

醫學倫理 寫作競賽 2014



醫學倫理寫作競賽 2 0 1 4

- 03 第 1 名 倫理議題 - 愛的決擇 |
新生兒中重度病房 · 潘秋華
- 05 第 2 名 急診「情」 | 急診 · 吳嘉恩
- 07 第 3 名 沒有說出口的話！我如何勸病人開刀？ |
麻醉部 · 謝紹維
- 19 佳作 以人為起點 以愛為依歸 | 秘書課 · 黃玉蓉
- 21 生命的延續－愛與關懷 | 麻醉部 · 鍾佩汝
- 25 第五瓶血罐讀後心得 | 醫品課 · 曾靖雅

倫理議題 - 愛的決擇

單位・作者 / 新生兒中重度病房・潘秋華

急診室角落的一張床上，躺著年紀近90歲老奶奶，瘦弱身軀、腫脹雙腿，蒼白的臉上插著氧氣鼻導管，呼吸仍微微喘息著。「我母親是腎癌末期病人！，在家吃不下及呼吸喘，看不忍心還是把她送來醫院」女兒臉上透露著淡淡哀傷訴說著：「她想要在家裡不想來，但是看他痛苦不舒服，怎能眼睜睜看她一直喘不過來呢」。我輕聲問如果這次病況不好，你們（家人）有甚麼想法？「不要插管！甚麼都不要，只要讓老母親舒服地走。」她回答著，似乎早就有心理準備，「但是我簽屬安寧緩和意願書，她們竟說：我到底是不是她的家人啊，怎麼就這樣冷漠決定啦！」我手拍拍她的肩膀，表示理解她的感受，她繼續說「難道年紀那麼大了，年輕時苦過來了，現在老了也要這麼辛苦痛苦的過嗎？」我示意的同理並表示尊重她（女兒）的想法與決定，轉過身看著滿臉皺紋的老奶奶，輕輕握著她的手並低下頭在她耳旁說著「阿嬤，住這裡 - 侯里卡咪痛喔（台語）！」她看著我點了點頭，我頓時也溼了眼眶。

人生總是有許多難以抉擇的時候，尤其面臨到至親至愛生死交關的時候，什麼樣的決定是對是錯，其實沒有一定的答案，此個案為高齡且癌末病人，家人的愛與不捨全看在眼裡，但是他們深深知道：若為維持生命而讓病人受更大的苦，之後的活著的品質與尊嚴將備受影響。然而中國人因道德倫理的影響下，很多家屬背負著「決策者」的責任與壓力。

住院隔天，我來到病房探視，嗎啡止痛劑使用下，阿嬤不痛了！呈現較昏睡的情況，女兒看著我緩緩地說「醫生說這次差不多是時候到了，我不想再給她多餘的折磨，只要舒服就好！」、「三年前母親罹患癌症後，常有人問為何放棄治療？如果都沒有治療，母親會活到現在嗎，生病的過程中的辛苦不是外人所能瞭解的。」我點點頭傾聽著，她繼續說「如果是我也不想活的那麼久，為了延長生命給予急救後，卻躺臥在床無法言語外、甚麼都要別人處理，這樣的生命有甚麼意義呢？」我心理想著很多家屬就是無法放下，導致許多病人身上插滿著管路，最後仍走上人生的終點。看著她堅定且從容的表情，也許心裡不知已掙扎與衝突了多少數次、亦或是一種對母親的深刻瞭解所產生的信念。

甚麼樣的愛才是愛？是強求生命的延續，把人留在身邊就好，還是該走時讓他好好的走，人的感情是複雜且豐富的有時真得無法割捨。住院第二天早上 - 阿嬤走了！聽說是安詳的離開，沒有太多的痛苦、一切安排相當順利，家人也全到齊在旁陪伴，並透由宗教的信仰及儀式帶著母親通往佛教西方極樂世界，女兒對於這次住院善終的過程則感到安慰及滿意。

這讓我想起釋慧開師父曾提及的：人生三千萬「千萬不要歹戲拖棚、千萬不要拖過人生的賞味期、千萬不要變成延畢生」，人該要謝幕下台時就要瀟灑下台一鞠躬、千萬不要變成延畢生而陷入生命的困境與僵

局。「善終之路」- 人人皆期望，但是現今社會得主客觀環境卻往往讓人不得善終，甚至飽受痛苦而終。近來有許多人來院主動填寫安寧緩和意願書，我想慢慢有這種想法的

人會越來越多，一方面可思考將來面臨的生命落幕該如何走；另一方面也可讓家人了解，屆時才不會讓至愛親人面對著困難的「決擇」。

急診「情」

單位・作者 / 急診・吳嘉恩

「急診的護理人員最冷血了！」「妳們在急診，應該很多感覺都麻痺了吧？」急診，與其他單位相較之下，病人來去流動快速，同個床位在轉頭瞬間，可能已換了位新病人，這樣的環境因護病間互動時間短暫，感情自然也來得快、去得快。兩年前仍是個護生時，老師常說急診像是個小型社會，甚麼樣的人都有，當時懵懵懂懂，現在知道後，對百樣人卻難能以一樣情待之。常試問自己，是工作環境將感情消耗殆盡了？但若感情如此輕易可被剝奪，我想也稱不上「真感情」了。醫療環境上，倫理議題通常是感情間的矛盾與衝擊造成，也是立場不同而產生，學生時期老師便會提出關於倫理的情況題讓我們思考，當時總為交報告而勉強思索答題，現在卻是親身體驗而不得不面對。

今年九月份，是我在急診訓練急救室流程的月份，上班 20 天卻開了近 15 次急救室，業績也算功不可殁！幾乎是 OHCA(到院前心肺功能停止)的病人報到，其中我的「第一台」便觸及倫理議題：18 歲少年騎機車車禍，到院前已無生命徵象，CPR 入院進入急救室，插管、壓胸、給予急救藥物，第 1 支強心劑後心律回復(約 5 分鐘)，血壓從測無到有，甚至曾經測得 92/25 mmHg，有 large bore catheter(大管徑之中心靜脈導管)給力，也給予輸血，但才正要

做全身電腦斷層檢查，移床時又再次測無生命徵象，再度 CPR，半小時後仍無效，自始至終抽吸氣管內管及口鼻都有大量鮮血，出血無止盡。焦急的家屬在急救室外淚流如

注，醫師解釋病情後，家屬無法接受，病人正值青春年華，任誰都無法接受，何況曾經量有血壓，留有一絲希望。接著由著家屬要求，形式上繼續 thump(自動心肺復甦醒器)壓胸 30 分鐘，無效。病人父親約一小時後再度返院，再次要求繼續壓胸，不論醫師怎麼解釋說明，再壓胸只是徒增病人軀體上的傷害，造成肺部更加大量出血，而家屬怎麼哭、怎麼喊，就是希望醫師給他多一份希望，縱然明白這已是個奢望，甚至家屬自行用手去幫病人壓胸……然而，只是盼著有個奇蹟出現。

急診醫師以堅定的口吻對家屬說：「這樣只是讓他(病人)更痛苦而已，如果是我，這樣做我會很難過，你們呢？我沒辦法再繼續給你們這樣(急救)，醫療上的處置早在兩小時前就結束了，現在只等著辦理後續程序。」縱然怎麼安慰及解釋，家屬仍是無法接受。他們得到了最後奢求的十分鐘壓胸，想當然結果，急救無效。

不得已接受事實，經過遺體護理、移除管路、著尿布及更衣，到最後要拔管前讓家屬見最後一面……我終於不爭氣地哭了。哭的是病人父親撫著兒子的臉龐，眼神看似無悲傷感，卻又泛著淚，輕輕地對兒子說話：「怎麼這麼不聽話……。」淡淡的一句話，語氣是這麼無奈又平靜，因為他們已經知道，再怎麼教訓，人也再也回不來了。然後掉下眼淚的我就被趕出急救室了。

在旁人眼裡，最後醫師說的話是冷血及殘酷的，但也只是打破家屬那「不願面對

的真相」。站在醫療面，資源是應用於需要的人；對於家屬面，他們的家屬（病人）就是那「需要的人」，這是因立場相異而產生不同的定義，而這定義也隨感情被解釋。但在我看來，那「需要的人」變成是家屬，因為家屬的悲慟及無法接受，一再的醫療處置雖直接地落在病人身軀上，卻都是間接「為了」家屬。

痛失親人的心情掩蓋了理性，人之常情，也因為他們不是醫護人員，不明白急救時間並不是越長越有效果，也許最終真能救回一條命，但必定救不會他的人生，後續長期照護對於醫療資源的佔用又是個議題，也造成親屬們沉重的負擔。

救與不救沒有對錯，當醫護人員已盡最大心力供予急救醫療處置，縱使同樣不捨

往生者的逝世，卻也了解已告一段落，但在護理面，遺體護理時我總會不自禁地輕聲對往生者說句：「辛苦了。」在口罩下隱藏著鼻酸、眼鏡掩蓋眼眶泛淚的心情，沒有多餘的時間處理難過的情緒，因為職責及本分告訴我們繼續照護需要幫助的人，這也是為何我會被學姐趕出急救室的原因。

