

# 醫學倫理 寫作競賽 2010



# 醫學倫理寫作競賽 2010

- 03 特優 同理心是專業的表現 | 耳鼻喉科·楊逸民
- 05 優等 我在『潛水鐘與蝴蝶』裡 | 護理部·黃淑瑩
- 08 鳳梨與值班 | 麻醉科·謝紹維
- 18 佳作 戰勝死亡的勇士 | 教育副院長·蔡淳娟
- 22 白色巨塔 | 麻醉科·鐘佩汝
- 24 從中學生、醫學生到成為醫師 |  
婦產科·李世隆
- 26 電影「人工進化」觀後感 | 資訊科·陳正泓

# 同理心是專業表現

單位·作者 / 耳鼻喉科·楊逸民

如果不瞭解一個人需要什麼，要如何幫助他？中風和車禍造成的腦傷病患常常會失去語言能力，面對腦傷患者時最大的困擾之一，就是我們不知道他們現在的感受是如何？心裡又有什麼想法？即便是最簡單的餓了、渴了、會冷、會熱，如果我們不知道他們真正的感覺，又怎麼幫助他們？如果不能滿足他們的需要，又算什麼專業？

忘記自己的名字、忘記自己在哪裡、忘記自己的一切，感受不到時間的流逝、自己的身體不聽自己使喚好像是別人的，我們或許偶爾在睡夢中迷迷糊糊曾有過類似的經驗，但是如果這不是作夢，而是真真實實發生在自己身上了，我們該怎麼辦？如果發生在我們的至親身上，我們又該怎麼幫助他們？

《奇蹟》的作者泰勒用她親身經驗為我們做了詳細的解答。

身為「語言治療師」，常常要和無法以口語表達的病患接觸，可能是車禍、中風的腦傷病患，也可能是腦部退化的病患，甚至也有很多孩子因為各種因素造成語言發展遲緩而無法言語、無法以口語溝通。我的第一個工作是在復健科，每天遇到的病人幾乎都沒辦法說話，那時候整天都有一個大問號在我腦袋裡：「這些病人到底是沒辦法回應我？或者他們不願意回應我？」而這也是最常遇到家屬會問的問題：「我爸爸到底有沒有聽見我在對他說話？」、「我奶奶到底還知不知道我們是誰？」剛開始的時候覺得，好像我所唸過的所有教科書都沒辦法回答我遇到的問題，這是一個很簡單、很理所當然的問

題，但很可能是病患和家屬很在意而醫療人員卻不太在意的問題！我們面對每一種類型的病人都有一套處置的「標準流程」，這些在教科書裡面都寫得很清楚了，但是我們很少去管這些標準流程是不是病患願意的？這些過程中病患是不是舒適？是不是有喊暫停的權力？尤其是碰到不會說話不會表達的病人，他們的自我意識無法表達，所以他們對身體的自主權也被我們忽略了！他們特別怕吵、特別怕身邊的人大聲講話、特別怕金屬器械碰撞的聲音、特別怕冰冰冷冷的東西碰到身體的感覺，因為他們不會講話，所以也很少人在乎！

泰勒以一個神經學家並且也是病人的身份描述了她在醫療過程中所遭遇的一切事件，她很直接以病患的口吻來評論這些事件，有些很粗暴、有些很可笑、有些很無禮，當然也有些很令人愉悅、很貼心、很感激！我們可以自忖，我們面對每一位病患時其實是扮演了哪一個角色？夠不夠專業到可以理解病患的感受？譬如說泰勒描述了在病房中不斷有人進來對她戳戳捏捏，對著她大聲講話讓她覺得很不舒服，她也提到了說話時眼神正視她，慢慢說話讓她可有時間慢慢理解是多麼重要！其實這也是我一直很納悶的事情，我們永遠會看到有人大聲在中風病人耳邊吼叫，如果你知道這個人的腦袋發生了什麼事，你還會這樣做嗎？這樣算「專業」嗎？眼神的接觸也很重要，我們常會觀察到一個現象，如果病患無法表達或者表達能力稍差、回應的速度比較慢，這時候許多人會不

知不覺變成只和病患身旁的家屬談話，而不再對病患說話，我們談論的是病患本身的事情，卻不讓病患有參與的權力，這是非常不尊重的行為。

作者也敘述了很多她的母親如何幫助她復健的過程，這讓我們瞭解要幫助病人復原，光靠醫療人員是不夠的，家屬的協助往往會產生龐大的功效，因此鼓勵並指導家屬如何參與病患的復健也是很重要的，病患需要身邊隨時有人給予支持！

泰勒很細心的用一個章節來解說她需要別人為她做什麼，書末的附錄還列了「四十件中風病人最需要的事」，例如「我是受傷，不

是笨蛋，請尊重我。」「請直接對我說話，不要只對我周遭的人談論我。」很多其實就是醫護人員常犯的錯誤！

這可能是第一次有腦神經專家自己經歷了中風並且將一切記錄下來。這本書讓我們更明確地瞭解中風患者內心真正的感受、他們的意識狀態、還有他們需要我們在醫療和復健過程中如何對待他們！因為真正瞭解患者的需要和感受才是真正的「專業」，才能採取病患真正需要的作為！

我認為這本書的重要性和影響力，絕對不亞於專業的學術期刊論文！

# 我在「潛水鐘與蝴蝶」裡

單位·作者 / 護理部·黃淑瑩

進入『潛水鐘與蝴蝶』的世界時，有太多的恍然大悟衝擊著我，這是一本不可思議的書，完成的難度，令人瞠目結舌。作者是一位罹患閉鎖症候群的患者，在他醒來的當下，全身只剩下左眼會動，唯一完整的只有自己的意識，透過物理治療師的幫忙，一字一句的拼湊與解讀，將自己身為病人的心情，接受照護的感受，面對親情的困頓，面對人生的無力與無奈，完完全全的描述於字裡行間，因此有了此書的產生，也因此我們才知道，原來身體不會動不代表思路阻斷，原來臥病在床的人有著比一般人更加敏銳的感覺，身為醫護人員，該認真研讀，在過程中反思，回到臨床，我做了什麼，我能做什麼。

曾幾何時，護理人員的白衣天使光環被臨床業務遮蔽了，忘了在我們輕鬆呼吸與思考的同時，我們的病人也在呼吸也在思考。這是我的第一個衝擊，攸關思想與感覺的存在。在急診工作，看到的生老病死很多，多到習慣性的與病人說話，告訴病人要做什么，面對往生者，習慣性的唸幾句『阿彌陀佛』，也沒在意病人原本的宗教信仰，習慣性的跟病人說要拔管喔，習慣性的拍拍家屬的肩，但是這中間的感覺強度，遠遠比不上作者在書中所表達出來的綿綿無力與無奈。而這些感覺竟是藉由作者僅存的左眼，一眨一眨的訴說出來，是怎樣強烈的意志與思維，讓他願意用盡所有的力氣來達成，在書中一字一句的描述，字字烙印在我的心中激盪著。我們所認為的習慣，所認為的應

該，已經如同我們的呼吸般自然，大部分時間都忘了它的存在，是否我們也忘記病人的存在？

在倫理的教育中，病人有許多的權利與義務，而在這過程中衍生出了我們所謂的倫理議題。意即病人可以知道可以選擇，但是也必須要做，可是，面對這樣一位完全無法表達的病人，我們該如何做，才能符合所謂的倫理規範。當病人的生活完全無法自理時，除非病人能說，否則病人的自主從何而來，如同書中所說的『都四十四歲了，還像個小寶寶，需要人幫我清洗、轉身、擦拭、包尿布』；『在禮拜天這一天，值班的人因為假日不能和家人去野餐，使他們變得死板、僵硬、遲鈍，所以幫我洗手洗腳，比較像是肢解牲畜、掏洗內臟，而不像是水療法』這樣的感覺，由初期的快樂，很快轉化為沉重的哀傷，淚水流入洗澡泡沫中，作者的苦水逕往肚裡吞，而工作人員依舊常規的忙著工作。在假日的工作人員，顯現出了無法休假的情緒，也將相同的情緒傳染給了病人，而我們卻渾然不知自顧自的做著，如果有一天他可以說話，他應該會嚴正抗議所遭受的粗魯對待，並大聲疾呼病人的隱私與應有的尊重，身為醫護人員，我在心裡浮現了深深的歉意，對於醫護人員應具備的同理心與不傷害原則，我們卻無規則的跨越過去，如同在病人的傷口上灑鹽巴，痛與不痛，只有病人最知。

因為疾病的關係，他的右眼被縫了起來，我們可以合理的想像為什麼，只是突如

其來的動作，讓他有了莫名的恐懼，因為不知道下一次又會發生什麼事，在臨床上基於醫療考量做了這樣的決定，只是他沒有被詢問要不要，也沒有被解釋為什麼要這麼做，我們就將他的半邊天給遮蔽住了，萬一有一天他的左眼也有了醫療的考量，那他的世界將完全落入黑暗中，這樣的恐懼感，如同他在文中所說的：『我在黑牢裡的透氣窗、潛水鐘的潛望鏡也都要被縫死了』，用黑牢來形容自己的處境，是如此的令人心痛，而其間的恐懼感來自於未知的一切、無法決定的生活、以及有思想卻無法表達的靈魂，萬般無奈。病人擁有知情同意的權利，只是在醫療的過程中我們總會不經意的忽略，然後做我們認為最好的決定，無論是醫療人員還是家屬，不斷做著相同的事情。

