

【醫病平台】再談「安樂死」

文 / 許建立(安寧病房、安寧院志工)

2018-01-05 10:09



/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



「安寧緩和照護」使病人疼痛與不適可以減到最低，而在心靈方面得以平安、自得、有尊嚴地活到疾病奪走他們生命為止。圖 / pixabay

英語裡有euthanasia 一字，源出希臘語，原意為「好死、善終」；另外也有mercy killing (仁慈殺人)一詞，都指「為減輕痛苦，而蓄意以人為的方式提早結束性命」之意，與現在大家說的「安樂死」意思相去不遠。

「安樂死」有「志願安樂死」(voluntary euthanasia)、「不志願安樂死」(involuntary euthanasia)與「非志願安樂死」(non-voluntary euthanasia)之別。「不志願安樂死」指「不經本人同意...」，有如二次大戰時，德國對猶太人之殘酷手段，是每個國家都將之視為犯罪的行為；而「非志願安樂死」則指「無法取得因有昏迷等症狀之本人同意...」，亦是全世界各國都明令禁止的。現時將「安樂死」合法化的一些國家及地區，均嚴格規定必須得到本人在意識清晰之下的同意才行，是「志願安樂死」。

「安樂死」與「協助自殺」雖有手法方面的細微區別，事實上，目前將「安樂死」合法化的國家與地區都規定需要經由醫師或開處方、或親身注射，在法律規定的範圍內，協助藥石罔效、且痛苦難當者提早死亡。因此，一般常將「由醫師協助自殺」(physician-assisted suicide)稱之為「安樂死」。

雖然目前「安樂死」合法的國家不多，世界上許多國家卻都提供「安寧緩和照護」(palliative care或hospice care)，意在使病人膏肓者雖不能在疾病上獲得積極治療，卻可以得到「五全」的照顧 -- 「全人」(病人的身心靈各方面)、「全家」(照顧病人及其家屬)、「全隊」(由各種專業人員組成的醫療團隊)、「全程」(由病人診治、入院開始，一直至其往生之後，還對家屬提供哀傷關懷)，以及「全社區」(提供全社區的資源給病人及家屬)，使他們的疼痛與不適可以減到最低，而在心靈方面得以平安、自得、有尊嚴地活到疾病奪走他們生命為止。在醫療制度完善的國家，通常大醫院都設置有安寧病房(Palliative Care Unit)，社區裡建有安寧院(Hospice)；在台灣則是兩者合為一，在大醫院裏設有Hospice Center。

根據調查，大部分的安寧照護專科醫師都不贊成「由醫師協助自殺」或「安樂死」。他們認為既然現代醫藥已經可以將末期病人如疼痛或呼吸困難等不適降到最低，因此，若是因疼痛不堪而尋求早日了斷的話，實屬多此一舉。即使個案情形特殊，止痛藥物真的無法讓病人減輕痛楚的話，在得到病人(或家屬)的同意下，醫師也能夠以藥物讓病人昏迷(sedation)；使他們在沒有痛苦的情況下，「活」到死神來臨為止。

然而，身體上的疼痛、呼吸困難等症狀，只是末期病人必須忍受的痛苦的一部分而已；另外，還有「自己是否活得有尊嚴」這個因素需要考慮。

絕症病人之中，除了周身的各種疼痛之外，很多只能靠各式管子協助、代理體內器官運作，有的因大腦或聲帶受損、或因治療上之需要，導致語言溝通困難，也有視力、聽力喪失的...，他們都因長久臥病在床，幾乎所有生理方面的料理工作，完全需要他人代

勞。這種難堪的情事，有人也許無所謂，卻有人對這種必須由別人代為把屎把尿的事，認為是無法忍受的奇恥大辱，而感到活得完全沒有尊嚴...。這種「活得完全沒有尊嚴」之感覺，則非安寧醫師的針藥可以為之解決的。

我服務的安寧病房就曾有一位已中風兩次的退休醫師，他深知自己極有可能第三度受中風的戕害，而導致求生不得、求死不能的慘狀，因而毅然申請由醫師協助終止性命。另外，還有一位頸椎受重創的病人，全身癱瘓，最後落得只能靠著用嘴巴操縱兩、三個管子來滿足她喝水、抽痰等的需要，覺得活得太沒有意義、毫無尊嚴，遂也利用加拿大去年頒行的M.A.I.D.法案，而提早往生。