醫護，並不是不能有情緒，相對地，是發自內心以病人為出發點去做任何事，縱使不是他們的親屬，但他們若帶著笑容，我們會感到滿足；他們若難過，我們也會感到失落。我始終相信縱使每天接觸這些「別離」，我們急診人的感覺沒有麻痺，情感依舊存在，甚至這些人、事、物，讓我們更知足、更惜福，更加愛惜自己的生命與親友陪伴的每一刻！

沒有說出口的話！我如何勸病人開刀？

單位・作者 / 麻醉部・謝紹維

在義大醫院三樓開刀房之內，我們正聚精會神地專注在開心手術的過程中，躺在手術檯上的病人是一個主動脈瓣膜嚴重狹窄 (Critical aortic stenosis) 的患者，病人開刀的時機似乎有點慢了，左心室收縮的功能在手術前超音波評估的結果不是太好，LVEF 大約在 50-55% 左右，陳伯伯的年紀不大也不小，77 歲而已，最近台灣開心手術病患高齡化的趨勢非常明顯，幾年之前他的運動能力還不錯，最近這幾年開始出現運動時容易會喘氣以及上氣不接下氣的情形，偶爾有胸痛的狀況。他長期在義大醫院心臟內科追蹤，心臟內科醫師一直勸他動手術（主動脈瓣膜置換術，Aortic valve replacement），但是病人非常害怕做大手術，一直拒絕醫師的建議，堅決不同意開刀。兩週之前，整個台灣天寒地凍，陳伯伯不慎染上了感冒咳嗽（上呼吸道感染），身體很不舒服，呼吸變得很費力，後來伯伯在家中又突然發生暈厥 (Syncope)，撞到了頭部腫了一大包，還好家人在場，這下子全家人都緊張起來了，連忙將他送到醫院來，這次陳伯伯終於願意認命，決定接受手術治療。我們等候他的感冒症狀緩解，不再咳嗽多痰，也確認沒有任何腦部出血的問題之後，便安排為他執行手術。

麻醉誘導的過程大致上還算順利，但是陳伯伯主動脈瓣膜嚴重狹窄的手術時機拖太久了，主動脈瓣膜開口面積已經縮得很小 (0.7 cm²)，左心室的收縮功能其實已經衰竭一段時間了，因此還是帶給我一點點小麻

煩，麻醉誘導開始之前，我便啟動了強心劑注射 (Dobutamine)，使用了 Ketamine (K 他命) 以及 Fentanyl (芬太尼) 做為麻醉誘導的藥物，我心裡想接受重大手術的麻醉誘導使用 Ketamine 注射，不知道會不會讓他做惡夢呢？不過，對他的特殊心臟疾病與現狀而言，Ketamine 是最佳的麻醉誘導藥物選擇，術前消毒準備的過程中，我注射了好幾次的微量 Norepinephrine，勉強撐住了陳伯伯的術中血壓，我如同以往一派輕描淡寫、舉止優雅地處理許多預料中的問題，不希望給麻姐們帶來太大的心理壓力，旁邊的資深學姐一直提醒學妹，『所有靜脈管路與呼吸管路要接緊，千萬不能在術中滑脫掉落，否則萬一手術過程中爆管或滑脫的話，妳會看到謝醫師抓狂生氣』。

在心臟外科醫師鋸開胸骨後，我看著那條粗壯的升主動脈，應該是 Post-stenotic aortic dilatation 的後果，心臟的尺寸偏大了些。人體的構造是很奧妙的，不是所有的東西都是愈粗壯愈好，正常的心臟應該是很漂亮的『小而美』，主動脈應該是長得端正又直白才對。心臟外科醫師小心翼翼地在薄薄的主動脈之上切了一個小洞，然後將主動脈導管 (Aortic cannula) 插在上面，我很欣賞心臟外科醫師細膩的手法，我一直覺得那是一種神人級的藝術層次，像是深奧的日本能劇是給懂的人欣賞的，更佩服心臟外科醫師的高度抗壓性，心臟麻醉做久了，我發現我與心臟外科醫師漸漸地彼此之間有了惺惺相惜的感動。

『這個病人似乎拖得有點久，開刀時機晚了一點哦？』我是從病人的過去病史以及心臟超音波的檢查結果得到這個結論的，看這病患很不可愛的特殊動脈波型 (Arterial waveform)，也印證了心臟內科醫師手術之前精準高明的超音波評估。

『是啊！我們之前勸他早點開刀，可是病人一直不願意，一直到問題大條身體發生重度不適的時候才來，我們又不能強迫他做手術，拖太久搞到心臟收縮功能不好，也是他自己造成的，一切順其自然吧。反正，這種不理智拒絕重大手術的病人他也不是第一個，現在躺在加護病房 3D06 床的 CAD with inferior wall NSTEMI 心肌梗塞病人，我也是勸他趕快開刀，可是解釋完病情及手術風險之後，他直接拒絕掉了，還要求打算趕快出院內科服藥控制就好。』心臟外科醫師雖然一面口中抱怨，可是手上的動作依舊沒有停滯下來，還是那麼的精準快速。

很多心臟疾病的病患都是如此，胸痛可以忍耐，反正又不常常發生忍一下就過了，呼吸急促也可以接受，少動就好；只有當喘到受不了被插管的時候，或是發生暈倒合併突發性的短暫意識喪失時，將它與中風產生錯誤的聯想，才會認真面對心臟問題的嚴重性。不過，我比較好奇的倒是加護病房 3D06 床的病人，由於禁不住內心的好奇心，而且目前手上的陳伯伯麻醉狀況尚稱穩定，於是我當場就在開刀房打開電腦，開啟 PACS 系統，點了 3D06 病人的 CXR、EKG、Angiography、Lab data 出來看。

抽血報告上 CKMB 以及 Troponin-I 均有明顯的上升，EKG 之上廣泛部位的許多 Leads 均出現了明顯的 ST depression，甚至 aVR 的 ST segment 看起來都怪怪的，

我想任何一位義大醫院的醫護人員都有能力聯想到他很可能是典型的 NSTEMI 心肌梗塞，而且 Angiography 血管攝影的結果也證實了這個診斷。在 LMCA 的部位，接近三叉路口的地方有 95% 狹窄；LAD 近段出現 90% 狹窄、中段 80% 狹窄；LCX 近段出現 90% 狹窄；RCA 近段出現 80% 狹窄，合併 PDA 入口有 99% 狹窄，屬於 LMCA disease 的病人，我想 NSTEMI 心肌梗塞應該是發生在左心室下壁這個區域吧！經驗不足的護理人員對它或許沒感覺，但是這個病人冠狀動脈狹窄的程度真的是緊到讓我打從心裡害怕，病人正處於命懸一線之際，心臟內科及外科醫師應該也有同樣的感受。病人或許運氣不好年紀輕輕就發生心肌梗塞，但是上帝並未關上了所有的門窗，還好他沒有在左側冠狀動脈發生嚴重的 STEMI 急性心肌梗塞，否則病人的下場肯定早就死在急診室了 (Left main shock syndrome)。

這個病人發生了 NSTEMI 心肌梗塞後，沒有心律不整或猝死 (Sudden death) 已經是鬼頭關走一遭了，還活著真是夠走運的了。我心裡想，也真是奇怪的病人，命在旦夕了還想要投機取巧。可是，也不能怪病人，病人無法在幾個小時之內了解他的血管攝影 (Angiography) 所釋放出來的嚴重警告訊號，畢竟他不是專精心臟疾病的醫護人員。

『我能不能去和他說說看？勸他開刀。』雖然臨床上絕對尊重病人本人的意願，他不做，我們不能勉強，但是內心畢竟總是認為這個病人做了一個完全錯誤的臨床決定。

『沒關係，你可以試試。』心臟外科醫師如此說。所以，我在當天五點下班之後

就換掉綠色手術服，披上白色醫師長袍，先到 3E 加護病房探視過陳伯伯後，便前往心臟內科 3D 加護病房探視 3D06 床的病人。

蔡先生，有著虎背熊腰的體格，就這麼大喇喇地坐在加護病房 3D06 的病床之上，臉上還掛著氧氣鼻管，我抵達心臟內科加護病房時，他正在享用晚餐，蔡太太也在旁邊陪伴他。生病的人總是有比較多的特權，可以很準時用餐，不像我們辛苦的護理人員常常誤餐。

『你好，我是麻醉科醫師，打擾你的用餐，蔡先生，我們之前應該沒有碰過面。』我很有禮貌地先做了一個簡單的自我介紹，秀了一下自己的醫院識別證；在完全彼此不認識的情況之下，總是必須有一個好的起頭。

『我剛才在開刀房裡面和心臟外科醫師討論過你的心臟情形，我對你的情形有點興趣，因為在負責心臟麻醉的麻醉醫師來說，你的心臟血管疾病算是很嚴重的危險狀況，不應該是內科門診吃藥就會好的疾病，對於這類的病人我們大都是建議開心手術治療，可是心臟外科醫師跟我說你又不願意接受手術。』

『我方便知道你為什麼拒絕外科醫師的開刀建議嗎？是害怕手術嗎？請你放心，我不會說你的想法不對，也不認為你的決定一定有什麼問題，只是想聽聽看你的想法。』我很誠實地開宗明義，直接切入問題的核心。