長期臥床的病人，常見肌肉萎縮、吞嚥困難、自我照顧能力缺失、皮膚完整性受損等問題，這樣一位曾經擁有知識與權力的主事者，面臨由天堂落入地獄的衝擊，看著日益變形的身軀，竟也能笑看一切，時而自嘲、時而自娛。『要是我能把不斷流進我嘴巴裡的口水順利嚥下去，我就會是全世界最快樂的人了』站在醫護人員立場，總會拿起管子進行抽吸，想要幫助病人順利呼吸，但是如果有一天病人可以自己將口水吞下去，是否代表著他的重生與進步，在這快樂的背後，其實暗藏著是病人心裡莫大的期待，雖然不容易達成，但是給病人希望與存在的價值，不也是另一種不需服用即可見效的良藥。在書中有著很多天馬行空的想法，豐富了他的住院生活，也讓他有了存在的感覺，找尋快樂已經變成生活中不可或缺的一部份，也必須藉由這些來彌補不經意被關掉電視的遺憾，來化解親友探視時的尷尬，來合理解讀醫護人員的照護過程，老實說，這樣

的調整能力並非所有人都做得到，而他，努力的在潛水鐘裡爭取生存的空間，用僅存的潛望鏡與世界接軌，尋求活下去的動力。

以潛水鐘來形容其被禁錮的靈魂，以蝴蝶來表達其內心渴望的自由，這樣的禁錮對一位原本意氣風發的時尚總編輯是何其大的打擊，更遑論無法行動、無法言語、無法掌控卻擁有思考能力的感覺，甚至面對親人卻無法表達『我愛你』，猶如近在咫尺的你，卻如同世界上最遠的距離般，碰觸不到。在與家人互動的過程中，想要摸摸孩子，親吻孩子，想要告訴他們父親有多愛他們，卻如同跨越恆河般的困難，這樣的無力與無奈感，重重的撞擊著病人的心靈，也許因為如此，反倒讓他更有勇氣來完成這本書。期待有一把鑰匙、一列沒有終點的地下鐵、一種強勢貨幣，可以拿開他的潛水鐘，釋放他的靈魂，讓他如蝴蝶般自由飛翔，重新尋找屬於自己可掌控的生命，這中間的殷殷企盼是如此的沉重，只因一切來得太突然，太無法預料，畢竟未曾準備好的下一秒，的確讓人手足無措。在臨床上遇到病人希望做什麼的時候，總會聽到醫護人員或家屬說：『等你好一點再說、再做』，總希望病人別多想，好好休息，可是如果角色互換，我自己會希望留下在人世間的最後印記，也為自己劃下一個完美的休止符。

藉由這樣的一本書，思索自己所處工作環境中的一切，不管病人狀況如何，都要相信人與生俱來的感覺，要相信人生中有著太多的未知，可以創造無限的可能，我們能做的，去傾聽、去告知、去說明、去同理，在倫理與現實的拮抗中，盡一切的可能尋求滿足，尋求一種適合的方式，來撫慰與平衡，也試著讓受傷的心靈了解，至少在每個禁錮的靈魂裡，別擁有這麼多的遺憾。現在

的我，輕輕的走出潛水鐘，我呼吸、我感覺，  
我也告訴自己，我存在著，要用我的所有感

官，盡情傳達所有的情緒與感知，讓屬於我的  
生命歷程幻化為美麗的蝴蝶，展翅翱翔。



# 鳳梨與值班

單位·作者 / 麻醉科·謝紹維

站在辦公室內隔著大片玻璃窗往觀音山的方向遙望，今天山上仁翔山莊別墅區的燈光特別地閃亮，分外耀眼。時值深冬，我從衣櫃中抓了第二件外套往身上套以求保暖，也不確定它到底有沒有用。我的辦公室位在三樓開刀房內，平時與二位同事共用，它緊臨著義大醫院正前門的音樂噴水池，白天能在音樂繚繞聲中一覽絕佳美景，六樓院長辦公室裝潢固然奢華，窗景絕對沒它漂亮，但是大片玻璃窗的設計最大的缺點是冬冷夏熱，我想，要擁有縱觀美景的特權是應該付出一些代價；現在，冬夜高氣壓的寒氣穿過八片大玻璃直透辦公室內，看來今夜我又要哆嗦一整個晚上。

今夜有點吊詭，手術室八房才剛送出整型外科頸部皮瓣手術病患到加護病房，原本沒預期到今天開刀房內的手術會這麼早十點以前就全部結束，已經好幾個月沒這麼走運，整型外科總是搞到深夜五更才肯罷休。我望著空蕩蕩的開刀房，還真的有點不習慣。

睡覺前我習慣先做好值班冬眼前的前置作業，到恢復室簽出最後二位留觀病患，吩咐美眉儘早讓病患回到病房休息，也希望她們早點享受這難得的太平盛世；正準備踱步回到辦公室，在開刀房的走廊中碰到了麻醉科的美女們從加護病房送完整型外科病人後回來，隨口問了病人心跳血壓的狀況。

『出去前給了兩支 Morphine(嗎啡)，到 PICU(整型外科加護病房)的路上打了一點 Propofol(鎮靜劑)，Vital signs(生命徵

象)都很好呀。』心想，嗯，學妹人漂亮又冰雪聰明，不枉費學姐們的辛勞教導。

『那謝醫師吃鳳梨了沒？今晚應該會 OK 吧？』美女的眼中帶點慧詰地說，她微笑時有一種很特別的漂亮。在此要感謝醫學倫理的二性課程，清除了我不必要的七情六慾，叫我如老僧入定般對眼前這位美女沒有任何非份之想。

『有呀！當然沒有忘記。妳看，開刀房病人全部清光了。』

在此必須特別解釋一下，個人心腸雖然不好，未能列為聖人之流，但也沒有壞到蓄意吃鳳梨西瓜害開刀房同仁陪我忙通宵。在醫院工作久了，許多人往往會聽到一些無傷大雅的禁忌。據說，值班不能吃雞，會雞飛狗跳；不能吃西瓜，會開腦袋瓜；不能吃大腸豬肝，會開一般外科急診手術；不能吃鳳梨，病人手術會旺旺來，不過，倒沒聽過不能吃旺旺仙貝，嗯，電視上的廣告不能相信。但是對於少數特殊的命中帶屎又苦命慣了的麻醉科醫師，值班吃鳳梨不僅不會旺旺來，相反地，它具有絕佳的負負得正、陰陽相剋的生理作用，能夠提供一覺到天亮的神奇功效。所以，它是我每次值班吃完愛妻便當後的必備水果，當季時吃新鮮鳳梨，非當季時改吃台糖罐頭鳳梨，經個人私下長期臨床觀察發現，鳳梨的抗值班通宵效果，不因台糖的人工保鮮製程而有任何衰減。

順手打開了辦公室的門，又是一股寒意迎面撲來，我把胖胖肥肥的屁股甩回椅子，希望身體能從底部溫暖上來，摸了摸

SONY 筆電，難得 SONY 一點也不燙手，近幾年來高雄真的很少有這麼強的高氣壓冷氣團，順手閤上了筆電的蓋子，該是上床的時候了，充足的睡眠有益身心健康，今天真的很幸福，躺在值班椅上，看著高空中的明月與少許的微弱星光，心想說今晚就算是發生猝死，至少也可以死在床上。過去，有位在中部執業的麻醉醫師學長在值班時趴在桌上睡著了，從此再也沒有看到隔天的太陽；麻醉科醫師執業的心理壓力實在很高，一般人很難想像麻醉科醫師在病人休克瀕危急救時，力求處變不驚且談笑用兵之表面，深藏在背後是難以承受的沉重心理壓力，那是要讀遍多少的教科書與期刊，歷經多少嚴格的自我要求訓練，才能達到臨危不亂的境界；無怪乎美國麻醉醫師藥物成癮濫用的比率一直居全美臨床醫師的榜首，唉！對於學長而言，死亡未嘗不是一種解脫。

正在迷迷糊糊胡思亂想之際，PHS 響起一陣鈴聲，多年的值班醫師皮肉生涯早已訓練自己對於半夜的鈴聲有高度的警覺心與靈敏的反應，出於神經反射地抓了 PHS，瞄了一下螢幕上的來電號碼，是心臟外科醫師的『美國 911 恐怖攻擊事件加大陸 64 天安門慘案』，頓時睡意全消。

『Aortic dissection (主動脈剝離)，Type A，可能要做 Ascending aorta and total arch replacement，病人目前心跳 130，血壓不高 80 / 40，我已經送絕急了。』熟悉的聲音，我敢打賭沒有任何一位麻醉科醫師會希望在半夜聽到它，雖然我對它情有獨鍾。主動脈剝離對一般民眾而言是一個全然漠生的疾病，但絕對是開刀房晚上值班的夢魘排行榜的榜首，它表示了今晚整夜泡湯了，當然由於它的死亡率很高，主動脈剝離

對於病患與家屬而言更是天大的惡耗，主動脈剝離尤其好發在高血壓控制不當的病人，很多病患平常對於高血壓完全不當一回事，頭痛脖子緊才想到量血壓吞一顆藥了事，就讓這個惡魔有可趁之機；它本質極壞，有三分之一的主動脈剝離病患根本來不及送醫就死在半路上，而今天晚上這種寒徹骨的溫度正是誘發主動脈剝離的絕佳環境。

