是变得很随便：昨天那场棒球赛很好看吧？你猜这周末会不会下雨？嘿，该种番茄了！但到后来，医生和病人有时候也的确能找到共通点，找到可以谈的共同话题，而不必互相提醒眼前的现实人生。我和比利找到的共同话题是网球。

比利的太太告诉过我她先生很迷恋网球。6月里的某一天，我发现他坐在一张特制的担架式椅子上，正在看法国网球公开赛。这时比利已经在医院待了三个星期，他脖子上还戴着塑胶的固定项圈，手脚都被绑在固定位置上，以免手臂和大小腿会挛缩。他对着屏幕不停大喊：“继续，不要打出界！”

“在看谁的比赛？”我问。

“哦，康纳斯在跟一个小伙子比。小伙子想在红土球场上跟康纳斯玩发球后上网。康纳斯今天很不稳，如果小伙子退后一点打底线的话可能会打得好很多，现在他可被康纳斯整惨了。他不应该在红土球场上打发球上网的，除非他是麦肯罗。”

我坐下来跟他谈了一个小时的网球，谈我们对于打网球的各种看法。我告诉他我喜欢找底线抽球时他很意外，因为他认为我的身高可以打网前球。他太仁慈了。事实上，我的身材最适合的是坐在观众席上，边看网球边吃冰激凌。

慢慢地沉默下来。“你觉得我什么时候可以再打网球？”我告诉他我不知道。这是真的：我不知道。从那天开始他叫我“潘乔”，这是网球传奇潘乔·冈萨雷斯的名字。我叫他“比约恩”，球星比约恩·博格的那个“比约恩”。

比利的伤口终于出了毛病，受到细菌感染，得了肺炎，左肾也受到感染。虽然躺在翻转床上，但他的双腿还是出现了静脉炎。不过，他很年轻，求生意志也很坚强，每次都能恢复过来。当他快要脱离重症监护病房时，有一天发生了一件事情，很小的事情，但极为重要。

这时候，比利才刚从他的一大堆肺部毛病中恢复过来，躺在一般病房的床上。再过一天他就会被转到约八千米外的西郊区康复中心，进行脊髓康复治疗。亲朋好友寄来的一大堆问候卡也已经整理好捆绑起来，放在一旁。

“再见了，比约恩。”

“是呀，再见了潘乔。”他笑起来，嘴巴张得老大，从一边耳朵到另一边耳朵那么大，“我想让你看样东西——我还没告诉其他人，连我的康复医师都不知道。”

“什么大秘密？”

“看着我的右手。”

我看了。看了几分钟，然后，很不明显、几乎很难看出来，但他的大拇指在动。

“我想它在动，”比利大声说，“我觉得它在动。它在动吗？”

“我的天，比约恩，它真的在动！中央球场的观众请注意，比利来了！”

“它还只是很初步，但也许我终于可以动一只手，可以操作电脑了。如果我能够弄电脑，也许我就可以重新找个工作……”他哭了起来。我想，打从他的卡车翻过来到现在，这才是他第一次落泪。

我坐到他旁边：“不，比利，如果你的拇指能够动，这表示你的脊髓已经开始苏醒过来了。从头到尾你受到的伤都不是完全的伤害。谁知道以后会怎么样呢？你一定要努力做康复锻炼。以后等《读者文摘》刊登你的故事，用那老套的说法‘众多医生都说他再没法走路’的时候，记得不要把我归在那一类的医生，好吗？”

“对。”他镇定下来，“对，我会拼命做康复锻炼。只要问问了解我的人就知道我会。”

我看了看他背上的伤口，里面还塞满棉花球，但已经在慢慢康复。我把手搭在他肩膀上，跟他说再见，走出了病房。

比利被送去康复中心后，很久很久我都没听到他的消息。一个月后盖瑞去了纽约开始他的事业，我也暂时离开了临床工作，做一年基础理论科学的研究工作。外科住院训练的缺点之一是太以看病为重心，我们经常不知道医院外面的世界发生了些什么事。

1月初，我在神经病理学科一个星期待上六天，在我的小房间内做研究，身边堆满了显微镜片、书以及教授发的讲义。病理生涯十分沉闷，每天坐在那里瞪着厚厚的教科书时，我感觉血管里的血液都停顿不流了。这一天，科里空无一人，教授去了退伍军人医院开医务会议，而病理学的住院医师就好像没有猫管的老鼠似的，全跑到附近的滑雪胜地去了。我坐在那里昏昏欲睡，突然，有个网球弹到我膝上来。

我抬起头，看到有个高大瘦削的身影站在门口。他看着我满是迷惑的脸。

“怎么了，潘乔，我站直了你就认不出我来啦？”

“天啊！比利，是你吗？”

他说对了，我没认出来。被几个月的激素弄得浮肿的脸全瘦下来了，颈上的项圈也不见了。他转过身来，将上衣脱下，让我看他两肩中央那个弯弯曲曲、我在八个月前弄出来的伤口。像充满怀疑、看到耶稣复活的托马斯一样，我伸手去摸他那巨大的伤口。

“我想你真的很认真地做了康复！”

“离开这里之后，我进步得越来越快。”他解释，“到了10月我已经可以扶着平衡木走路，12月就出院回来了。这是我生平过得最棒的圣诞节。我今天来找弗雷德复诊，而我很想跟你们见见面。盖瑞在哪里？”

“他去纽约赚大钱了。”

“同时还要吸两倍的烟，当然喽。嘿，我找了一个小时才找到你。”

“你觉得怎么样？”

“我的腿还是感觉怪怪的，还不能走太远的路，但我一直在进步。下个月我就回去上班了。”他想了一下，继续说，“现在我看到太太和孩子时，跟以前不一样了。嗯，那样说不太对……这么说吧，现在如果孩子想让我陪他打球，我就陪他打，他爱打多久就打多久。我记不得所有发生过的事情，只记得一切都发生得很快……发生得那么快，就好像圣诞节常放的电影，当天让男主角看到没有他的世界会变得怎么样之后，再放他回去，他突然懂得珍惜一切。我就是这样的感觉，好像有人让我重新再活一次那样，我再也不愿意浪费任何一天。”说完他撑着僵硬的双腿，一步一步地走远。

“好像有人让我重新再活一次那样。”嗯，还有谁会说不喜欢这样的工作呢？

第九章 唉，这些英国人

按照规定，所有的神经外科住院医师都必须在神经内科受训三个月。神经内科负责处理的是各种跟神经系统有关非外科的病症，像偏头痛、多发性硬化症、重症肌无力症（严重肌力衰弱的病症）、肌营养不良障碍等。曾经，所有相关的病人都先由神经内科医生诊断，诊断完毕，才将那些需要动手术的病人转介到神经外科医生处。可是，自从电脑断层扫描仪器出现之后，神经内科医生所扮演的角色就越来越不重要，许多内科医生或非专科医生碰到病人抱怨头痛时，也可以下医嘱为他们做扫描，而假如结果显示病因是肿瘤，就往往直接将病人送到外科医生那里。

这种情形酿成神经内科医生和神经外科医生之间不少的摩擦。神经内科的医生很厌恶没通过他们便将病人送去给“等不及要切割病人”的外科医生；外科医生呢，则越来越觉得神经内科医生对许多病情的贡献顶多只是锦上添花。在神经外科医生间流传着这么一个笑话：神经学只不过是大家在等断层扫描照片冲出来之前的猜谜游戏。

事实上呢，神经内科医生依然扮演着十分有价值的角色，因为很多跟脑部有关的问题并不是靠手术能解决的，而神经外科医生对于跟手术无关的问题往往也没什么耐性。作为神经外科医生，我们不应取笑神经内科，毕竟那也是神经外科的根源和基础所在，那里的医生是最先发现大脑哪个部分包含了哪些功能的人，在断层扫描还没被发明出来之前的数十年，外科医生也就是靠神经学家所提供的知识，来找到像脑内肿瘤之类的病因。早期的许多神经外科医生，一开始时都是先当神经内科医生的。也许我不太愿意承认，但神经内科医生对于脑部的了解要比大部分的外科医生深刻得多，这就好像设计汽车的工程师要比修车厂的技师更了解车子里的引擎一样。

神经外科医生与神经内科医生的二分法，跟心脏外科医生与心脏内科医生的二分法，或者是一般外科与内科的二分法相差不多。我在

心脏科做实习医师时，上司玛姬有一次提到说，内科或其他许多专科医生的知识好像藏在大口袋里的糖，我们的知识则好像那些小块的方糖。他们的糖总量比较多，但我们的糖顾客比较容易取用。

在我接受训练的医院里，很不幸地，神经内科和神经外科之间的关系很紧张，以至于神经外科部门根本不准我们到本院的神经内科接受训练。事实上，他们更高傲地认为，只有伦敦的某某医院才够资格让我们去接受训练。当然喽，伦敦既是神经内科也是神经外科的发源地。历史上第一位全职脑外科医生，伟大的维克多·霍斯利爵士(Sir Victor Horsley)就是在伦敦行医的。

不过，对于要在伦敦独自度过三个月，我可一点都提不起劲。虽然我们医院很“大方”地给我提供机票，但其余费用一律自理。伦敦的生活费用十分之高，我更是不太可能跟美国方面的房东暂时停租三个月，结果我会被迫付双重的房租，那我在晚上兼差辛苦赚来的钱毫无疑问会被这几个月的训练耗光。我跟神经外科的头儿诉苦，希望他们让我留在国内完成这部分的训练，但他们拒绝了我的要求。于是，英国，吾往矣！

刚到伦敦的第一个晚上，我躺在那里完全睡不着，听窗外火车轰隆隆经过，直到天明。独自一个人离家万里令我感到十分忐忑不安。在这里我半个亲朋好友都没有，如果我明天从地球上消失了，都没有人会知道！不过这种不安感很快就过去了。要是在几年之前，我会陷在这种恐惧中，很多个星期都逃不出来。但几年来我改变了很多，医院里的经验早已渗透到我的内心，转化成我性格的一部分，碰到病人生死关头时所萌发出来的“007”电影中邦德的感觉，除了帮助我渡过不少难关之外，在医院外面的世界仍然管用。没日没夜的工作，随时都要鼓起勇气将管子插到病人鼻子里，将巨大针管插到他们背上，在头颅上钻洞或者把手术刀子切到别人脑袋中，所有这些经验都过渡到日常生活里，使我更能面对医院外面的种种挑战。因此到了翌日，我又重新信心十足地走到肯辛顿大街的地铁站，坐上环线，准备前往神经外科的发源地度过第一天。

经过一些曲折之后，终于抵达目的地，看到十分独特、幽雅的建筑，院里主建筑物是一幢建于19世纪的楼房，天花板是拱形的，高高的木窗还镶着一个世纪前的玻璃，墙上也满是石膏浮雕，周围散发着古老房子特有的、让人联想到古之幽情的霉味。顺着由大理石阶梯和硬木扶手组成的螺旋形楼梯走上去，就到了第一病房区。这一层楼有两个大病房，男女各一。每个房中各有二十张病床，病房中央是长长的一排蒸汽暖气片，上面覆盖着精致的金属格栅，而病床就在暖气片的两旁一字排开。住在这两个深邃幽暗病房内的，都是神经内科的病人。

虽然医院的走廊或大门接待处的温度只调到15摄氏度左右，但我发现病房内温度倒是蛮高的，这说明连英国人也不相信自己的那一套什么“凉凉天气对身体有益”的废话。其实，医院内温度调多高，完全要看当时英国政府的医疗预算有多少而定。

很明显这与美国作风很不一样。英国医院的病房比较大，也比较凌乱，护士清一色都是女性，身上穿着蓝白两色的罩衫，胸前别着一个手表，整个装扮活脱脱是第一次世界大战期间的护士模样。好玩的是，大家都称呼她们为“某某姐妹”。当我第一次听到这种称呼时，真的被搞糊涂了。这是家天主教医院吗？后来才弄清楚，当地人就是这么称呼“护士”的，而且这是怀着敬意的一种尊称。

其中一位“姐妹”介绍我认识威廉，一个高高瘦瘦戴着金边眼镜的家伙。威廉是神经内科病房的资深“注册医师”(registrar)。英国医院里的“注册医师”相当于美国医院的住院医师，只不过注册医师可能到退休还在当注册医师。

在美国，住院医师是有期限的，只要符合一切要求，住院医师差不多都一定会再晋一级，在预期的时间升为主治医师的。在英国呢？门儿都没有。中央集权式的医疗规划决定了最多能有多少个主治医师。因此，除非有主治医师空缺出现，否则注册医师永远没法退出受训的阶段，而空缺只在主治医师退休、去世或移民时才会出现——换句话说，十分罕见。

年届45岁的威廉，已经先后在内科、胸腔内科及小儿内科当过注册医师。他的策略是，每四五年便换一门专科，而不在同一科里接受十年甚至十五年的训练，等待空缺。依照目前的速度，他早已心里有数，到退休那一天都还没训练完毕。有一次他苦涩地说：“我是这见鬼的世界里最聪明、受过最多训练，但最英雄无用武之地的医生。”

威廉有一个助理注册医师，大约30岁，名叫大卫。大卫长得一表人才，十分英俊，有个雕像般的下巴，头发乌黑，眼睛湛蓝。他的声音令人觉得很舒服顺耳，一口有文化的英语及发音，显露了他的牛津背景。

由于神经内科没有任何经济上的压力，用不着顾及创收问题，因此一切服务都像老牛拉破车。整个科内独一无二的电脑断层扫描仪通常要排队才能用，一排就是许多天，甚至好几个星期，其他更复杂的检查测试就更不用说了。病人病情进展之慢，使得主治医师一星期才查一次病房，在美国我们一天就查一次或两次。每天早上我都带着照料美国病人的心情到医院上班，预期着各种疯狂的状况，却只看到护士及病人大眼瞪小眼，相对无言。看他们诊断病症真好像在看着草坪上的草，巴望它快点长出来一般。

一个星期天，有位中年男病人被送进来，原因是当他和妻子行房事时脑动脉瘤爆裂溢血了。当时他状况很好：人是清醒的，只有一点点的头痛。要是在美国，我们会在他进院24小时内为他做血管摄影、动手术将动脉瘤夹住。但这里是伦敦。我们将他送到病床上，为他在等着做血管摄影的队伍里登了记——下一个空当期是十四天之后，他可有的等了。神经内科主治医师纽利在病人入院三天之后才来看他。

“我们是不是应该把外科医生找来？”我质问他，有点不顾礼仪了。

他看着我，眼神中饱含慈祥的温情，就像主人看着他毛躁的小狗似的。“我亲爱的小朋友，”他回答，“让我们先拿到血管摄影结果，看看这位朋友有啥毛病，然后再说吧。一切还不确定时，我是极不愿意打扰戴维斯先生的。”

英国的外科医生一律都是“先生”，这要追溯到很多年前，那时候外科医生并非专业医生，而是由理发师、农夫、打铁匠或其他人兼任——任何其他有办法不用麻醉或消毒技巧而胆敢将刀子插到病人体内的人，这些人都是“先生”。

看看这位朋友有啥毛病？这种处理蛛网膜下腔出血的沉静态度使我不安极了。我习惯更为积极勇猛的方式。

那位“朋友”无风无浪地度过第一个星期。但接下来的星期天，当他边吃着午餐边读着体育版时，突然大叫起来，狂抓着头部，最后往前一倒，脸都埋到蔬菜汤里，不知过了几分钟才被一位姐妹发现，她把他拉起来，为他做心肺复苏急救，但他一下子就死掉了。

“也许他突然抽搐，在汤里淹死了。”威廉说谎。

“放屁！”我顶了他一句。

“哦，你们这些美国人坦率得真可爱。”威廉继续说，“但我估计我们很难找出真正的死因了。”

没有解剖，没有验尸。星期三，纽利医生一星期一度的查病房时间到了，查完以后，我们的神经内科主治医师拿起大衣准备离去，突然转过来问威廉：“右手边倒数第二张病床溢血的可怜家伙现在怎么样了？”

“哦，对……他三天前去世了。‘呼’地一下头倒到汤里，大概又出血了。”威廉一副无动于衷、司空见惯的样子。如果在病人去世三天之后，我才告诉阿布拉莫维茨医生这件事，他会说些什么？我单单是想到这个场景就会发抖。

垂垂老去的神经内科大夫伸手理一理头上还不怎么白的红发，诡异地笑了笑。“那些脑动脉瘤就跟硬掉了的奶酪一样！”他大步走开，从此不再提这个病例。

这个冬天，注定是个又长又冷的冬天。

必须补充一下，事实上在面对诸多的官僚体制、院内空间不够以及缺乏经费或仪器的情况之下，我碰到的神经内科医生、外科医生和注册医师全都仍然努力为病人提供最好的照料，所有不需要花太多金钱的事情，例如为病人记录病史或者是做一般体检，他们都做得很好，注意到所有细节。科技上的贫乏，反而磨砺了他们的诊断本能。

在医院上班的第一天，威廉带我到一张病床边，让我观看他如何为一位患了多发性硬化症的女病人进行全套的神经系统检查。他随身带了一个巨型木箱。打开木箱之后，端出一个小盘子，上面放满了封起来的小玻璃瓶，他将盘子放在病床旁边的小茶几上，接着准备其他的道具。我拿起一些小玻璃瓶看，发现里头分别装了些液体和粉末。其中一个瓶子上贴着“咖啡”的标签，另一个写着“丁香”，还有一个是“香草”。

“威廉，这些要用来干吗？我们要烤蛋糕吗？”

“不，”他笑起来，“这是用来测试这位年轻女士的嗅觉的。”

“嗅觉？”

“对，你看着。”他堵塞女病人的右边鼻孔，叫她闭上眼睛，单用左边鼻孔吸气。当她遵照吩咐吸气时，他打开一个瓶子放到她鼻子下。

“我想……这是橘子，这很像橘子皮的味道。”女病人说，眼睛仍然没张开。

“好极了！”威廉说，“看到了没？长额叶肿瘤嗅觉会减退，特别是长在嗅沟的脑膜瘤。很多人都忽略了嗅觉的检测。”

那真是有点轻描淡写了。在美国，我们从来没有检查过病人的嗅觉。但如果在美国，我早在两小时内就拿到一张嗅沟脑膜瘤的电脑断层扫描照片了。而在伦敦呢，病人往往要等上好几个月才能得到拍片子的机会。

威廉有条不紊地逐样测试，简直就像在做手术似的，弄了一个小时，从木箱子里拿出一件又一件的工具，像装了热水或冷水的试管，那是用来测试病人对冷和热的感觉的；又例如用来观测皮肤上每两点之间微细分别的罗盘；在一块黑色天鹅绒上他漆了一些白色的条纹，那是测试病人有没有“眼球震颤”的毛病。此外，有一个会转动的轮子，看上去就像人家用来切割比萨的工具，乃是用来区分碰触感觉退化的程度；还有一个用来量度关节柔软度的测角器；一些用来测验视觉的小棍棒，棒尖涂了红色；他甚至在一张资料卡上写下一首儿歌和谜语，以测验病人的心理状态。连检测条件反射作用的锤子也很独特，与众不同——他的锤子好像将一个巨大塑胶轮子装在一根60厘米长的塑胶棒前端而成的，看起来更像警察的武器，或者是将大卡车轮子卡在电灯柱顶的模样，而不像一件医疗器材。这些锤子在伦敦是很典型的，威廉强调说，是测验反射作用的不二法门，可“给予手脚足够分量的打击”。

为病人记录病史也是同样的繁杂，事无巨细。一天下午，我跟一名头部觉得疼痛的病人问诊完毕后，在接下来的讨论课堂上被主任医师严加盘问。

“医生，这位休斯先生是做什么工作的？”面容仁慈的神经科教授问。

“他说他在一家小店里工作。”我回答。在美国，这段对话会就此打住，转往别的话题。

“哪一种店？”

“我不知道，可能是些什么杂货店。”

“不同店的店员区别是很大的，你不觉得吗？如果他在油漆店里从早到晚做的就是把油漆和水性材料混合起来，那不也有可能他头痛的原因吗？”

“呃，是的。”我只好承认。

“店是他的吗？”

“我不知道。”

教授摘下眼镜，慢慢地擦拭着，眼睛斜视天花板，继续他的论述：“这些细节事关重大。病人的工作是什么，他的背景如何，教育程度……所有这些都要关注到，才能将他的不舒适及疾病适当地描述出来。如果我问一个病人100的平方根是多少而他答不出来，那么也许我会以为这已足够证明他左脑有个肿瘤，但如果我知道他从小到大都在农场打工，从没上过学，那又另当别论了。同样地，一般病人如果说不出英镑和日元的兑换率，我会觉得那没什么大不了的，但如果这个病人是个银行家，那么这就非同小可了！你们美国人太倚赖那些扫描玩具了，根本忘记病人是个多面相的人。连这个人的生活、工作都一无所知，便有胆量一刀切到他的脑袋里……我实在觉得恐怖极了。”

多年之后，这番话再度在我耳边响起。那时候我已经回到美国，有一次在为位妇人开刀拿掉脊髓上的肿瘤时，身旁的医学院学生不经意地问起我病人的年龄，我居然想不起来！我眼睛盯着的是她的脊髓，而我居然连她多少岁都不知道！老教授是对的，这实在是恐怖极了。原来我心中只有一张磁共振仪器拍出来的照片，而没想到这是一个人。

从此，我想尽办法不要再犯这种毛病。

跟美国比起来，多发性硬化症在英国比较常见，我在伦敦的三个月中就见到很多患了这种病的人。病人受到影响的部分是包着神经纤维的脂肪，即髓磷脂。失去髓磷脂的保护之后，脑部及脊髓内部的白质慢慢被侵入，出现一个个的洞，称作“空斑”。病情到底有多严重，完全要看“空斑”出现在什么地方。在脑中某些地方，例如右前叶，就算出现一个大大的“空斑”，病人可能都不会有什么症状；但如果出现在脊髓或脑干的某些关键地带，哪怕只是小小的一个“空斑”，病人可能就要坐轮椅了。