『沒怎樣啦！我只是想說，因為我們家只有我一個人賺錢，我太太家庭主婦沒

在賺錢，我還必須繼續工作才能讓孩子繼續讀書與生活，所以，我想最好不要冒險開刀，若是出代誌的話，全家會沒錢可用，儘量能吃藥控制就好。』這男人是個負責任的老爸，雖然醫師治療疾病時不應該因為患者的種族、膚色、貴賤、性別、宗教等而有所差別，但是，不可否認的，我開始有點欣賞他這種負責任的老實人。

『你小孩多大？』我很雞婆地問。

『我大女兒今年剛上大一，小女兒目前初三。』

『你是做什麼工作？』

『開大卡車的司機，四處跑，送東西的。』

『那麼，你是跑那裡？會不會很累？』我心中盤算，只要不是跑縱貫線的黑道角頭老大，應該不會太固執，會比較好說話。

『喔，不一定啦！全省到處跑啦！大部份是南部和東部啦！雖然說經常必須搬重物，還可以做得來啦！』他把晚餐推到一旁，開始有點認真地和眼前這個初次見面的麻醉科醫師聊起天來。嗯，還好他不會像計程車的運將聽廣告亂花錢買吉胃福賜，也沒有把心絞痛當成胃食道逆流溢赤酸。

『你們住那裡？你大漢的和小漢的讀那裡？你的卡車什麼牌子的？』巴拉巴拉巴拉地，我和蔡先生開始聊了起來，而他也老實地乖乖回答我的所有問題。

『好啦！我講給你參考看看，坦白說，我們做開心手術的醫師在向病人或家屬建議做開心手術時，我們內心都很清楚，我們在講的是一個危險的大手術，病人是拿性命來做賭注的，所以叫人開刀之前的評估都很重要，一定是我們評估結論是手術的好處大於不手術的好處時，同時手術的好處大於手術

的壞處，或病人被迫開刀沒有其他選擇時，我們才會向病人建議開刀。』

『所以，平常碰到直直的冠狀動脈在中間點發生血管阻塞時，我們標準的作法是會利用心導管的方法，先在狹窄的地方用氣球撐開來，再塞入一條血管支架。盡量用簡單的治療方式去處理這個問題。』我拿出了紙張，開始發揮我藝術家的天份，圖文並茂，將他的心臟血管情形解釋給蔡先生及蔡太太聽，也在紙上用原子筆比劃了血管支架如何撐開冠狀動脈狹窄部位。

『照理來說，以心臟血管阻塞疾病而言，我們醫師的作法很一致，盡量使用心導管的內科方法去將血管打通，像是李登輝一樣放好幾支血管支架將動脈狹窄的地方撐開來，這種方法比較簡單，不用開大刀，危險性會比開刀更小。』我想我應該講的很清楚，蔡先生聽得點頭如蒜。

『但是，現在你碰到了一個麻煩的問題。』我深呼吸了一下，給他一點思考的時間。

『因為你冠狀動脈阻塞的部位實在是太糟了，剛剛好就堵在兩條大的血管的交叉口，就好像是中山高和北二高的新竹系統交流道發生大阻塞，造成整個左邊的心臟血液不夠用了。而且，支援的惟一另一條血管這次又發生了血栓，引起小範圍的急性心肌梗塞。』我在紙上，左心室的部位打了一個很大的『X』，強調他的左心室幾乎沒有血流的供應了。

『這種堵在交叉點的冠狀動脈狹窄是最難搞定的狀況，就好像是中山高與北二高的新竹系統交流道南下北上全部阻塞。如果硬來放血管支架，通左邊，右邊堵死；通右邊，左邊堵死。』我拼命講話圖形併用，蔡

先生是卡車司機，這樣的道路比喻應該可以讓他理解他目前所處的艱難環境。

『所以，不是心臟內科醫師不幫你放血管支架，而是你的冠狀動脈阻塞情形不能放血管支架。若是可以現場處理，人家馬上在心導室裡面早就幫你把支架放好了；心臟內科醫師很忙，人家沒有那麼多空閒，三不五時幫你通心導管。』

『所以，心臟內科醫師沒辦法放血管支架，你體內的定時炸彈目前尚未解除，還在倒數計時，你的心臟仍然處於極不穩定的狀態。』

『如果你是我爸或我兄弟，我絕對不會讓你出院，但是因為台灣法律規定病患有決定自己醫療方式的權力，所以如果你硬是要出院，或是決定內科吃藥治療，我們會跟你及你所有的家人講清楚說明白，然後請你簽署 AAD 同意書。如果你要轉診到其他醫院做治療的話，我們會幫你轉診，寫好轉診單給你，但是，我會建議你先確定對方有沒有空的心臟內科加護病房？先安排好心臟外科醫師可以在最近一兩天之內趕快做手術，趕快幫你把心臟的問題解決掉。因為咱義大醫院不是其他醫院的主管或上司，所以加護病房及心臟外科醫師你必須自己去喬，或是聽任對方醫院醫師的安排。』蔡先生應該不是什麼達官貴族或皇親國戚，醫療資源應該不會取得容易，所以，他陷入了沉思當中，面有菜色。

『那麼，你從剛開始第一次胸痛，到現在總共胸口痛或胸口悶了幾次？過去有沒有什麼慢性疾病？開過刀嗎？抽菸喝酒嗎？平常時的體力如何？』我又連珠炮地問了他一堆心絞痛的相關問題。

『幹！一天兩包到三包，你是抽菸害

的。』很少有醫師會在病患面前直接使用語助詞，我必須承認，我的文化水平並不高。

蔡先生過去沒有高血壓、糖尿病、痛風、膽固醇過高、氣喘、B肝、C肝、結石、中風，幾乎什麼全身性的疾病都沒有，以我的標準，他壯的跟一頭牛差不了多少，體格體力與他的大卡車司機職業絕對吻合，絕非我這種肥胖肉雞的身材。我掐指算了一下，他的冠狀動脈危險因子只有年紀性別（大於45歲的男性）、抽菸加保力達、及高膽固醇血症而已，而且高膽固醇血症是在這次住院之後才發現的。

『我本來想說能不開刀最好，不要冒險，能吃藥就吃藥，儘量賺錢給家裡的人，讓兩個女兒能夠大學順利畢業。那麼，現在我應該怎麼辦？』他開始有點心志動搖了，蔡先生要求的並不多，大部份的台灣人要的不過就是安居樂業，一份穩定的工作而已。

『我不會幫你做決定，因為開心手術與否必須你自己做決定，身體是你是自己的。但是我會解釋說給你聽。』

『若直接在義大醫院做開心手術，你這種心臟狀況的成功率有97-98%，算是很高的。』

『但是，不能高興的太早，最重要的是恐怖的2-3%的失敗機會，開心手術是要拿性命來拼的，萬一失敗的話結果可能是心臟衰竭、心肌嚴重缺氧、中風的可能性、肺炎、腎臟衰竭等，特別是死亡率絕對不等於零。』依過往的經驗，病人及其家屬都認為自己不會是那倒楣的2-3%，因此，我特地跟他強調這件事。

『為什麼這麼多的併發症呢？因為每個人自出生時心臟就未曾停止跳動過，所以為了做心臟手術，我們必須叫心臟暫時停下

來，這中間就必須用心肺機幫助你維持血液流動，心肺機是葉克膜的表兄，雖然不同姓，不姓葉，但是原理和葉克膜差不多，我們還必須動到最大條的血管（主動脈），做完手術之後還必須讓心臟重新跳動，就好像引擎拆卸大修理再重新組裝回去重新啟動。這麼複雜的手術，所以它的風險自然會很高。』

『手術如果你拼有贏，加上戒菸、嚴格控制高血壓及膽固醇，預估你的血管可以再撐十年，十年以內心臟沒問題；超過十年以上的部份，算你多賺到的。運氣好，你有可能可以做到退休，嫁女兒加上抱孫做阿公。』

『若是內科吃藥控制你的心臟問題，是有可能這幾週暫時會好，人會沒甚感覺，胸口不痛。但是，我認為你的血管不可能撐好幾個月沒事；萬一又嚴重發作的時候，你人剛好不在大都市時，你就會輸得很慘，輸到脫褲。』

『萬一在高速公路開車時，心臟病又發作了再來一次心肌梗塞，非常有可能會發生大車禍，你就是連環車禍的男主角，有可能你死第一個。』

『萬一心肌梗塞發作加上車禍受重傷要開刀時，你就必須要開緊急心臟手術加上開受傷骨折的手術，單單開緊急心臟手術就夠可怕了，再加上重度外傷，你幾乎就死定了。』

『就心臟手術來說，緊急手術的死亡率高出常規手術很多，萬一空腹時間又不夠，你又會多一項吸入性肺炎的風險，肺炎又是會死人的狀況。』

『萬一你開車到墾丁時，又發生很嚴重的心絞痛，有可能是心肌梗塞，也有可能

只是不穩定的心絞痛，你是不可能自己開車趕到高雄的。你必須請別人幫你叫救護車，緊急送到特殊指定的大醫院，還不能是普通的小醫院，你必須要找有能力可以做開心手術的大醫院，要有急診科醫師、心臟內科醫師、心臟外科醫師、麻醉科醫師、加護病房醫師等，而且，當時大型醫院也不見得有空的開刀房可以馬上開緊急心臟手術。』雖然法律規定醫師必須誠實告知，但我心裡很清楚，我的話語之中略帶威脅；講到這裡，蔡先生再次害怕了起來，蔡太太也是滿心擔憂，我想他們應該是第二次聽到心臟手術必須冒的諸多風險，先前心臟外科醫師應該告知過一次了。