由於深知事態緊急非同小可，我三步併做兩步快速走到開刀房控台確認絕對急診手術的排程單，只見今晚值班的開刀房全部護理人員已經忙得不可開交正努力做開刀前的器械準備，看來應該收到排程單了，果然是訓練有素，今晚反應敏捷的表現很值得董事長加薪。

『不是有吃鳳梨了嗎？』

找到了麻醉科美眉，刻意對她們水汪汪的雙眸中怨懟的眼神視而不見，直接了當地吩咐她們準備 Swan-Ganz catheter、Large bore CVP、Head ice packing，又額外囑咐該準備預先抽好的麻醉藥物。

『有我在，妳們還擔心什麼？』我還不忘丟了一句安慰的話，這是我一向的慣用技倆，不是狂妄自大覺得自己是麻神，也不瞭解它是否真的能夠穩定麻姐的心情，僅是單純地直覺地相信，鎮靜沉穩的麻醉科醫師可以帶給外科醫師與麻姐們很大的安全感，或許大家不慌不忙的情形下，可以讓手術進行順利一點，幫病人多爭取一絲機會。我迅速沖泡了一杯雙倍劑量的濃咖啡下肚，隨即趕往急診室看看病患的狀況。

我個人晚上值班時，碰到急診室有非常危急的開刀病人會抽空到急診室先看看病人的情形，有時可以及早瞭解病情，讓三樓麻醉科預做準備。加個但書，麻醉醫師深夜

值班這麼忙碌，也不是常常有空可以辦到去急診室看病人。但今晚整個開刀房沒半個病人，今晚就是這麼地有空閒，與急診病人格外有緣份。

在開刀房內早已先行在 PACS 系統上看過絕急病人的所有影像學檢查及抽血報告，我快步趕到一樓急診室，一路上心中仍然不忘碎碎念抱怨醫院強制規定，離開開刀房必須更換藍色隔離衣，害我又浪費了幾分鐘時間。今夜的義大醫院急診室的醫護人員仍舊與往常一樣地忙碌，像菜市場一樣人潮雜踏，已臻醫學中心水平的亂烘烘境界，全民健保的轉診制度徹底失敗，搞得每家醫學中心的急診室人多到像夜市一樣。我問了外科留觀區護理站的小姐絕急手術病人在那裡，她百忙不假思索地指了床位方位。我要找的病人非常地好找，往人最多的那一群走過去就對了，李伯伯的全家人都到齊了，看他老婆與兩個兒子的穿著，心中大膽地假設家中的經濟狀況應該不會太好。

李伯伯是個典型的南部台灣人，一輩子在高雄縣鄉下守著祖產種果樹，滿是皺紋的黝黑皮膚透出典型南部種田人的腳踏實地，從少年到現在沒有開過任何的手術，平常只有高血壓而已，由於住得偏僻拿藥不便，偶而頭痛脖子酸痛也不量血壓，就直接吞顆高血壓藥物。我說完典型的自我介紹，望著李伯伯痛苦的表情，聽著他急促的呼吸聲音，粗算了一下呼吸速率一定超過每分鐘 30 下，他應該真的很不舒服，不自覺伸出肥肥的雙手握住李伯伯的手，感到稍微冰冷的手汗，他的，不是我的。我曾經在管理學的肢體語言篇上看過，用溫暖的雙手握住病人，這麼做可以給予病患極大的安慰與信賴感，有沒有這麼好用不知道，但是今夜我用

這招就是了。

由於時間真的不多，這是絕急手術，我深信心臟外科醫師已經很詳細地解釋過手術的危險性，所以我用最簡短的方式，在兩分鐘內重覆說明了主動脈緊急手術的相關高度危險性與可能產生的併發症，看著李伯伯全家驚恐害怕的表情，我有十足的把握可以斷言，這次的病情解釋對他們而言絕對無異於恐嚇威脅，緊緊遵守著衛生署解釋詳細病情與簽立同意書的規定，心臟外科醫師做了一次恐嚇，然後我再重覆一次，再把它加重威脅之強度（雖然這絕非我們的本意），即使時間很短，但是絕對誠實的病情解釋對於病人與家屬的心理衝擊無庸置疑。

醫學倫理的課程不總是對第一線的醫護人員與家屬的溝通有幫助，特別是當你必須將艱澁的醫學英文名稱或疾病概念轉換成簡單明瞭的台語，要在極短的時間內，以優雅標準的談吐字眼，簡潔地切中問題的核心（危險性），又要顧及病人及家屬的心理感受，不致於造成他們當場痛哭失聲，這還真的需要依靠平時的人文修養、臨場的機智反應、天生的性格特質以及後天的修養去培育，文化薰陶與個人涵養比較重要，溝通技巧絕對不是上醫學倫理課程可以學得來的。

『我能不能不要開刀，吃藥就好？（台語發音）』李伯伯極度心虛地問，聲音微弱到我差點聽不出來。我堅定地搖搖頭，像是電視劇上的老醫師兼院長兼大教授，以無聲代替有聲，不給李伯伯任何討價還價的空間。

『麻藥千萬不要下得太重？（台語發音）』李媽媽似乎知道李伯伯難逃一刀，退而求其次拜託我，她雖然犯了全世界不懂麻醉的人都會犯的錯，誤解了麻醉深淺的涵

意，反正，我也不是第一次聽到，但是，我仍然答應會把她的千叮嚀萬交代聽進去。夫妻多年情深，言溢於表。

不過，對於每位病人，我們不總是這般堅決果敢地強烈建議他們接受危險的開心手術。醫療行為總有灰色地帶，高度侵犯性的醫療行為永遠伴隨著高風險，它一直都是醫護人員不願深入的地雷區，也是病人及家屬最無法理解的百幕達三角洲；經常，家屬希望醫師能夠給他們十分肯定的答案，病人總是希望能夠遇見像是怪醫黑傑克或醫龍朝田龍太郎，拍胸膛保證一切都沒有問題，甚至，乾脆尋求有 Guts 敢拍胸脯保證的醫師來治療；但是事實上，面對開心手術或心臟麻醉時，我們常常必須在灰色地帶中憑直覺下決定，靠運氣選邊站，而面對極度棘手的疾病時，上帝不總是站在醫師這邊。

不知不覺地，我又想起了幾天之前被我們拒絕幫他安排開心手術的陳先生。陳先生從公職退休才七、八年，不到 70 歲的年紀，本應是盡情享受退休生活的時候，不料於數個月前因為宿疾胃潰瘍發生胃出血，在高雄地區某醫學中心接受了急診手術剖腹探查手術將胃部切除三分之二，手術後胃部修補好了，卻不幸傷口感染併發了腹壁的 Necrotizing fasciitis (壞疽性筋膜炎，細菌沿著肌肉之間的肌膜層到處攻城略地)，反覆清創挖掉爛肉後，在腹部的正中線區域少了一大片的皮膚與皮下組織，露出了底下鮮紅的腹直肌，只用幾條粗手術線勉強將兩邊的腹壁拉在一起。陳先生的女兒輾轉打聽到義大醫院的整型外科水準不錯，所以將他轉診到義大醫院，希望能夠修補他肚皮上的大傷口。未料在預計開刀的前兩天，病人發生了不穩定型心絞痛，雖然沒有嚴重到心肌梗

塞的程度，但是心導管檢查的結果告訴我們，他那三條歪七扭八，長相酷似灌壞香腸的冠狀動脈實在不適合放支架，至少那條阻塞 85% 又位在臨近 LAD 與 LCX 交叉口的 LMCA，就讓我們望之卻步，打消了放血管支架的念頭，惟一可以處理的方法是心臟血管繞道手術，這下子整型外科完美的手術計劃與陳先生補破洞的希望全部落空了，沒有任何一位整型外科醫師喜歡在 CAD with TVD + Left main artery disease + Unstable angina 的病人身上做大型皮瓣轉移手術，醫療團隊一致決議先做心臟血管繞道手術，再談修補腹壁破洞的可能性。(LAD 冠狀動脈左前降枝，LCX 冠狀動脈左迴旋枝，LMCA 左側主要冠狀動脈，是心臟左心室最大的冠狀動脈。)

但是認真負責且極度龜毛的心臟外科醫師，站在不同的角度，對於這次的心臟血管繞道手術有不一樣的想法。這十分地合理，因為隔行如隔山，在浩瀚醫學的世界裡，隔科如隔山，我不懂你做的，你也不懂我做的，大家彼此互相尊重。

『我希望你可以幫我勸退這個病人。我勸他不要開心臟手術，但失敗了。』奇怪的要求，一聽之下有點無厘頭，也不像她一向的行事風格。

『這個病人應該開刀呀！』在看過他的心導管影像後，我一臉狐疑。

『你先去看看這個病人腹部傷口再說。反正，他進開刀房就是你的病人。』

二話不說，我直接踏進心臟內科加護病房找病人，看到陳先生，不用花太多的時間就知道他是一位開朗樂觀的人，數個月在醫院渡過的日子並未擊潰他堅強的意志，聲音算不上是鏗鏘有力，但也絕非病懨懨的語

氣。我簡要地表明我的身份與來意，直接了當地要求查看他腹壁感染傷口，一翻開腹壁上那一大坨的厚紗布，一股惡臭撲鼻而來，即使我在當麻醉科醫師之前幹過兩年的外科住院醫師，聞慣了各式各樣的褥瘡與爛傷口，仍然覺得它直逼我個人的忍受上限。