多发性硬化症是一种反复无常的病，来时疾如风，突然又消退得快如电，在病人的余生中不断反复出现，毫无预警地加剧。病人可能瘫痪了好几个月，突然康复起来，连续数年都没事，然后等待下一次打击的来临。我在伦敦受训的那个年代，医学界并没有什么大家都能接受、公认为标准的治疗方法，一般都只给病人用激素，辅以物理治疗。今天，我们多了很多治疗方法，像干扰素（一种由受病毒侵袭的细胞所产生的抗病毒蛋白质）。幸而，对大多数的病人来说，时间就是最佳药物。

我生平碰到过最戏剧化的多发性硬化症病人叫安德鲁，来自尼日利亚，他是到伦敦大学念书的交换学生。安德鲁第一次发病时便被送到我们医院来。那时候查尔斯王子刚刚捐了一台全新的磁共振影像扫描仪给医院，靠着这部新仪器，我们发现在安德鲁间脑部分的正中央有个半寸大的“空斑”。间脑就在脑干的上方。脑袋的后部，即我们的小脑，就好像一个主控平衡及协调的电脑，而间脑就扮演着输送信息的管线角色。“空斑”的出现，实际上等于将安德鲁小脑对外通信的管道完全截断了。

更精确地说，小脑将脑部上方发出的粗略信息加以微调，因此经小脑处理过的信息都是受到“抑制”的信息。小脑里神经元的唯一作用，是压抑或制止脑袋中其他神经元的活动。在念医学院时，神经解剖课的教授用米开朗琪罗的雕刻来做譬喻。他说，在雕《大卫》这个雕像时，米开朗琪罗用的是“减法”，而大脑发出的动作信息就好比未经雕琢的大块大理石，经过小脑大刀阔斧地雕琢之后才出现像“大卫”般的精细信息，身体才出现协调的动作。

只要安德鲁安安静静不动来动去，他便平安无事。可是，一旦他稍有动作，就算只是想抓抓鼻子，他的手脚便会越来越失控，最后就像八爪鱼那样摆来摆去。因此，他无法自行进食，必须别人来喂。让他拿刀叉毫无疑问是件十分危险的事，安德鲁的脸就因为他尝试自己动手刷牙而被弄得又红又肿。他有能力走上一小段路，但步态十分奇特诡异，而且绝大多数时候，他都卡在病房的暖气片上进退不得，气馁得泣不成声。

这种被称作“运动失调”的毛病甚至影响到他说话的功能。听他说话的时候，你还是可以分辨出他在说什么，带着尼日利亚音乐般口音的英文一如没患病时那样完美，只不过字跟字、句跟句都是断断续续的，说话节奏全错乱了，音调也平板呆滞，有一种空洞、机械式的感觉，就好像科幻电影里的机器人一样。这些感觉不容易形容，但你只要看过或者听过一次，保证终生难忘。

有一天下午我们坐在一起喝咖啡时——英国人仍然称之为“下午茶时间”，尽管众注册医师都喜欢喝咖啡——威廉、大卫和我看着安德鲁在病房内东倒西歪地乱走，时而撞到病床，时而又从墙壁上反弹回来，跟一个机械玩具没两样。

“可怜的家伙。”大卫感叹道。

“不用担心。”威廉说，“他会好起来的，这些人第一次发病之后都会好起来，不管当初看上去有多糟。过六到八个月他又会回到学校去了。问题是在‘空斑’缓和之前我们怎么处理他。物理治疗的人已经为他做了件铅外套了。”

“铅外套？”我很疑惑地问他。

威廉继续说：“不错，用铅制成的外套。事实上就是一件外套，里头放了很多铅块，让手臂部分重得要命，使安德鲁需要更费力才动得了手，从而刺激两手得到更多回馈信息，他就更能控制自己的动作，不会一天到晚自己打自己了。这有点低科技，但很有效。”

大卫补充说：“主要的坏处是他会累得要命，这想也想得到啊，但想想看，等他穿铅外套穿上几个月之后，他会有多健壮呀！”

第二天铅外套就送来了。厚厚的绿色布料，看起来真像钢铁工厂里给工人穿上以防烫伤的保护外套。整个衣袖有无数个缝隙，另外送来的是一大盒小铅块。将铅块塞到缝隙里，仔细地增减调整，我们希望它能让安德鲁控制自己的动作，却又不至于重到手也抬不起来。

一整个上午我们都在为安德鲁调整外套，直至他能抬起手臂，很慢，很痛苦，但还是拿起梳子，梳了一下他的短发。立刻，他嘴巴绽放出大大的非洲式微笑，灿烂如花。

“呀，我喜欢！”他机器人一般的声音响起，为了重获控制手臂的能力而兴高采烈。

铅外套不能穿太久，每次顶多数小时，而每天晚上安德鲁的手都疼得厉害，必须靠安眠药才能入睡，但至少打从穿上铅外套那一天起，他就再没有哭过。威廉的预测也完全正确，安德鲁的语言能力慢慢恢复正常，走路姿态不再像个喝醉的人，渐渐地不再需要穿铅外套了。那天我们还看着他一副软趴趴的可怜模样，两个月后这个尼日利亚人却大踏步走出医院大门，抬头挺胸，一切皆在控制之中，疾病留下的唯一痕迹是两条锻炼得十分健壮的胳膊。他轻快地和我们握手。

“你们知道，我是读哲学的。”安德鲁正要离开时，跟我们分享他的感受，同时摆出健美先生的姿态，展露他的肱二头肌，“尼采说：‘任何杀不死我的东西都会让我变得更强大。’现在我充分体会到了。谢谢你们，我的朋友。”

他会再回来的，毋庸置疑——也许是一年后，也许是十年后，得看他的病有多仁慈。是不是就像古希腊医药之父希波克拉底所说的，我们只不过在“娱乐”安德鲁而已，直到他自己好转？也许吧，但我们成功地止住了他的眼泪。我想，任何能让一个痛苦万分的病人不再落泪的治疗方法，都是好方法！

英国当然不是个没有阶级的社会。然而，我还是很惊讶病人的国籍、种族以及社会经济状况等，会影响到注册医师和主治医师做诊断时的思维方向，而且影响是那么的严重。

伦敦有很多来自印度或邻近国家的移民，那是延续自帝国时代的传统。但只要有来自印度或巴基斯坦的新移民跑到医院来就诊，诊断结果清一色总是肺结核，不管他们的症状怎样。例如，有个开杂货店的巴基斯坦中年人跑到急诊室来求助，因为他三个月以来感到双腿越

来越衰弱无力，甚至僵硬。磁共振照片显示在他胸部的脊髓处有一块东西，我认出来那是星形细胞瘤，乃是从脊髓组织长出来的神经胶质瘤。令我十分懊恼的是，主治外科医师莱斯顿诊断此为结核瘤，一种由结核菌造成的肿块，尽管病人的胸腔X光片完全正常，而且此前从没染上过肺病，也没有任何其他证据显示他得的是肺结核病。这个荒谬结论的唯一理由，就是病人的国籍！

我跑到图书馆找了老半天，只找到两个因肺结核菌而引起脊髓出现肿块的病例，而在两个例子中，病人之前都有肺病。当我把这些发现拿给莱斯顿看时，他却只耸耸肩说病人吃了抗生素后反应良好，证明最初的诊断正确无误。我反驳说，不错，病人是好转了，但他的好转也许是因为同时接受了激素治疗的关系。

但我们的沟通只能到此为止。病人又回到急诊室的时候，下半身差不多完全麻痹了，我们为他紧急动了手术，拿掉星形细胞瘤，他便很快康复了。

另外一次，我们聚在演讲厅里，聆听全英格兰南部最资深、最受尊敬的神经内科专家示范如何做诊断。我和其他培训人员穿上白袍，挤在古老的示范演讲厅里，演讲厅正中央是一张桌子，我们的座椅围着示范桌子，一圈一圈阶梯式地逐次往上。一位注册医师带进来一位年约50岁、瘦削细小，看上去像个工人的男病人。病人蹒跚地走着，在桌子上坐下，但身体继续不住摇摆。仪容威严的专家详细地询问了病人，很注意倾听他的抱怨：步履不稳，头会晕，也会呕吐；然后草草地检查了一下病人，叫注册医师送他回去。接着他转过来看着我们停顿了半晌，直到他期待的戏剧化效果出现，才问：“你们今天早上听到的所有信息中，有哪一项——单知道这项信息你就能推断出病人到底出了什么毛病？”

“他的年龄。”一位注册医师回答。

“不，这答案不对。”

“他的职业？”我自告奋勇。

“不，还是错了。”

这样问答了数分钟，终于激动万分的老师告诉我们他的答案：“他的出生地！他的名字叫奥布莱恩，来自贝尔法斯特（北爱尔兰地区的首府）。很显然他属于低下阶层，因此八九不离十，他一定是个酒鬼。他一定是由于酒精中毒造成小脑退化。”

其实，这个结论是正确的，然而他的推理过程是如此的无礼，在美国的话，没有人会容忍他这种态度的。他从头到尾都没问过病人有没有喝酒的习惯，他只假定自己不会错。我实在无法想象任何一个美国的医生，在与医学院学生讨论的公开场合中，宣称由于某个病人是黑人，来自大城市，因此就一定有服用可卡因的习惯。

“我什么都看不见了！”这位女士强装镇定，仍保持英国风格，想尽办法压制住自己的惊恐。

“冷静点，告诉我们发生了什么事。”威廉希望她恢复一点信心。

病人是个年轻漂亮的女子。我们吃完中餐回来时，急诊室刚巧将她转送过来。她的问题是逐渐失明。

“今早起床时一切还好好的，但吃完早餐就开始觉得头痛，在这里。”她摸着头顶，“视力开始模糊，但还能看清楚路跑来医院，现在却只看到一堆黑影动来动去，而且越来越看不见了。”

威廉转身跟我和大卫低声说：“大卫，通知电脑扫描室我们要立刻给病人做脑垂体检查。弗兰克，赶快去杰弗逊楼请坎宁安先生过来，快去！”坎宁安先生是医院的资深主治外科医师兼脑垂体专家。

我冲进杰弗逊楼找到坎宁安，几分钟后回到神经内科。病人爱丽丝向坎宁安复述了一遍早上发生的事。她健康状况不错，除了最近一年来月经有点不规律，还有就是最近发现乳头有些不正常的分泌物。她目前未婚，是一名打字员，独自在托特纳姆地区居住。

坎宁安检查了她的视力。当他的一只大手在她眼前挥舞时，她分辨得出来，但数不出他竖起多少根手指，也说不出他的领带颜色。坎宁安优雅的脸庞刹那间转为阴郁。

“小姐，”他说，“我相信在你垂体里有个肿瘤，而它出血了，部位刚巧在你眼睛后面，我们称这种状况为‘垂体中风’。目前瘀血挤压着视觉神经。我想立刻为你动手术拿掉瘀血及肿瘤，否则你就会瞎掉。”

“肿瘤？我得了癌症？”

“不，不，小姐，这类肿瘤几乎肯定是良性肿瘤，年轻女性经常见到的。具体到你的情况，肿瘤分泌出一种叫作催乳素的激素，太多催乳素正好就会造成你注意到的症状——月经不规律、乳房的不正常分泌等，其实那就是母乳。通常女人只有在怀孕期间才会产生这种激素的，它的功能是刺激乳房的脂肪组织制造母乳。”

“你觉得该做什么就尽管进行吧，只要别让我瞎就行了！”

坎宁安先生检验了一下爱丽丝的乳房，确定了分泌出来的确实是母乳。“送她进手术室，取消电脑扫描。病情已经很明朗了，等我给她的视觉神经减压之后再为她做扫描好了。请记住，给她一针大剂量皮质醇。我会叫我的资深注册医师帮忙。”

我陪伴着爱丽丝到手术室外面的等候区，她拿着一大把卫生纸静静地哭泣。

“要不要我替你通知什么人来陪你？”我问她。

“我爸爸两年前去世了，妈妈心脏又不好，现在最好不要告诉她。”

我实在无法想象，独自面对这么大的危机会有多难过。等了几分钟，手术室护士出来带她进去，麻醉医生给她灌了些气体，她的痛苦便结束了。

打从她抵达医院的急诊室到这时候，一共才过了五十分钟，这是英国医学界最优良的表现！英国虽然一方面陷在太多的繁文缛节官样文章里，但同时他们却避开了绑手绑脚、让美国医学界施展不开的法律问题。在美国，没有经过客观诊断——像磁共振或断层扫描等——便将病人送去动手术，一旦出现什么差错就等着吃官司吧。是的，盖瑞也在没有脊髓摄影的情况之下为比利动了刀，但这种幸运情况是绝无仅有的。如果在美国，麻醉医生甚至不会愿意为爱丽丝做麻醉，因为她刚刚吃过早餐不久；而美国医院的手术室大概也早已排满了档期。但在伦敦呢，伟大的坎宁安先生话一出口，所有事立刻摆平。

手术室里，坎宁安先生和他的注册医师将爱丽丝的头部放好，用消毒肥皂洗刷她的鼻子和嘴巴。垂体是胚胎时期鼻咽道里留下来的一个“遗迹”，埋在蝶骨上面。神经外科医生得用显微镜及其他相当长的工具通过鼻孔穿到垂体里。由于要通过蝶窦，因此这个手术有个绕口的名称，叫作“经蝶骨垂体切除术”。

这种手术乃是20世纪初在波士顿行医的外科医生哈维·库欣首创的，可能是神经外科各类手术中最诡异的一种了。首先，医生在病人唇里面切进去，将脸皮翻起来，让通往鼻孔通道的部位显露出来。接着敲开鼻中隔，让它歪在一边，再将撑开器从鼻子通道中伸进去，一直伸到头骨的底部。蝶窦被切除掉之后，垂体窝的基底便可被凿开来。

当年库欣在尝试这个做法时结果不理想，后来放弃了，改用一般从头部由上而下的方法，而不是经鼻孔由下而上的方法。就算库欣是个技术最棒的神经外科医生，但当时他没有显微镜，也没有光线照明器具，因此没法保证手术的安全。后来，加拿大的朱尔斯·哈迪(Jules Hardy)和他的同事们在20世纪60年代重新尝试这种手法，采用显微镜手术，辅以手术中X光术，克服了库欣碰到的困难而成效显著，很快地这就变成了标准手术程序。

当下，坎宁安熟练灵巧地切进爱丽丝漂亮的脸，不到一小时就通到了垂体。它在荧光屏上看起来是蓝色的，好像绷得很紧。坎宁安用尖尖的显微手术刀在腺体上快手一戳，浓稠的瘀血和化成了脓一样的

黄色肿瘤倏然涌出，被吸进早等在那儿的抽吸器里。坎宁安又花了数分钟东探西看，确定所有的肿瘤及瘀血都被吸走之后，才满意结束。重整脸孔的工作，就落在了注册医师身上。

手术后仅仅数小时，爱丽丝的视力便恢复正常。她脸上灿烂的笑容已经说明了一切，根本不需要什么正式的视力检查了。手术后第三天，她鼻孔上的包扎就全都拆除，手术后第五天便出院回家，面容美丽一如既往。她妈妈从头到尾都不知道女儿曾经与悲剧短暂共舞过。

爱丽丝出院的那一天，我奉命去找坎宁安时，在他办公室里看到墙上有一块木头，上面刻了一句如先知布道般的话：“有些时候手术确实帮得上忙。”

爱丽丝回家后不久，我也回美国去了。但回家后，我首先被分派到儿童医院工作。在那儿，很多时候手术也没法帮上什么忙。

第十章 瑞贝卡和她的小兔子

回到美国之后，我被分派到学校附近的一家儿童医院，在小儿神经外科继续学习。我们神经外科住院医师都很不喜欢被派到小儿科，原因甚多。半夜里临时需要为哭闹的小婴儿抽血，同时还要忍受小孩的妈妈在旁尖叫“你害死我的孩子了”只不过是其中之一。从不同的角度来看，这地方倒真有个好处：至少它“不是”疼痛部门。

儿童神经外科的内部装修，看起来更像是电视节目《芝麻街》的广告而不像医院。每面墙壁上都是“伯特”和“厄尼”的画像，居高临下的，简直是《1984》里老大哥的布娃娃版本。病房的中央部分是诊疗室，比较简单的疗程都可在这里完成。房间内四处都是布偶娃娃，好像它们真的能够抚慰躺在手术台上等着挨针的小孩似的。有一次，也是在给一个小婴儿抽血时，实在是太困难了，我禁不住一头撞向挂在灯上的一个填充玩具。小婴儿不住地尖叫，我快要发疯了，一手把玩具抓下来往墙角用力丢过去，大吼了一声：“去你的甜饼怪！”

走廊上，则是一排声名狼藉的“摇椅”，小婴儿一个个放在椅子里，从早摇到晚。有一次，其中一个小孩呕吐了，护士居然大声地呼叫我，要我看看婴儿为什么呕吐。我鄙夷地讥笑她们：“让我把你放在摇椅里摇两个钟头，看看你的午餐还有多少能留在肚子里。”

小孩的哭声可以深深刺到你的骨子里，即使音量不大，也能让你感到坐立难安、神形涣散。而生病中的小孩哭泣声呢，就更是恐怖了。埃里克对此有很好的观察：“记住，当你为两个月大的家伙抽血时，他完全不明白这只不过是个简单的疗程，而以为你想谋杀他！他会扔掉你的计量仪，拔掉所有东西！”

在小儿科待了三个星期之后，我遇见了瑞贝卡。瑞贝卡只有六个星期大，是一对农村夫妇的独生女儿。那一天早上，一家小诊所将瑞

贝卡转介到我们急诊室，想让我们找出她恹恹无力、呕吐和体重增加不起来的原因。急诊室的小儿科医生给她拍了张电脑断层扫描，结果显示，在她的小脑里有个肿瘤。当天神经外科刚好是我值班，因此被请去安排她住院，做更进一步的检查。

我在急诊室的石膏房找到瑞贝卡和她的父母。石膏房是个零乱的小房间，原本是给骨头出问题的人打石膏的地方，但也用作病人住院前的等候室。小婴儿身上只包着尿片，穿了一件脏T恤，坐在妈妈大腿上扭动，嘴里含着奶嘴，显得十分局促不安。她的父母则都穿着旧旧的厚棉布衣服，两个人年纪都不会超过20岁。父亲不住地抽着烟踱步，母亲则静静地看着地板，苍白的脸庞边垂下来直直的、褪色的头发。

瑞贝卡的外貌使我十分震惊。她的头畸形，大得像个巨型圆球般挂在一个小小身躯上，摇摇欲坠；头皮由于被过度撑张，因此薄得像白瓷一样，蓝色的静脉网络清楚可见。皮下注射针管插在其中一条静脉里，用一条胶布固定着，胶布上的图案也是“伯特”。她的皮肤好像羊皮纸般粗糙，而胸腔则肿胀起来，眼球往下斜视，以至于只能看到水蓝色的两小片。总而言之，她那眼白占了大半的眼睛，骨瘦如柴、皮肤皱皱的身躯加上一个大头颅，使瑞贝卡看上去像一只昆虫——典型未经医治的婴儿脑积水症状，情况十分可怜。

脑积水(hydrocephalus)这个词源自希腊文，直接翻译的话，是“水脑”的意思。水脑的成因，乃是脑子里脑脊液的流动被堵住了。脑脊液的作用是滋润神经的纤维组织，也有点防震作用。我们的脑子每天都制造差不多568毫升的脑脊液，经由很多脑室及细微通道流到神经系统的各个部分，最后流回大脑部的表面，被静脉吸收去。

脑脊液的制造是无休无止的，是一个只开不关的水龙头，任何堵塞都会形成积水，增加脑压。很多疾病都会导致脑积水，例如因得了脑膜炎而分泌出来的恶毒脓浆，就会堵塞住脑脊液的渗透管道，跟剩饭剩菜里的油将洗碗槽排水口堵塞一样。又例如某些子宫内的感染，包括巨细胞病毒及弓形虫等，在胎儿脑内的细孔留下一些疤，因而形成一种先天性的水脑症。

瑞贝卡的脑积水，乃是由于第四脑室——脑部最主要的排水管道——被堵住。罪魁祸首是位于小脑里面的一个肿瘤。

成年人的头骨已完全发育成熟，整个都是坚实的骨头，因此假如出现积水问题的话，脑子就被夹杀在水压越来越高的液体以及头骨之间。小婴儿的头骨则完全相反，是十分柔软的，乃是由很多片薄如蛋壳的骨片组成，一片跟另一片靠纤维性质的凶门连起来，凶门也被叫作“比较软的地方”(soft sport)。大自然原先的设计，是随着脑部的成长，头骨也慢慢地扩大，因此婴儿的头骨对越来越多的积水是毫无抗拒的，如果置之不理，小孩的头颅就会像气球般胀大，大到简直不成比例，脑袋变成一个半透明的水球。

小孩得脑积水算是很平常的事情，不过近代的医疗技术——像植入塑胶分流导管等手术——早已让这种“巨头”状况销声匿迹，然而在某些农村，由于医疗资源不足，没被好好治疗的脑积水依然存在。大约每年都会有一头型诡异恐怖的小孩被送进我们医院，送进来的时候都是放在一辆手推车上，好像在运一个巨大的哈密瓜似的。这些小孩都变得像好莱坞电影里的外星人而不像正常的人，额头突出，脸孔被挤成一堆。