『那我能不能再去問我的阿叔，他曾做過心臟手術，他有經驗，我想要問過他的意見。』阿叔？真是可愛的病人，我心裡想，你的身體干你阿叔什麼屁事？他的開心手術經驗你能拿來參考嗎？

『不行，你必須自己做決定，最多我會建議你找你太太及二個女兒商量。因為，第一，你的血管狀況和你阿叔絕對不一樣，你的血管蓋恐怖。第二，做錯決定的話，你阿叔會負責任替你養家活口養女兒嗎？』

『不管你信什麼，你可以去問耶穌、王爺公、媽祖、觀世音菩薩、或是五府千歲，問神明這幾個醫師好不好？有緣份沒？絕對比問你阿叔更好，更準確。』我把心臟外科醫師的名字給蔡太太看，也秀了一下我的識別證，識別證上的照片比本人年輕英俊多了。雖然我非常討厭『開刀成功，媽祖保佑，還願送祂金牌；開刀失敗，醫師太爛，法院告你到底』的病人，完全不考慮自己是否必須為自己的健康負起最基本的照顧責任，有太多的病人平時根本不好好愛護自己的健

康，臨到重病就只會要求醫師負全責；但是，站在尊重病人的立場上，尊重個人宗教信仰，我還是替他指點了一條道路，至少根據過去的真實經驗，東港東隆宮的溫王爺就很準，曾經直接指示病人找特定的心臟外科醫師開了一台極為順手好做又非常成功的艱難手術。

『我不會幫你做決定，因為必須你自己做決定，身體是你是自己的。』我仍是提醒他必須自己做決定。

『每一個病人聽到手術的成功率有 97-98% 時，都會認為自己一定是成功的那一群，但是，我必須跟你強調，開心手術的死亡率絕對不等於零。沒有方法可以預知，你會不會是那倒楣的 2-3% 的病人，算起來我們每開 30 個病人，就很可能會碰到一個死亡的倒楣病人。』

『我最佩服那種在情況變爛之前就敢冒險一拼的人。但是，坦白說，決定要開心臟手術的病人，確實要有很大的勇氣。』我又想到了白天做主動脈瓣膜置換術的陳伯伯，但是我預期他的手術預後與生活機能應該不會太差。

『若是要做手術我們會上全身麻醉，在你睡著以後才做其他的事情，所有的管路都在你睡著後才放，不會一半醒來，不會做夢，醒來不可亂拔管。手術的風險我再說一遍，……』我又不厭其煩地跟他說了一遍，內科治療的優缺點也再講一遍。

『我先把麻醉同意書、說明書、術前評估單寫好，等你決定好要開刀，再簽就好了。沒簽，我們不會把你抓去開刀。同意書會自己失效。』我突然想到了老婆大人在家等候用晚餐，看了一下手錶，發現在不知不覺中我與他們夫婦兩人聊了一個半小時了，

蔡先生的晚餐吃一半也冷掉了，我內心有點不好意思，萬一這是最後的晚餐，害他吃冷飯也說不過去。

『這種代誌不好決定，你慢慢地想，第一，最好問過神明，第二，一定要和你家人商量，你阿叔就不用問了，第三，自己做決定。你可以拖兩三天好好考慮，但是拖一星期以上就不好，我怕你的心臟會出代誌，發生緊急狀況。』我發現我不是勇於負責的醫師，因為我一直在推卸責任給神明。

『那個心臟外科醫師人很好心，還幫你保留明天的開刀房。但是，你可以不用理他，臨時要取消都可以。還有，萬一神明說要轉院換醫師，一定要聽神明的話，我們會幫你轉院，不要硬要找我們。』我擔心他會因為我與他聊這麼久，他會開始不理智地喜歡我這種胖胖穩重型的麻醉科醫師幫他執行心臟麻醉。

最近這兩年我一直主張，一切應該要隨緣，不可攀緣，要聽從上帝的安排，人生切忌強求。

隔天早上，我就在手術室的白板之上看到了蔡先生的名字列在手術排程之中，沒有被取消手術排程，我知道，在這個世界上的某一個特定時間點，我的心臟麻醉生涯與他的生命畫上了一個美麗的黃金 KD 交叉，他的人生將會繼續地走下去（一不小心就會變成死亡 KD 交叉）。

真是又奇怪又可愛的病人，心臟外科醫師催促他趕快手術他不要，我要他多考慮考慮，去問問神明，他反而爽快地過一個晚上就答應了。

後來在 Room 05 的手術房裡，我和他打了一個簡單的招呼，雖然我帶上了手術帽及口罩，他仍然認得出我來。

『昨天睡得好不好？』我習慣上這麼問，即將接受開心手術的病人在手術前一天晚上，若是沒有吃安眠藥的話，睡得好才奇怪。

『昨天後來又有一次輕微的胸口不舒服，而且很快就過了。』蔡先生很誠實地回答。

『有沒有冒冷汗？』我繼續追問他昨天晚上心絞痛發作的詳細情形，意圖搞清楚他目前的心肌缺氧的狀況。

我瞄了一下開刀房之內監視儀器畫面，心電圖上仍舊是呈現出明顯的 ST depression，表示心臟仍舊處於高度活性的心肌缺氧，我心想這麼明顯的心肌缺氧怎麼他還會想要吃藥控制呢？真是拿性命開玩笑。

『好啦，我現在要開始注射一點安眠藥，等一下你就會睡著了，醒來時到了加護病房的時候不要亂拔管子。從現在開始，慢慢地做深呼吸的動作 10 次。』我一面和他聊天轉移他的注意力，一面開始注射 Midazolam 以及 Fentanyl，由於他的心臟疾病的緣故，我先讓他睡著，在他完全沒有任何痛覺的情形之下打好 Arterial line；然後我計畫採取深度麻醉的作法，讓他進入非常深的麻醉，完全不會在術中清醒過來，也完全沒有作夢的機會，再來是 On endotracheal tube（氣管插管）、Swan-Ganz catheter（監測心臟血流動力學重大參數）、TEE probe（經食道超音波檢查），這些步驟我已經做得非常地純熟，行雲流水地在最短時間之內依序完成。由於採取深度麻

醉的緣故，插管與執行侵入性檢查時，心跳與血壓一直維持在原地，幾乎沒有任何的起伏變化。

心臟外科醫師後來進入手術室了，她一直覺得莫名奇妙，想不通為什麼她講不聽的病人，我卻可以說動病人決定要接受手術呢？嗯，胖胖穩重型的醫師比較有說服力吧！

然後是消毒皮膚、取下肢的大隱靜脈、鋸開胸骨、再取 LIMA（左側內乳動脈）、插上開心手術的體外循環管路，很快地讓病患進入體外循環的階段。這一切步驟需要一點時間，全部不允許發生任何的差錯，所有的開心手術小組成員彼此之間很有默契地搭配完成，其間夾雜著簡短的言語溝通。

我一直在擔心蔡先生在進入體外循環之前會發生第二次的心肌梗塞？或是突然來個嚴重的心律不整 Ventricular tachycardia？送給我一個意外的驚喜，雖然我已經事先在腦中運作演習怎麼使用電擊、及設定其輸出，還好後來沒發生心律不整這件事，倒是在打 Swan-Ganz catheter 時出現了幾跳零散的 Multifocal VPCs，以及惟一一次的 Short-run VT，消毒皮膚的時候 EKG 一度出現了 ST depression 更深沉的變化，我心裡很清楚又是一次的心肌缺氧的發作，不過目前他正處於深度麻醉的狀態之下，心跳及血壓也很穩定，很快它就自行消失了。

這次的 CABG 手術，心臟外科醫師一如往常，做得非常地順手，四個該接好的吻合點很快就依序完成了，病人的大隱靜脈及內乳動脈狀況都非常地好（很能是因為他是做粗重工作的人，所以靜脈很粗），我們很快地就讓他脫離了心肺機，心電圖回復正

常，之前的 ST depression 全部消失了，與我自己的心電圖一樣漂亮。我僅用了低劑量的 Dopamine 強心劑，就能達到良好的血流動力學參數設定。

我又用了 TEE 再次檢查了他的心臟收縮狀態與整體功能，強而有力，即使是經歷過左心室下壁 NSTEMI 心肌梗塞的摧殘，這顆心臟應該可以讓他再撐個 10 年以上沒有問題。還好蔡先生有接受我們對他的建議，也有壯士斷腕的勇氣；否則，肝不好，人生是黑白的；心臟不好，人生是全黑的。

在離開開刀房之前，我親自再注射了 Morphine 2 amp 合併一些 Fentanyl，如同平常一樣，我很有把握地確信他應該可以在完全不痛的情形下醒過來，即使他有著牛一般強健的體魄，開了一個這麼大的手術，留下了許多的手術傷口在身上。