『你還好吧？』陳先生關心的聲音點醒了我，我知道我臉上的表情漏了餡，有辱麻醉科醫師冷酷的專業形像，但是心中卻也十分佩服陳先生的堅強意志，有這樣的傷口在身上，他竟然還有勇氣想要撐過心臟血管繞道手術，再挑戰廣泛面積的皮瓣移植手術。不過，這傷口已然侵入了胸部心臟手術的開刀部位，而且還不知道胸壁下面的傷口是怎麼鑽的，沒有任何一位心臟外科醫師會願意看到、聞到這樣的傷口在開心手術病患的胸口上。接下來的 20 分鐘，我向陳先生、陳太太及他們的女兒陳小姐用力地上了一堂課，主旨大意是說明心臟血管繞道手術的傷口怎麼切，體外循環是怎樣將病人的血液抽到心肺機內，如何取代心臟與肺臟的功能，重大開心手術與體外循環的藥物如何抑制病患的免疫功能，腹部感染的傷口如何會漫延到開心手術的傷口進而統一中原，再進一步流竄侵入心包膜甚至是肋膜造成廣泛的 DSWI（深部胸骨傷口感染），腹部傷口惡毒的細菌會怎樣經由心肺機散播到全身各處去，然後會造成手術之後的 Low SVR syndrome（血管極度鬆弛造成血壓嚴重降低），然後體外循環與全身性的敗血症又會如何地通力合作引起病患的全身性發炎反應，最後爆發多重器官衰竭，每一種併發症都是那麼地棘手，結局又是如何地不堪想像。總之，我理智地、專業地、不約而同地下了與心臟外科醫師一致的結論，對著他們

解釋開心手術與心臟麻醉的理論，像是上帝在約伯記中向約伯上了一堂深奧的生物課，那是聖經中上帝最長的言論記載；直到我驚覺陳先生緊閉著嘴唇，陳太太雙眼中泛著淚光，陳小姐啞口無言，我知道我達到了我的目的，成功地勸退他們打消念頭要去打這場幾乎註定失敗的仗；普天之下，大概不會有任何病人在心臟外科醫師與心臟麻醉醫師都反對的情形下，仍然堅持要做心臟手術。

『那我該怎麼辦？接下來怎麼治療？』陳先生顫抖地一字一字吐出他的問題。

這次換我被逼到牆角，這個問題打得我僵住了，腦袋中浮現了『等死』兩字，它是標準答案（至少等腹口傷口好了，但可能嗎？至少等感染完全控制，但要多久？），我卻無論如何也開不了口，說溜了嘴肯定被告到院長信箱去罵說沒醫德，從來沒有病人寫信到院長信箱褒揚我也就算了，這個錯卻千萬不能犯，這個坑千萬不能跳。

『嗯，我們會再努力換藥照顧傷口，看它會不會變好；嗯，再用內科抗生素及其他抗心絞痛藥物治療，讓感染控制與心臟穩定一些。嗯，過一陣子，再看看情況會不會好轉。嗯，我還有事，我先走了。』意思聽起來也像是『等死』，但是，充滿了政治正確，我腦袋中好不容易擠出了這個自認為中庸的講法，希望它對病患及家屬聽起來平易近人一點。

印象中這是我行醫以來，少數幾次從病人面前夾著尾巴落荒而逃的經歷，徹底顯露出我對他的重大疾病無能為力，或是不敢勇於任事，沒有膽量冒險；雖然專業上的判斷應該沒有錯，但是，沒有建議他去尋求第二專業意見，沒有建議他轉診到其他的醫學中心（他大概也不會去原來那家），我還有

好多『沒有』沒有做（也輪不到我去做），事後想起，心中仍然有些心虛。上帝讓我當上了麻醉科醫師，在開刀房內許多的驚險場合賦予了我掌握病人生死的至高權柄，我自認為向來對此一殊榮心存謙卑，戰戰兢兢；只是這次未戰先降，又不小心把病人逼到絕望的深淵，搞得自己有點狼狽。

抱歉，話題扯遠了。

我在急診室用 PHS 與麻姐聯絡，再次確認李伯伯的相關醫囑後，就回到開刀房等病人。因為平常專任開心手術的小組成員今夜沒有值班，我會有點擔心。

按照義大醫院的規定，絕急手術必須在 30 分鐘內完成接刀的動作，因此，我並未在辦公室之內等太久，便收到通知病患已經抵達開刀房了。到了等候區，再次看到李先生的剎那，我心中罵了一聲『幹』，也忘了它到底有沒有出口讓美眉聽到，壞了我多年完美的帥哥君子形象。李伯伯看起來與幾分鐘之前我在急診室看到的李伯伯完全不一樣，我敢發誓，我在李伯伯的臉上看到了死人才會有的顏色（沒有任何一本教科書可以明白清晰地描述到底是什麼是死人的顏色，但我就是知道，它就是它），全身濕透的皮膚，胸口起伏像是躺在菜市場上失了水又死不了的吳郭魚一般無力地氣若遊絲，理所當然地意識惡化已呈現深度昏迷狀態，一股涼意從背脊直達腦門，瞬間頭皮發麻，麻醉科醫師的直覺告訴我事情全然不對了。再此特別強調，這絕對不是醫護人員的過錯，許多重症病患在醫院院區內的接送過程中病情急轉直下，時有所聞，過去在其他醫院也曾經發生過在電梯內實施 CPR 的案例，只是沒想到在今夜竟然發生在我的病人身上。

我緊急命令留下開刀房流動護士小姐

一人與家屬交班，也沒時間顧及家屬的感受，剩下全體人員推著病房往手術室五房猛衝。從等候區到手術室五房這條路，平時不知走過千百回，但今夜一路走來特別精彩，事後還真是忘不了在手術室三房前面的轉角處那個漂亮又經典的病床甩尾動作。

大家把病人迅速抓到手術檯上，同時聯絡了心臟外科醫師，NIBP 量到 30 / 20 的血壓，EKG 上呈現 140 的心跳，SpO<sub>2</sub> 糟到 N 個不行，按照一如往常的麻醉標準程序，打完肌肉鬆弛劑後，10 秒鐘之內完成插管的動作。今夜我想我真有把李伯母的叮嚀聽進去，麻醉藥物劑量保證絕對沒有過重，我完全沒有也不敢給予太多麻醉藥物，以接近活宰病人的程度開始了整個開心手術的序幕。

手術與麻醉的細節太多，真是難以一一描述。接下來，麻醉科醫師步驟緊密地完成置入 A-line（一種放在動脈之內的導管，可以分分秒秒監測病人的血壓）、Swan-Ganz catheter（可以監測病人的心臟輸出量）、Large-bored CVP（用於重大手術的快速輸血），麻姐火速接上 Dopamine 以及 Bosmin，醫師助理用最快的速度完成病人皮膚消毒，體外循環師用破紀錄的速度裝置好所有體外循環的管路，心臟外科醫師如閃電般地出現，以最快的速度刷手穿好衣服迫不及待搶上手術檯開始手術。平常時愈是訓練有素，緊急狀況時愈是有條不紊，只是今夜所有動作以錄放影機的 4 倍速度快轉播放。（Dopamine 是一種升壓強心劑，廠商給它一個俗名叫多保命，取其給得愈多愈能保住病人小命之涵意。醫學上不盡然如此。）

至今仍然記得，那條 A-line 是在完全摸不到血壓的情形下打上的，當時我不管

三七二十一盲目施打，全憑經驗瞄準橈動脈可能或許存在的位置，居然一針命中，血壓 40 / 30，摸了摸聽診器上的十字架，有拜有保佑，心中揣測這針 A-line 它大概用盡了我半年的運氣。有時常想閩南諺語的『醫生緣，主人福。』還真是不無道理。醫師真的不是神，沒有百發百中這件事，再怎麼絕頂聰明的名醫也會有不順手的時候，甚至會犯下可怕的過錯，一不小心發生併發症，繼而引起醫療糾紛，所以，很多的醫師自然而然發展出專屬自己的迷信小偏方，像我就一定會把聽診器隨時掛在脖子上，因為這樣做今天的手氣就會很好，忘了聽診器手氣就會變得很背，一整天都做不順。

我們是以頭低腳高的姿勢來進行手術，因為李伯伯的血壓在強心劑的催逼之下仍舊很差，原則上，這個姿勢進行開心手術心臟外科醫師會不順手，不過她仍是尊重我的決定。放好鼠膝部的 Aortic cannula (動脈引流管)，緊接著鋸開胸骨，皮膚完全不會滲血，我與心臟外科醫師交換了一下眼神，彼此心知肚明這次休克的嚴重性超乎想像，因為皮下組織完全沒有血流的供應。當外科醫師在劃開心包膜的同時，噴出了 400CC 左右的鮮血，這次事件醜陋的主角隨後露臉與大家見面，主動脈剝離，一條極度擴張的大動脈從心臟漲滿整個中縱膈腔，上面佈滿血絲，幾近吹彈可破。血壓稍稍改善了一些，同時也發現了主動脈瘤的靠近心臟端的部位發生了 Minimal leakage (小破裂合併出血)，原來 Hemorrhagic shock 合併 Cardiac tamponade (出血性休克合併心包膜填塞) 是造成李伯伯如此接近死神的幫凶。