脑积水会损害到脑内控制眼睛的机制，使虹膜往下移，造成病人好像一直往下凝视的样子，这种状况被称作“落日”现象，因为只有虹膜的上部一小部分还露出来。此外，脑部的呕吐功能区也因为受到挤压，而发出呕吐的信息，病人因此不停地吐，以至于脱水。瑞贝卡的父母就是因为她不停地吐奶，才终于寻求医疗救助的。

事实上，瑞贝卡的变形还不是无法挽回的——至少还未到那种地步，但她的麻烦很大。我尽己所能，以最专业的态度向她的父母说明现状。

“霍布森先生、霍布森太太，我是维托斯克大夫，是神经外科的。”我挟着瑞贝卡的X光片资料夹，一边走进房间一边自我介绍。结果我的自我介绍引来更多疑惑的目光。

“神经外科？”霍布森太太问。

“我们又被称为脑外科医生。”我说，企图澄清“神经外科”这个名词。很明显，对他们而言，这是个十分陌生的名词，但其实我不喜欢“脑外科医生”这个标签，因为这只会带来许多愚蠢的联想。

“脑外科！我们为什么要看脑外科？”霍布森太太哭了起来，将女儿抱得更紧，好像坚决不让我碰她女儿。这家人完全不知道发生了什么事——还没有跟他们提到过扫描的结果。

“你们女儿——瑞贝卡，是不是？——扫描的结果显示她长了个东西，在脑部长了个东西，这是她不住地呕吐的原因。”“长了个东西”是个很好用的说法，比“肿瘤”或“癌”要好多了。

做父亲的用他破旧的靴子将烟蒂踩熄，说：“长了什么东西？”

我摸着瑞贝卡瘦小的颈背，解释道：“一小块东西，在脑的后部——这里，大约像一颗葡萄般大。”

食物是用来形容肿瘤大小的常用尺度。肿瘤像葡萄般大，像核桃、鸡蛋、哈密瓜或橘子般大。这是个很可怕的表达方式，但用食物做比较，你可以得出一个粗略的预断——一个人胸腔内有个哈密瓜大小的癌，不会比只有豆子般大小的癌的人活得更久。一般说来，“葡萄般大”的脑瘤并不是太危险，但这样的大小已经足够杀死一个小婴儿。

“这也许是良性的。”我就是说不出“恶性”这字眼，至少在第一次跟病人或病人的父母亲说明时，我没法用这个字眼。很多人一听到“恶性”便晕倒。但其实我的冷静是骗人的，我很清楚婴儿得的脑瘤差不多总是恶性的。

我想办法哄霍布森太太说出瑞贝卡短暂的病史。霍布森太太怀孕期间一切正常，瑞贝卡生下来第一个星期也很正常，之后开始呕吐，家附近的一位小儿科医生推测是食物适应不良所引起的，建议他们换奶粉。这方法只管用了一两天，不久她又开始吐。

出生后一个月，瑞贝卡的体重比她出生时还要轻，头越变越大，身躯却越来越细小。由于霍布森先生正在失业没有健康保险，因此他们不再带小孩去看医生，而尝试自己想办法处理，喂小婴儿草药茶、威士忌酒加水、橘子汁、姜汁——任何他们猜想瑞贝卡能喝下去不再吐出来的东西，但全都没有用。等瑞贝卡因脱水而昏迷之后，他们终于带她来找我们求救。

检验过小孩之后，我跟还处在极度震惊状态中的霍布森夫妇咕咕哝哝地说了些安慰鼓励的话，便赶忙走出石膏房，打电话给负责这个病例的主治医师威尔森。

“瑞贝卡得的是脑瘤，在小脑里，横向、有显影，大概2厘米大。”我一边打电话，一边高举X光片，借天花板上的灯光来照明，“很严重的脑积水，有落日现象。必须赶快为她动手术。”

“是呀，听起来的确如此。”他回答道，隔着电话能听到他翻弄纸张的声音，“明天我没空，将她排在星期三吧。也许要用显微镜，也许不用……安排脑干诱发电位测试吧。你说她多大了……六个星期？不妙，很不妙，铁定是PNET。”

PNET是“原始神经外胚层肿瘤”(primitive neuroectodermal tumor)的简称，换句话说，肿瘤由发育脑神经元（脑神经细胞）的胚胎组织所生成。

回到石膏房，瑞贝卡正在哭，不是那种穿透入骨、健康婴儿所发出的哭声，而是十分软弱、脑部出了问题的初生婴儿才会发出的小猫叫声。霍布森太太的眼睛同样又红又肿，颤抖的手忙乱地伸到瑞贝卡嘴巴里，以替代被她弄掉的奶嘴。过去六个星期以来，她大概就是用这个方法来自安抚一直都吃不饱的小孩，这大概也是她明显地睡眠不足的原因。

“现在我带你们去神经科病房。威尔森医生是瑞贝卡的主治医师，稍后他会跟你们说明。我们今天不会再做什么治疗了，除了继续给她打点滴以及打一点激素，这会让她舒服点。”

看了看手表：午饭时间。我也没什么其他要跟他们说的了。我走出房间，把他们留在那里。一对年轻的父母和他们垂死的女儿。

我们的手术目标，主要是希望为瑞贝卡拿掉肿瘤之后，脑积水的情况会改善，此外就是要证实脑癌这个诊断。假若肿瘤拿掉但积水依然严重，那么就需要植入永久性的分流导管了，分流导管的做法是将一条细塑胶管置于皮肤下，将多出来的脑脊液导到腹腔去。

给小婴儿动脑部手术经常演变为一场噩梦。成年人的脑子就已经像一团凝胶般软绵绵的了，小婴儿的脑子比这更软！脑子的坚硬度，全靠脑组织内的髓磷脂。出生三四个月之后，人体开始制造髓磷脂，直到大约25岁神经系统达到成熟阶段为止。有一个神经解剖学的教授曾经向我大发议论，说21岁的年轻人不应该这么快就拥有投票权，因为他们连脑袋都还没“长齐全”。

婴儿六个星期大的时候，还没有髓磷脂的脑子就好像一碗浓浓稠稠的汤一样，手术中一不小心，抽吸器都有可能将它吸走！雪上加霜的是，在成年人的脑袋中，神经大约像铅笔芯那么粗。在小婴儿的脑里呢，神经只比蜘蛛丝粗一点点而已。

给小婴儿动手术，还要面对其他问题。流失掉一点点的血——甚至都不够弄湿一块棉花球，却已足够使小孩休克。更糟的是，小婴儿很容易陷入体温过低状态，因此手术房内室温要保持十分高，甚至连皮下注射的药水都要保持在恰当的温度，以免他们的身体过度冷却。所有这些困难，其实都有一个达尔文式的解释：大自然并不希望生了病的小婴儿靠动手术继续活下去，大自然认为他们应该被埋葬起来。可是，人类的文明进展逐渐不理睬“适者生存”的法则。我们希望每个小孩都能活下来。

星期三，威尔森医生和我将瑞贝卡送进手术室。瑞贝卡完全被麻醉后，我们将呼吸管插进她喉咙里。她的身体都被锡箔纸包起来，以保持体温。用锡箔纸包起来的处理方式，使这些生了病的小婴儿有个好玩的绰号：三明治。

由于她的肿瘤位于后脑，我们将瑞贝卡翻过身来趴着，脸部靠在一个马蹄形的头架上。假如她是成年人，我们会改用一个名为梅菲尔德头架的工具，将病人的头钳住，悬在半空中。马蹄形头架其实就是枕头的另一版本。但如果手术要很久才做完，头架还是会刮破脸皮，造成水疱、瘀伤甚至在脸上留下永久性的疤痕。但另一方面，婴儿的头骨太薄了，还不能用梅菲尔德头架，因此，马蹄形头架尽管有其风险，却是无法避免的。

长时间手术会造成皮肤溃烂或长疮这一事实，足以说明被麻醉和单纯睡着之间的分别在哪里。在睡梦中，每小时我们都会变换一下姿势和位置，以免身体任何一部分长时间受到压力。假如手或腿由于姿势不良而受伤了，便会出现麻痹或疼痛，迫使我们挪动一下，甚至醒过来。而在脑部手术进行期间，类似的动作却十分危险，可能导致医生手一滑而酿成悲剧。为了安全起见，我们必须将病人麻醉，确保他在很长时间内都不会乱动。其实如果事前知道手术需要动很久，我们就会特别小心安排病人的睡姿，在他们眼睛内涂上软膏、用软海绵将点滴针管好好覆盖住。

安置好瑞贝卡之后，我拿起剃刀，将她又软又细的头发刮下来。这部分的工作跟实际要做的手术一样需要技巧，因为小婴儿的头骨只有数毫米厚，一个不小心剃刀就切到骨头里了。

威尔森每次都会数住院医师给病人剃头发时留下了多少个切痕，每个收25美分，等你受训完毕时出一整笔钱存在住院医师研究基金里。给瑞贝卡剃这次头花了我1美元，但我没犯什么大错误。

小婴儿要动手术的地方在脑干附近，在脊髓的顶部，脑干是脑部的电话总机，也是十分容易被损毁的部分。手术期间我们需要监视着它的功能有没有受到损害，监控的方法是利用瑞贝卡的听觉。

声音的传递是经过听觉神经，再通过脑干传到脑子去，这是为什么听觉被用作衡量脑干受伤程度的测量仪。当然，不管是否被麻醉，小婴儿都无法告诉医生他们听不听得到，因此必须使用电子方式来进行测量。

具体的做法是先将一副小小的耳机贴在病人的耳朵上，耳机发出清脆的“咔嗒咔嗒”的声音。声音透过耳朵传入，经过脑干跑到大脑，即脑袋会“思想”的部分。另外，在病人大脑顶部负责听东西的区域，贴上电极。当“咔嗒”这个信号抵达时，神经生理专家就能够侦测到随之而出现的脑电波压——即使我们睡着或被麻醉都没关系，利用手术室里的电脑，专家计算出声音从耳朵到大脑所需的时间，如果太久，就表示手术已经伤害到脑干或者是听觉神经。

当天我们的神经生理专家是巴布。巴布个子小小的，留了一把胡子，拥有电机工程博士学位、医学博士学位——还留了一条马尾辫，他看起来活脱脱就是从20世纪60年代穿越来的。手术进行期间，他会坐在荧光屏前盯着上面出现的电脑图形。他一发出警告，我们就立刻要矫正某些可能伤害到病人脑干的动作，以免伤害无法挽回。

巴布忙着将电极缝到瑞贝卡头上以及将耳机塞到她的小耳朵里的同时，我们跑去将手洗刷干净，抹肥皂时大家都一片寂静。透过窗户，我静静地看着护士在瑞贝卡不幸的头上涂消毒药水。来这医院没几个星期，我已经对小儿神经外科深恶痛绝了。每次动手术之前，脑海中都会浮现笑容满面的小婴儿被慈祥的外公抱着的情景。每个小婴儿都是家人的一份小小喜悦。他们不应该出现在这里。

十五分钟后，威尔森医生将他的15号手术刀切到瑞贝卡头皮里。房间内抽吸器尖声哭喊着。当他在瑞贝卡头上正中切开了一个长16厘米的切口时，我立刻在皮肤切口处放上一个塑胶夹子，暂时止住里面要往外流的血。接着我们用电刀切开后脑及脖子上的肌肉，使头骨和颈骨部分暴露出来。电刀的热使肌肉发出嘶嘶声，烤熟人肉的味道弥漫在空气里，很多医学生就是被这味道吓得头晕眼花的。看到骨头后，我们用一把钳子将伤口撑开。然后，我们在瑞贝卡薄薄的头骨上钻了一个小洞，用较粗的剪刀切割开一个“颅骨窗口”，以打开后脑窝。可以看到里面亮晶晶的白色硬脑膜在跳动。

接下来是切开硬脑膜，探看小脑。但在这之前我们又钻了个小洞，位置就在颅骨窗口上方，将一条暂时引流管插进去，通到已经膨胀不堪的脑脊液腔里。在自身的压力之下，脑脊液立刻汨汨流出。终

于，我们完全准备好探看脑袋了。助理护士给我们戴上了高倍数的放大镜眼罩。

威尔森用一副长长的镊子抓住硬脑膜，另外拿起尖刀轻轻地刮下去，直到看到粉红色的脑部表面。然后，我们再用一把尖尖的剪刀将硬脑膜的缺口扩大。

“脑干诱发电位有改善。”巴布轻柔地说。五彩缤纷的各式电线，像意大利面条般把他围住。脑脊液排出来之后，瑞贝卡脑干承受的压力当然减轻了不少，但改善恐怕只是短暂的空欢喜。

硬脑膜剥着剥着，肿瘤现身了，它比周围的脑组织硬，颜色是深粉红色，有些地方甚至接近紫色。要命的是，它跟硬脑膜紧连在一起，我们刮掉硬脑膜时，肿瘤表面流下来一丝丝的血，活像河流的小分支。

“止血棉，谢谢。”

护士端出一个闪闪发亮的不锈钢盘子，里面放了大小不一的棉花方块，每块棉花都有一条长长的绿线。止血棉的作用是防止我们的抽吸器一不留神吸到瑞贝卡的脑子里，绿线尾巴是提醒我们棉花团的存在，手术完毕缝合伤口之前要全数拿走。

威尔森右手拿着镊子，夹起2厘米大小的止血棉，左手利用抽吸器尖端部分将棉块推到肿瘤和正常脑组织之间，将肿瘤团团围住，他要制造的是一个“面”。如果肿瘤是良性，那么它跟正常组织之间有一个明显的分界面，用止血棉将它团团围住之后，常常肿瘤会探出头来，方便切除。

但假若肿瘤是恶性的，那么癌就已经深深侵入正常组织里，完全没有明显的分界面，瑞贝卡的情况正是如此。当我们尝试将肿瘤从脑组织分离开时，紫色的瘤块散裂开，血流得更厉害了。我们拿起其中一小块碎片，放到小塑胶杯中交给护士，以便做“冷冻切片检查”。病理医生会先把它冷冻，再透过显微镜判断肿瘤的恶性程度。

现在，止血棉全泡在血里了，伤口处还不断有血流出。我们拼命用抽吸器吸走肿瘤块，希望这样做有助于止血，但很不幸，结果只做成一个更深的洞，红红的血继续涌出。我看了一下心电仪，瑞贝卡的心跳逐渐加快，这是失血的征兆。

护士呼叫麻醉医生，请他赶过来。

“有麻烦？” 威尔森问。

“她的血压在下降。”

“这里有没有血袋？”

“没有。”

他面容严肃地说，同时将一大块棉花塞进血流不止的伤口：“去拿一些，注意要把血弄暖。” 血流得比我们的动作快。

“脑干诱发电位，左边延长千分之二秒。” 巴布说。声音信号延迟千分之二秒才能通过左耳传到脑里，这是脑部受损的第一次警告。

威尔森摇摇头：“糟了！”

一堆的止血棉的确让流血减慢，可是因此而施加在脑干的压力却又危险万分。如果拿掉，瑞贝卡可能因失血过多致死，留在那里却可能引致脑干受损，结果是永久性的失聪或瘫痪。

“去他的激发电位。让止血棉在那儿再留一会儿，等他们拿血来说。” 威尔森轻声告诉我。

几分钟过去了。

“血在哪里？” 威尔森不耐烦起来。

“左边电位慢了千分之四秒，波形慢慢变平了。” 巴布喊，角落传来的声音宣判着瑞贝卡的劫数，“右边现在也慢了千分之一秒。”

瑞贝卡的脑干在向巴布的电脑哭泣，恳求援助。威尔森医生叹了一口气，拔掉所有的棉花块。血重新流动，但缓慢下来了。我抓起双极电烧器——它有一副长长的镊子，接到电池上，利用电热来使破裂的微细血管凝封——在血泊里找到还在流血的血管便攻击它，将它烧死。

手术室房门打开，一个小个子、矮矮胖胖的人走了过来，身上套着纸质工作服。这是病理医生。

威尔森医生跟他打招呼。

“你怎么看？”

“这是个多形性、高密度细胞、侵略性十足的……大概是PNET。”

“是呀，我们也这么猜想。”

“看来你们麻烦大了！”病理医生看着缠在一堆、挂在伤口边缘的止血棉尾巴，脸上的笑容隔着口罩都看得出来。

“这真是个大麻烦，但我们有办法处理的。”威尔森说，转回去看看伤口。

病理医生走向房门，回过头来说：“我相信你有办法，但这些状况总让我想起，为什么我宁愿处理死人。”

我们静静地工作，吸走肿瘤的碎片，止血，再弄走更多的肿瘤碎片。威尔森继续追寻肿块，深入瑞贝卡的脑内，可深入追寻到的，是悲剧。

瑞贝卡长的是癌。癌症的标准处理方法，像使用放射线或化学治疗等，全都不能用在小婴儿身上。放射线的照射肯定会危害到还在成长中的脑细胞，使瑞贝卡庆祝一岁生日之前便成为植物人。我们唯一可用的武器只有动手术，尽量除掉癌块，能切除多少便切除多少，这是她唯一——虽然概率很低而且风险高——可能渡过难关的方法。她

已经陷入血压过低、体温过低的状态，而且心搏过速（只差一步心脏就会停跳），但我们仍然勇往直前。

“他妈的！”威尔森手停了下来，终于忍不住大喊一句。我探身过去窥看切除肿瘤后留下的洼洞，里头脑脊液冒出来形成一个小湖，断掉的透明神经漂浮在那里，像几条海草般。他已经挖穿小脑部分，直通到脑干的周边，各条脑神经在这里分道扬镳，继续通到耳朵、脸和喉咙去。某些神经被砍断意味着瑞贝卡可能再也不能听、吞咽或呼吸。勇猛地切除肿瘤是一场赌博，而我们输了。

“左侧激发电位全没了。”巴布说，电脑只不过证实了一些我们看也看得出来的损害，左边的听觉神经全断了。

威尔森将一块止血棉放进伤口里，斜眼看着悬挂在看片箱上的电脑断层扫描片子，让自己镇定下来。很久很久，他一动都不动。往后，我也体会到在手术中严重伤害到病人之后，那几分钟内所感到的痛苦。在那些时候，随后面对病者家属的恐惧、是否应该转行的慌乱想法、律师的身影——刹那间全在心里乱舞。

“手术止血纤维。”他终于动了一下，要护士拿手术止血纤维给他，那是用来填充伤口的柔细网状纤维。一切就此定案：肿瘤继续留在瑞贝卡的后脑里，威尔森对联结手术什么胃口都没有了。原始神经外胚肿瘤没完全被切除，几条脑神经受损，瑞贝卡已经回天乏术了。手术室外面的一个小房间内烟雾弥漫，小女孩的父母和外祖父母正在等待好消息，但他们永远等不到了，瑞贝卡也永远无法参加成年舞会了。我们将伤口填好缝好，大家都再没开口说一句话。

威尔森和我将瑞贝卡送到恢复室。她还在昏睡，嘴里插着呼吸器。她手臂“去大脑强直”地动了几下，证实了我们心里的最大恐惧：她的脑干真的被伤害到了。“去大脑强直”是指四肢强直反射运动，大脑无法指挥，脑干还活着，但功能尽失，极可能成为植物人。

我们请瑞贝卡的家属到会议室，这里比较隐秘，不像家属等候室里挤满了人。我找了个角落坐下，威尔森向他们报告现况。电视剧里

的人听到坏消息时总是呼天喊地的，但在现实人生中，坏消息有时带来的只是震撼人心的静默。家属几乎立即就竖起所有不愿面对现实的防护网。

“瑞贝卡得的是被称为‘原始神经外胚层肿瘤’的一种致命脑癌。”威尔森沉静地解释，“你们大概记不住这个名称的。重要的是这是没法完全切除的，而由于她是个婴儿，我们无法再给她做进一步的治疗了。”

“小婴儿怎么会得癌症？”瑞贝卡的外祖母问，音调近乎歇斯底里。

“那是先天的。”威尔森说，“小婴儿和儿童长癌其实是常有的。”

“她会变成智力障碍吗？”做母亲的哭起来，“她能像其他小孩一样进学校念书吗？”

外祖父母坐在椅子上，不安地挪动了一下。尽管他们没受过多少教育，但他们比霍布森太太更明白发生了什么事。威尔森欠身靠近霍布森太太的脸，手放在她手臂上。

“霍布森太太，”他语气温柔但坚定，目光正对着她，准备投下炸弹，“瑞贝卡不会进学校念书了，她连满周岁的庆祝会也等不到，她根本不能出院。瑞贝卡大概活不了多久了。”

“不，不，你弄错了，她是个强壮的小女孩。我知道，因为她在我肚子里时踢得像头骡子……”她哭得更厉害了，头伏在会议桌上，“她的蓝眼睛是那么的漂亮……妈妈，请告诉我，我的小女孩不会死的！”

瑞贝卡的父亲坐在我对面的角落。他弯着背，手肘抵在膝盖上，左手香烟烟雾袅袅，眼睛看着地板，从头到尾一言不发。房间里安静得令人不安，打破沉默的只有瑞贝卡母亲的低声啜泣。

“我们稍后再谈吧。” 威尔森突然站起来，走向门边，我紧随其后。外祖父也尾随着我们走到门外，他太太则留在会议室里安慰女儿。

“大夫，可以跟你谈一下吗？”

我们关上会议室的门，走到走廊另一端确定他们听不到的地方。

“她还有多久？”

“这很难说.....可能几个月.....” 威尔森回答，“她手术后还没完全醒过来，但恐怕她受创伤很深，有可能出现局部瘫痪，甚至根本再也醒不过来。”

“我们能不能带她回家？每次从家里开车来都要开很久，而他们甚至连车都没有。”

“我想她不能回家了。也许我们可以将她转送到你们附近的医院，但由于目前她需要各种医疗设备，而我们已经开始照料她，另一家医院可能不会愿意付钱再收容她。我知道这听起来很残忍，但也许她只能待在这里直到过世那一天了。”

老人家低着头，不想让我们看到他盈眶的热泪。

“我们应该怎么办？”