隔天早上，我專程跑到加護病房看了蔡先生的狀況，Swan-Ganz catheter 的螢幕上的數值非常地漂亮，Dopamine 強心劑已經停止使用了，昨天晚上七點左右人就已經清醒了，他本人也完全沒有任何的不適，幾乎沒有傷口疼痛的問題。

術後第四天，我又特地跑到病房去看他，蔡先生的精神與心情非常地好，再也沒有發生任何的胸痛症狀，能吃能喝能拉能睡，人生不過就是如此罷了。

『你以後絕對不准抽菸喝酒，保力達維士比也不行，務必乖乖控制膽固醇，定期服用藥物，這樣才能獲得十年保證。如果你繼續再抽菸不戒菸的話，三四年後血管又阻塞了，我們就會再見面，到時候，我會跟你再次與你詳談，請你冒險做那種『開三個死一個』的高危險二次手術 (Redo)。』我用心良苦地誇大『開三個死一個』恐嚇他，希

望他會乖乖聽話。

開心手術和心臟麻醉是一塊非常特別的領域，一切以成敗論英雄，今天病人很幸運地成功了，必須要許多條件的配合，醫師優秀的學識技識、病人足夠的好運氣、與徹底的醫病合作，缺一不可。因此，我再三叮嚀他，務必與心臟外科醫師合作，按時門診追蹤服藥，做一個守規矩的病人。

『你如果順利出院的話，我或許可以算是你的貴人吧！你一定要寫信到院長信箱，好好向院長表揚我一下。』臨走之前，我用開玩笑的口吻和他說。

『院長信箱，沒問題，一定。』他爽快乾脆地答應了。

老子道德經第五十八章云：『禍兮，福之所倚；福兮，禍之所伏。』我以這樣的人生態度，來看待那天下班之後我的所做所為，做了這件事，我大概在某件事上要吃虧的。

執行心臟麻醉的歲月已經邁入第 13 年了，我必須承認個人資質魯鈍，當初完全是因緣際會被指派做心臟麻醉的，直到主治醫師第四年之後，才跨入心臟麻醉的門檻，稍稍了解了什麼叫做心臟麻醉。這麼多年以來，我看遍了許多的生死意外，人生隨處悲歡離合，我非常非常不喜歡去苦苦勸告病人一定要開刀，因為，我深刻地體認到整台開心手術從住院之前在門診長期追蹤，到決定手術，到住院開始術前準備，到麻醉誘導，到手術結束，到離開加護病房，到病人順利出院，到出院後的門診追蹤，這個過程當中有太多太多不確定的因素在其中，病情隨時

瞬間豬羊變色。開心手術病患的心臟狀況在手術之前已經不穩定了，情況隨時會急轉直下，又很容易發生突發事件，當下便可能要了病人的性命，為此，我養成了極度龜毛的個性，不容許在心臟麻醉過程之中發生任何人為疏失，極力避免不慎人為加工。

因為有這樣的認知體會，所以我敬畏上帝，工作時全神貫注在麻醉上。

有句名言：『優秀的棒球投手，是專注於投球上，不去理會計分板的數字。』在我的心臟麻醉生涯之中，蔡先生不知道是我第幾號病人，數不清了，我也未曾特意去計數過自己到底麻醉過多少的開心手術，在我的多年心臟麻醉生涯之中是否曾經因為學識不足、或個人疏失、或便宜行事而造成病患的傷害，上帝知道的一清二楚，我向來戰戰兢兢，每一位基督徒最終都必須站在上帝面前接受審判的，為自己的行為負責。

蔡先生不是我麻醉生涯中最困難的病人（回想起來，最困難的麻醉是親自為重症癌末的父親執行他人生當中最後一次的麻醉），但是，我卻覺得，我還是對他有一種特殊情感或是心理負擔，因為是我用間接的方式勸蔡先生接受手術的（坦白說，多少有點威脅利誘，雖然句句實話），在心理的最深層我雞婆地攬了一個重責大任在肩膀上，我絕對不能出錯，即使我不像許多名醫前輩有 100% 必贏必勝的把握，敢在手術之前跟病人打包票『包醫包好』。

為什麼我可以說動病人決定要接受手術呢？我一直沒有告訴心臟外科醫師，『喇塞』也是一門深奧的學問；成熟俊俏的臉蛋、肥胖穩重的身材、風流倜儻的氣質、誠懇開放的態度、加上口若懸河的口才，這些或許是事實，但絕非主要的原因。

醫護人員必須花很漫長的時間慢慢地與病人建立感情上的聯繫，尤其是其他科別轉介過來的患者，初次見面時病人對醫師是沒有什麼信賴感的。我剛開始談話時，並未直接批評否定病人的決定，只是嚐試去深入去瞭解病人真正拒絕手術的原因，然後向病人解釋所有醫療行為背後的思考邏輯，然後提供正確詳細的醫療資訊，理解他的憂愁與恐懼，剖析各種內科治療與外科手術方法之間的利益好壞後，站在病患的立場去思考（或預測）不同的醫療判斷與決策可能帶來的結果，解釋一個有嚴重心絞痛與心臟血管阻塞的卡車司機可能會發生的窘境及醫療難題，給他足夠的時間慢慢思考與下定決心，我從不想要去催促病人，更不要去逼他在極短的時間之內去做一個攸關生死的重要抉擇（指決定做心臟手術與否），因為人在面臨重要生命關頭時內心勢必充滿猶豫與徬徨，因為恐懼而逃避是比較容易辦得到的，面臨挑戰是困難的；我也讓他有表達自己意願與想法的機會，不直接否定病人的認知（即使他的想法與醫療專業背道而馳），讓他擁有發問的時間，再反覆答覆他的疑問，提供他不同的意見或選擇，病人會自己去深入思考，就會知道真正有利於自己的決定是什麼。

對於一個多慮多疑的病人，更可以建議病人尋求第二專家的意見，這經常是很有幫助的，經由許多位不同的醫師得到相同的答案，往往病人醫學上的疑惑就會化解消失了。但是，病人或家屬必須有能力找到正確的第二個專家、或第三個專家，其次，在緊急醫療狀況之下，往往是不允許我們有時間如此做。

讓病人有權利可以轉診到其他醫學中

心，意識清醒且具有行使同意決定能力的病人均有權利拒絕接受治療，這是受到法律保障的。病人應該在不受到外力干擾、心理威脅、與人為操控之影響下，自由自主地做出決定。無論他的決定是什麼，即使這麼做可能造成永久的身心傷害或死亡，我們都必須予以100%的尊重。

個人從過去的臨床實務經驗中體會到，醫療資訊不足、資訊錯誤、或理解錯誤（有時候病人聽不進去對自己真實病情不利的負面訊息），往往鑄成大錯，留下遺憾。可是在目前現實的醫療環境之下，健保制度給了我們多少的時間可以溝通或耐心聆聽病人的疑問呢？給了我們多少的時間好好地與病患建立情感上的聯繫與彼此之間的信任呢？

少的可憐，甚至沒有。

我利用自己下班後的時間無償地去與蔡先生詳談，這絕非我份內之事，無法成為常規。現實環境之下，每位醫護人員忙得像是一顆全速颯轉的戰鬥陀螺，教學研究佔據了絕大部份的心思意念與時間，因此，在不健康的制度之下，許多醫師以最符合經濟成本、時間效益與企業組織運作的方式去面對病人，去照顧病人，無怪乎台灣人民也以『單純付錢取貨』的態度來消費健保制度所提供的服務，回報我們所給他們的醫療。

最後，醫護人員與病人之間，一直有資訊不對等的情形，在理解醫療資訊的能力永遠存在著巨大的鴻溝，對於複雜的心臟疾病或開心手術而言，難以在短時間之內弭平彼此之間認知的差異，即使我們給病人足夠的資訊，病人依然很難在極短的時間之內全面性地了解到自己的疾病狀況及正確的治療方向。面對法律上諸多因為『知情同意』瑕疵而導致醫療訴訟敗訴的情形層出不窮，

『你沒講，意外發生了，你一定有錯』，這種法律邏輯令所有的醫護人員不寒而慄；醫護人員所提供的資訊的數量與種類只好愈來愈多，儘量白紙黑字留案備查，甚至醫病之間彼此錄音錄影以求自保，過去那種醫師與病人之間相互信賴，那種美好的年代早已成為過去式。

後來，做主動脈瓣膜置換術 AVR 的陳伯伯開心手術恢復的情形還不錯，如同預期般地心臟衰竭的程度並未嚴重地影響到身體功能，算是運氣不錯。

蔡先生也順利出院了，又恢復他原來的卡車司機生活，抽菸的惡習也徹底戒掉了。此時此刻，他或許在南台灣的某條公路上開著他的卡車，快樂地、忠實地履行他身為人父的義務。

如果我是他，經歷了這場重大災難，我的人生會徹底改觀，閒雲野鶴，我會愛惜自己的身體，以家庭為重，把握眼前當下的幸福。許多病患平時不妥善照顧好自己的身體，菸酒檳榔三合一地重度糟踏自己，不按時服藥，不遵從醫囑，只會要求健保照顧，要求醫師負責，終究會受到報應的。