約略猜到了原因，我順手將 EKG 的音量調大，讓整個開刀房都能清楚地聽到病人

的心跳聲，看似無意義的動作，實則鼓勵大家不要放棄，有心跳就有希望。心臟外科醫師最能體會這點，因為心臟外科醫師總是團隊之中最後放棄希望的人。就在大家忙到焦頭爛額之際，約略一點時分，婦產科的護理同仁撥電話來，告知樓上五樓產房有位媽媽要做 Painless labor (無痛分娩)，整個手術室五房的所有人不禁皺眉，這個 Baby 還是真會挑時間。

『請跟她講，麻醉科醫師正在三樓開刀房中急救病人，真的無法分身，請她再等一下，我有空馬上就會上去。』我想，忙於輸血與矯正代謝性酸中毒的我，聲音大概藏不住無盡的焦躁與無耐，失去了麻醉科醫師應有的優雅風範。

外科醫師在上下腔靜脈放好了 Venous cannula 後，啟動體外循環，開始降低體溫目標 20 度，同時冰頭，準備進入了 DHCA 的階段 (深度低體溫循環靜止)，這個階段最是能夠考驗心臟外科醫師的技術層次與個人修為，遊戲規則很簡單，限時一小時內縫完複雜的主動脈弓 3D 立體結構，一次機會，不准漏血，無法重來；時間超過愈久，病人發生中風變成白菜的機會愈高。這個階段心臟外科醫師與手術團隊的壓力處於整個手術的最高峰，開刀房的空氣在此時好像凝結了，沒有人敢大口呼吸，相反地，麻醉科可以在此時喘一口氣，休息一下。

學妹好心地在於此時提醒我，是不是能上去幫五樓待產室的媽媽打無痛分娩。果然剛接大夜的人精神比較好，頭腦比較清晰。我懷著廉頗負荊請罪的心情，一進入待產室不等許先生與許太太開口，先行自我辯解一番，道歉在先，希望怒拳不打笑臉人。

『謝謝醫師百忙之中還上來為我們打

無痛分娩。』許先生平穩地說，語氣之中聽不出任何的慍氣。我有點驚訝他的反應，我知道我真的讓他們等了很久，而最近病人對醫護人員的態度有愈來愈差的趨勢，沒有耐心尊重病危病患優先治療的權利，動不動就惡言相向，施予暴力。

『病人還好嗎？』許太太問道。在幫許太太側身打無痛分娩時，發現她身上流了滿多汗，可能是陣痛頗厲害，不然就是義大醫院待產室的空調不夠強。想不到她在忍耐陣痛之餘，還能關心我的開心手術病人。

『嗯，還算穩定。』我撒謊了，雖然是善意的謊言，但是，心虛時講話會夾帶語助詞的習慣還是沒變。許太太的體重有些過重（這是委婉的說法），富貴人家懷孕時調養得太好，細緻肌膚下厚厚的脂肪層包覆在腰椎表面，造成我無法十分清楚地摸出知道第三、第四腰椎的精確位置，不過實在是不敢花太多的時間待在五樓待產室，只好按照經驗法則瞄準大概的方向角度勇敢下針，竟然整支沒入且一針就上，『Yes！』，果然好心有好報。

縫完了主動脈弓，終止 DHCA，外科醫師檢視了主動脈瓣與冠狀動脈的入口，又發現到主動脈剝離往左心室方面撕裂，又侵犯到左側的冠狀動脈與主動脈瓣膜，當場又決定了多一個任務，Bentall procedure，置換主動脈瓣膜再合併轉接兩條冠狀動脈，再橋接主動脈，又是一個艱鉅的任務，我不禁覺得李伯伯實在有夠倒楣。但是真實世界的醫療就是這樣，剛解決了一個問題，馬上又冒出另一個問題，病人總是會產生新的疾病，疾病總是給醫師出新的狀況題，而你只能耐心應付，堅壁清野，不錯放過任何可能的潛在敵人。

在心臟復跳之後，出血問題又是一個必須跨越的難關，按照凡走過必留下足跡，凡住過必留下鄰居的道理，出血點到處都是。歷經了體外循環、深度低體溫循環中止、廣泛面積的手術、重度休克，李伯伯的血小板功能與凝血功能全盤混亂，我們看著四處滲血的胸口，拼命輸血，冀求滲血速度可以有所改善；又想盡各種方法，採焦土政策，惟恐錯放任何一個小的出血點，又會造成大災難；大家都想早點結束這台手術，醫護人員也是人，十個小時過去了，每個人都累了，實在是無心戀棧。每個人的眼中都充滿了血絲，精神與體力俱已到達極限。

清晨時分，應該是日出時刻，在強心劑的作用之下李伯伯血壓穩住了，傷口似乎也不再滲血，尿液開始源源不絕湧出，平時我們嫌棄大便小便又臭又髒，此刻看到尿液還真是如獲至寶。由於我們一直擔心李伯伯會有中風的問題，檢查眼睛發現兩側瞳孔極度放大而且沒有光反射，雖然它可能是 Bosmin 強心劑的作用，但是心中總是蒙上一層陰影；我仔細瞧一瞧李伯伯的臉色，活人的生氣又在他歷經歲月風霜的臉上重現，我想，我可以放心把他送到外科加護病房交給重症醫師照顧。別問我到底什麼是活人的顏色，教科書上沒有教，陪陪你摯愛的親人吧，或是看看親密的工作伙伴，注意他們臉上的笑容，那就是活人的顏色，一種你習以為常，卻又珍貴無比的顏色。

奮鬥了十個小時的激戰，送完病人從外科加護病房回到辦公室已是天亮，一屁股坐到椅子上，疲倦瞬間如海嘯襲來，好累。這種硬戰不能常打，否則，麻醉科醫師會短命。

也是該回家補眠的時候了，拿了

SONY 筆電準備收拾背包，赫然發現 SONY 沒有關機成功，但是它一點也不燙，原來清晨的陽光尚未使辦公室多出一絲溫暖；希望這種寒冷的氣候趕快過去，希望台灣的民眾多注意自己的血壓，不要再有第二個主動脈剝離病人了。

值班經歷這次手術，我，以後，再也不想吃鳳梨了，它沒什用。親愛的老婆再也不用為我買鳳梨罐頭了。

後記：

基本上，這是真實發生在義大醫院的三個病例與醫療過程。

基於保護病患隱私的原則，採用假姓假名，也對過去病史、診斷手術、重症照顧的過程做修改潤色，以避免有影射之虞；當然寫作全憑片片斷斷的記憶，寫作前更也不會回頭調病歷求證相關醫療細節。

李伯伯後來第二天下午人就清醒了，對於手術過程完全沒有任何的記憶（麻醉太淺經常會發生術中清醒），居然沒有任何中風的跡象；在開刀後第二天發生了橫紋肌溶解，它是重度休克所造成的併發症；腎臟功能也因為重度休克與橫紋肌溶解而受損，幸好無需永久洗腎，我們對於這兩個併發症的發生不覺得驚訝，因為急診室與開刀房的休克程度實在是太嚴重了。李伯伯加護病房待了三個星期之久，開刀一個月之後，很幸運地能夠出院，四肢有些無力需人參扶（猜測是橫紋肌溶解的影響），但是能回高雄縣鄉下老家與家人相聚，恢復速度差強人意。我們盡了全力做了所有能做的事去竭力保護病人，問心無愧，只是當初醫療團隊不免有點鄉愿，一廂情願地希望開完刀後就此過關，能夠船過水無痕。

剛毅果敢的陳先生後來在我拒絕他心臟麻醉的第三天於加護病房突然發高燒，幾天之後就因為敗血性休克合併多重器官衰竭，在加護病房中往生了。雖然一切如同我們所預料的，一旦開心手術做下去可能也是同樣的結果，但沒有想到他的結局來的這麼地快，讓人出乎預料地快。一個素昧平生的麻醉科醫生，在第一次會面時，就狠心地剝奪了他痊癒的希望，沒有任何人知道是否因此而造成他放棄了求生意志以致於兵敗如山倒。我沒有答案。

有時會想，為什麼瀕臨死亡的李伯伯，我會力勸他接受緊急心臟手術？而看似病情穩定的陳先生，我卻又拒絕常規的心臟手術？在幾近絕望中，仍有一絲希望；看似充滿盼望時，卻面臨幾近於零的期望。當時的情境因素或許在這當中扮演了重要的角色，讓我們在極短的時間內做出困難的決定，醫護人員一直在學術與醫學上精進，希望在所有的醫療決策中減少機率或運氣的成份，儘量依據實證醫學的基礎做出有利病患的決定。不知不覺中，我們踏進了屬於神的領域，間接決定了病人的生死，在承接了病人沉重的託付時，戒慎恐懼地執行醫療使命之餘，仍需記得，真正的主權仍在上帝的手中，我們永遠無法跨越神之代理人的範疇。

好心的許先生則順利地得到了一個『好』字，二胎是他夢寐以求的男丁，雖然結局他們在產前檢查早已知道了。非常感謝他們一家人的耐心，許太太在陣痛呻吟中苦等了一個半小時，願意配合醫護人員的忙碌與時間，讓我們在最危急的時候能夠全心全意幫助李伯伯渡過人生難關。願上帝看重他們的無私犧牲與利他精神，祝福他們一輩子。