“霍布森太太也许还没有跟小孩建立起很深厚的感情。你女儿还年轻，有很多时间淡忘此事，再生一个小孩。我的建议是你们都先回家，就算你们以后都不再回来，我们也会理解。”

“不再回来？”

“这孩子已经没有将来可言了，为什么要看着她受苦和死亡呢？回家吧。”

瑞贝卡终于醒过来了，但差不多全身瘫痪，两腿丝毫不能动弹，手臂也只能微微地动。她还不能吞咽，喂她时会呛到。数星期后我们在她脖子上做了气管造口，也做了胃造口，直接喂食到她胃里，还在她脑部植入了分流导管。

霍布森太太偶尔来看看瑞贝卡，但永远不能抱抱她，没办法喂她。她最看不下去的，是当护士将抽吸管从小孩脖子伸进去，吸走溢流到肺部里的牛奶的时候。由于灌食管洞口就在声带之下，因此瑞贝卡无法发出任何声音。她微张着嘴，无声地哭泣。

终于，一家人都采纳了威尔森医生的建议。瑞贝卡的妈妈也停止来医院看女儿了。照顾瑞贝卡变成医院五楼小儿神经科病房所有人的工作。护士轮流照料她，频繁换班，以免对这个没有未来的小孩生出母爱之感，甚至威尔森医生查病房时也不来看她了。大家喂她、为她洗澡及翻身，我们在她病房里放了个收音机，病床上空悬挂了一个《芝麻街》的布偶娃娃。她的生命，变成一种轮流式的照料工作，在红尘俗世中飘浮着，但没有任何人际间的关联，不想看到小孩缠绵病榻的都跟她保持距离。但不知道为了什么，我还是每天跑去看她。

瑞贝卡·霍布森对这个以死亡来迎接她的世界做出了回应：她拒绝就此死去——至少，比任何人想象中的活得要久多了。

好几个月过去了，瑞贝卡的脸变得圆圆的，脸颊上出现酒窝，还长了一头卷卷的头发。她会对着布偶娃娃笑，没气没力地拍打它。虽然她还是没法独立吞咽及呼吸，因此灌食管及呼吸器都不能拿掉，但她真的成为一个人了，那个曾经把我吓坏的怪异小婴儿，居然蜕变成一个漂亮小宝贝。

查巡病房也变成了娱乐时间。我会一边摇一个嘎嘎作响的玩具或者她的兔子布偶——她妈妈送她的唯一礼物——一边聆听仪器的呢喃声，记录下所有生命的迹象。慢慢地我开始有种挥之不去的忧虑，害怕瑞贝卡离开这世界离得不够快，害怕她长到几岁大，充分领略到这世界是怎么回事，却又要离去。

满嘴道德的人以及主张删减经费的人会说，拿个枕头盖在瑞贝卡的气管洞口上是对她——和对社会——最好的做法。到这时候，花在瑞贝卡身上的医疗费用已高达五十万美元了，就一个垂死婴儿来说，这是一笔十分庞大的成本。她的死亡极有可能十分痛苦，很可能死于肺炎。但讲道德的人和主张删减经费的人，如果看到瑞贝卡，也许会改变想法。尽管她的身体被困在病床上，然而当她对着小兔子笑时，她丝毫不像企盼死亡降临的人。

之后，我在儿童医院训练期满，回到成年人的医疗世界，但晚上难得平静没情况时，我会偷偷跑回去看看瑞贝卡。她撑了九个月，然后满一年，开始说些单字，躺在摇椅上，蓝色的氧气管也在旁摇来摇去。她的《芝麻街》布偶娃娃慢慢残旧褪色，小兔子身上沾满她吐出来的食物。她的家人呢，虽然被告知她的进展，但仍然坚定不移地假装她已经过世。

离开儿童医院之后，我被分派到退伍军人医院，待了六个月，慢慢地不太清楚瑞贝卡的状况，而这时她应该已经有一岁半了。有一天黄昏，我在医院餐厅吃晚餐，突然看到埃里克走过。埃里克当时是儿童医院的总住院医师。于是我问他瑞贝卡是否还安好。

“不，她终于不太行了。我们猜想，她的肿瘤又复发了。”

“儿童医院给她做扫描了吗？”

“为什么要扫描？再给她动一次手术吗？”

他说得很对。早在为她动第一次手术时，我们就在等这一刻出现！不过，这消息还是叫我万分失望。

应该回家了，但我却逛呀逛地逛到五楼去探望瑞贝卡。有六个月没看到她了，有点好奇她现在长得怎么样，她又能做些什么动作了。

已经晚上了，整层楼都很安静。经过护理值班室时，我挥挥手，跟一些熟面孔打招呼，安静地踱向走廊的另一头：瑞贝卡的房间就在这边。进入房间之前，我站在门外，透过窗户往里看。

《芝麻街》布偶娃娃不见了，收音机已换成电视机。电视机是开着的，正在播着电视剧《陆军野战医院》，音量关掉，房间内只听到呼吸器有规律的唻唻声和嘶嘶声。

瑞贝卡呆呆地瞪着荧光屏，脸庞比我记忆中苍白，眼皮也比之前厚重，眼睛又开始往下挪，黑眼圈一圈圈的。她的左嘴角往下歪，无疑是由于脸部麻痹的关系，酒窝也因此成了牺牲品。

我走到病床前，看着她的小脸蛋，她也看着我。停顿了一下，她突然笑起来——尽管笑容有点扭曲。她的眼睛睁得大大的，很高兴地转着头，努力挣扎着要抬起一双已瘫痪的手来抱我。她很高兴看到老朋友！

直到今天，这一刻依然深深地、清楚地凝结在我脑海里，比我医生生涯里任何时刻都要来得深刻。在瑞贝卡之后，我照料过成千上万个病人，结婚，生了两个女儿，但对其他人来说，我也许永远不会像那天晚上对瑞贝卡那么的重要，就算其后我继续过自己的生活，我还是那个只能躺在病床上的可怜孩子生命中很特别的一个人！

那天晚上，我陪着瑞贝卡和她的小兔子，陪了很久。十天后她过世了，那只小兔子和她一起下葬。

瑞贝卡过世后一个月，有一天护士呼叫我，瑞贝卡家属送了个礼物来，他们希望我亲自去看看，那是个陶瓷做的小女孩，女孩一副笑脸。在瓷像底座刻了一行字“怀念瑞贝卡”。

我并不特别热衷宗教。事实上，我觉得“带着癌症出生”这件事本身，就已经很难跟一个“仁慈的上帝”相容不悖。不过现在，在某个地方，瑞贝卡可以在艳阳下欢笑，终于能摆脱掉她的呼吸器和灌食管了。

我的冷血怪医伪装碎成了碎片。我离开小儿神经外科的楼层，走出儿童医院的大门。

永远不要再回来。

第十一章 我害死了查尔斯

拿到驾驶执照的最初几年，开车时我都没怎么注意路上的各种危险。保护我这个血肉之躯的，只是一辆老旧生锈的便宜二手车，但我信心百倍地开着它上路，内心充斥着年轻人的错觉，像古希腊神话中的阿喀琉斯一样，以为自己是刀枪不入，永远不死的，直到发生了一件意外，将我的幻觉完全戳破，跟刺入阿喀琉斯之踵的箭一模一样。

某个下着雪的星期五傍晚，我开着那辆1967年的金龟车，从医院开往父母家。走在高速公路上时，雪花粉末般飘下，在路面上铺上薄薄的一层，而我还以为车轮胎跟路面间的摩擦力一切如常，我的意思是说，直到车子开到一座陆桥上，我才体验到铁桥确实比一般路面冻得快，上面已经开始结冰。因此，当汽车以80千米的时速碰到桥上闪闪发光的冰层时，我立刻感觉到，破旧磨损的轮胎与路面间再没有什么摩擦力可言，手里方向盘像废了一样。车尾巴慢慢地向顺时针方向摆过去；眼前看到的是桥栏杆，一一晃过去，因为车子已经转了90度，与陆桥成垂直，横着往前滑去。

车子继续打转前滑。突然，后面一辆大卡车的车头灯照得我什么也看不见，有好一阵子我内心很惶恐，害怕撞到桥上的墩柱。终于，失去控制的金龟车转完一整圈，刚巧冲出了桥面，回到比较暖和且摩擦力较强的柏油路面，重新又“脚踏实地”，一支箭似的继续往前开，好像刚刚什么事都没发生过。

但事实上有些事情的确是发生了。尽管我毫发无损，车子也没撞到任何东西，但从此我对于开车的感觉却全改变了。这次经验教会了我十部驾驶教学片都教不会的事：车子是多么容易失去控制，一不小心就会车毁人亡。许多年之后，我还清楚记得车子在滑动、方向盘在手里溶化掉不见的感觉。那种感觉是前一刻一切都还在你掌握之中，下一秒钟，活不活得下去就得听命运摆布了。

那一次我很幸运，上了一课而不用付出任何代价。真希望所有教训都像这样毫无痛苦。有句美国谚语，意思是让小孩碰一碰火比告诉他一千次不要接近火要有效得多。不过，如果小孩第一次碰火就被烧死，那这种教育技巧就大大失败了。在那条铺满雪粉的高速公路上，我就逛到了火里去，全凭运气才逃过一劫，没被烧到。

可在达到外科医生成熟阶段之前，我逛到了信心过强的大火里，只差那么一点点，我的心灵便被烧成灰烬。

找到头颅里的动脉瘤将它夹起来，这考验着一位神经外科医生的勇气。虽然说，这项手术绝对不能完全反映出医生的价值。事实上，一位擅长动脊髓手术但不知道如何处理动脉瘤的医生，绝对比一位单会夹动脉瘤却不懂做脊髓手术的医生更有价值，可是众多住院医师仍旧用动脉瘤为尺度，衡量个人的英雄气概。

我们这些学徒究竟在什么阶段“做掉”第一个动脉瘤，以及训练完毕时一共处理过多少个动脉瘤，在神经科里是公开、尽人皆知的统计数字。

考虑到这项手术牵涉到风险，怎样“做”动脉瘤是一个争议甚多的话题。“马克说他跟葛普塔一起做完那个前交通动脉瘤，但其实动脉瘤并不是他分出来的，他只不过是最后将血管夹子夹上而已……那部分容易多了。”动脉瘤是我们“大狩猎俱乐部”的狂牛野象。如果你想把它们头挂在墙上，就必须轻手轻脚地追踪它，面对它，看着它的眼睛，再开枪。让别人替你找出动脉瘤，你再将夹子夹上，这十分像狩猎向导已经用棍棒把大象打昏了，再请你对着昏迷不醒的象脑袋开枪。这样做根本就不公平。

在动脉瘤切除记录的英雄榜上只算平平之辈的我，在成为资深住院医师六个月之后就做掉了生平第一个动脉瘤（后交通动脉瘤），还蛮容易的。接下来的六个月我又夹了好几个。慢慢地，我的成功次数越来越多了，每次都比前一次顺手。虽然少数几位病人因为无可避免的脑出血并发症而去世，但他们都不是由于我的手术而出事的。我的

自信心逐渐膨胀，接近危险边缘。“那并不怎么困难嘛。”愚蠢的我如此向一位主治医师夸耀。

“成功夹上生平第一个动脉瘤，还够不上资格被称为神经外科医生。”他表情冷酷地回答，“等到有动脉瘤在你面前爆开的时候，你才有资格成为真正的神经外科医生……那种情况发生了没有，小朋友？那些讨厌的小杂种有没有爆到你身上来过？”我摇摇头，他则只在那儿微笑，那是历经风霜的老枪手跟自命不凡的新手谈话时才会有的微笑。这个新手还未尝过被子弹打到骨头里的滋味呢！“那么，当你碰到生平第一颗爆掉的动脉瘤时……这样说吧，下一颗动脉瘤就不再那么简单了。”

那一年已经是我受训的第五年，连资深住院医师阶段都快结束了，正打算做些研究。但由于临时出现一些情况，退伍军人医院希望我能在临床部门待三个月再开始研究。等我从前任总住院医师手里接过指挥棒时，门诊只有一位病人：查尔斯·博格纳。查尔斯四十多岁，参加过越战。我看到他的时候，他被送进医院来一天还不到。诊断结果：蛛网膜下腔出血。

就在48小时之前，查尔斯经历了生平最糟糕的一次头痛，他说这次头痛可以颁个“最糟糕奖”，痛得好像被迫击炮打似的。头痛发生时他正在跟他的第二任太太行房事。电脑断层扫描显示，新鲜血液已经溢到左脑苏菲沟里，那是额叶和颞叶间的一个大缝隙，也是伟大的中大脑动脉流经之处。

中大脑动脉简称MCA(middle cerebral artery)，是颈动脉的最大分支，负责供应差不多三分之二的脑部血液。在苏菲沟，MCA细分为更多的血管，离开缝隙之后分散在脑子表面，像会供应养分的一根一根的手指。在MCA每两条分支的会合处，血液都处于高压状态，形成急流中的漩涡——是动脉瘤出现的最肥沃土地。

长在MCA上的动脉瘤有时十分难处理，因为它们藏在MCA交错盘结的分支血管之中，像只胖嘟嘟的红色雀鸟躲在笼中，你必须先将那些影响生死的动脉和一戳即破的动脉瘤明确分开，才能用金属血管

夹子夹到动脉瘤的“颈”部，否则，也许一不小心连其他动脉也夹到了，就会引起病人中风。

从动脉瘤来看，查尔斯的病十分具有挑战性。作为一个人来看呢，查尔斯有很多与众不同之处。他对交际的热爱已经到了有点让人讨厌的地步，介绍他太太时十分不得体，形容她是“第二任博格纳太太……肯定以后还有好几任”。他肆无忌惮地说出第二任太太的定义：“身上戴满真宝石，性高潮却是假装出来的人。”明显地让她困窘不堪。他甚至公开地跟病房内其他病人谈他太太的性技巧，以及如何因此使得他脑袋里一条血管爆裂了，显然他很以娶到能让他生这场病的太太而骄傲！说着这些粗俗的话语时，他还气喘吁吁地笑个不停。

如果在暗巷里与查尔斯狭路相逢，我铁定会被他头上的马尾辫、粗大强壮的手臂以及手臂上不堪入目的刺青吓到。但病房并非街头暗巷，查尔斯也只不过是名需要动手术的病人而已。血管摄影证实他左侧MCA的确有个动脉瘤，安排好的手术日，是我来到退伍军人医院的第四天。

查尔斯的动脉瘤位于他的左脑。对神经外科医生来说，人脑有两个半球：左脑，以及“不是左脑”的另半边脑。对超过百分之九十用右手的病人而言——绝大部分用左手的病人也一样——左脑是最重要的部分，里头是负责说话、理解别人说话，包括读和写等的工具。右脑也有些用处，像早上帮我们搭配衣服啦，欣赏巴赫的音乐啦（甚至作曲的能力，如果我们是那少数的幸运儿的话）。右脑的功能都有最好，没有也可以，但左脑的功能却是完全不可或缺的。当然，如果右侧的MCA完全闭塞住了，那么病人左脸、左手、左腿都会瘫痪，但起码他还保住了智慧和性格等部分。同样程度的闭塞要是出现在左侧的MCA，病人便和其他人一刀两断，简直像被丢到外国去了，因为他说的话没人听得懂。

吸管大小的MCA内流动着的是生命的琼浆玉液。由此可再一次见证，我们每个人的未来是如何系于一些脆弱的结构上的。比利就明白铅笔粗细、被称作脊髓的东西是多么的有用。我们心脏的冠状动脉，

像一缕意大利面；垂体则比一小块葡萄干大不了多少。这些器官十分细小，但对生命都很重要。为了补偿它们的脆弱，大自然用骨头肌肉做成的甲冑加以保护。不幸的是，在查尔斯的身上，大自然没法保护他左侧MCA不被干扰。

查尔斯被如期送进手术室。开颅部分十分顺利，苏菲沟结了一些疤，不费吹灰之力就剖开了，动脉瘤和MCA的分支血管已经看到，动脉瘤圆球状部分藏在一条条的动脉中，随着心脏跳动着。没什么好担心的了，连MCA的主干都看得到，要是手术中出了什么情况，也可立刻在主干上夹上临时夹。主治医师待在休息室，假若我“碰上麻烦”，他可以随时待命。

透过显微镜以及运用显微手术器械，我努力将动脉瘤从MCA的血管鸟笼里释放出来，在它的脖子部位放上血管夹。拨开一条MCA血管，毫无问题，然后又弄开一条，容易极了，成功已经在望！

但最后，当我将动脉瘤扭转过来，想看清楚它的背面时，悲剧突然发生，血液在MCA动脉最里头冲锋陷阵，我却将脆弱的动脉多拨弄了那么一次。电光石火间，原本干干净净的手术视野转为殷红血海。我呆住了，愣在那里，一下子，血液立刻灌满了查尔斯的左脑，甚至溅到我腿上来。我脑袋里空白一片。这真的是不可能发生的，一切都进行得那么顺利……怎么办……赶快放个抽吸器进去，蠢蛋！我抓起最大的抽吸器塞到伤口里，在一片血海里寻找溢血的来源。动脉瘤爆掉了，但裂口在什么部位？还有办法补救吗？

“这里在出血了。”我声音颤抖地通知在旁待命的麻醉护士，他从椅子上弹起来。

“多少？”

“很多。”

他拉下警报铃请求援助，我则一边重新找到MCA的主干一边高声尖叫，要护士给我临时夹。临时夹子夹上后，出血减缓了。主治医师

和麻醉医生冲进来。

“为什么不通知我？”主治医师在我身旁大发雷霆，好像我还需要更多的压力和焦虑似的。

“它就那样发生了。”我低哀哀地说，“我想看看它的背后，它就爆掉了.....我弄了个临时夹在上面。”

他眯眼看另一副显微镜，那通常是给副手用的。

“在哪里.....临时夹在哪里？”

“这里。”我用一个镊子指出夹在MCA上的夹子。

“在那么下面？耶稣基督呀！那太前头了，恐怕在基底核分支的前面.....夹上有多久了？”

“一分钟，也许两分钟？”

“妈的！我立刻回来。再分动脉瘤，试一试.....也让MCA再多露出来一点。也许你可以将临时夹往血管下游挪动一下。”

查尔斯的左脑已经肿起来，变得软绵绵的，我放了几块长形止血棉在伤口处，稍作保护；接着吸走瘀血，继续追踪到出血的地方。终于追踪到动脉瘤，看后我大惊失色，因为动脉瘤的球形部分已被撕离开它长出的血管。糟糕，十分十分糟糕。要是破裂的是球顶本身，像安迪的情况，我还可以很容易将动脉瘤的颈部夹住，一切就没事了。但撕裂的地方在颈部的话，血管上就留下一个大洞，而洞口是无法修补的。一大条MCA分支，甚至整条MCA，都必须夹起来，血才会停。我被困在一个必输无疑的局面之中：任由查尔斯死在手术台上呢，还是中断他的左侧MCA供输血液，让他最后话也说不出地死在福利院里？会出现哪一种结果？

匆匆清洗之后，主治医师把我从主刀医师的位子上赶下来，拿起抽吸器，在伤口周围查看。我退缩到副手的位置上，等待他宣判动脉

瘤的撕裂部位，像个玩棒球不慎打破了窗户的小孩等待父亲发现这件事一样。我在刹那间就从外科医生退缩为一个小孩。同一时刻，躺在手术台上的一条生命正慢慢报废。查尔斯的一大堆战争故事以及黄色笑话随着迈向死亡的血管烟消云散，唯独留下了无生气的苏菲沟对着我冷笑。临时夹已经夹了超过五分钟，查尔斯的左脑——宝贵的左脑——不大可能撑得过去。

“MCA的主干上有个大洞……”主治医师喃喃怨道，声音中有点逆来顺受的味道，“弄表层颞动脉分流吻合手术要花太多时间，已经来不及了。但反正我也怀疑分流手术是否真能灌流整个MCA区域。我会在MCA夹上环绕夹，希望MCA保持畅通，虽然我想这不大容易做到。”

环绕夹的功能，正是在这种悲剧发生时，用来团团围着血管，包围住破洞。主治医师将夹子弄上，临时夹退下来。MCA出血停止了，可是夹住的MCA支干部分也不再跳动。接下来数分钟，维持生命的动脉由于瘀血栓塞而变得像是紫色的甘草秆。主治医师耸耸肩，脱下手套，摘下口罩。伤口还未缝上，但他已经不顾消毒问题而摘下口罩，这个举动充满象征意味，等于已经宣判病人的死亡，虽然他还没离开手术台。

“去跟家属谈谈吧，弗兰克。”

“好，我会的。”

这个伤口好像永远都缝不完，像是一个荒谬、很不光荣的差事，每个马拉松跑者都跑完回家了，你却还在蹒跚地步向终点线！我想起还待在家属等候室里的第二任博格纳太太。

午后不久，终于将查尔斯送进恢复室。正如预期一样他醒过来了，左手、左腿拼命猛烈拍打，但右手、右腿丝毫不动。给他指令时，查尔斯只睁大双眼，眼神昏乱，像只动物快被车子撞上时瞪着车头灯般茫然。他说的话呢，完全杂乱无章。左脑完全废掉了。头脑没了，身体也快没了。

到了家属等候室，我请其他家属出去，让我跟博格纳太太单独谈话。我关掉电视机，门也关上。

“我们.....出现大出血.....我们被迫将通到他左脑的血管夹上.....他.....他严重中风了，我恐怕他.....”