倘若蔡先生仍舊決定內科藥物治療，即使醫學上是一個明顯的致命的錯誤，我應該再次去勸阻他嗎？過去，這個問題會一直困擾著我，徘徊在腦中許久；如今，我開始認為，每一個人都有他命中註定的事情，倘若他不聽不信，也就隨他去了，個人種的因，別人是無法代為承擔。

或許，連當天晚上我都不應該去勸說他？在蔡先生與我之間，有一條緊實的無形命運繩索將我與他綁在一起，那是緣份，亦是因果，亦或巧合，或是善緣，亦或是孽障。人生沒有絕對的正確答案。但是正因為對他

的心臟麻醉手術，我沒有必勝的把握，所以，我希望是他，是他親手將命運的圈套環在自己的脖子上，而不是我去動手。

但是，我還有些話沒向他開口說明，因為這會嚴重地干擾了病人獨立自主的正確判斷。

笨蛋，不開刀，必死無疑。以你的心臟狀況，再來一個心肌梗塞，不死也剩不到半條小命，廢人一個。如果這般口氣，蔡先生大概會要求轉院吧，或者我會收到院長信箱的負面通知！

其實，我心裡很明白，我有清楚明確的預設立場，我一直在誘導他接受手術，否則，我就不會出現在他面前。雖然開心手術是絕對正確的決定，可是萬一手術沒有成功，我就是一個混世惡魔，害他可能會少活很多年，成為他與他家人生命中最大的仇敵。

記得有某位病患與他有著幾乎一樣的冠狀動脈阻塞情形，心肌梗塞送急診室，最可怕的 Left main shock syndrome，在接受心導管檢查手術時發生了 VT 心律不整，經過醫護人員 CPR 搶救後，急送開刀房做緊急心臟手術，後來在 ICU 躺了三天就走了。我不想提這個案例，那等於我恐嚇他開刀，即使他滿心不願意。

以他的冠狀動脈狀況，非常可能會發生 Left main shock syndrome，他正是高危險群病人，這個疾病極度可怕，一旦發生，不開刀幾乎死路一條，開刀的死亡率 90% 左右（最近大概死亡率有降低），十個病人只有二個左右能夠存活率下來，但是說了他也聽不懂。

我還聽聞過或看過更多不幸的意外案例。

某個 B 肝帶原的開心手術病患手術非常成功，就在預計出院前一天，突然發生急性肝炎走了，病人還是我們的 VIP。

某個吸毒的年輕病人，感染性心內膜炎成功地置換了人工瓣膜，但是，後來還是繼續吸毒，很不幸地，第二次感染性心內膜炎發生在人工瓣膜之上，沒能來得及做第二次人工瓣膜置換手術，就死於敗血性休克。再怎麼年輕，一旦陷於毒品，還是沒有任何本錢。

某位尿毒症的開心手術病患在加護病房發生了小腸缺血性壞死，痛苦地折磨了三週，最後還是輸給了死神。接受心臟手術的病人都有全身其他器官的多重問題，成為開心手術住院過程之中四處潛伏的致命地雷。

某個心臟血管繞道手術 (CABG) 的老菸槍病人，出院後未能聽從勸告戒菸，服藥又不規則，屢勸不聽，四年後再次發生急性心肌梗塞，又做一次緊急 CABG，但是，第二次就死掉了。

某位病患因為嚴重休克發生橫紋肌溶解症，導致急性腎衰竭，很幸運地後來恢復了，加護病房多住了參週。

某位病患開刀做瓣膜置換手術很順利，第二天回到病房，就在開刀後的第五天，在病房解大使用力時發生心臟破裂，瞬間就走了。

這些案例，我全部忌口不提，因為全盤托出這些悲劇意外，萬一他畏縮不前，豈不是反而害了他呢？

聽聞經歷過這麼多的人生悲歡離合，總讓人感嘆『人生不過一片浮雲』。這些不幸的案例大都是不可預期，讓人心痛，令人悵惋，讓醫護人員感覺白忙了一場，但是，卻成為麻醉醫師經驗累積與心智成熟的養分，一個麻醉醫師的成熟往往是以許多病人寶貴的健康與生命做肥料啊！

最後，我真的肚子餓了，一個半小時也夠久了，我心裡想，『你能不能聽得進去，是你的命運。』我盡力了，剩下的是上帝的工作，或是你累世修來的因緣果報，行事處世最好還是隨順眾生吧！

至於，蔡先生的家人有沒有去問過神明呢？神明到底覺得我和那位心臟外科醫師好不好呢？有無緣份？我不知道，我忘了問他。

萬一神明叫他不要開刀的話，該怎麼辦呢？我也不知道。這是神明的錯（也許沒有錯），不過，我會勸大家以後千萬不要到那間廟裡拜拜。

後來，我還是沒有收到蔡先生投稿到院長信箱好好地表揚我的信，沒關係的，新約聖經馬太福音勸告我們，基督徒『只要積儉財寶在天上』也就足夠了。

以人為起點 以愛為依歸

單位・作者 / 秘書課・黃玉蓉

「啪！」手中又蓋了一份被醫師診斷出罹患癌症的病理報告。「這是今天的第幾份惡性報告了呢？」看著手中的這份報告書，心中不禁這麼想著，大腦甚至還擅自的勾勒出病人知道這個結果時的痛苦與害怕的神情。

今年是我在義大病理部服務的第十個年頭，在部裡面，除了醫師的行政事務外，同時也會協助科內的臨床事務、教學評鑑以及癌症品質的認證工作等，也因此讓我在行政的領域外，多熟悉了病理的業務，更對癌症有了特殊的認識。在我們每一天的例行工作下，我發現隨著工作量的增加，很容易讓人忘記我們每一個動作下所代表的另一層意義——每一份我們蓋下惡性戳章的病理報告，以及統計的每一筆病人資料，都意味著將有個病人及其家庭必須經歷人生的另一個試驗和治療的辛苦過程，在我們習慣的動作下，將開始另一個人多少的掙扎與努力，再進一步試想，臨床醫師和病人之間又該如何的溝通，才能讓家屬減緩心中的折磨呢？

在我們生存的年代，癌症比例逐年攀升，伴隨而來的疾病醫療行為與後續臨終的安寧照護日益茁壯。在安寧照護的病房中，比起其他特殊狀況或困難疾病的末期病患，因為癌症化療以及癌症末期而住進安寧病房的比例相對較高。我所服務的病理單位，無法實際接觸病人，然而，我卻因為在病理單位學習到的事務和自己的經歷，讓我想更進一步了解在安寧照護的理念下，有著什麼樣的故事，也因此我閱讀了有關安寧病房的小

故事，希望在我們例行的工作之餘，能夠多些反向的思維，並且展開對醫療照護者和病人之間更多的認識。

和大家分享這一本書「我不是要放棄你，我是要保護你」，是由某醫學中心設置的安寧團隊口述的故事。這本書的書名用著強烈而堅定的情感呈現，簡單的一句話，便道出安寧照護服務最重要的精神，也因此吸引著內心脆弱的我，彷彿看完這些故事，我也能學習到生命的堅忍與醫護的溫暖。在閱讀的過程中，每當我看完一篇故事，總是會不禁鼻酸拭淚。書本裡的世界，描述病房工作人員的經驗，無論是志工、宗教師、醫護人員，大家所秉持的信念強大，為了病患竭盡心力的作為，以及病人自身的豁達與勇敢，家屬的不忍與放手，字句裡充滿各種不同角色的豐富情感。「安寧病房」在大眾的直覺觀念裡，往往認為這是一個被醫師放棄的病人所集結在一起照護的病房，家屬或是病人當被醫師建議轉入安寧病房時，總是有著抗拒和不諒解的心情，然而，透過書本以及對於安寧照護基金會的資訊，讓我有了很大的改觀。在安寧病房服務的人員，其實是一個向心力強大的團隊，在團隊裡，不管是醫師、護理人員、志工等，都必須擁有能夠不斷面對死亡的堅強的心，必須有更大的包容力去聆聽病人因為癌末所造成身體病痛之苦，團隊的成員會不斷地進修各種非本職的課程，目的只在於希望透過多元的學習，帶給病人或家屬不一樣的心靈放鬆，間接提供病人和家屬另一種面對死亡的選擇和認知，

讓他們能在最後的生命過程裡，放心、安心且快樂的度過。

書本中，另一個吸引我的內容，是醫師口述的故事，在醫師救治病人的理念裡，往往都是在最後一刻之前會竭盡心力的給予各種救治的醫療行為，但是，在安寧病房的照護理念下，打破這些醫師既定的觀念，他們必須放下自身的認知，站在病人和家屬的立場思考，所謂的「醫療行為」是否有其「必要性」！在 2014 年 11 月份的天下雜誌中，有一篇「讓他好走，父含淚放棄治療癌童」的相關報導，便也點出了家屬和醫師之間面對七歲癌末病人的作法的差異，負責的醫療團隊於病人第二次癌症復發時，立刻擬訂好相關治療計畫，並告知家屬，然而，此時家屬卻告訴醫師他們放棄治療的決定，站在醫師的立場，只要還有機會就還可以再努力嘗