此外，許多醫師也在醫學倫理與安樂死之間掙扎著。由西元前四、五世紀古希臘名醫希柏格拉底(Hippocrates)所開始的「希柏格拉底誓言」(Hippocratic Oath)，是許多醫學院學生畢業前必須宣誓遵守的，其中就有「I will not give a lethal drug to anyone if I am asked, nor will I advise such a plan...」(如果有人要求，我將不會把致命的藥物給他，我也不會教唆如此的行為...)。2006年版的國際醫學倫理守則(International Code of Medical Ethics)也說：「一個醫師必須將尊重人類生命的責任時時銘記於心」(A physician shall always bear in mind the obligation to respect human life.)。1992年在西班牙馬爾貝拉(Marbella, Spain)舉行的第44屆世界醫學年會(The 44th World Medical Assembly)，在其馬爾貝拉宣言(The Statement of Marbella)裏更開宗明義地表示「...由醫師協助自殺，就如同安樂死一般，是不合倫理的；必須受到醫學界的譴責」(... Physician-assisted suicide, like euthanasia, is unethical, and must be condemned by the medical profession.)。

就如同以前的醫學訓練著重在「救命」，一些醫師還是無法接受安寧照護幫助末期病人善終的理念，因而讓末期病人接受「死亡大餐」的慘痛待遇，不僅嚴重浪費國家醫療資源，也讓病人無端受苦；因為在醫學院受到傳統的訓練與教導，不少醫師也覺得幫助病人尋死，是有違醫學倫理的行為。

不過，這情形已經慢慢有所改變；這裡就舉一個新近發生的實例：

2017年8月15日的加拿大的新聞雜誌MacLean曾有一篇報導，描述一位安大略省(Ontario)安寧醫師巴克曼(Dr. Sandy Buchman)如何因世衛組織「安寧照護目的既不提前也不延後死亡」(palliative care “intends neither to hasten nor to postpone death”)的表示，有了兩年多的掙扎，最後，終於相信協助資格符合而選擇M.A.I.D.的病人完成心願，其實也與世衛組織說的「安寧照護旨在幫助病人緩解疼痛以及其他的嚴重症狀」

(palliative care : provides relief from pain and other distressing symptoms) , 不相違背 ; 於是 , 他就釋然地在兩者取得平衡 , 而對末期病人做更有實質意義的協助。文中也說 , 現在正有許多安寧醫師也有了和巴克曼醫師相同的想法與做法。

就像所有世間的事物一樣 , 「安樂死」無法讓所有的人滿意。一方面 , 這個法案的施行 , 讓許多末期病人享有「自己生死的主控權」, 是不爭的事實 - - 他們有的已經求仁得仁、各得其所 , 有的則是先行通過評估、取得「證書」再說 , 以備將來不時之需 ; 另一方面 , 在可預見的將來 , 「安樂死是否得當、是否合乎醫學倫理」的辯論 , 勢必也將持續著...。

註 : M.A.I.D.為Medical Assistance in Dying的簡稱 , 是2016年6月17日加拿大政府公布實施的新法案Bill C-14 ; 該法案准許病人在醫療人員的協助下選擇死亡 ; 也就是俗稱的「安樂死」。

**更多醫病平台精彩文章請至 : 【醫病平台專區
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】**

專欄屬作者個人意見 , 文責歸屬作者 , 本報提供意見交流平台 , 不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」, 期待藉此促進醫病相互理解 , 降低醫病認知差距 , 減少誤解及糾紛 , 找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度 , 進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿 , 請寄 : DrPtPlatform@gmail.com (<http://DrPtPlatform@gmail.com/>) , 文章字數 1500-2000。

因篇幅有限 , 本報保留刪節權 , 一經採用 , 刊出後奉上薄酬。來稿請附真實姓名 (如欲以筆名發表 , 煩請註明筆名與真實姓名)、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址 (包括里或村、鄰)、聯絡電話和電子信箱 , 以及銀行 (註明分行) 或郵局帳號 , 若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號 , 也可直接贈與「醫病平台」。

【醫病平台】注視

文 / 黃妙珠 (長庚顧問級主治醫師)

2018-01-09 10:11



/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



醫病打照面時，有效地注視對方，是以一種既開放又敏銳的關注，去察覺所有的線索，那才是最有效益的開始。
圖 / 取自pixabay

那天在日本的足利花卉公園有個奇異的聯想，留在心中久久未散，還是把它講出來，不然憋著會對健康不利。

且說當天進入那花團錦簇的夢幻園地，很自然地大家時而輕呼讚嘆、時而屏息凝神地陶醉其中。忽然耳邊響起咋咋咋連續不斷的聲音，相當惱人，只好轉頭過去看個究竟，原來是位大嬸高高舉著手機不停地拍照，按鍵的速度絕對比人的心跳還快，怪怪，正納悶拍了那麼多照片要怎麼處理，她剛好大聲地告訴友人說「回去後再來挑好看的呀」。心中不禁暗嘆科技給人照相快速方便，那再發明個什麼可以將好照片自動顯示出來，不是更好？！