“中风？他还.....活着吗？”她的双手开始发抖，眼眶内泪水盈盈。

“活着，活着，他还活着，但他无法说话或挪动右边身体。恐怕那已经成为.....永久性的了。”

“永久性！就是说，他永远都不能说话了？”

我眼睛朝下看：“是，永远不能。他甚至撑不过去。”

她呼吸变得短促，接着跑到垃圾桶边呕吐起来。她崩溃了，缩成一团坐在沙发上，灰白的脸埋在双手里，轻声啜泣。

“需不需要我替你通知什么人？朋友？家人？”我知道查尔斯两次婚姻都没生小孩。

“不，让我安静一下。你已经做得够多了。”

“手术是有风险的.....我们已经向你们两位说明过.....”

“走开。”

我乖乖地走开。

接下来的日子惨不忍睹，苦不堪言。醒着的时候，查尔斯都在用他的左手乱打，扯床单，展现出百分之百的挫折感，不住地喊“呀.....呀”，希望别人能听懂他的意思，但徒劳无功。而照顾失语症，即失去语言能力的人，更是考验你的能耐，查病房查到查尔斯简直是一次折磨。主治医师每天早上都拖着我去看查尔斯，冷酷严峻地

逼我看看自己犯下的大错误，很像狄更斯所写的《小气财神》里，圣诞未来之灵迫使男主角预先看他晚景的凄凉。

每一天，博格纳太太也不断让我感受她的痛苦及不满。没错，查尔斯头里的确长了个什么动脉瘤的东西，但至少手术前他还安然活着。在她心目中，不太可能还有什么能比动脉瘤造成更大的伤害了。而她是正确的。事实上，关于手术的结果她没有怪我，但她觉得她先生被骗了，也许根本就不必动什么手术的。所谓根据统计数字而决定做的手术很难对病人说个明白。这类手术等于掷骰子，你在赌动手术的风险比继续与病症共存的风险低，赌输的人当然会觉得被骗了。

我陷入深深的忧郁之中。一般的娱乐消遣，像看电视或吃一顿丰盛晚餐等，完全失去意义。每当我想到，我的病人被困在没有语言、与外界隔绝的痛苦中挣扎时，任何娱乐都显得渺小不重要。打网球？当查尔斯在受苦的时候我却在玩？我做不到。

甚至睡也睡不好。我不停地做着同一个梦，梦境中回到钢铁厂。在工厂工作时，我最喜欢的消遣是看着机器手从烘热火炉里抓出滚烫的铁锭。但在我的梦里，机器手拿着的都是巨大、闪闪发亮的动脉瘤夹子。从火炉里抓出来的可不是在燃烧的铁锭，而是四溅的鲜血，从熔炉深处，涌出来血淋淋、热乎乎的流体，像火山岩浆一般冲向我。其他工人都在嘲笑我。“冒牌医生。”他们不齿地笑着。

醒着的时候，脑海里不断重复出现动脉瘤爆裂掉之前的几个画面，怎么也没法停止。我只差那么一点点就能将那讨厌的鬼东西夹好！当时有没有什么其他我可采取的措施？如果其他人来主持动刀，结果会不会好一点？我是不是跟那个动脉瘤玩太久了？我不知道答案，或者，更糟糕的是也许我知道答案。

“死亡与甜甜圈”是我们每周一次的会议，专门讨论因并发症、感染或手术而造成的死亡事件。会议中对于查尔斯的案例没什么争议就打发过去：动脉瘤破掉、病人中风了，唉，运气真背呀。一群经验丰富的外科医生打个呵欠，接着半认真地讨论如何处理这种状况——是否或应否采用分流手术，作为供输血液给脑部的辅助系统，又或者

镇静剂会不会有帮助等。这个并发症则被归为PD——病人的疾病(patient's disease)——就像那位英国佬说动脉瘤就像硬掉的奶酪般讨厌。在我内心，我怕的并发症是PCP：医生选择不当(poor choice of physician)。我很认真地考虑辞职，结束我的急诊医生生涯。费米的忠告又在我耳边响起：要当就当最好的，否则就做些别的，这里没有冒牌货的生存空间。我是不是晚了一步才想起这位大物理学家的金玉良言？应该在遇到查尔斯之前就想到？

那个铁石心肠的我跑到哪里去了？安迪过世后，我以为我的性格已被淬炼成钢铁般坚硬，可以面对任何挫败——或者说，我以为我已经能面对任何挫败。瑞贝卡的病深深困扰着我，但她只是个小婴儿，是特例，谁也不忍心看着婴儿死去。但查尔斯不只困扰我——他的情况在折磨我。我就像《罪与罚》里的主人公拉斯柯尔尼科夫，一直都误以为自己是是个没有良知、铁石心肠的超人，直到他杀了人，因为罪恶感而“解脱”了。查尔斯是我生平碰到过第一个因为我、完全只因为我而造成的悲剧。他的病并非不治之症，他并不是老朽不堪、行将就木之人，更不是因为主治医师判断失误，不是生下来就得了脑瘤——他将他的生命像一个精美的瓷器交到我手里，我没接稳，瓷器掉到地上。

在那一天的“死亡与甜甜圈”会议上，我环目四顾，看着周围十多位经验丰富的外科医生，他们的年资加起来总共有一百年。这些都还是凡人吧？在他们的学习过程中，一定也搞砸过数以十计的生命。他们怎么还没发疯？

还是他们事实上已经疯了？拉斯柯尔尼科夫在接受审判时，梦到一个充满残忍不堪的人的世界，那里的人强烈相信自己的道德正确性，从不感觉到一丝罪恶感或悔意，就算他们周围的世界已开始腐败也不动摇。我是否也要变成这样才能继续走下去？我是否应该盲目地相信，当时我已经没法表现得更好了，无论谁来动刀，当天都无法获得更好的结果？

这不是科学家的风格，而我依然把自己视为一个科学家。数学家雅各布·布鲁诺夫斯基(Jacob Bronowski)相信，在奥利弗·克伦威尔

(Oliver Cromwel)的宣言中就能找到科学的信条：“我恳求你们，以基督的仁慈之名，要记着你们可能真的犯了错误。”如果我想与我犯的错误共存，那么是否应该离开布鲁诺夫斯基的自我批判世界，而进入拉斯柯尔尼科夫的梦境，进入疯子的乌托邦？

手术后第五天，查尔斯已死掉的左脑肿胀起来，将脑干的最后一滴生命之源也压榨掉，他被放进维生系统中。在一个让人紧张的十分钟会议中，查尔斯的太太和我达成共识，拔掉他的呼吸器。手术后第七天，我走到他的病房，靠着手里的呼吸器钥匙，做了一件在越战期间敌人花了四年都没完成的事。

我的忧郁一点都没消退。空闲的时候，我回到进入医学生涯以前的地方——公园里的网球场、大学图书馆，甚至中学附近的地方——希望吸收一些过去的气氛使我恢复到以前的我，变回那个无忧无虑的小男孩，那个全世界唯一要担心的只是迟交读书报告的年代。但我再也不是那个小男孩了，我甚至不再是那个无所不能的优秀大学生，那个随随便便就科科拿“优秀”的懒鬼。我已经30岁了，订了婚，只拥有一项谋生技能。如果现在改行——念法律学校、拿个MBA——我就要冒着变成注册医师威廉先生的危险，从一份工作流浪到另一份，直到退休都一事无成。更糟的是，在那些行业，我无法保证自己一定会更快乐或更有成就。

没有第二次机会了。我终于决定，我这胡乱闯荡的一生，就在神经外科安身立命。

动脉瘤事件发生后许多个星期，我都拒绝操手术刀，这在慢节奏的退伍军人医院是可能发生的事。可是，跟医院里的其他住院医师讨论我的职业生涯困惑不会有多大用处——海军陆战队的小兵绝对不能和他的训练官讨论自己对军队的困惑。我决定打电话到纽约找盖瑞。

“是呀，这真是他妈的讨厌，不是吗？”隔着电话，我听到划火柴的声音。他在抽烟。

“就这样？”我满腹牢骚，“‘真是他妈的讨厌’——这就是你的金玉良言？”

“你在为谁难过，你自己呢，还是那个死去的可怜虫？”

“我猜都有。”

“我不这样觉得。你去参加葬礼，送花或什么的了吗？”

“呃……没有。”

“那么，还有什么困扰着你？”

“那个动脉瘤没那么难处理。如果是专门切动脉瘤的医生——像崔克或桑德——来动刀，那么查尔斯现在应该早就回家继续拼老命跟他太太做爱，努力地再来一次脑出血了。但当时不是其他人，而是我……”

“让我告诉你一个故事。”盖瑞打断我，“我做住院医师的第三年，在神经病理科时，晚上我在南方医院兼职。有天晚上，有个家伙把他的好朋友拖进医院来，他朋友在街上跟别人干了一架。我们把伤者放到担架床上，发现有把牛肉刀插在他右胸，深得只露出刀柄。而就在我和急诊室护士长的面前，这位仁兄急转直下变成一堆烂泥。护士长是那种铁娘子型，属于在同一家医院工作了千百万年的那种人，她推来一车的手术工具。‘这是什么？’我问。‘开胸手术工具。’她说。没错，那家伙是需要开膛剖胸，但我肯定是不动他的。我说：‘算了吧，他找错人了。’后来他果真没了。有好一阵子我觉得很内疚，内疚得要命，直到我想通了两件事：第一，我没将那该死的刀插到他胸膛里；第二，如果他们希望全世界的医院急诊室里都有个胸腔外科医生坐在那里等着，那他们就要有心理准备不能只付他一小时40美元的工资——那是当时他们付我的酬劳。”

“故事的教训呢？”

“你没让他的动脉瘤出血……那是他太太弄的。而他有高血压，许多许多年来的高血压——很显然他忙得没空去看看医生。你没有杀死他，你只不过被请来防止他自己弄死自己……而你失败了。是的，桑德没在那里，但他不可能处理国内所有的动脉瘤。而我相信厉害的桑德在一生之中也一定弄破过几个动脉瘤——你以为他们生下来的时候手里就拿着个装夹器？永远都有人比你厉害，也永远都有人比你差劲。如果你担心不如别人，那你为什么不放弃手头所有的病人算了？干脆设条电话热线，坐在办公室里，替病人找世界上最好的外科医生好了。因为你自己技艺不精而咒骂全人类，这没什么意义，对不对？算了吧，不要再自哀自怜了，你只要尽你所能为那些找你帮忙的人服务就够了。我才走了一年多你就开始为一件手术后的死亡事件垂头丧气了？！是呀，这是个噩梦，但神经外科就是这个样子，噩梦之帝国。未来你还会有很多噩梦呢。记得我的食指吗？你的心脏血管有没有那样粗？”

“大概吧。盖瑞，你是如何应付得了这些的？你好像从来不太在乎。”

“你要在乎病人，但不能过了头。给自己太太动手术是不道德的，为什么？因为当放在手术台上的是我们的家人时，我们很有可能会慌，会紧张，会搞砸。单是医学伦理学不准医生处理近亲这个事实，就足以证明我们不应对病人动感情，以免因为害怕手术失败而把自己弄得神经紧张。病人希望我们在乎他们，但他们也希望我们能像在三明治店里切火腿的师傅一样冷静。这是那种解释不清的，看似矛盾而实际上很明确的事情，我们只能接受现实——你知道，像圣诞节时播的‘摩登原始人圣诞特辑’。公元前一百万年的原始人怎么可能过圣诞节嘛！别再胡扯了。夹起那些动脉瘤，别管发生什么。不要逼我从纽约跑过去踢你屁股！”

终于，我真的做到了将查尔斯置之脑后，扔掉那封整整齐齐打好了的辞职信，停止看各大医院的招聘广告。到底我心理的痊愈乃是由于自我的成熟，还是由于我意识到已无后退之路？我不清楚。但像拉斯柯尔尼科夫往后的发展一样，我终于承认，铁石心肠并非面对艰巨

责任的好方法。想要成为最优秀的医生，一些爱心是必要的，尽管我们无法成为全世界最好的医生。

爱会让手发抖，但爱也驱使着我们，用尽全身每一分力量避免手发抖。痛苦，无论是心理上的还是生理上的痛苦，都是动物世界里的训导主任。查尔斯过世所带来的痛苦，教会了我要对外科手术的熊熊烈火心怀敬畏。从今以后，我会小心应付。

查尔斯逝世三个月后，信箱里出现一封信，是博格纳太太寄来的谢函。谢函十分简短：“我现在明白了，您已经尽了力。谢谢您所做的一切。”

这一次我丝毫不觉得尴尬，不像很久以前老农夫为了错误的想法谢我而内疚一样，因为这一次，博格纳太太不是因为我穿上魔法师的白袍而谢我。我真的已经全力以赴了，只不过我的全力还是不够好。

我接纳过去的噩梦，也等待着未来的噩梦。

第十二章 生命之轮

起床，洗澡，煮咖啡。日常生活的周期，就好比困在轨道中的行星般，一圈一圈地绕个不停。每天，也许会来一些小小的变动，使我们的生活轨道出现一点振荡，稍微左右摇摆——诸如车子坏了或者是校车来晚了之类——但基本的形态是很少改变的。日出，日落。我们爬起来，上班，睡觉。沉重巨大的生命巨轮冷酷无情地往前滚动，向着我们不确定的未来滚下去。

对许多人来说，生命的一成不变是十分沉闷无趣的。他们觉得，每天的例行作息所留下的，只是难以忍受的固定模式，一切都变得在意料之中，烦死了。曾经一度，我也很害怕陷入一成不变的生活方式。我愿意忍受外科住院医师训练的主要原因之一，就是想避免变成朝九晚五的上班族。但当了医生之后，我却学会了一件事：我每天都祈祷，希望今天跟昨天一样，希望生活轨道保持稳定，生命巨轮继续向正前方迈进，不要改变。我祈祷，当我回家——像过去几千几百次回家时，妻子和孩子都平安如昔，父亲母亲还活着，房子没有垮，薪水也如期领到。

因为，我看过太多的病例，病人原先平凡无奇的生活在一刹那间破碎掉，都因为意料之外的事情：交通意外、脑出血、心脏病发作等。这些人早上醒过来，本来预想过的是另一个无聊透顶的日子，却发现他们的生命巨轮突然脱离轨道，闯进一片黑暗里。

莎拉·克拉克碰到的就是这种日子。她是位28岁的家庭主妇，丈夫是个黑人，也是个成功的企业家，莎拉刚怀了他俩的第一个小孩不久，在待产期中。这天，她在高雅的郊外住宅内准备晚餐，右手突如其来地痉挛抽动，把她吓了一跳，手里的刮刀也拿不稳。由于毫无预警，她连喊叫求援都来不及，便两眼昏花，天旋地转，跌跪在地上，最后整个人都陷入癫痫昏迷状态，颓然倒在地板上。不久，痉挛停止，但她还是不省人事地躺在飞洒四处的蛋糕面糊和盘子碎片当中，

过了一个小时，克拉克先生回来才发现她的状况，急忙将她送到附近的妇幼医院。

起先，大家都不确定究竟发生了什么事。“她单纯地昏过去了而已……我推测……也许因为厨房里太热了。”产科医生安慰话语不断，并宣布胎儿无恙。他又说，在怀孕的前三个月当中，类似的昏倒并不是罕见的。但莎拉还没离开医院，痉挛又重新发作了，也是从右手开始，接着如波浪般散遍全身，她的身躯被扭曲，十分猛烈及恐怖。这一次，痉挛一发不止，直到他们为她进行静脉注射，给她安神剂和镇静剂后才止住。现在，产科医生和克拉克先生同样感到惶恐困惑，医生立刻下令将莎拉转送到大学医院，即我们医院的神经外科。

那一年原本是我待在实验室里做研究的一年，但不巧神经外科的总住院医师弄断了手腕请了长假，作为未来总住院医师继任人选的我，便从实验室里被调来当暂代主管。回到科内上班的第一天，某位新进住院医师呼叫我到神经放射科，协助他分析莎拉的断层扫描照片。我在一个关了灯的房间内找到他，一起瞪着眼看片箱上的片子。

莎拉左脑叶上有一大块黑色斑点，好像脑组织中被挖了个椭圆形的洞似的。在“加强显影照片”中，黑斑里可以看到几处白色的区域。“加强显影照片”的拍摄方式，是用静脉注射的方式将碘显影剂打进去后再扫描。正常情况下，碘是进不了脑组织的，因为脑组织有一层保护罩，除了重要养分外全不让通过，但如果某部分遭到破坏，像感染、受到创伤或长肿瘤等，使保护罩遭到破坏，局部就会被“加强显影”，出现白点或白块。

“啊哦！”我指着加强显影的区域说，“看来这位女士碰上麻烦了。”

“哪里？告诉我。”新进住院医师凑过来。

“这里——”我信手拿起反射锤指着出现损伤的地方，“在左前脑的地方。并不是很大，也许2厘米，但里头出现加强显影。肯定是个神经胶质肿瘤，不是星形细胞瘤就是寡树突胶质细胞瘤。也许恶性

程度不高，但加强显影现象令人担忧，也许已经开始转为恶性……让我猜猜看，她送来的时候处于局部癫痫状态，手部痉挛抽动一分钟左右就停止，对不对？这个损伤区域不大，不足以让她头痛或全身无力，但位置刚好在手部控制的地带。”

“很接近。痉挛的确从右手开始，但接着遍及全身，她被发现时倒在厨房里，自己醒过来，先被送到妇幼医院，在那里的医生……”

“妇幼医院？”

“是呀，她怀了身孕，不到三个月……总之，起先他们以为她不过是昏过去了，因为事发时没人目睹经过，但她随即又发作。不用说，产科的人吓得屁滚尿流，赶忙将她送过来。”

“有身孕。好极了，真的好极了。”

“伟大的代总住院医师，我们接下来怎么办？”

“把她分派给萨克文。”

“他今天没值班。”

“我知道。但他的专长是‘立体定位切片’，记得吗？目前，检查这东西最安全的方法是用探针。如果用开颅检查的方式，就一定要通过她的布洛卡区，结果她就会失去语言能力，她的小孩休想听摇篮曲了——假定她小孩真的能生下来的话。”布洛卡区是左大脑里掌管语言器官的部分，名称来自19世纪的法国医生皮埃尔·保罗·布洛卡(Pierre Paul Broca)，他是第一位意识到大脑肿瘤和失语症间关系的人。

“你认为她能不能保住胎儿？”

“我不知道……大概能保住吧。但是，虽然肿瘤本身不会影响到胎儿发育，但如果不处理肿瘤的话恐怕她活不过六七个月。然而，由于她胎儿还不满三个月，我们不大可能处理她，因为她需要的是放射

治疗，起码会吸收6000拉德的辐射，没法挡住胎儿让他不被照射到，至少我不觉得那是可能做到的，我们要问问放射治疗师有没有办法——这问题以前从来没发生过。化学治疗也许有帮助，但同样不可能让孕妇接受化学治疗的。大家甚至连咖啡都不准她们喝了，老天爷！我们怎么可能给她亚硝基脲或者用铂类药物？也许她要做个选择：要不就撑到预产期再去世，要不就选择人工堕胎。喏，这就是你的选择了，太太。祝你今天好运平安！我会去跟她谈谈。你看，我放弃了实验室的工作跑来干这苦差事！”

莎拉是个让人叹为观止的美女，颧骨高高的，配上一对柔和的淡褐色眼睛。我走进房间时，她坐在病床上，腰背挺得直直的。她那帅劲十足、指甲修剪得十分整齐的丈夫詹姆斯坐在旁边椅子上。她看上去有点不稳，那是因为吃了抗癫痫药物的关系，但当她看到我时还是挤出一个笑容来，她的癫痫发作已经过去了。

“那么，大夫，”她开口说话，语调轻柔，差不多怀着些许歉意，“我现在是个羊癫风啦？”

“我更愿意称之为‘抽搐症’，但不错，正式地说你确实得了这个病。”

“为什么？到底我出了什么毛病？”

“克拉克太太，任何人都有可能癫痫发作，有些人就是更容易发作，仅此而已。原因可能是由于睡眠不足、药物、操劳过度……而你的情况是，脑子里有个瑕疵。”

“瑕疵？这是不是个外交辞令，意思是我长了个脑瘤？”

这句话让我很惊讶。很多病人都不肯吐出“瘤”这个字，甚至诊断无误几个月之后都如此。

“呃，你看……”我笨拙地乱说，原先计划按部就班的说辞被病人的坦率唐突带到别的方向上。

“没关系的。”她感觉到我的震撼，再次强颜笑了一下，“我偷听到技术人员喃喃说什么脑瘤……他们以为我睡了，但其实我只是眼睛闭上而已。”

我整理了一下思绪。

“对，你有可能长了一个脑瘤，但扫描片子并不是什么正式诊断，它只不过是说肿瘤可能在那里而已，我们需要取得这些不正常组织的样本，请病理医生做个分析……它也许是个脓肿或者……或者是其他东西。”这些话我自己听起来都不怎么有说服力。

“可能是什么其他东西？”克拉克先生雄浑的男中音在房间内回荡。

真的没办法了，只好告诉他真相。我坐下来，又将椅子挪前，离他们更近一些。

“坦白说，这差不多一定是某种形式的肿瘤。虽然其他可能性还是存在，例如感染或一些稀奇古怪的中风等，但这些可能性的概率太低了。而就算情形是这样，我们还是需要取得脑组织样本。成年人脑袋里可能出现的肿瘤有好多种，从‘还不错’的到‘非常非常糟糕’的都有。”

克拉克先生接着说：“那么，我们在考虑要不要做的是脑部手术？”

“是的，但这只是个小手术。我们不会剃掉多少头发，只需要局部麻醉，在头上安置一个特别的金属架，大概一小时就做完，也很安全，虽然说任何脑部手术多少都有些风险。”

莎拉说：“为什么不干脆将整块东西切除掉？那样不就可以让我不再发作了吗？”

“克拉克太太，你的肿瘤正好在这里。”我指着她左边太阳穴，“你的惯用手是右手吗？”