試，但是，家屬所看到的，在這些過程裡，孩子將繼續承受不間斷的折磨，而這些過程的結果都導向一樣的終點。也因此，在安寧病房裡，醫師常需要學習的是轉換不同的立場，思考身為病人和家屬的需要，放下過去的治療方式，要給予的是另一種緩和及支持性的治療。

安寧照護病房裡的每一篇小故事，都能啟發我們對於病人照顧的不同想法，聆聽病人的需求，不過度主張自己的意見，在病人心中，他們只是希望被理解、被尊重，而安寧照護所給予的便是這樣的服務，讓病人能夠在有尊嚴的情況下走完這一生。在我們的醫院裡也成立了安寧緩和醫療科，未來癌症醫院的設立，將會提供癌症病人更加完善的照護體系，希望小小的心得分享，讓你我都能對安寧照護有更多的認識。

生命的延續－愛與關懷

單位・作者 / 麻醉部・鍾佩汝

不安

心中的不安來自衛福部寄來的那一份抽血檢查報告，那時單純的只是想做個試驗順便領個 500 元禮券，怎麼也沒想到寄回來的抽血檢查報告中胎兒血清蛋白那一欄的數據，清楚的記載著 180 的數字，胎兒血清蛋白到底是何種檢驗值，我賣力的在腦中思索，或許離開臨床、離開書本太久了也或許那股不安感叫我別太早承認，但身體卻不會做任何的欺瞞，全身的血液彷彿在那一瞬間全衝上腦袋，只覺得耳朵嗡嗡作響令我有一種全身發麻的感覺，就這樣一遍一遍的對照著兩份檢查報告，直到先生開鎖的鑰匙聲在門外響起，抬頭看著先生踏進家門微笑的看著我，隨即看見我手上的檢驗報告，他輕聲的問我：「怎麼樣報告有甚麼異狀嗎？」，在醫療界待了許多年的經驗在此時好像已失去作用，說實話嗎？先安撫嗎？雖然只是一瞬間的猶豫但抉擇真的好難！靜下心來還是決定毫不隱瞞的全盤與先生討論，經過一番解釋後我們全沉默下來了，雖然還不能肯定！但我們內心都已知道我先生的肝臟出問題了！

陰影

自從發現驗血報告上異常數字後，接下來的幾天除了上網查數據外，便開始在院內找尋為先生看診的醫師，各種交錯複雜的情緒紛沓而來，有時也安慰自己告訴自己這或許是檢驗值的誤差根本不會有事！有時又煩惱若真的需要治療時會採取何種醫療方

式，會不會動手術開刀？醫療開銷如何支應？就這樣輾轉難眠好幾天心裡總是不踏實，這樣的情緒不禁讓人回想在十幾年來的醫療工作，看過許多心情緊張擔心的病患家屬，那種不安雖然隱約能夠體會，卻沒能如現在這般深刻，雖然心緒是如此複雜但我還是極力平緩心情的動盪，決心坦然面對不去逃避，因為逃避問題終究無法解決問題！只是擔任的角色從醫療人員或許會轉變為病患家屬，為自己的親人擔心總是難免，不過眼前可能生病的是先生，他的內心所承受的不安衝擊一定更甚於我數倍，若是我顯得慌亂那先生的心情只會更加不安，唯有一起去面對在身旁陪伴才能減輕他的壓力，於是我告訴自己絕不能顯得怯懦，也不做任何隱瞞，在可以的範圍內緩和先生對於可能發生的症狀的憂心，雖然如此內心深處總是希望這只是一場誤會，明日醒來一切就會煙消雲散！

看診的日子終於還是來到，排隊、掛號、量身高、測體重，每一天上班都會目睹的情景現在換我與先生來走一趟，等候看診的時間先生依然和我說說笑笑的聊天，我很用心的觀察但我看不出他的情緒，雖然我知道遇到這樣的事，人不可能沒有情緒上的變化和煩憂，但那時我真的看不出他在言談中有任何的異狀，該笑的時候他竟也能哈哈一笑！於是我白目的問他：「你不會緊張嗎？」先生望了我一眼回答說：「怎麼可能不緊張！但滿面憂愁煩惱有幫助嗎？」我與先生很久以前便不忌諱談論死亡，也常會與兒子討論自己的後事該如何辦理，舉凡不要燒香

拜拜、別設靈堂、少掉送葬和一大堆繁文縟節，那可省去一大堆費用等話題，但真的遇上這種攸關生死的事情，我真懷疑先生口中的豁達是不是真的？

戴醫師看過檢驗報告後立刻為先生安排腹部超音波掃描，只聽醫師話聲一落，便見門診小姐立即熟練的查詢電腦，轉頭對我們說：「真幸運今天就可以排到超音波掃描！」只見她操作鍵盤的手又飛快的列印出檢查單據，戴醫師在看過後提起筆在單據上寫下「急件」，兩字說：「看這樣可不可以先檢查到！」那一瞬間真的了解到家屬對於醫護人員的那種尊敬與感謝從何而來，唯有在心急如焚的心境下深刻的體驗才能知道。

看著先生躺在超音波室掀開上衣，醫師熟練的塗上 JELLY 後，掃描器在先生的肚皮上游移，螢幕顯現出肝臟的部位，只聽醫師「嗯」的一聲又「嘖」的一聲，我那不爭氣的淚水便從眼眶滾落下來，「是的」那縈繞在心中數日揮之不去的陰影，已化成先生右肝末端那清楚而明顯的一塊陰影！心中懷抱的奇蹟與希望剎時間破滅了，心中那早已築起的堅強也瞬間崩毀，只能死盯著螢幕任由止不住的淚水在兩頰滑落，就在此時我那冰冷顫抖的右手被緊緊的握住，低下頭只見先生握住我的手微笑的緩緩搖頭，好似在叫我別再掉淚，我忘了先生看不到螢幕，但他從我的反應知道結果！我立刻擦掉淚水開口詢問醫師掃描的正確狀況，很訝異的是我的聲調竟然格外的冷靜，思緒也回復了清晰，只因在先生右手握住的一剎那我已決定不再掉淚，眼淚並不能為先生的病情帶來任何幫助，在醫院裡看過太多病患的不安與無助，那種微帶驚懼的神情成在心中迴盪不知多少次，不接受終須接受！逃避也終究要面

對！唯有正視的去面對才能讓先生得到最迅速的治療；執行超音波掃描的醫師以平靜專業的口吻陳述先生的腫瘤大小、位置與開刀治療的難易，也安慰我們若早些安排處理癒後情況應會不錯，這些鼓勵的話彷彿一劑強心針，讓我連日來不安定的心終於有一些好消息。

回到診間主治醫師看了掃描圖片也確定應是肝部腫瘤無誤，戴醫師詢問我們想轉診到哪位外科醫師的門診，我沉吟了一下告訴醫師決定轉診到副院長陳耀森醫師的門診，其實這個決定早在幾日前就早已考慮好了，只是副院長的門診病患多一向較難掛號心中不免擔心，就在此時門診小姐開口說星期五那天他會在副院長的門診，會給予我們一些協助，我不禁又是一陣感動與感謝，回頭望望先生他的臉上還是只露出微微的笑容根本看不出他的心緒，就在戴醫師開立電腦斷層掃描與抽血檢驗的單子後離開診間，走在廊間周遭看診的人潮依舊，我兩還是如以往般並肩走著，隨口閒聊好像要揮開情上的紛亂般我們只挑些不相關的話題聊著，就在走出大門時先生突然呼了一口氣轉頭對我說：「我們要一起努力喔」，是的！我們與小孩全家人都得努力！家中平靜的生活勢必泛起一些連漪，不知何時能再歸於平靜，此時八月炙熱的陽光依然照耀的人睜不開眼睛！。

開刀房

熟悉的環境、熟悉的醫師、熟悉的同事，這個開刀房是我每天工作的地方，每一個儀器、耗材都是再熟悉不過的東西，可是今天心情卻異常的不同，雖然已經值了一整夜的夜班但是還是沒有累的感覺，因為早

上的第一台刀正是即將由護佐推進開刀房的先生，利用空檔草草的用完早餐就到開刀房控制台入口處等待，整個開刀房裡依然忙碌不堪麻醉護理師、麻醉醫師、開刀房護理師來來去去拿藥、分配任務、推器材，看著大家忙中有序的動作心中不免安定了不少，這是一個堅強有能力的團隊，在這麼多雙手不知拯救過多少人的生命地方，今天我將只能是一個旁觀者，等待他們切除先生的病灶延續先生的生命恢復先生的健康，映入眼簾的人影就像跑馬燈般來去而思緒就這樣隨著時間飛轉，直到開門聲劃開紊亂的思緒，咧開嘴對我微笑的先生被護佐推入開刀房了，確認身分後先生躺上病床被推到等待區，開刀房護理師很體貼的幫我們拉上布簾，只是這道布簾根本就如虛設一般，因為同事一個個進來問候、鼓勵，唧唧喳喳的聲音句句都溫暖著我的心房，自發現先生罹病後，擔心家裡的長輩會操心便獨自面對張羅各式各樣的問題，心中所承受的擔憂害怕層層的堆疊，真的有些透不過氣，現在有這些相伴許久的同事衷心的安慰，終於讓鬱悶難耐的心情有了宣洩的缺口，我想那時先生的腦袋一定是一片混亂才對！