就在想虧她幾句的時候，忽然有個畫面浮出腦海，原來是前些日子看到的某位醫師，他在處理一個有點複雜的病例，也許是難得一見讓他「見獵心喜」，因此感覺他匆匆看了病人一眼，也沒說什麼就趕忙到電腦前安排各項檢查：血液、尿液檢驗不說，超音波、斷層X光、核磁共振樣樣都來，灌腸作內視鏡也不放過……。一星期後，各種報告出來了，其中顯示可能是那個病，但有些結果又說不是，然後有點為難地問大家說還要再作什麼檢查嗎？就是他那一副電腦應該會說出病名的模樣讓我印象好深刻。

用手機像機關槍掃射那樣照相，跟以撲天蓋地撒網式的檢查看病，請問這兩者之間有沒有一點類似的情況讓人覺得不妥？

有人認為風景用眼睛看比用相機看更有品味，而賞景、照相可以各顯神通並享受不同的情趣，應是無可厚非的事。

但是看病這件事情就不那麼輕鬆了，對象可是形形色色的病人，而且他們的心情絕對不會有多好，倘若醫病兩「灶」還沒溫熱之前，就讓一大堆冷硬的機器介入，等同還沒弄清楚人家的口味或特殊需求甚至有禁忌，就千篇一律例行地煎煮炒炸，這樣作出來的「料理」，加上火候拿捏又不準的話，那後果可想而知，食物不討好是小事，醫療出紕漏才麻煩呢。

對老醫師而言，雖然也認同科技有幫忙診病的長處，但總覺得老式的「見面禮」還是不能省略，「望聞問切」是基本功夫，心神尤其要放在「起勢」，把時間花在多注視病人幾眼，就不解之處多問問病人，好好端詳和衡量來者何人，幾回合的「打照面」，不僅絕不會被人嗆「看什麼看？」而挨揍，還因這樣的預熱動作讓雙方放鬆甚至取得信任，然後就醫理分析歸納，才安排必要的檢驗來求證病情，如此一來診療才會事半功倍。一味亂槍打鳥式的檢查，只會造成勞民傷財的結果，重要的是，還錯失醫病之間特殊的人情味，那才可惜。

其實，就像「一樣的米養百樣的人」，一樣的病卻呈現那麼不同的面貌，同樣的不適也可能來自很多不同的病因，雖有科技可以幫忙解決這些錯綜複雜，但仍需要醫病無間的攜手合作才能真正探個究竟。

因此，醫病「打照面」時，有效地注視對方，不是「視而不見」的白目，也不是「只看要看」的那種偏執，是以一種既開放又敏銳的關注，去察覺所有的線索，那才是最有效益的開始。這是一種需要訓練和不斷增強的「武功」，是不能由機器取代，也不是一蹴可得的本事。它的重要性以前老師也有提示過，但當年聽來半信半疑很難當真，直到那天有一位病人說「不要轉診給別人看，我只要給你看，因為你會瞪大眼睛看著我，不像其他人眼直直地看電腦，用後腦對著我」，才知道還沒為病人做什麼，只是好好注視的功夫就會讓病人這樣欣賞和心動。

醫病的「過招」，還是從「注視」開始最有效益的吧！

今在臨床經歷不少之後才領會到的這份心得，趕緊與大家分享囉！

更多醫病平台精彩文章請至：**【醫病平台專區**
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「**醫病平台**」，期待藉此促進醫病相互理解，降低醫病認知差距，減少誤解及糾紛，找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度，進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿，請寄：**DrPtPlatform@gmail.com** (mailto:DrPtPlatform@gmail.com)，文章字數 1500-2000。

因篇幅有限，本報保留刪節權，一經採用，刊出後奉上薄酬。

來稿請附真實姓名（如欲以筆名發表，煩請註明筆名與真實姓名）、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址（包括里或村、鄰）、聯絡電話和電子信箱，以及銀行（註明分行）或郵局帳號，若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號，也可直接贈與

【醫病平台】信願行盡人事聽天命

文 / 郭文好 (病人家屬)