她点头。

“那么你的语言中枢刚好在这个‘瑕疵’上面，想将它弄走我们就会切到这个部位，那会对你的语言功能带来极大的风险。”

有好几分钟，他们就那样坐在那里，震惊、沉默，互握着手，握手的用力充分反映出内心的焦虑。莎拉虚弱的声音终于打破沉默。

“你知道我怀孕了？”

“十三周，根据急诊室送来的资料。”我回答她。

“手术会影响到小孩吗？还有肿瘤呢？癫痫症呢？”

“这个手术应该不会，特别是因为没有全身麻醉。癫痫部分也应该不会对胎儿有太大影响，只要你继续服用的是现在这种对胎儿很安全的药。肿瘤……呃，肿瘤就完全是另外一回事了。这完全要看它到底是什么肿瘤，以及需要采用哪一种治疗方式，有些方式根本不可能用在孕妇身上。总之，我不觉得肿瘤会影响到胎儿，但治疗方式差不多都会有影响。你大概要做人工流产。”

莎拉眼睛一转看着我，眼神充满钢铁意志。“耶稣是我的救世主。”她铿锵有力、慢慢地说，“我想他会让我保住小孩。我们尝试了三年才怀了这小孩。因此，你们尽管采样检查吧，但不要告诉我什么‘治疗’的细节了。我会保住这小孩。对不起，并不是我没礼貌，但请让我们独处一下。”

克拉克先生拿出一本《圣经》静静地阅读，我则赶快溜出病房。

萨克文医生是我们的“颅内立体定位切片”专家。这个小手术的做法，是利用一个奇形怪状且十分昂贵的金属架，协助将切片检查针或其他工具精准地插到脑子里进行取样。20世纪80年代之前，当这种技巧仍未被普遍使用时，如果病人的肿瘤位于脑表面以下而需要做切片抽样检查的话，那就完全依靠医生的双手来进行，换句话说，不是依靠仪器的引导而是依靠医生的直觉。当时的医生，也许会将可能长

肿瘤的地带上的头颅骨切掉一大片，尽其所能地猜测肿瘤的位置，再用手将针筒插到脑内，经常试上十多次才终于获得阳性反应的诊断结果，或者干脆放弃。这种纯靠直觉的“徒手插脑法”很有可能根本没插到肿瘤，更糟的是冒着极大的出血风险。

时至今日，医生可以用这种铝制的“颅内病灶检查架”罩在病人头上，将病人局部麻醉，然后放在电脑断层扫描仪里。这样，脑子和金属架同时被拍下照片，而架上的厘米刻度让我们精确地得知脑瘤与金属架的相对位置。由于金属架乃是用石墨造成的钉子钉在头颅的外层头骨上，金属架上刻度和头颅内脑组织之间的相对位置维持固定不变，所以就算病人在手术室及断层扫描仪之间被推来推去，脑瘤和金属架的相对位置依旧不变。使用更加文明的方式（比方说，使用绑带的方式将架子绑在病人头上），是不可能维持这种精准度的。

电脑断层扫描拍好以后，医生用光笔或鼠标等在荧光屏上选定抽样点。在莎拉的身上，我们的目标在她左大脑内的其中一处显影加强区域，扫描仪的电脑告诉医生取样点与金属架间的相对位置。回到手术室，在那里的金属机械手臂引导之下，抽样针按照电脑设定的坐标方位刺进脑内。由于这个方法精准度之高，医生只需要在头颅上弄开一个小切口，大概13毫米大小，足够容纳采样针刺入即可。此外，使用这个方法，医生通常只需要刺一两针就能成功取样，因此伤害到脑部的概率几乎是零。

不过，尽管采样方法是如此的宝贵有用，其他神经外科同行却视采样专家为胆小鬼，认为他们只做些小手术，一定是因为学艺不精或者是没胆量动些“真正”的脑科手术。专门做脑切片检验的医生很像美式足球赛的踢球员：很讲技巧、薪水高、很多时候是不可或缺的团员，但在其他较喜欢暴力的球员眼中，算不上真正的英雄人物。

莎拉出事之后第二天，我向萨克文医生报告她的状况。他眯着眼睛，盯着她的扫描照片：“那么，她想留住小孩。好吧，我们看看接下来怎么样。但我知道这一类型的人，‘上帝要我活下去，他有特别任务交付于我’。如果上帝想你活下去他就不会丢个恶性肿瘤到你的大脑里了！依我说，她应该堕胎再动手术。你怎么看？”

“我的想法是不要浪费口水和力气问她要不要考虑堕胎。我现在就能告诉你她的答案。”

从莎拉的眼神以及讲话的语气中，我已经看到过、听到过她的答案。她是不顾一切地要生下这个小孩的。耶稣以及她自己的钢铁意志会确保如此。

癌症病人经常听到的劝告，是要将怒气倾注在肿瘤上，跟疾病“拼”，好像在跟一些邪恶、令人讨厌、决心将你所有宝贵事物抢走的敌人拼命一样。也许这种技巧在临床上有其效果，可是这种技巧所包含的情绪色彩，起码不能就字面上单纯地解读。癌本身并不恶毒，也不是什么敌人，而是生物界的一种过程、一种程序。它之所以会深化出来，是为了一个十分直接的目的：让我们死亡。

虽然我们将自己看作一个有机体，但其实我们每个人都等于一个大社会，社会中有几兆个各有专长的细胞——血细胞、神经细胞、肌肉细胞、腺细胞——大家遵守着为了社会整体好处而发展出来的法律。如果说我们是个巨大的蜂窝，那么微小的细胞就是窝里的蜜蜂。

在任何社会中，总有某些个体选择藐视社会的束缚，走自己的路。同样地，在我们身体里，某些细胞不遵守规范它们生长的法律，而无限地分裂下去，造成一团团功能紊乱的组织，压制着其他器官，攫夺养分。这些细胞逃离原先的居住地，迁移到身体的其他部分。跟人类中的不道德分子一样。行为错乱的细胞对于生于斯长于斯的社会毫无尊重，只要有机会就会破坏它。真的，癌症的出现，就是出于这个原因：杀掉主人。

失去控制、超出正常规范地生长的细胞被称作“肿瘤化”(neoplastic)细胞。会侵袭及破坏身体组织的肿瘤化细胞游离闯荡散布到身体其余部位的，则称作癌细胞。所有癌细胞都是肿瘤细胞，但肿瘤细胞不一定是癌细胞。举个例子，一般的疣都是肿瘤，但疣并不是癌。

绝大部分的老年痛楚，都源自肿瘤化。除了癌细胞之外，男性专有的前列腺问题，一般人眼睛的白内障、关节炎以及动脉硬化等，都是由于正常组织不正常地失控繁殖。甚至连精神错乱的脑部毛病，像阿尔兹海默病，也是因为称作“星形细胞”的脑细胞生长不正常所致。随着我们的细胞逐渐老化，肿瘤化行为越来越猖獗，直到我们身体像古罗马帝国般崩溃，陷入无政府状态，留下一片颓垣败瓦。肿瘤化现象在老人身体里可以说无所不在，但与其说这是疾病，倒不如说是一种要你退下来的设计。

想理清癌在演化中所扮演的角色，首先必须记得，我们被制造出来的时候，早已注定会有死亡的一天；就好比刚从生产线出来的汽车总有一定的寿命，受精后的卵细胞内也有一套程序，规定我们依照既定的程序退化枯萎。

像人类这种多细胞动物，为了维持在地球上的长期整体存活能力，必须要求每一代好好享受有限的日子，然后从生命舞台消失，为新的生命创建一条路。生物体不断地变动，基因混在一起又突变，每一代都如此，让生命获得弹性，能在各种气候变动中存活下来。从生物学的观点来看，我们是可以被设计成永不死亡的；事实上，我们确实是五十亿年从未间断由生物原生质构成的生命链。只不过，永不改变的物种必须停止自我复制，否则它们会窒息而死。

大自然早已做出选择，不让地球上满是静态的不死物种。这样做等于将生命的赌注全押在同一篮子的基因上，冒着极大的风险：一旦发生什么地质上的巨大突变，所有的生物就可能全部灭绝。为了避免发生这样的事，基因库必须不停地流动，改变的速度快到能够赶上可能出现的环境变迁。因此，所有事物都要死亡。死亡不是瑕疵，不是生物界的失败，而是经过设计而存在的，目的是要在这个永远改变的地球上维持着永远的存活机会。从青年健壮急转直下，进入老年衰败，和从受精卵往上发展，变成发育健全的小婴儿，这两个阶段全都深深刻印在我们的基因密码之中。

这就是生命的巨轮：一个世代像夏天的金黄麦穗冒出头来，接着凋萎、结子而倒下。巨轮不停地转动——出生、成长为青少年、成

年、当别人的父母、垂垂老去、死亡——由不知多少亿年前就已启动的基因机器推动着。而生命，不论它多奥妙或美丽，其实都只有一个目的：让巨轮继续转动下去，不要停下来。继续地转，什么个体、物种或生态体系都不用考虑或尊重。就这样，走过了千秋万代，谁也不知道生命之轮的终极目的在哪里，对我们来说也许不重要。是的，每个世代比前一个世代都进步了那么一点点，但都只在一件事情上进步：继续推动生命之轮而不让它停止。鸟类羽毛的七彩绚烂、蜘蛛网的复杂神奇、母狮子找猎物时的尊贵优雅——全都是同一个主题的不同变调，基本上都是出生、生育和死亡。于是大家赶快适应、随时准备好挣扎求存。

幸运逃过天敌侵袭，避开各种意外而得以幸存的，早晚肿瘤化会降临，其形式千变万化：癌、痴呆、心脏病。最终的结果是，任何人，不管他们看起来多尊荣显赫，最后都必须退下来，让位给下一代。无论我们活得有多小心注意，身体里的动脉都迟早会硬化阻塞，脑袋因星形细胞越长越多而心智渐弱，眼睛都会因视网膜的乱长而爱莫能助地朦胧不清，器官内充斥着恶性的东西。这全都是理所当然的。生物世界并不把这些疾病视为敌人，就跟通用汽车公司不会视“金属会生锈”为瑕疵一样。任何处理“可更新货物”的事业，都会碰到逐渐衰败这个过程。

在这整个程序中，最令人无法接受的是我们居然是可被牺牲舍弃的部分！毕竟癌症对个人来说也许是对生命的极大威胁，但对整个民族而言并不是个危机。大部分受到肿瘤化症状影响的人，早已过了生孩子甚至养孩子的年龄了。此外，癌症也只是人类独有的苦痛，生长在野外的动物，很难活到可以长肿瘤那么高寿。同样的道理，在人类文明百花盛放之前，活到80岁死于大肠癌可真有资格成为直立人的人生目标！那时候的人们，整天要跟大型哺乳动物或尖牙利齿的猛兽搏斗，朝不保夕呢！

有些科学家或灵魂修行者坚持，人体内存存在着某种能治愈一切癌症的力量，可是他们都忽略了，癌所施加于一个物种——我们——身上的一些看似微不足道的效应。事实上，大自然才不在乎我是否得癌

症，因为有没有我，人类的巨轮还是会继续好好地转下去。老实说，对大自然来说要给我们配一套万无一失、能击败癌症的方法绝对是件轻而易举的事，轮胎公司也有能力造出可走一百万千米不破的轮胎呢！恐怖的事实是，大自然或轮胎公司都不想提供不合理的万寿无疆。

因此，基本上萨克文说得很对，不管是啥家伙——是人或是神——将恶性肿瘤放到我们脑子里，都不是为了考验我们的决心、挑战我们对神的信心，或者是证明我们的力量，而是要我们死亡。这并不是说，我们就不需要利用人类的智慧来驱邪避凶，事实上这正是医学界的工作。大自然置个人生死于度外，医生可不能这么做。让大自然去担心整个物种的存亡吧，我们必须处理一个又一个的个体。

摆在眼前，此刻我们要处理的个体（或者说是一又四分之一的个体？）是莎拉。切片检验结果证实那是一个恶性的神经胶质瘤，如果没变成癌的话，这原本是一些很有用的细胞，它们的功能是将莎拉脑内负责思考的各个部分“黏”起来。再过一段时间，她的思维机制将会慢慢停下来。那么，她会不会让我们拼全力帮她，将她的生命巨轮再往前推进？她会准许我们延长她的寿命吗？

“没办法。”

琳达，我们医院里的放射科总住院医师头摇得像拨浪鼓。我们在讨论莎拉。

“我做了些初步的计算，就算我们用最集中的照射方式以及最高度的防护，胎儿受到的零散放射线剂量还是会到达无法接受的程度。如果胎儿已经七个月大，也许可以一试。但就算是那样还是会有法律上的问题。我们没办法给这肿瘤任何具有实质意义的放射线治疗，除非她终止怀孕。就这样。”

“如果胎儿已经七个月而给母亲做放射线治疗会有什么法律问题？”我问，“在我的想象中，已经完全成形的小婴儿应该可以接受漏出来的一丁点辐射才对。”

“从医学的观点看，没问题，甚至连不满三个月的胎儿，其实也没什么严重的危害。但你试试跟陪审团说吧。以前发生过一些奇奇怪怪的案子，结果被判医疗过失赔了好几百万美元。在得克萨斯州，有个小孩出生时就缺一条腿，律师就说是因为胎儿九个月大时，有一次医院不小心让产妇暴露在辐射里，胎儿才出了问题。你不用懂多少胚胎学也会知道，到了第九个月胎儿的腿早就应该长齐全了，因此无论是什么造成婴儿缺少了一条腿，那一定是在怀胎头三个月就已经发生的了，甚至是在受精阶段。可是，他们将这个小跛脚带到法庭上，让她坐在不停痛哭的母亲怀里，再找些什么专家手舞足蹈地喊‘辐射’这个魔术名词，陪审团就给了小女孩700万美元的赔偿额。而且要记住，小孩的法律时效到18岁之后才停止，换句话说，要是我们医治这位莎拉女士，那么往后我们要养那孩子一世。假若往后小孩没考上心目中的大学，他也可以回来告我们使他脑部受损呢。不，谢谢了。如果病人愿意堕胎，我们可以进行治疗，否则算了吧。”

萨克文伸手拨了一下日渐稀疏的头发：“混账律师。”这句话差不多每天都有神经外科医生在骂。律师们几乎决定了我们什么时候才可以给病人做断层扫描，什么时候才可以动手术，即他们决定了我们将病人医得多好。以为法律因素不会影响到行医，只不过是了解20世纪末的医疗世界而已。

萨克文告诉克拉克夫妇放射肿瘤专家拒绝给莎拉治疗的前因后果：“用放射线治疗的话，你可能有十分之一的机会多活五年或更久。这概率并不高，但很多人每年花几百块在概率更低的赌博彩票上。另一方面，如果不治疗的话，一般存活期只有三到五个月，等于说有一半以上的可能性是坚持不到小孩出生。我的建议是做人工流产，接着进行放射治疗。”

莎拉面容沉静，像雕像般说：“医生，我不是什么统计数字。我对概率一点兴趣都没有，我不会放弃我的小孩。”

萨克文越来越不耐烦了，他转向克拉克先生：“看在上帝的分上，老兄，跟她谈谈啊。如果她是我妻子，我很清楚我会劝她怎么做决定，我不会想失去她。”

克拉克先生不为所动：“不要告诉我们什么该做，什么不该做，‘看在上帝的分上’。我太太已经决定好了。她在救世主的手里，不在你的手里。”

“做这个的不是救世主的手，”萨克文指着莎拉左太阳穴上方的小伤口，“而是我的手。而我现在告诉你，她需要治疗才有可能熬过接下来的半年！我做这行已经十二年了，我从来没看过耶稣跑来取走里面的瘤。”

莎拉冷静地说：“医生，我们现在明确告诉你，我不要堕胎。耶稣在我头里弄什么不重要，但我对小孩做些什么很重要。因此你干脆准我出院回家算了，我不用治疗了。”

萨克文皱眉不悦。

“弗兰克，为克拉克太太测一下血清里的苯基巴比妥酸值，逐渐停止她的地塞米松。要是她想保住小孩不要治疗，那索性连激素都停掉算了。让她一个星期后回来拆线吧，让她到住院医师门诊。”

“住院医师门诊？”我问。

“是的，住院医师门诊。目前我已经没什么可帮她的了。”

主治医师不想继续追踪某个病人的进展时，病人便被丢给住院医师。尽管从技术上而言，主治医师仍在盯着这件案子，但实际看护病人的工作则是落在住院医师头上。

“可是……”

“住院医师门诊就住院医师门诊吧，我们没意见。”克拉克先生说。

萨克文一阵风似的走出了病房。我尴尬地看着克拉克夫妇，解释说：“我想他有点神经过敏。”

“孩子，不用替他找借口，” 克拉克先生提醒我，“他有他的观点，我们有我们的想法。”

“克拉克太太，你真的想死去吗？”

“不，我想生下这小孩。”

她眼泪涌出，我还是第一次看到她哭。停顿了一下后，她又说：“你刚进病房来时，你说过这些肿瘤可能‘还不错’或‘非常非常糟糕’。那么，恶性的神经胶质瘤呢？”

“在两者之间。”

“在两者之间的哪里？”

“嗯.....将‘非常非常糟糕’的第一个‘非常’去掉吧。”

“够好了，够好了。”

切片检验后第二天，莎拉回家了。这场竞赛已经开始。

谁会长得比较快？是胎儿呢，还是神经胶质瘤？

癌和胚胎真可谓异曲同工，两者都是由一些行动力甚强的细胞所组成，都在拼全力地分裂。受精后的卵细胞从单一的细胞开始，只不过数星期之后，就蜕化为一个小小人儿。在这段高速发育期间，胚胎里的细胞从这部分迁移到另一部分，十分自由容易，从原先混沌、看起来都差不多的一堆细胞中，排列出各个复杂的器官来。癌细胞的迁移能力，与胚胎细胞很相似。

癌细胞和胚胎细胞相似之处，还不只是迁移能力而已。胎儿时期身体组织制造出来的一些蛋白质以及激素，在成年人的癌变组织里又突然重新出现！有种叫癌胚抗原的蛋白，一般只在胚胎的结肠里才存在，却往往在成年人的结肠癌组织中重现江湖。事实上，从血清检验中寻找这种蛋白，正是容许我们及早筛检是否患了结肠癌的方法。从

机械论的观念来看，癌症并不是成年组织衰败转化为老朽无用，而是一种返老还童。

于是，癌细胞重温胚胎时期的功能如日中天，硬是不准年长成熟的组织安静地执行任务，而回到可以任意成长及游动的年轻岁月中。就这样，癌症反映了生命的对称。我们从尘埃里来，终于又回到尘埃里去。癌症病人结束生命的模样，正如同生命开始时的样子：都是一大群没有组织、四处流浪的细胞。

如果说，成年人的肿瘤，是因为已分化好的细胞出现失误，倒退到胎儿期的行为而起，那么小小孩童的肿瘤，则是由于某些不愿长大的胚胎组织才发生。这些“小飞侠彼德·潘”细胞在小孩已完整出生之后，依然表现得像胚胎细胞。瑞贝卡的原始神经外胚瘤(PNET)，只是其中一例。PNET里的都是难以驾驭的胎儿神经细胞，无休无止地企图再造一个新的小脑——完全不顾小脑早已长好。得PNET的小孩简直就是带着脑癌出生的。反过来说，这种肿瘤的胚胎性质，正是它们如此难以治疗的原因。胚胎细胞的任务是制造一个小孩。而它们如此全力以赴地要完成任务，唯一能阻止它们疯狂行径的方法是杀死病人。生命巨轮必须继续转下去。

癌细胞和胚胎组织的相似，使得它们都会受到抗癌治疗的影响，因为治疗的方法往往就是尝试压抑细胞的分裂。因此，如果癌症病人决定堕胎，其中根本没有什么道德问题好辩论的，没有人会责怪莎拉——没有人，也许除了她自己。至于她是基于宗教信仰，还是因为希望能在死前看到自己的小孩才做出不堕胎的决定，我就无从猜测了。

随着她每次回来复诊，有一件恐怖的事是越来越明显了：她的肿瘤逐渐处于上风。

我继续追踪着莎拉的病情：即使是轮调在实验室的住院医师也需要去看住院医师门诊部的。做完切片检验满两个月后，后续追踪扫描结果显示莎拉左脑有一块更大、更恐怖的东西。她的右手越来越笨拙，说话和写东西都出现错误，算术能力更是一落千丈，克拉克先生只好接手管理家里的账单。在此之前，虽然克拉克先生是个工商管理

硕士，但家里的财务问题全都由莎拉来处理，结婚五年来一向如此。现在发生这件事情使她的情绪十分低落。

“他不让我.....写.....花园。”她停停顿顿地说。

“花园？”我问。

“是。”她从皮包里抽出支票簿，“花园.....这些，他不让我写，花园，再写。”支票上的图案是花朵。

“他不让你签支票？”

她用力地点头。克拉克先生站在后面，从头到尾没有半点要更正他妻子说话的意思。也许是不想面对事实，也许是不想在公开场合令她尴尬。也许他们生活在一起已够久，他很了解她，觉得不需要替她翻译。

“你的头会不会痛？”

“一点点，小小.....敲。”她回答，“我的头.....呃.....敲.....一下下，早上有一次.....只有。”

“好，好。小孩怎么样了？”

她笑起来，右嘴角稍微往下歪。“对！”一个字抵得上千言万语。

“那么，小孩都一切安好？”

克拉克先生开口说话：“上星期我们去看过妇产科医生，一切都按正常时间表发展。”我想到扫描片子：有些东西不按正常时间表而提前发生了。

“克拉克太太，电脑断层扫描显示肿瘤有些恶化，我想我们要重新开些激素给你。”

她的微笑立即烟消云散。

“我头的问题有多严重？”

“我想激素会有点帮助，对你的说话也会有帮助。”