病床推進手術室 18 房了，進入房間心中又是一陣感動，因為昨晚與我值大夜班原本早該下班的兩位學姐還是一身綠色手術服等在房間裡，兩個人很有默契的幫忙，四個麻醉護理師七手八腳的將先生開刀前的準備工作一下子就做好了，等待麻醉醫師到後，走到先生身旁握住先生右手而先生轉頭對我微笑說：「待會見」便進入沉睡了，於是一場再熟悉不過而卻又如此不同的手術開始漫長的挑戰！

坐在手術檯邊整個腦海裡不斷思考著

各種問題，離劃下第一刀開始已經三、四個小時，大夜班的學姐們早在我的催促下回去休息，負責麻醉的同事全神貫注的盯著麻醉生理監視器上的螢幕，螢幕上顯示除了心跳稍低外一切常，副院長靈巧的雙手飛快的操作著器械，開刀房護理師也熟練的遞出一支支的手術器械，而我只能繼續扮演一個稱職旁觀者，盡量不給同事任何壓力，但是身為開刀房護理人員竟目睹自己的親人在動刀，這種經歷我想應該不多吧！坐在旁邊不禁想著在手術室外等待的兒子現在在做甚麼事？又想起副院長為先生看診時的情景，那時副院長很奇怪先生是如何發現肝臟有異常？並陳述他身為肝臟權威多年來的經驗，肝臟腫瘤患者等到有症狀、病痛出現時，能夠動刀治療的人通常不會超過兩成，聽完我們的經歷後直說真是不幸中的大幸！但這次的狀況真的讓我有很深的體會生命不能全依賴幸運，面對疾病及早發現、及早治療真是不二法門，定期的做身體檢查真的好重要；隨著手術的進行，心情也是既緊張又紊亂的激盪著，好不容易副院長終於停下動作走下手術台，其他醫師接下傷口縫合的動作！副院長動手切開由先生身上取下來的檢體，那有如男人巴掌大的肝臟，仔細的檢查後轉頭對我說：「初步的觀察應該是惡性的腫瘤，但看情形並未有轉移現象，手術一切順利。」叫我放心，心中的擔憂與壓力立刻減輕許多，手術即將進入尾聲忙起身等待同事關閉麻醉藥物催醒先生，我決定親自為先生拔除呼吸管、喚醒先生，四個小時漫長的等待，在先生重新握住我手的那一霎那心中的那一塊大石頭終於可以放下了。

生命

安頓好先生回病房的一切後精神有些撐不住了，只能將照護的工作交給兒子，躺在小床上補眠，往後的照護責任也大都交給兒子，病房護理師定時的來量血壓、觀察排尿量也做一些衛教宣導，而先生只能昏昏沉沉的度過這住院的第一夜，生命是脆弱的有時他根本不堪一擊病痛、車禍、意外都可能在一瞬間奪取人的生命，但生命有時卻又是如此強韌，除了拜現代醫學的進步外，人的堅強意志正是賦予生命強韌的力量，先生在開刀的第二天下床了，瞧著他需要攙扶而微微顫顫的步伐，只因衛教師跟他說及早的

活動能使傷口加快癒合，所以他說他得快點養好身體恢復正常，七天後我們收拾行囊回家了！一場突如其來的疾病打亂了我們原本的平靜生活，這其中的過程有許多同事好友給予我們鼓勵打氣，讓我原本慌亂的心情得到支撐的力量，院內醫師與護理人員細心的診治與照護，讓先生在發現病徵到開刀出院不到二十天就能回復正常的生活，『人』就是因為有這些愛與關懷才能在許多的逆境之下依然挺立，由衷感謝在這段過程中給予幫助的所有人，也對生命的延續有更深刻的體會和欣喜。

「第五瓶血罐」讀後心得

單位・作者 / 醫品客・曾靖雅

「西西，卡拉漢想知道妳現在裝的試管是什麼？」

「這些嗎？是備份。以防樣本受到污染，或檢驗結果被質疑，或因為任何因素而必須重做檢驗。」

「真是驚人。」班喃喃地說，暗自懷疑在病人不知情的情況下多抽這樣一管血，是否合法。但同時又認為，如果這些血只是拿來作品質控管，那麼應該不違法。

每當你我在被抽血檢驗時，是否曾經懷疑過，需要抽這麼多血液嗎？滴上玻璃／試紙的不是都只有幾滴血嗎？這些剩下的血液會不會被拿去做其他用途？

上述這段話，就是本書的架構，作者運用了這個懷疑的種子，描述了一個自稱為“理想國”的團體：懷特史東基金會。其核心信念便是柏拉圖的《理想國》，將人類分為三個階級：生產者是三個階級裡最低下的；輔助者是第二階層；而在金字塔頂端的是守護者，菁英階層。

為了延續某些守護者的性命，懷特史東基金會驕傲地扮演著神的角色，非法剝奪了其他較低階層人民的生命，僅僅藉由檢驗時多抽的第五瓶血罐，在你我不自覺的情況下，輕易得到了龐大的組織配對資料庫！再藉由各種非法方式強摘需要的器官，進一步進行地下器官移植手術。無數的捐贈者，並非合法宣判腦死的病人，而是加工過的意外死亡、假造器官有問題須摘除...等無辜的受害者。不可思議的是，這麼龐大的陰謀能成功，只是因為小小的一瓶血罐，更甚者，

不知情的檢驗所員工，還驕傲的表示「懷特史東是唯一一所採取這種預防措施的檢驗室」，由此可知，在醫療知識不對等、病人權利未被充分行使的情況下，有多少被檢驗者會詢問為什麼多抽取一瓶血罐嗎？提出疑問後，醫檢人員一但提出備份這個看似合理的理由時，我相信絕大多數的民眾會跟班一樣，雖仍懷疑其合法性但卻認同了這件事情的必要性，少數不認同的，大概也不敢對醫療專業人員提出質疑了！

第五瓶血罐在這樣的架構下，作者藉由三個主角之間各自的故事線，形成平行卻又相互關聯，最後串連在一起的立體主軸，在我看來，恰如同醫學上最熟悉的DNA形狀，兩條雙螺旋結構與鹼基，完整的編織了故事的始末：

男主角班・卡拉漢，是一位私家偵探，從一開始因為窮困潦倒而接下了「器官守衛」所委託調查的案件：某個無任何醫療紀錄車禍死亡的男子，卻被發現臀骨上方有許多針孔。而後因無法忘懷男子父母悲傷哭泣的臉龐，他決定靠自己的力量，一步步逼近，試圖揭發懷特史東基金會的陰謀.....

女主角娜塔麗・雷耶，則是一位不幸的非自願器官捐贈者，在某次假造的意外中，被欺騙因為槍傷與感染，她的器官已被切除，斷送了她外科醫師的未來，在眾多因此而死亡的案例中，為何她仍能活下來？竟然是因為一個更加恐怖的新計畫.....

安森博士，是一位偉大的研究家卻身體十分虛弱，顯然撐不過即將完成能改變世

界的研究，幸運地找到符合配對的捐贈者，卻在要求向家屬道謝時，意外發現這一切竟是個騙局，震驚之餘他開始追尋事實的真相，在得知新器官是非法取得後，「他幾乎喘不過氣來，」取得「這個字眼像一把刀劃過他心底」，第一次想到，自己新生命的來源，居然是偷竊了某個陌生人生的人生！這促使他做出了一個沉痛的決定……

本書所探討主要為病人權利之倫理議題，第一、從一開始的未告知、未經同意便多抽取的第五瓶血罐，違反了病人知情、同意的權力；第二、經由所謂的階級來決定器官捐贈之順序，也違反了分配稀有醫療資源時應必須根據醫療的準則與沒有歧視的原則來進行治療步驟之權利；第三、非法獲得非自願捐贈者的器官，更甚至加重被贈者的病情使其立刻接受器官移植，則違反了依照被認可的醫療原則與病人的最佳利益給予治療之權利。藉由十分緊湊的節奏，讓我們在懷疑現實也會發生的驚悚感中，看著充滿勇氣的主角們，究竟他們要如何揭發懷特史東基

金會的陰謀？

另外在全書的後記，作者特別提到，他的目標是藉此提出「器官捐贈」這個重要的議題：「幾乎任何人都會選擇接受器官捐贈，來挽救自己或是所愛的人的性命。但在體認這項事實之後，令人難以置信的是，我們當中絕大多數人都還沒有登記成為器官捐贈者，要求在確定我們永久性腦死後，捐出可用的器官。」這是否很值得反思？願意接受卻不願意給予？那麼捐贈者從何而來？

「現在就有數以千計的病患在等待器官，而其中許多人會在等到之前就死去。在這段時間，卻有無數的器官被埋葬於棺材中，或葬送於火焰中，只因死者生前沒有做適當的安排」、「一位死者捐出的器官和組織，可能改善或拯救多達五十個人的生命。」很希望能藉由本書，讓大家重視這個議題，破除各種迷思與困惑，想想...在遙遠的那一天到來時，除了任己腐朽外，是否可以有更好的安排。