

醫療的省思

文／程慧娟

花蓮慈濟醫學中心家醫科主任醫師

一名三十四歲女性，與先生育有四個小孩，平日做清潔零工貼補家用，因營建業不景氣，先生到處接工地臨時工，小孩最大才十歲，最小的僅三歲。病人於一年前診斷出四期大腸癌，合併腹膜腔轉移，經連串緩和性化學治療，一度腹脹症狀有所緩解。但不幸近日出現嘔吐情形，每日達七至八次，身體更形虛弱，已經無法下床，雖然禁食已經四天，仍然不時有噁心感。家屬擔心病人長時未進食，要求外科醫師一定要開刀處理腹腔轉移問題，希望病人可以重新開始進食。外科醫師向家屬解釋開刀可能的風險後，家屬仍堅持盡一切可能救到底，安排外科手術切除阻塞部份的大腸後，病人更加虛弱，於一個月後因敗血症合併器官衰竭，經急救後往生……

醫療基本原則 尊重病患自主權

治療用在病人身上基本上，效果在不同病人不同狀況下有不同的結果，效果判定必須仰賴醫療人員



長期接觸安寧療護的程慧娟醫師與醫護人員討論病歷。她認為醫護人員心中要有一把尺，才能做出對病人最有利的治療。攝影／沈健民

作經驗判斷。醫療處置有多少機會可以幫助病人呢？以上述的病患情況而言，當醫療人員思考醫療處置權衡利弊時，假如預期存活期間已為有限、如果對病人的傷害多於好處，除應停止不必要的醫療處置，更沒有逕行治療的正當理由。醫療人員也必須清楚了解——拒絕傷害生活品質的醫療是病人的「自主權力」，因此醫療人員在施行醫療行為之時，一定要善盡病情告知之責，告知內容必須包括所有醫療處置的利弊得失，提供病人或家屬決策參考。

以「不施行心肺復甦術」(DNR, Do Not Resuscitate)為例，病人如因末期癌症等不可治癒之疾病面臨死亡，此時心肺復甦術已屬無效，則不應施行心肺復甦術。依照台灣現行安寧緩和療護條例，必須由病人或家屬簽署意願書或同意書。然而國內預先規劃身後事的風氣並不普遍，有時醫療人員也沒能預先說明病情讓病患與家屬從長計議，往往到了生命交關之時始與家屬討論，往往家屬在匆忙慌亂天人交戰之下，會覺得簽署不急救同意書無異是「放棄」病人，事後卻又因讓病人接受急救卻而悔恨不已；或是實際上常年照顧病人的家屬，因不忍病人繼續無端受苦，鼓起勇氣簽下DNR，卻被其他親屬嚴厲斥責，而出言斥責者卻未必是真正守候病榻親侍湯藥的人。

認識生命 全民課題

自從葉克膜的出現，讓有些民衆對於醫療科技抱著過度的期待。其實，維持病人的生命徵象並不等於延長有意義、有品質的生命；這不只是醫療人員必須具備的專業認知，也是全民都應該接受的生命教育。按照國內法令，必須

簽署意願書或同意書放棄急救；在國外，在法界、醫界、學界與民間諸多的討論之下，某些已開發國家出現了不同的做法。在英國與澳紐等地，如果病人入住醫院狀況惡化之時，醫療團隊認定任何醫療處置皆屬無效，可直接決定不予施行心肺復甦術或停止任何無效醫療處置。如果家屬持反對意見，醫療團隊得將案件送審醫院的倫理委員會討論，並知會家屬倫理委員會的結論。當善盡溝通之後，如果家屬仍然不予同意，則考慮改換照顧團隊。在香港的某些醫院行政當局也訂定了院方對無效醫療的處理政策與流程。

不論法律的規範如何，以救人為天職的醫療人員必須心裡都有一把尺，本著醫療的良心，依照醫學專業知識、參考病人狀況、考量病人自主與喜好，做出符合倫理道德要求的判斷。從死神手中拯救病人固然是醫療科技的莫大成就，但如病人死亡無可避免，並不意味失敗；當窮盡一切努力仍然無法跨越醫療極限時，勇於承認醫療極限，讓病人「好死」其實是更可敬的積極作為！