我给她开了一剂低剂量的地塞米松。接下来一星期，她的说话能力恢复正常，右手功能完全恢复，头痛也减轻了。莎拉以及她先生高声赞美，说我是个奇迹创造者。但在我内心深处，我知道我又在和浮士德的魔鬼打交道了。和多年前跟肾上腺素讨价还价，以维持宝宝麦肯娜的聚四氟乙烯心脏活下去如出一辙，现在我又把灵魂卖给了地塞米松。地塞米松和肾上腺素都是要你付出代价的神奇药品。它们先给你你想得到的结果，以后再来割下你身上的肉。使用肾上腺素时，那些肉即是肾脏以及四肢，这些部分最后会因缺血而死亡。使用激素呢，长此以往会出现肥胖、糖尿病、伤口不易愈合、肌肉无力以及骨质疏松等不良效应。

跟麦肯娜一样，莎拉不给我其他选择。地塞米松已经是给她用的最安全药品了。至于它能否帮她撑过四个月，熬到预产期，则仍有待分晓。

几个月过去了。莎拉的说话能力以及头痛越来越糟，每周都迫使我加大药量。怀孕加上加大的药量使她那一度柔软如舞者的身体变成一个大胖梨。她更变成了个少不了胰岛素的糖尿病患者，脸庞因发涨而变成圆形，轮廓再也不分明。她的两颊以及背部满是青春痘一般的红疹，头发变得稀疏及脆弱易断，两手及前臂的皮肤变薄，容易瘀青、脱皮，出现慢性溃疡。现在当她来复诊时，都是坐在轮椅上，因为激素使她两腿损坏，撑不起她的大腰围。我发现很难将眼前的莎拉跟从前的她联想在一起。激素带来的副作用太强大了，比我的预期还要大得多。

而尽管忍受着这么恐怖的副作用，激素的功效还是日渐减弱，莎拉口吃的话语退化为“单字什锦”，最后再退化为完全听不懂的胡言乱语；她的右手由衰弱变成瘫痪，怀着身孕的肚子越长越大，四肢却

越见萎缩。她的身体同时被两个寄生虫分食——一个癌肿，另一个是胚胎，两者都为了自己的生存而要莎拉鞠躬尽瘁。妇产科医生指示产妇多吃点维生素，但这样做是为了产妇本人而不是为了胎儿。胎儿对于它要拿什么、取什么清楚得很，而母亲的新陈代谢十分乐意提供一切。癌症也是一样的凶悍。莎拉一根蜡烛两头烧，而这场战争她快要输了。

我曾经希望肿瘤长成球状，而且一等胎儿七个月大就可以给她放射治疗，或者如果她的语言能力已退化到不可再坏的地步，就干脆开刀切掉肿瘤，以延长她的寿命。但很不幸，这块癌不肯合作。癌这个名称的原来意思是螃蟹，而名副其实的是莎拉脑内的肿瘤像螃蟹般横向发展，侵入脑室，进入脑脊液里。一旦接触到脑脊液，凶恶的癌细胞就会随着脑脊液漂浮到脑干和脊髓处。

一天傍晚，因为不住地呕吐，她跑到妇幼医院求助。产科医生立刻通知我，因为她已经怀孕八个月，不太可能因为害喜而吐了。那边急诊室的住院医师在电话上告诉我发生了什么事：“她丈夫说莎拉毫无征兆就开始吐起来，根本没有恶心的感觉。”

我知道，这是“脑干性呕吐”，即由于肿瘤侵袭到脑干负责控制呕吐的中心。没什么恶心感而呕吐使人十分难受尴尬，病人上一刻还好端端的，突然却吐到别人身上。脑干性呕吐有两个令人恐惧的特质：这种病常常没法改善，而病人在发病之后鲜有能活过几个星期的。

妇幼医院的住院医师问我要不要将她送过来，我说不用了。不管莎拉的小孩准备好了没有，都已经到了将它弄走的时候。莎拉已经撑到她必须撑到的地步，假若她还能说话，恐怕她企盼的也不过如此。这地步对她而言也许并不是最理想，但对小孩来说却是再理想不过了。

我跑到妇产科的病房去探望莎拉。她醒着，但说不出话来。到了现在，她右边的身体已完全瘫痪，从脸部到手部、到腿部全不能动。一根胃管从她鼻孔里冒出来悬挂在那里。我走进病房时，她正低着

头，左手慢慢抚摸她的大肚子。我走近病床，她抬起头来看着我，一脸茫然，接着又低头看她的肚子。克拉克先生从椅子上站起来，示意我跟他一起到房外谈。

“他们用胃管喂她，但她还是经常吐。”他说，“医生试过抗呕吐药，但全部不管用。他们说，如果她还继续吐，就要在这星期剖腹取出小孩。已经三十六周了，他们认为现在剖腹生产总比边怀着孩子边吐好。此外，她还有血压和血糖问题，右腿可能有静脉炎，但他们无法处理。血块随时会跑到她肺部里，要是那样我可能大人小孩都会失去……”他紧咬嘴唇，热泪盈眶。

我笨笨地想岔开话题不谈死亡：“激素还真的给她带来了很多问题。”

克拉克先生郁郁不乐的面容突然变得怯懦：“呃……我要跟你招供。过去几个月我们偷偷将药量加倍，没告诉任何人。”

“你怎么能那样做？药丸的数量是固定的呀。”

“我们到家庭医生还有产科医生那里拿。我们告诉他们你开的处方弄丢了，而我们找不到你或萨克文大夫。”

“为什么？”

“莎拉想录下一些画面留给小孩。她录了二十一集贺词——每年生日一集，直到小孩18岁。另外是当他中学毕业、大学毕业和结婚时看的。”

“他？”

“我们做过超声波，是个男孩……总之，要录这些录影带，她希望有一到两个月能保持口齿清楚，直到录完。她不肯让我看那些录影带，因此我无法帮助她录。有时候她吃一大把药丸才说出来几句话，有时根本全吐出来了。有一次，我们开车到俄亥俄州，找了家医院的急诊室，假装正在旅行而药刚好吃完，跟他们多要了些药丸。谁会怀

疑我们呢？录影带录好了，放在律师处，在恰当的时机他会将录影带拿出来。”

“她是个坚强的人。”

“她太坚强了。晚上我躺在那里睡不着，不知道我们做的究竟是对是错。主啊，小孩生下来她却不在，我怎么办呢？我怎么办？小孩生下来之后，难道你们真的什么办法也没有了吗？难道不能再进行放射线治疗吗？”

“克拉克先生，那些我们全都讨论过了。现在肿瘤已经跑到脑室里，将脑干下部团团围住，甚至可能跑到脊椎……其实如果它还没跑到那里才怪。到了这地步，做放射线治疗就太残忍了。”

他点点头，将流到脸上的几滴眼泪擦去。

第二天，莎拉的癫痫病又发作了一次，过了足足一小时才被控制下来。傍晚，她被送进手术室。

剖腹生产四天后我去见了莎拉最后一面。她已经不太有意识了，靠点滴活着。我站在床边看着她时，护士将2.5千克的小克拉克抱进来，放在她怀里。他十分健康。莎拉低着头，一双大眼睛瞪着小婴儿，木无表情。过了一分钟左右，她转过头去，闭上眼睛。我差不多能感觉到她的意志力慢慢离开她的身体，甚至有点预期会听到她又能发出声音，说最后一句话：“完成了，结束了。”

在那里，小镇的一家小医院的小小病房内，我亲眼见证了生命巨轮再次碾过，转了一圈，重生。母亲和后代已经完成使命，很快，脑瘤也会完成它的使命。

她生命中最后几天里，莎拉还有多少意识能力品尝养儿之乐呢？我不知道。我只希望事情没那么讽刺，我希望在她内心深处，她为了赢得这一生只有一次的胜利而欢呼！

小男孩出生后一星期，院方做了件大家希望永远不会再碰到的事：将莎拉从产科病房移送到癌症临终病房。激素——她像吸海洛因般依附的药，为她换来时间录下一堆影像，否则儿子根本不记得她。

许多年过去了。我再一次跑到莎拉的墓前，再读一次——最后一次——上面刻着的墓志铭：

莎拉·克拉克

一位可爱可敬的妻子

全力奉献的母亲

第十三章 归于此地

我瞪着面前凝结成一团的玉米牛肉，默默冥想着当上神经外科总住院医师的第一天。身上白袍才浆熨过，手上拿着一沓全新的雪白的资料卡，情绪也充分调整好了。但我知道这情况只是暂时的，是暴风雨前的宁静。

7月里一个潮湿的早上，清晨7点钟，我在等待新的住院医师团队，进行首次卡片会诊。院方分配给我的资深住院医师是马克，他刚完成病理科的训练。芝加哥大学毕业的戴夫，在宾夕法尼亚大学医院当完了实习医师，将会是我们的新进住院医师。我感觉十分孤单，手指紧张兮兮地敲着桌子。原来的两位导师——盖瑞和埃里克——都离开了，他俩的带领真让我怀念。马克已经在这里四年了，但我跟他不熟，只在“死亡与甜甜圈”会议上知道有他这号人物。我跟戴夫正式碰过面，他来面谈时我负责招呼他——但那也已经是两年多以前的事了。团队中另一名实习医师成员呢，就跟所有实习医师一样，对神经外科还一窍不通，我只知道他叫鲍勃，一张娃娃脸的小孩，听说未来“长大后”打算攻骨科，这个月就靠他来补这个位置。哎呀！几个可说是素昧平生的陌生人被组合起来协助我，而我们要应付的却是电闪雷鸣！

总住院医师的成败，关键在于下面的医师团队。忙起来的时候，我们单在普通病房内就有二十到三十个病人，前廊内另有六位准备动手术，重症监护病房内十个病人，还要给其他科的病人会诊，这部分大概有十来个。至于手术时间表呢，有时一天之内会动九到十个开颅手术、十二个脊椎手术，这还没有包括创伤或其他急诊病人。打从我当新进住院医师开始到如今，工作量增加了百分之五十，但住院医师的人手可没增加。简单地比较一下：20世纪70年代早期的总住院医师通常同时只需面对八个住院病人。伟大的库欣一生之中动过两千多次脑部手术，而我们医院一年就做了那么多次了。70年代，神经外科跟其他专科外科一样飞快发展，以指数级递增。单靠我一个人，是无法

知道所有事情进展的，但院方还是预期总住院医师无所不知。总之，我要靠下属提供信息。

总住院医师横跨两个世界。对年轻的住院医师来说，总住院医师只不过又是一个工头，专门决定他们何时值班、要做多少次脊椎穿刺，“准备好、有能力”做哪些手术等。而对于主治医师来说，总住院医师只是一条短尾巴小狗，是随着每一声号令起舞的跟班。总住院医师好比军队里的班长，普通大头兵和上面的长官都不把他当朋友，身负重大责任而没有多少权力。但无论你受到院方医生多少虐待，当总住院医师的还得乐观进取，从早到晚笑口常开，充分合作，完全配合。用盖瑞的话来说就是：“每天吃屎，还要表现得好像这是你最爱吃的一道菜。”我自己本身不到一年也会摇身一变成为正式的主治医师，因此眼前绝对不能对主治医师有任何不周之处，他们是我以后的工作消息来源和给我写推荐信的人呢。

7点15分，马克、戴夫和鲍勃各自端着满满的一盘食物，鱼贯来到餐桌前。神经外科的护士长也加入我们。

“很……很高兴看到各位都这么准时！”我呻吟一声，看了看手表，“老板刚告诉我一个新规则——住院医师要在7点20分到达各自的手术房——等于说我们有整整五分钟来讨论二十二个病人。吃快一点，各位。”

实习医师先发言。很快，我就发觉自己非常急躁，不断责怪他，找他麻烦：关于病人排便、手术后是否头痛以及沉睡的病人，语气就像我在念医学院三年级时的卡尔一样傲慢专横。这感觉很古怪。多年后我还有一次类似经验。车子开到半路上，我转过头来跟拌嘴不断的女儿说，她们再不安静下来的话我就把车停在高速公路的路中央！在那一刻我变成了我的父亲。现在，我变成了卡尔、玛姬、盖瑞以及其他所有带过我的总住院医师。巨轮在转动着，一代退下让给下一代，留下一些痕迹。六年后，戴夫也会坐在这位子上，语气与我如出一辙。

快马加鞭地讨论完病人的问题后，大家往手术室前进——晚到了十五分钟。不消说，老板怒火中烧。于是，我生平最糟的一年就此展开。

“该死的，维托斯克，还是同一个病人吗？”老板右腿抵着手术室的门，站在门口炮声隆隆。外科医生的话里，问另一个正在主刀的医生是不是“还是同一个病人”是一种侮辱，意思是说同样的时间内，更加优秀的医生早就在处理下一个病人了。

“是，老板，这还是同一个病人。他的乙状窦出了一点血，但现在已经停止了……再有十分钟就可以继续打开他的硬脑膜了。”

“我当然希望如你所言。接下来还有一个颈椎间盘手术等着用这房间，3点我还要开行政委员会会议。所以，手脚利落点。”

就这样，一天天地过去，一星期一星期地过去。院里的主治医师无时无刻不在找我麻烦。“还是那个病人？”“下午3点我要去……”

“你以为你他妈的在干吗？”“请你离他的视觉神经远一点，拜托。”

我的一日三餐完全不正常，体重减轻了9千克。我很怕走出医院大门，生怕就在我外出时某个病人垮了或者什么创伤病人刚巧被送进来。由于理论上总住院医师不用直接坐诊，因此院方管理阶层并没给我分配床位——虽然事实上我在医院熬的时间比新进住院医师还要多。晚上，我只好在黑漆漆的医院里逛来逛去，像无家可归的流浪汉，想找个又温暖又柔软的地方睡一下。有个专做移植手术的医生，经常霸占医生休息室的沙发，我只好另找门路。如果病房没全住满，我就会找间空病房睡，否则我就跑到住院医师的休闲室，躺在桌球台上。当你连续36个小时没睡过觉时，连石头都会变得很舒服。

不过，我从没试过在手术台上睡觉，我知道以前有些总住院医师这样做过，我可没这么大胆。我们器官移植小组太积极拼命了，我怕等我醒过来时连肝都不见了。

事实上，我们医院的器官移植服务知名度甚高，也因此大部分的手术时间以及资源都被他们占据。移植部门的明星等级，连带影响到相关的医生，他们总是带着一种坏的、傲慢的魅力。我还在当住院医师的年头，地方电视台每天都在播报移植新闻，医院里的资深移植医生成了大明星，新闻不停地歌颂着各种器官捐赠者、接受者、器官和疾病的排列组合，誉之为医学史上的里程碑。“某某小女孩成为世上首位接受黑人捐赠肺脏的亚洲人，她因肺部疾病引致高血压……请收看晚间11点新闻！”我们的医院当时是——现在仍然是——别家医院望尘莫及的器官移植中心，但我渐渐地觉得很不耐烦，因为在媒体的观念中，通过器官移植救回性命，比清理硬脑膜下血肿或使昏迷的糖尿病病人醒过来要值得钦佩。有个特别受媒体宠爱、记者持续追踪报道多年的换肝人，有一天突然去世，我们市长便宣布当天全市致哀。这个人的死去令人悲哀，是的，但难道其他人的死亡就不悲哀了吗？什么时候市长才会颁布莎拉·克拉克的哀悼日？

不错，心脏和肝脏移植等手术确实算得上是英雄事迹，需要极高的技巧再加上极大的运气才能成功。但从国家整体健康政策的角度而言，类似的移植都只是零和博弈：救了一条命，同时死去一个人。我住的城市成功地说服很多人办了器官捐赠卡，但大家都不想年纪轻轻、身体健康却以脑死亡的方式结束一生。而器官移植计划之所以能继续下去，依赖的是源源不断的英俊漂亮的尸体——许多正当盛年却由于各种没来由的悲剧以至于脑死亡的人。一般的成人器官，都是来自车祸或枪伤意外；小孩的器官则大多来自被父母用力摇动或虐待致死的无辜孩子。

虽然现今做过移植手术的病人情况都不错，但给他们器官的人如果没被子弹打到或者没有撞上电线杆的话，绝大部分都会活得比那些病人久。我全心全意支持器官捐赠的做法——这不失为制造不幸中之大幸的好方法——但我们实在不应忽略掉一个更重要的目标：首先，让大家避免成为器官捐赠人。

神经外科经常被移植科的医生骚扰，因为他们的潜在器官捐赠者，之前往往都是我们的病人。有些时候其他医院甚至会送些脑死亡

病人到我们单位，为的是要我们鉴定病人是否已可当捐赠者，这个做法最令我们憎恶烦恼。首先，这会占掉我们一些空病床；其次，住院医师要为这名“死尸”记录病史、抽血、做体检以及插上点滴——通常在半夜里被叫来做这些事——而做移植的家伙啥事都不用做。

在那个还没有器官移植基金会和器官取得交流网的年代，跟捐赠者家属取得准许的重任就落在主治医师的头上（而这又转嫁到值班的神内科住院医师的头上）。偶尔，我们很意外地发现，家属根本没有被告知他们的亲人已经“合法”死去。其他医院的医生经常回避这个问题，只告诉病人亲属说需要将刚过世的病人送来大学医院做进一步的“评价”——这句话是事实，但不诚实。

还有一次，我们要向让别人脑死亡的罪魁祸首取得许可，以摘取器官。那一次我们要打电话到监狱，找一个开枪打死太太的人，请他准许我们使用他太太的器官——当时他才入狱没几分钟。后来，这名男子宣称太太的死不应由他负责，说他太太是做移植的人杀的。法庭后来还是宣判他的谋杀罪名成立。

器官捐赠这种事还有更多的惊异传奇。有一个年轻的脑瘤病人被从纽约空运送来，肝脏要捐给医院里濒临死亡、等候换肝的病人。等候接受肝脏的病人已被送进手术室，移植小组一切准备就绪，初步切片及血液的比对显示这些器官跟病人身体是绝配。其中只有一个小小的问题：捐肝者还没到脑死亡的程度。戴夫打电话到我家，告诉我这名纽约病人对疼痛还有“去大脑强直反射”。

脑死亡乃是指经多项神经学检验后，鉴定病人确实已经完全失去脑部以及脑干的所有功能。虽然尚有一些辅助检测可用，例如脑电图(EEG)可用于量测脑部的电力活动，但脑死亡的判定最需要的还是临床诊断的依据。已经脑死亡的病人四肢无法有意义地活动、没有呼吸、对疼痛完全没反应、瞳孔对光没反应，以及没有呕吐等条件反射能力。去大脑强直反射，即四肢对疼痛所展现的僵硬伸展，起码需要一个活脑干才能做到，因此还够不上称为脑死亡。

我告诉戴夫立刻给病人做断层扫描，然后冲到医院去看看这个死而复生的家伙。抵达医院时，原本要捐出器官的病人已经回到神经科，身旁围了一堆神经过敏的移植科医生。戴夫站在看片箱前面看着断层扫描的片子。

“这个‘器官捐赠者’小脑有个大肿瘤。”戴夫压低声音说，“我们也许可以帮他，但兀鹰们已经来了。”他回头瞄了一下。兀鹰是我们给移植科医生们取的绰号，他们确实跟兀鹰很像，有一种嗅到脑死亡赶来的特异功能。兀鹰们每天都在重症监护病房盘旋不去。

“管他们呢，我会应付这些兀鹰……快带他下去，我们把这肿瘤拿掉。究竟是什么鬼医院送他来的？”

“我记不得了，某家名不见经传的……他们告诉病人家属他得了脑癌，跟死掉差不多。家属们一定是从电视新闻看太多移植的好事了，因此要捐出器官。心地很好，但时候可能还未到。”

我走过去跟移植小组说话：“抱歉，各位，但就像马克·吐温说的，这个人的病情报告太夸大不实了。我们要留下他。也许等下一次吧。”

“放屁。”其中一人口吐毒汁，“看看他，他只剩下去大脑反射了，等一下就什么都没了。我们过一个小时再来。”

“你的神经科住院训练在哪儿修的，我的博学多才的朋友？后脑病灶造成的去大脑反射并不如你想象中那么坏。也许明天早上我们的纽约朋友就自己吃着炒蛋早餐了。”

“你说的是插着鼻胃管吃药水吧。我一看到脑死亡的家伙立刻就认得出来的，而楼下还有个肝脏衰竭的女士在等着呢。”

“你这是小品的对白还是什么？他还没死，你不能带走他，闪一边去吧。”

一大群人慢慢散去。那天晚上我们切除了脑瘤，一个星期后这名病人就大踏步走出医院了。捐赠器官的名单上少了一个名字，但这位先生看上去不太会介意发生这种事情。两年之后，肿瘤才真的夺去他的生命。

叮！

有什么声音会比半夜里的电话铃声更糟？轮到实习医师值班的夜晚，我干脆就别想睡。拿起听筒凑到耳边，以后打算攻骨科的鲍勃情绪激昂地讲个不停。

“有枪伤！就在两眼之间正中央！我要怎么办？给她拍断层扫描还是带她去手术室？”

“慢一点，鲍勃。枪伤入口及出口在什么部位？”

“就像我刚刚说的，入口在两眼之间正中央，就在鼻梁之上有个1厘米大的洞。出口在后面枕骨，但伤口有很多头发和血，全结成一圈，我不大确定正确位置.....我不敢靠太近看.....”