本文謹獻給全院辛勞的護理同仁們。 的醫療團隊。  
感謝妳們，沒有妳們，就沒有義大醫院傑出

# 戰勝死亡的勇士

單位·作者 / 教育副院長·蔡淳娟

在卡加利機場，遠遠地，我終於見到一對年輕華人夫妻、神色焦急地步出迎賓機門。毫無疑問地，這就是我要迎接的友人——黃福昭醫師與林蕙秋醫師。他們的飛機到溫哥華時延誤了一小時，為了想要聯絡我，焦急得像熱鍋上的螞蟻。

這是2001年的深秋，因著黃福昭醫師到University of Calgary進修之緣，我和這對夫婦成為好友。在出國四年後，聽到有朋自家鄉來，要到University of Calgary進修，我興奮得到處替黃醫師找房子，張羅他的日常生活必需品。

從機場到這間位於醫院對面的公寓住處，我們熱絡地談著他的研究計畫，聊馬偕醫院的大小事。離開了醫院的忙碌生活，我這才有機會認識他們這個愛好音樂的基督徒家庭，知道他們如何放下兩個稚齡孩子，工作到上飛機的前一晚、又匆匆地打點了一年的行李。這就是我所知道的，剛卸下馬偕醫院神經外科主任職務，一個優秀的神經外科醫師。

蕙秋回台灣後的一兩天，我做了些muffin出現在福昭的門前，他看來神采奕奕，描述著他如何安頓了生活、解決了網路聯絡上的問題，並盤算著要如何進行研究。但是，不預期地，他加了一句話：“我有個腦瘤”，他用手比了一下頭中間的位置，出奇平靜地說：“這個研究結果也可以用在自己身上”。那晚，我錯愕得不知道該接什麼話談下去。

我想了一兩天，決定要回去了解清

楚——「這件事到底有多嚴重？」。

坐在福昭簡單的廚房桌前，我將問題攤開：「您這腦瘤是良性的，對不對？就像是血管瘤，或腦膜腫瘤，是嗎？」他還是那麼平靜：「不是血管瘤…」，我繼續樂觀的思考插嘴：「您沒有做活體組織檢查，對不對？」，於是，福昭開始詳細地告訴我「他的病史」：

「我在睡夢中抽筋，口吐白沫，被蕙秋送到醫院中。很快地，電腦斷層片子顯示了我腦部有一顆5公分直徑大的瘤，不偏不倚地位於腦正中央」。我顫抖地聽著，等著答案。「我做了腦瘤切片檢查，幾個知名的病理科專家，都異口同聲診斷這東西為惡性腫瘤——glioblastoma multiforme」。福昭繼續平靜而理智地描述：「我們拿著片子與病理報告，奔波於幾個知名神經外科醫師的辦公室，討論著一個神經外科醫師的腦與他術後的日子……，專家師長的建議是兩極化的，有人主張開刀，有人主張不要開」。

福昭心裡十分明白，這完全要看自己能承擔什麼樣的風險，要選擇什麼樣的生活，他回憶著那陣子心裏的翻騰：「有一天，蕙秋隱藏起醫師的身分去一個最具權威性的癌症醫院掛號看診，這癌症醫院的專家一看片子與病理報告，先是鐵口直斷——『他活不過八個月』，接著他問，『這是您的什麼人呢？』蕙秋回答：『他是我的先生』。那天，蕙秋回到家中，哭了、崩潰了」。

我坐在他面前，早就哭得來不及擦眼淚。我不太能接受，情況竟有這麼糟，若這

是他人生的最後一段時光，他竟留下家中妻小在台灣，跑到這兒來做研究？我似乎說著：「您為什麼還要來加拿大？您為何不留在家人身邊？……」。

福昭完全沒有回答我的問題，他繼續說：「我與蕙秋一起跪下禱告，全心將一切交託。我們決定不開刀，剩下的日子，上帝要負全責。……我們起初定期追蹤這腫瘤的影像，每當新片子洗出來的時候，看著“他”逐漸長大，我倆就抱頭痛哭。於是，我們決定不再照片子，「腫瘤幾公分大」已經不是一件重要的事。」福昭說：「我活著的每一天都是多出來的恩典，除了感謝，我還要怨什麼呢？」

我看福昭應該是走過了火的歷練，他臉上閃耀著信心的光芒：「兩年餘平安度過，上帝日日與我們同在，祂大能的手阻擋著這顆瘤，始終不偏左也不偏右、祂留存我這肢體完整，不偏也不癱，這一切都是為了榮耀祂的名」。我經驗到人間最大的信心。

然而，我畢竟還只是個「小信」的人。當卡加立的嚴冬來到，老天時有零下 30 度 C 的考驗，短暫的戶外行走都有可能叫人凍黑了雙腳。我常擔心福昭的身體，怕他感冒，怕他抽筋昏迷在雪地中……。

有一個晚上，他沒有接我的電話，也沒有接手機，我惴惴不安地開車去公寓看他。

應門的福昭還是神采奕奕，他正埋首在一大疊資料中，爐火上還煮著紅樟芝湯。那晚，他告訴了我紅樟芝的故事。

紅樟芝號稱為台灣森林中的紅寶石，寄生在腐朽的紅檜木樹幹中心，傳說中，這紅樟芝可以治療癌症。然而，紅檜木是台灣頻臨絕種的高山保育植物，有不肖高山居民

為了獲得紅樟芝，而砍倒紅檜木，政府因此三申五令禁止紅樟芝之販賣，遺憾的是，紅樟芝無法在實驗室中被成功培育，紅樟芝的價格因此被堆高到一兩幾十萬。

福昭的行醫生涯中救人無數，病人們聽說了他的腦瘤，爭相提供各樣靈丹藥方。有一位企業家病人，開著車深入高山，買來紅樟芝，拜託福昭一定要規則服用。福昭深入研究後，決定服用，並拿出一部分藥材親自跑到 Calgary，進行各種癌細胞株的體外試驗。

幾個月過去，福昭非常「用功」，他經常在實驗室中忙碌到夜裡，他總會在見面時談到那一瓶瓶不同濃度的藥水，秀一下癌細胞面目猙獰的照片，終於，有些癌細胞開始有退縮凋萎的樣子了，他於是更加投入……。華人教會的弟兄姊妹經常造訪福昭的小公寓，也載著他參加各樣家庭團契聚會，福昭在 Calgary 找到了上帝的家，我從此一點也不去擔心他了。

有一天，福昭在電話那頭告訴我：「我意外發現實驗室中有位博士研究生竟然把這紅樟芝的論文給寫好了，就只差填入我的研究結果數據……」，其居心昭然若揭，令人憤慨。一週後，福昭決定打包行李提前回台灣，他想要把研究在芝加哥一個有名的研究室中完成。我們利用了一個週末，與蔡欣昱醫師夫婦一起開車深入美麗的洛磯山脈，福昭在翡翠湖畔的燦爛笑容，竟成為他在加拿大的最後身影。

卡加立的嚴冬又來臨，我專心扮演著媽媽與學生，轉眼間草綠花開，輪到我打包行李回台灣定居，回馬偕醫院服務了。坐在馬偕醫院 12 樓的餐廳，蕙秋說了一段令人不敢想像的日子：

「福昭回來後不久，逐漸出現偏癱」，看著那湖邊的照片，他微笑的嘴角還真的有點歪，我們那一群在 Calgary 的醫師們竟無一察覺，然而上帝卻指示他，應該回去了。

「幾次抽筋後，福昭陷入昏迷，又逐漸清醒，他從加護病房被轉入了馬偕安寧病房，一個巨大的身軀，需要同時兩位看護，翻身、拍打、導尿、灌食，他任人擺佈，成了等待回天家的人。」蕙秋始終眼角泛著淚光，非常非常不捨……「那時候馬偕醫院為了貼近各種不同宗教信仰的人的需要，病房中經常念佛誦經聲四起，香柱飄渺，我們得不到安寧，因此，就搬回家去」。

「當日子近的時候，我帶著兩個稚齡孩子，惶恐無助……。有一天，一位不認識的牧師，遠從羅東來訪。他說是因著神的啟示，感動他來對我們說幾句話。面對著這對愁苦的婦人與全癱的病人，他竟大聲說：『您倆要認罪悔改』，我和福昭都流下眼淚，福昭看見自己的大男人姿態、自私與無賴，我則反悔心中填裝了滿滿的怨懟……。那日後，我們成了沒有條件付出、全然接納對方的新夫婦。」

「兩天後的一個星期日，看護請假外出，福昭獨自躺在二樓，我則在一樓靠著沙發看報紙，當時，空氣中安靜得彷彿在等待一個奇蹟……。就是那個時刻，循著腳步聲的方向，我看見福昭緩步走下樓梯。我哭了出來，這怎麼可能！他回來的時候是由兩位看護抬上去的，我感謝大能的神，祂真的叫枯骨再站起來。」

往後，福昭恢復得更快，當然，做復健科的太太無法不居功的。

福昭又回到馬偕醫院看門診，繼續服務他的病人。後來福昭告訴我：「有一位曾

在馬偕安寧病房照顧過我的護理人員，看到我的名字高掛在門診診間上，難以置信地打開門，偷窺了一下，看到我好端端地坐在診療桌前時，她嚇得魂不附體，跑回去告訴她的護理長說：『我好像看到了鬼』。

福昭只覺得神留下他這口氣，是為傳揚上帝的愛，要他繼續服務殘弱的人。有一位病人因肢體不便，無法回院檢查時，他便偕同蕙秋去病人家中探視，每個週末，他也巡迴各教會演講、做見證，傳講上帝的愛，勝過身體健壯的年輕人。