“放轻松点，我不想你吐到伤口上。病人插管了吗？”

“没有。其实她是醒着的。”

“怎么说？”

“她想喝咖啡.....我们能让她喝咖啡吗？如果她快要进手术室了，那她可以喝咖啡吗？”

“让我复述一遍。有颗子弹从她两眼之间打进去，从后脑壳跑出来，而她想跟你讨杯咖啡喝？我说得对吗？”

“对呀。送进来的时候她还不省人事的，然后突然醒过来了！太离谱了，对吧？”

“通知扫描的人，我也会过来，我要亲眼看看。你问问她咖啡里要不要加奶精和糖。顺便给我多倒一杯吧，多加点糖。等会儿见。”

我连忙换衣服。我想，这位小姐不可能清醒多久的。那颗子弹一定会打到什么静脉窦的部位的。就算没有，她的脑袋等一下也一定会肿起来。

赶到医院时，伤者还在急诊室里等电脑断层扫描的结果——不是坐在问诊室里，而是坐在候诊室里看电视里的午夜场电影！她的头上包着血淋淋的纱布，身旁坐着一个女警。

“你就是被开枪打伤的人吗？”

“嗯。”她回答，声音像在梦游般，还在专心看电视。

“请你跟我来好吗？”我对着她勾了勾手指，示意她往急诊室走。她不耐烦地扫了我一眼，但还是顺从地站起来。在问诊室里，她说明发生了什么事。

“我男朋友有点喝醉了，生气了，很生气，知道我意思吗？真的很生气，就开枪打我了。我想我当时立即昏了过去。我知道他不是故意的……你觉得我今晚就可以回到他身边吗？他们说不可以。”她指了指跟着我们进来、长得像狮身人面像的警察，“我知道他真的爱我。他不是故意的，我知道他不是故意的。”

伤口就跟鲍勃形容的一样。我检查她后脑勺，拨开密密麻麻的头发，看到一道锯齿状的伤口。正在左看右看的时候，一颗差不多全新的子弹掉到病床上，女警察一把将之拿走，交给等在外面的凶杀组探长。子弹的进口及出口都没再流血，也看不到有脑浆或脑脊液。所有神经系统的检查结果都很正常。这名女子怎么活下来的？

扫描结果提供了答案。不错，枪弹打裂了她前额的骨头，但没伤到脑部。在头皮和头顶骨之间出现一道空间，里头是血混杂着空气，从前伤口通到后面伤口。原来，子弹打到她前额骨，被反射往上，沿

着头骨，在头皮下呈曲线前进，终于从她的头部后面穿出。这名女士的头骨特别厚，天生的不正常却救了她一命。

她的伤势十分奇特，但她的态度则更不可思议了，居然对拿枪抵在她两眼之间开枪的人一点怨恨都没有。毕竟他“没打中”，对吧？她不愿意相信他做错了什么事，他只不过是喝醉了酒以及脾气不好罢了。

我们的头盖骨确实把脑袋保护得很好。有个中年牧师陷在无法自拔的忧郁里，终于决定不能再等了，要提早跟他的造物主会面，于是跟朋友借了把点22的左轮手枪，对准自己右太阳穴开枪，昏了过去，医务人员认定他已经没救了，什么气管点滴都没插就送进医院。到了我们急诊室他仍处于昏迷状态，粗糙的脸上却一片安详。

由于他许多生命迹象依然正常，瞳孔对光有反应，我便下令为他拍X光片。结果证明我的怀疑是对的：那颗小小的子弹卡在他的“蝶骨翼点”，这是在外耳道前面约5厘米的一处很硬的骨脊处，因此没打到脑袋里。子弹的冲击只相当于被拳击手一拳打倒，使他暂时昏过去而已，他没受伤。

我盯着他的脸细看，刚好他意识慢慢恢复过来。他以为已经身在天堂，眼皮眨了几下，眼睛斜看着日光灯。

“这……这是天堂还是地狱？”

我拼命忍着自己的顽皮冲动不去捉弄他，像突然在他面前点根火柴之类。

“老实告诉你，牧师，这儿是急诊室。不过，有时候这里也蛮像地狱的。”

他不由自主地哭起来，手捣着脸：“哦，上帝，我真糟糕……真惭愧。我连自杀都不成功……” 2.5厘米大小的骨头阻挠了这么狂热绝望的举动。讽刺的是，否决他的恰恰是造物主的设计。

我什么都没再说，让他与内心的痛苦独处。

我们给他注射过破伤风疫苗后，送他去精神科，之后就再没见过他。

星期一早上。住院医师门诊部的日程表上满是背部出问题或颈部受伤的病人。但有个病人的情况格外让我注意：佛罗伦斯·珍妮薇太太，诊断结果是脑膜瘤。

脑子外面包着三层东西——硬脑膜、蛛网膜及软脑脊膜，合称“脑膜”。脑膜受到细菌感染时，会形成脑膜炎。脑膜上长的肿瘤就叫脑膜瘤，差不多都是良性的，而且由于它们从脑子表面往外长而不是往里长，很容易被切除掉。它们也长得很慢，可能好几年甚至几十年才大到能侦测出来。

神经外科医生最爱脑膜瘤了，因此珍妮薇会出现在住院医师门诊部，简直像个谜。为什么其他主治医师没把这病例抓走？不大可能因为保险赔偿之类的问题，其他医生大概付钱也愿意享受这种乐趣，为她切除这颗又大又多汁的肿瘤。戴夫已经给这位女士看诊过。

“戴夫，这个脑膜瘤在住院门诊干吗？”

“哦，你是说珍妮薇？她是个扭曲夫人。长期抑郁，自杀过两次，现在还加上阿尔兹海默病，住在阿利森老人院。”

“他们怎么知道她得了脑膜瘤？”

“老人院的一个工作人员给她梳头时，注意到她头上长了块东西，就送她去做了扫描。片子在办公室。”

“她多大年纪了？”

“67岁。”

我们回到办公室。戴夫翻出片子放在看片箱上。珍妮薇太太不单只得了个脑膜瘤而已，她得的简直是脑膜瘤之母：片子上一个大白球，占了她头内三分之一的空间。脑膜瘤会使头颅变厚，因此老人院的人才注意到那“块”东西。

看到她，我明白戴夫为什么称她为“扭曲夫人”了：肌肉收缩使她手脚全变形了，一张茫然的脸瞪着空气。她很少说话，听得懂一些简单指示，但看起来的确很像得了阿尔兹海默病。

“我们怎么处理她？”戴夫问。

“你怎么知道她有阿尔兹海默病？”

“呃……看看她这副模样！”

“我们怎么知道那不是因为肿瘤造成的？”

“我想我们很难搞清楚。”

“有人扫描也没做就判断她痴呆得没救了？”

戴夫翻了翻她的病历：“看来如此。”

我想了一下：“马儿已经跑掉，大概追不回来了，肿瘤不肿瘤都一样，恐怕改变不了她的痴呆。”

“马儿不止跑掉了，”戴夫看了看躺在病床上的扭曲瘦小身躯，“马儿已经跑到湖边喝水去了。”

“送她回去吧。告诉老人院：‘不，谢了。’”

看完其他病人后，我回到了病房。

那天晚上，珍妮薇太太老是在我脑海里徘徊不去，第二天也一样。她的痴呆真的没救了吗？67岁并不算太老，她的身体状况也很健康。我打电话给她的大女儿。

“我妈情况不好已经有两年了，忧郁大约是三年前开始的，但真正失去记忆及自制能力从两年前才开始。大约半年前，她连我或我妹妹都认不出来。”

“三年前她是个怎样的人？”

“我妈开了家小小的保险公司，经营了三十年，她精明得很。然后她算数字会算错或算不出来，被迫停止上班。那是……嗯……大约1976年的事。”

我跟她说明情况，告诉她肿瘤以及动手术的风险——蛮高的，因为肿瘤实在很大，而且压在左脑上。她很有礼貌地聆听，但拒绝了动手术的提议。

不过，这件事情困扰她的程度不在我之下。翌日早上，我接到她的电话。三姐妹讨论过之后（珍妮薇太太是位寡妇）决定让她动手术。我猜她们或我都没法在知道珍妮薇太太的脑袋“可能没事却受制于一个良性肿瘤”的情况下，还能继续若无其事地过我们的日子。我把开颅手术安排在了下周。

我请老板拔刀相助——我需要他的三十年经验做后盾。

那真是血淋淋的一仗。我们扳开厚厚的头骨，里面立刻涌出一道血柱。我切开硬脑膜，找到脑与瘤之间的界面，开始用力拉拔肿瘤。但这方法太慢了，跟不上流血的速度。

“这永远都没完没了。”我呻吟着。

“我们必须快点将它弄出来。”老板冷静地下达指令，“每十五分钟就流掉大约200毫升的血。”他转头看荧光屏上的数据，跟麻醉医生说，“你们跟得上吗？”

“应该跟得上，但我们不想给她大量换血。”

老板头转回来望着我，眼睛金光四射：“弗兰克，拿些棉花球来，准备好双极电刀。我们用老方法把它拔出来吧。快点，好了没？”

我点点头。

“那么，在肿瘤上缝一条大尼龙绳子，穿过硬脑膜.....这里.....对了.....现在我手指放这里.....好，拉！”

我用力拉扯，老板则同时把他的肥大食指伸到肿瘤下面。他手指越往下伸，那个红红的“棒球”就越往上升，血流得更多了。我右手拼命将棉花球塞到脑和瘤之间，左手提供拉扯的力量。肿瘤慢慢现身时，老板又多伸了一根手指进去，然后又一根手指，不久珍妮薇太太的头简直把他的整只手掌都吞进去了。

麻醉医生很紧张：“血压过低了。”

“想办法！”老板大喊一声，头也不抬，“付你薪水就要做事。来吧弗兰克，弄一弄那条动脉.....好。继续，快成功了。”

最后，那块大东西滑到头颅外，靠着几条残余的硬脑膜吊在那里晃来晃去。剪刀一挥，肿瘤掉到不锈钢盘子上。止血花了足足一个小时，等伤口全干，病人稳定下来后，我们才终于看到左脑被压的恐怖形状。脑膜瘤将珍妮薇太太的左脑压成一块饼的样子，而我们的手术又将大脑皮质弄得乱七八糟，不禁让人怀疑她的脑袋是否真能恢复过来。

总之，老板看上去很满意。

“做得好。那真是个大怪物。”他跟我握手，手套都还没脱下，“你现在真的是我们中的一员啦。”

每年，我都会为珍妮薇太太复诊一次。每次来诊所时她都穿着上班服，告诉我最近刚换的新车。她双腿仍然僵硬，但整形手术已经让

她的肌肉挛缩减轻不少。她的女儿们说她活脱脱就是十五年前的那个人。

在我的医生生涯里，珍妮薇太太真的是个里程碑。就算我此后再没立下什么丰功伟业，当我走进坟墓里时我也会心满意足。我永远不会在月球上漫步，也不会拿诺贝尔奖或住在白宫里。但我们那罕有的一份荣誉——将某个人从老人院揪出来，将她的心灵、她的生命和家庭全帮她找回来……你拿全世界来跟我换，我也不会愿意。

尽管偶尔出现一两位像珍妮薇太太的病例，但总体来说，总住院医师的工作实在是把我耗惨了。面对枪伤、脑死亡的器官捐赠者、来来去去的实习医师、自我膨胀的医生、疼痛病人以及医院的玉米牛肉饼的日子，终于让我受够了。我对工作的热忱日渐消散。我不再关心谁活谁死，只想做完工作下班，找回我本来的生活，回家看太太和孩子。像电影《非洲女王号》里的男主角，我只能爬回满是水蛭的水里，死命地将船拖向大海。

住院医师的生涯终于完毕，没有张灯结彩，我正式挂牌行医了。“成为他们中的一员”，没啥了不起的。由于最后一年做了太多手术，正式行医的头几个月我都感觉不到什么快乐。训练结束，我重新反省检讨自己选择的生涯。

我们都是“混沌”的奴隶。混沌理论说，许多事情的结果，都要看起始条件如何。起始条件微小的改变都会影响结果。例如：球从车前盖下来，将它放在一个地方它会这样滚，向左或向右移动一千米，它会往完全不同的方向跑。球落在什么地方完全看你一开始将它放在哪里。

起始条件所带来的冲击被称为“蝴蝶效应”。混沌理论说，亚洲的一只蝴蝶拍动翅膀，几个月后会在南大西洋造成飓风。我们的生活从自我的蝴蝶效应中冒出，年轻时最细微最细微的波动——我们的“起始条件”——制造出我们往后的一些极大变动。我曾经想过当一名电脑专家，但大一时学校的电脑课名额满了。如果排队登记修课时我早排一两位，排进电脑班里，也许我便永远不会走上医生之路。是

什么拖延着我使我晚了一步？我记不得了，也许半路上去买了个汉堡，或者碰到朋友聊起来——无论是什么，我的一生从此改变。如果我修了心脏外科，像我原先所希望的，我便可能变成穿着“心中最佳工作”T恤的人而不是脑外科医生了。

蝴蝶效应——这里一场对话，那里错过一班飞机……改变着我们生命的河流。在混沌的激流中徜徉浮沉之后，我恐怕自己已经漂流到了远处的陌生滩岸，漂流到不属于我的地方。

正式开业行医后三个月左右，有位70岁、名为格蕾丝·卡特拉诺的女士来就诊，她坐在轮椅上，由她魁梧的儿子推着进我的诊疗室。多年来她背部及腿部疼痛不堪，站得越久疼得越厉害。事实上她已经不太能走路了，顶多从轮椅走几步到床上。

“哦，医生，你是我们最后的希望了。我的关节炎严重到从这里走到门那里都不行。最近连晚上都会痛，没站着也会痛。他们给我镇静剂，我的家庭医生说这是关节炎，我必须忍下去，但我的邻居说也许我的椎间盘裂开或什么的。我很怕动手术，但只要能去掉这痛楚叫我做什么都行。什么都行。我有两个孙女——是对双胞胎——4岁大了，她们一直问为什么她们祖母从来不跟她们一起散步或带她们去看电影……”她擦拭着眼泪。

我做了检查，但找不到什么麻痹的症状，无法证明脊椎出问题。但根据她的说法，听起来很像是腰椎狭窄，即由于关节炎而使得下腰椎孔变小；骨刺的增生以及韧带变厚，使得下脊椎内的神经孔变小了，里头通到腿部的神经好像被一个环紧箍着，形成慢性腿痛，亦即神经性跛行。这种病老人家常碰到，但大部分人都不知道原因，腿部疼痛和走路时曳足而行、举步维艰都被归咎于无法可医的脊椎衰老或年纪太大。幸亏就算狭窄情况已经很严重，手术还是很有效的，增生的骨刺及韧带都可安全地削掉。

我安排了脊髓摄影，结果证实她第四节和第五节腰椎出现严重狭窄。于是我为她进行了椎间盘切除手术，让脊椎神经解除压迫。手术

无惊无险地做完，但她出院时还是坐在轮椅上。转送康复中心之后，她就再也没回来了——直到好几个月之后。

有一天，当我检视日程表时，看到了卡特拉诺的名字。但走进诊疗室时，却只看到她儿子在那里，坐在检查台上。

“你母亲呢？她还好吧？”

“妈妈不想进来。她想让你去候诊室跟她见面。”

我没意见。

像个年轻人般站在那里的，是格蕾丝·卡特拉诺。两个头发卷卷的小女孩一左一右地站在她身边。

“注意看。”她说。她儿子打开候诊室的门，格蕾丝摇摇摆摆地走到外面走廊，一手握着一个孙女的小手，轻易地走了十几米，慢慢转了个身又走回来。我们对望着，脸上绽放着同样灿烂的笑容。

真的，真那么容易的话，谁都可以来做这行了。我检查了她的伤口，跟她聊了一下，互道珍重。

她再度走到走廊里，走出我的视线，回到她自己的生活中，两个宝贝孙女在身边。卡特拉诺太太回到了属于她的地方。

我也一样。

后记

自我写完这本书，已经过去了十二年。书中记述了神经外科住院医师的各种心路历程，而这些人间悲欢实际发生的时间，要更早，差不多二十五年前。毫不意外地，神经外科的诸多方面早已大为改变，包括这个专业的传授及执业方式。

在美国，住院医师生涯的最大改变，是最近刚立法通过，规定受训医师每星期最多可以工作的时长（80小时）。当年我在做住院医师时，我们永远工作到一切功德圆满为止，有时连续好几天不间断，一星期往往工作超过100小时。不用说，在我们这些“灰发过来人”的眼中，今日的受训医生简直就是——我要思量摸索最正确的字眼——弱不禁风！

至于手术方面，书中谈到的过程依然大同小异，可是过去二十年的趋势，是减少侵入性的医疗手段。这千真万确，其实终极目的是根本不要动手术。就像以前我有位同事常说：“过世时伤疤最少的人赢。”当然了，他是个内科医生。对外科医生来说，动手术而没有出现伤疤不算什么胜利，因为那很可能意味着他压根儿没接过几台“正经”手术。

今天，大部分颅内动脉瘤都不再采用手术性的处理方式，而是使用微小的白金螺旋线圈将之栓塞。医生在病人腹股沟的股动脉插入一条长长的导管，经由导管，把螺旋线圈送到血管的缺口处，将线圈缠绕在动脉瘤里。线圈的金属纤维引发血液凝结，在血管瘤形成血栓，从而避免了开颅手术的风险。只有在极少数的情况下，当这种方法失灵时，才会动手术。同样地，脑下垂体肿瘤还是透过鼻子取出，但现在更多病人会接受非手术式的放射线治疗，使用由电脑辅助的钴放射线仪器，它被叫作“立体定位放射手术”（stereotactic radiosurgery）。无论脑瘤是恶性还是良性，这种方法均有助于减少需要动手术的概率。

很不幸，得恶性脑瘤的病患并没有比20世纪90年代的病人更容易渡过难关，也没有比80年代或者70年代的病人更占优势。事实上，就恶性脑瘤诊治来说，上一次出现重大进展是在20世纪50年代，当力量更强大的放射治疗机器面世之时。随后就只有一些微小的进展，甚至没啥进展了。

不过，这些改变并不代表神经外科医生需要另谋生路。手术占比永远最多的脊椎手术就依旧“生意兴隆”。随着人口老龄化，更多人的关节和椎间盘退化变坏，而且今天的长者喜欢追求更多、强度更高的活动（也理应如此），这就导致脊椎手术的数量和复杂度皆呈指数级上升。同样，处理疼痛问题的神经外科手术，包括脊髓刺激器以及吗啡泵的植入等，简直可以说是个成长中的产业。

至于创伤颅内血肿、危及生命的脑肿瘤、脑脓肿、子弹创伤等各式脑手术，当然照旧进行，但手术与时俱进，变得越来越小，也越来越“聪明”。拜各种新科技所赐，比如说利用“无框架立体定位系统”（frameless stereotaxis，一种脑袋中的GPS导航系统），现今的外科医生拥有前所未见的的能力，可以随时知道自己在这个“1.3千克重的心灵宇宙”中究竟跑到哪里，又做了什么。美国好几个手术室在手术台一端安装了磁共振扫描器(MRI)，让医生在手术进行的同时，可以同步看到脑内的情况。

目前发展最快速的，是称为“功能性神经外科”（functional neurosurgery）的部分，做法是销毁极其细微的部分脑子，或是安装电流刺激仪器，有点像植入一个脑袋的节拍器。其实类似的科技早已存在多年，甚至在20世纪80年代我当住院医师之前就已存在，但近年来电脑硬件发展突飞猛进，加上对大脑的知识不断累积，使得功能性神经外科技术达到了无与伦比的成功。

“深脑刺激术”（deep-brain stimulation，简称DBS）对帕金森综合征效果显著，大概很快就会被定为初步治疗时优先采用的方法。现在的初步治疗方法是使用L-多巴——它在脑部转换成多巴胺，促进上运动神经的改善——或者其他类似多巴胺的口服药。一般要等到药物对某位病患已经逐渐无效（典型的情况是病发五到十年后），又或

者病患对药物出现的副作用难以忍受时，方才动用手术。在病发早期阶段首先使用刺激物而非药物，却是近代反侵入式手术潮流中，一个极为特殊的例子。

深脑刺激术可能还有更宽广的应用空间。最近《自然》杂志报道了一个陷入半昏迷状态的个案，经由深脑刺激得以恢复。于是，正如生命中的许多情况，正当外科医生面前的一扇门慢慢关闭之时（没有血管瘤手术可做了），另一扇门却打开了（更多的功能性外科手术）。我想，外科医生很难有完全无事可做的一天。

近期深脑刺激术的这些进展，对我而言意义重大。2001年，我的左手开始轻微颤抖，但并不妨碍我在手术室的表现，起码一开始时没有影响。但我的颤抖很快开始变得明显，病人和同事都注意到了。双手不稳定的神经外科医生，嗯，随你用任何比喻，总之是非常不妙。我开始限定自己只做一些简单的手术，诸如纯椎间盘或腕隧道手术，但情况还是逐渐恶化了。到了2002年底，我必须放弃动手术，做一个纯粹的办公室会诊医师。

踏入2004年，很明显我身上显现出来的是帕金森综合症的早期症状。到目前为止，我的病况还未超出双手颤抖的程度，还可以打网球和高尔夫，甚至还可以玩潜水。事实上我差不多什么事都能做——除了为别人动手术。起先这让我很难受。其实就算几年之后，我有时还会梦到在做脑膜瘤切除手术（我的最爱）。可是到了现在，我已经很少想到那段当外科医生的日子了。

尽管岁月流逝，且这个领域出现了无数改变，但我依然相信这本书与当下息息相关。这本书的重点不是技术，甚至不是医疗，而是疾病的人性面，谈的是那些被病魔折磨的人的人性层面，以及像我这样的新手学习处理病痛时的人性层面。这些层面不受时间限制，历久弥新。

至于我，我感觉到我的人生循环可能快要完满回归了。慢慢地，我从医治病患的医生转变为病患。总有一天，也会有药物失灵的时候。

候，而我也会需要装一个脑刺激器。那么，当电极插进去，空气触碰我的脑子时，我还会是原来的我吗？但愿不会。我希望我会好转。

一切，不就是这么一回事吗？

弗兰克·维托斯克 2007年8月4日