聽完這故事，我打電話偕福昭一起去看我的老師，他正面對癌症的打擊，而難以站起來。那是九月的一個下午，福昭由巷子的另一頭走來，依然高挺而沉穩。我們三人一起禱告，宣告要把重擔完全卸下，讓一天的煩惱一天擔就夠了。就像這樣，出現在我眼前的福昭從不會像位病人，他安慰照顧人們多一些。

一年後，我回加拿大進修博士學位，再回到台灣時，福昭不行了。他住在馬偕醫院淡水分院的加護病房，已經陷入重度昏迷，病房外掛起了謝絕訪客的牌子。但是，當我打電話給蕙秋時，她立刻引我進去。站在福昭病床前，看見巨人倒下，我真的非常非常難過。他全身上下插滿了管子，睜大的眼睛中，瞳孔一大一小，他四肢僵直而浮腫，胸廓是隨著呼吸器的氣流而一起一落。看著看著，直覺他人就是在這裡的，我於是開口：「福昭，卡加立的朋友很想念您」，跟著這句話，一灘眼淚，從他沒有反應的兩眼流下，立時，我在那「同在」的確信中得到安慰。

2005年七月初，福昭走了，英年四十五歲。數算他因為癌症而被宣告八個月

的壽限，最後，竟歷經十個八個月的輝煌歲月，他是個戰勝死亡的勇士，永不殞滅的典範。

後記：黃福昭醫師的兩個小故事

這是福昭初識蕙秋後，邀「女朋友」去的地方：一個植物人的家。

他巡視病人的氧氣接管、更換鼻胃管、檢查導尿管……。因為他體貼病人妻子，無法將壯碩的植物人先生運載到醫院，所以他自願經常過來「服務」。十幾年前的台灣，就有這麼一位好醫師，身體力行「居家照護」。

當時蕙秋很感動，問他：「需要幫助的人這麼多，按你這樣的熱心及有限的閒暇，你能幫得了多少人呢？」

福昭僅回答道：「這是舉手之勞啊，

能做多少都好」

.....  
在福昭回天家後，鄭頌苑牧師對蕙秋說了一個他不想為人知道的故事：

福昭注意到一個經濟拮据又長期為孩子疾病所苦的牧師孀（牧師的母親），於是，他一面對牧師孀說這個病比較特別，不需要繳費用，而又一面拿錢請護士小姐去櫃檯替她繳交醫藥費。

直到有一天，福昭因病不看門診了，牧師孀才發現，原來這個病是要繳費的，只是，以前是由福昭繳的.....

.....  
福昭奇蹟式復原的那兩年，他把自己都獻出去了。因著他所播下的福音種子及愛，直到現在，仍陸續有許多朋友受洗歸主，還有多人得到安慰。

# 白色巨塔

單位·作者 / 麻醉科·鐘佩汝

白色巨塔一書曾拍成電視連續劇播出，不論觀看電視連續劇或閱讀原著小說，看畢後對照自己在醫院中之所見所聞，實在不由得暗自唏噓，其實每一間醫院就如一個小小社會的縮影，有權力鬥爭者亦有與世無爭的平凡人，有選邊站立亟想分得一杯羹與保持中立只求平凡度日的兩種人，試問「權力」有誰不想，當權力在握指氣頤聲之時，是多麼的威風，卻不知當位高者指著下位者如實習醫師、護士漫罵時，可想過他們也是父母生養，有血有肉有感情的人，然而奇哉怪哉，當下位者一路爬上高位，又馬上忘記自己當時所受的怨氣與無奈，依舊對著下屬展現自己好不容易得來的一丁點權力，就這樣惡性循環傳承下去。

不為「權」就為「名」，試想掛上主任、院長的名聲是多麼響亮，前面護士一聲主任好，後面醫生一句院長好，加上病患和病患家屬那種崇敬、祈求的眼神，這樣的奉承巴結任誰都會不禁的有如飲酒微醺一般飄飄然，其實許多的問題癥結也只不過是一種人性的表現罷了。

也有一些人不為「權」也不為「名」，想要的只是一份安定不變的工作，只想能有更豐厚的薪水，為養家餬口這也是人之常情，但當「利益」迎面來時，社會的人們無法拒絕，而醫院的的大醫師、小護士又豈能抗拒，於是上位者盡其所能獲取最大利益，下位者滿腹苦水、怨聲咒罵最可悲的還是得笑臉迎人。

『每個人都為了一些理由活下來，不

管你自己喜不喜歡』（摘自白色巨塔 178），在競爭強烈的社會裡，大部分的人們就如生活在舞台戲偶一般被現實操控著，工作的壓力常使人透不過氣，而醫院裡的醫生、護士所面對的是更是一條條生命的延續與否，其間所承受的壓力之大無法想像，外界對於身著白袍的醫生一直視為是台灣社會金字塔頂端的天之驕子，因為學歷高、收入高、操縱著別人生死大權，對醫生都有一種莫名的崇拜和尊敬，在台灣，所有醫生都是當時最聰明、最優秀的學生，而大眾也認為他們進入醫學院都是理所當然，但生為現代人他們不一定都懷有救人救世的偉大情操，卻都是一群肯為將來而拼命唸書的人，有多少人知道一個醫生的養成過程是多麼艱辛，若你能了解在身披白袍前，這些醫師得在書桌前歷經多少的苦讀，從實習醫師，住院醫師到專科醫師的養成過程，一層一層的關卡與壓力要他們去突破，或許你會對少數態度傲慢的醫生多一份諒解。並不是醫師都如書中所提一般諂媚爭權，能恪盡自己天職，發揮自己所長來服務病患的醫師還是佔著大部分的。

護士大眾眼中的南丁格爾原本是要在醫學領域發揮自己所長，照顧病患服務大眾，卻在台灣變態的醫療結構裡，被視為受人使喚的小傭女（現在有許多男護士了），學歷不低的他們（現在有許多護士都是大學學歷）本應在專業領域裡發揮專長，但是扭曲而分工不明的醫院生態卻要他們去倒屎、倒尿、做雜事，醫師動輒漫罵、指責，病患

家屬呼來喚去，醫院高層對薪資、福利更是極盡苛刻（台灣護士一職，相較於歐美日本等先進國家於薪資比較實為不成比例），超時工作，又人力不足，許多的抱怨又只能吞忍，還得為一份工作的安穩，笑著臉面對才罵得自己狗血淋頭的醫師，難怪有人稱護士工作不是人幹的；但是這樣的生活卻不是護理人員獨有，這與許多底層生活的人們的生活與工作的際遇不正是一般。

白色巨塔的內容，闡述 X 大醫院裡的黑暗面，從權力鬥爭與紅包文化等陋習到醫護人員的愛慾情仇等都有詳實的刻劃，但作者藉著書寫一間醫院的事件，卻對現今社會的醜態做出無言的批判，讓讀者體會無論

是身在哪一個工作場合，都會有許多不平等的待遇，這也是所謂的社會歷練，因為無論是大小公司、家庭行號甚至於政治圈每一個團體裡都有唐國泰與徐大明的存在，你將擔任任何種角色、何種方式去面對其實也只存乎於一心，因為每一個人皆是一個個體，會為自己的利益而捍衛，小至排班大如加薪多寡，都能在許多人心裡留下疙瘩，是不是要讓生氣、怨念支配心理，就如文末裡麻醉醫師關欣選擇平淡生活的優閒安穩，與拋不開人情事故而體會高處不勝寒的主角蘇怡華，兩相對照正述說著，人生存於這個空間、社會，到底「活著忙」還是「忙著活」由你選擇。

# 從中學生、醫學生到成為醫師

單位·作者 / 婦產部·李世隆

1970年進入醫學院醫學系的聯考分數最低約為400分(滿分總分數為600分)。2010年,要進入醫學系,推甄、申請的學測分數約需73級分(滿級分為75),指定考試入學約需460分(總分數一樣是600分),但包括一個不考三民主義改考物理的變化。40年來,這約60分的提高,有人解釋為現在的學生比較聰明或比較用功所致。其中台大醫學系的錄取分數在2004年甚至升高到540分(平均每科要90分。)

2003-2010年醫學系錄取標準

年度	台大	中山
2003	522	465
2004	540	484
2005	518	453
2006	516	451
2007	525	450
2008	512	456
2009	524	(--)
2010	510	(--)
年度平均	520.87	460
每科平均	87	76.6

(2009-2010年,中山醫學大學因採用加權計分,無法比較原始成績)這樣的高分數表示現在中學生的「聰明才智」比40年前的更好?個人倒認為這樣的高分數可能只表示這些學生是更努力的在寫考試題目,多背教科書、或參加更多的補習罷了!只有極少數天才型的學生是例外。

為了得到滿級分而讀到凌晨一點,那樣子值得嗎?但是為了要進入醫學系,尤其是台大醫學系,就必須拼到每科成績平均約90分才有把握進入,如此相對的,在中學時期會有多餘時間去涉獵其他非考試必要的內涵嗎?

你知道一個中學生一天要上多少的課嗎?除了學校的課業之外,放學後要補這個、補那個(數學、英文、理化、才藝、鋼琴、小提琴、畫畫、電腦…),回到家後再趕著寫學校的功課,到了可以睡覺的時間通常都已經超過半夜了,隔天一大早又要趕著去上學。在這樣的過程中,我們的孩子常常不知道究竟為了什麼目的而存在?要在二十四小時之內學那麼多東西,而學那些東西真的是孩子的興趣?還是忙著去完成父母的夢想?

台灣每年參加奧林匹亞科學大賽:數學、物理、化學、生物都成績輝煌,只是會有幾位將來成為出色的科學家?一般孩子選什麼科系,多半依循社會價值而定。「成績好的先考慮從醫,其次的念理工,再下來是法商,排在最末的則是文科,」於是,資優的聯考狀元把人生道路錯放置在社會價值的棋盤上。全球經濟合作與發展組織的報告顯示,台灣學生的科學分數是第4名,但科學信心則是倒數第4名。原來在台灣這種只有升學主義的單一舞台,只給對文字及數字熟悉者有空間,在升學主義盛行之教育體系篩選出的「出類拔萃者」,其實只是一群「文字與數字的在行者」。

在大學新生入學親師會，就聽過大學生向媽媽抱怨說：『教授上課沒有重點，也沒有教給我們什麼東西，就要我們上台發表感想，我怎麼知道要說什麼才好呢？高中時，老師上課都會告訴我們重點是什麼，也會幫我們整理。我的鉛筆盒裡，有紅筆、藍筆、黑筆，上課時，我就一直劃線標明重點，也一直抄。但是，我現在上課，筆拿起來，一整堂課，寫不了半個字，畫不了半條線。』這位媽媽說完孩子的問題之後，有一位爸爸也接口說：「我的孩子也有同樣的問題。」這真是「非戰之罪」啊！在考上大學之前，我們究竟給了我們既乖巧又用功的孩子，什麼樣的教育？造成孩子沒有標準答案就不知所措，不能表現滿點就不敢開口，佔滿腦袋的是考試重點，一再訓練的腦力是記憶，而思辯與論述能力，在尚未開發前就已經萎縮！

電視節目[搶救貧窮大作戰]裡，那些志業達人總會告訴那些經營失敗者，要用心、要有誠意來做出食品、料理，要讓顧客

感受到真心。人們通常在從事越感興趣的事情裡，就越能發揮自己的天賦，越能做得持久。但是在台灣，習題、試卷、分數、名次，這些東西把學生包圍起來，讓他們根本沒有時間和空間去思考他們學習的興趣。他們得到了高分，卻失去了思考的能力。在社會的氛圍，學校的升學率，老師的光榮，父母的期待之下，孩子的未來被決定了；而不是孩子在自己的前途或自己的興趣下來選擇志業。

家長、老師、社會都沒有讓孩子知道未來的路是無限的寬廣，學業成績絕非人生的全部，甚至只是一小部份，人生的目標有如此多的可能性。但是我們的孩子卻被教成學業成績就是他的全部人生。我們是否把他們考上醫學系當做光耀門楣、彰顯我們在社會的光環的工具罷了！或許醫學系需要有高「聰明才智」的學生，但除了分數之外，我們可能還需要問：這些中學生是為什麼要成為醫學生，進而成為醫師？

# 電影「人工進化」觀後感

單位·作者 / 資訊二課·陳正泓

「人工進化」是一部相當發人深省片子，乍看之下，或許擬真特效畫面會讓人讚嘆動畫科技的進步；或許緊湊的劇情會令人滿心期待到底劇情會如何演變；或許「人獸交」的片段帶有一點點的情色，會讓人有一點點難以接受，但是敝人認為其實導演想要傳達給我們的不只這些。在台劇「痞子英雄」影集中，裡面最常提到的一句話就是「有光明的地方就有黑暗，有正義的地方就有邪惡！」以及「有光明的地方就有黑暗的影子」，意思就是說黑暗往往來自人的心中最深處的角落，看似光明正義的地方，可能也會有令人唾棄的黑暗角落，「黑暗或光明決定於人心」，此即導演文森佐納塔利也想要傳達給我們的另一層涵意。

片中的科學家身為社會中頂尖的菁英，在高科技的實驗室中進行研發與創新，在人們眼中是社會大眾學習的對象與典範，他們都接受過高等教育的洗禮，但卻在法律道德與私心私慾間，選擇違反法律與職業道德的規範，他們私自將新生物培養長大，不顧後果將新生物帶離實驗室的監控，且還將人類的 DNA 加入實驗，意即主角將私領域的慾望藉由公領域的包裝而合法之，違反醫學倫理，這是相當不可取的，但很可惜的是，在現今號稱文明的世代，卻常常時有所聞，讓我們不禁懷疑，在我們接受的一連串長期教育中，到底是哪一個環節出了問題？到底教育的真義是否有在成長階段深植人心、導正人心？

「人們往往在越擁有權利的時候，越

容易迷失了自己。」

2010 年 5 月，某直轄市環保局科長自身知法犯法，對外查緝空氣污染，對內卻縱容自己與賓客在室內抽煙。太魯閣國家公園處長平常的任務就是要取締在森林中生火、破壞生態的旅客，但自己卻於 2009 年 10 月，違法生火，還遺留了許多垃圾。2009 年 1 月，北縣派出所某員警因為懶得上街取締違規但為了要達到月績效，居然拿前幾年的民眾罰單作假，捏造成 34 張罰單，直到多位受害民眾出來申訴，警方發覺不對勁自行清查，真相才水落石出。2010 年 10 月，美國醫學史學家揭發 60 年前，美國醫療人員在實驗對象不足的情形下，在危地馬拉囚犯不知情的狀況下，故意讓染有梅毒的妓女和囚犯做愛，使他們感染梅毒，再來接受青黴素治療的實驗，目的是為要了解青黴素要多少劑量才能治癒梅毒，以及患者治癒後再次感染的途徑，當我第一次聽到這新聞，著實感到震驚與憤怒，身為世界強國的美國，印象中一直是維護世界和平的使者，但居然會做出這種令人髮指、違反醫學倫理的事情，假醫療團「免費治療」之名，行「暗地實驗」之實，美國醫療團隊擁有治療的最高授權，但卻作出傷害其他國家人民的事情，此舉叫其他國家如何去信服他、追隨他？當與美國合作時，諸國領袖如何去信服他是真的在做治療、真的在幫助其他國家？以此推演，當片中科學家若未來確實開發出新的再生蛋白質藥劑時，病患又該如何相信他是在做真正的治療，而不是將病患當成實驗品來

完成自己的私人研究？

記得高中時國文老師曾經出了這個作文題目 -- 「我心中的那把尺」，在當時，我實在無法了解這題目有何好撰寫的！直到現在我漸漸明白，人們隨著日子漸漸長大，周遭環境不斷地在改變，從中學生轉變到高中生，從高中生轉變到大學生，從大學生轉變到上班族，人們接觸到越來越多的人、事、物，生活變得越來越現實，許多時候人們必須在自身利益和道德間作抉擇，選擇高道德可能就會傷及自己的利益；相反的，選擇維護自己的利益，但又會深感愧疚質疑自己的道德良心，有些事情清晰可見，能立即在利益與道德間選邊，但有些事情卻又讓人難以抉擇，讓人們昧著良心做出與過往教育背道而馳的決定，為了成績、為了生活、為了面子、為了現實，有人只好作弊、有人只好貪汙、有人只好逞兇鬥狠，有人只好視而不見，正如片中主角，為了自己的私心、私慾，違背法律與道德倫理暗中養育卓倫，加入自己的 DNA，但當她將卓倫視為自己的女兒時，卻又因目睹不倫，為了顏面，將她視為實驗品摧毀之，最後，為了商業利益卻又暗自決定要將肚子裡的新生物保留下來。

在現實生活中，「利益」與「道德」的衝突不斷地在上演，有如蝴蝶效應般，每分每秒都有一個新的決定產生，去決定下一個事件與環境的結果。那麼「利益」與「道德」該如何抉擇才不為過？敝人認為可以分成兩個準則，第一準則又優先於第二準則。

第一個準則，「對就是對，錯就是錯」，沒有什麼好懷疑的，如果作這件事情，在倫理上是不允許、在法律上是不合法，那麼就

不該這麼做，以片中的培育新物種長大、加入人類的 DNA 為例，既然倫理上不允許，法律上不合法，那就不應該私自實驗，破壞自然規則。

第二個準則，Peter Singer 在「論動物的道德地位」觀點中說到「凡是具有感覺能力的動物，不論是人類或非人類，都應該視為在道德上平等的；因此，對於他們（或它們）的相同的利益，都應該給予平等的關心。」意即我們應當把適用於我們這個物種的所有成員有關平等的基本道德原則，擴大適用到其他物種的成員，即那些具有感覺能力、能夠感受痛苦和快樂的人類或非人類的利益都要考慮進去。以生產工廠為例，企業主為了利益，不斷地在製造非環保的產品，但不製造卻又可能影響千人的家庭生活。此時該如何抉擇？套用 Peter Singer 的觀點來思考，這些工廠如果繼續生產非環保產品，短期下來可能賺到錢，但長期下來造成資源無法重複使用，過多的廢棄產品必須被焚化，地球上眾多的類似工廠長期下來可能會造成氣溫上升，數以萬計的生物因不適應而漸漸死亡，以 Peter Singer 的觀點來檢視此事，那麼工廠是否要繼續生產非環保產品，答案就呼之欲出了。

「人工進化」這部電影相當好看，不僅特效逼真，劇情也相當緊湊，引領著我們進入另一個想像空間，而其衍生出之「利益與道德、倫理間衝突時的抉擇」、「黑暗或光明決定於人心」，也是導演文森佐納塔利想要給我們好好思考的課題。