2018-01-12 11:30



/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



醫病的照護是一條盡人事聽天命的路，我很高興我們一步步穩當，雖緩慢但的確是持續向上的走過來。圖 / 民報資料照

先生2014年2月因連著進行了心臟裝支架、肺臟切除、化療等侵入性治療，而演變成敗血性休克，突然倒下病危。在台大醫院住院長達355天。4度進入加護病房。2015年2月得以出院。但是是在有氣切管、迴腸造口、無能自行行走的狀態下回家的。在這期間，我曾請過看護幫忙，前後來過4人，有因能力不足，有因受不了苦，6週間都離職了。

先生因結腸潰瘍嚴重，排泄物裡有血、有糞水，每天可高達20次以上。我都親手為他清潔，看護光在一旁協助都無法接受，一個個求去。我獨挑重擔，完成了別人口中「不可能的任務」，甚或是奇蹟的美事。出院後更忙，又要忙家務，又要照護他，原來在醫院有護理師處理的事，我要全包。家中只有我和他。

他的好友賴醫師一直很好奇，想知道是什麼力量讓我們能渡過難關，催促著我將這些心路歷程寫下，可供他人參考。昨天看了友人傳來談放棄強力人工維生，選擇安樂終老的影片。那是某位醫生的觀點。我回了友人一句：「還好我先生在台大不是碰到這樣的醫生。」我一方面感謝所有的醫療團隊及照護人員的努力及堅持，讓我們得以脫離困境，一方面覺得賴醫師的建議是對的，我有義務分享我的經驗。

我曾在民報的醫病平台發表過一篇〈[醫病配合之我思](http://www.peoplenews.tw/news/7313247c-2cb8-4289-b092-2be96f296464)〉 (<http://www.peoplenews.tw/news/7313247c-2cb8-4289-b092-2be96f296464>)，回應我的文章是期待醫院能做到全職照護，我以為那在現階段只是打高空，而且失了人性的基本方向。

人因互信互依而得以生存。人因有愛及被愛才想存活、才有鬥志，那是內在最基本的原動力！感恩我是在醫生家庭長大，父親從我約十歲就讓我參與照顧病童、陪伴病童，聽他問診、看診。我不僅在不知不覺中累積了照護能力、醫學知識，更重要的是我看到醫生高操的人格，學到同理病患及家屬的苦與憂。

先生倒下了，我能做的就是充分信任醫師，尊重他們的專業。對自己的要求則是要有信心。

信心有三部份：自信、信他、信天地。

自信部份，我相信以我從小的所見所聞，我有優於常人的條件。我相信我對愛的認知讓我有足夠的鬥志。我相信由於平生的訓練，我有足夠的毅力與堅持。

信他的部份，看到先生強忍病苦，從沒哼唉過一聲，甚至連嘆息都沒。一心求生，怕自己棄生將留我孤獨，他的愛，我知，我信！醫師救人第一的高貴情操，是我從小就深深被感動的，護理師的愛心，是我自己從小就親自體驗的。

信天地，我是佛教徒，我相信因果，相信業報，也相信願力。如果我們該承受的業報太大，大到願力無足抗衡，那就好好懺悔，期待未來的行善修持得以種下善因結下善果。如果過往曾結善緣，必有貴人來相助！

照護者要有信心，病患本人更要有信心。住院期間，我充分觀察到先生病得很嚴重，即使是在普通病房期間，絕大部份的時間都在昏睡，連翻身都無力。身上看到的是全天都在注射的針管及鼻胃管、氣切管，言語是無能的，筆談也只能在手沒腫脹時才能書寫。但只要我輕聲的告訴他，我現在要做什麼護理工作，他都配合。拍背、化痰、抽痰、沖洗私處，是每天要做好幾次的，他都配合，毫無不耐煩的神色。24小時生理監控器讓我能知道他的狀態是否穩定，血氧、心跳、血壓、體溫，及痰的量與質是最基本的觀察依據。

最艱困的時期，他因抵抗力不足經常感染。打針、抽胸水、輸血，做各種檢查都是經常要的。初期，屬於較侵入性的醫護行為，我都不被允許留在病房內，後來連醫護也發現，我在會利於這些事務的進行。我取得醫護的信任後，留在他身邊，工作進行得很順利。出院後，他較康復時曾告訴我他記得，他說：「我信任妳，妳懂得多，我較放心，妳不在，我會擔心被亂搞！」

這就是我不認同把護理工作完全交給護理人員的原因。病人的安心感、信任感是復原的重要因素之一。親屬或信任的友人在身旁也是一劑強有力的藥!至少他感受到被愛，被需要，他才會有更強的求生意志，我們能走過，彼此的互信互依互愛是不可缺的原因之一！

護理師是三班制，我是全天制的，休息睡眠時間每天累計不超過四小時。連自己都不敢相信能挺過來。或許沒經歷過的人很難相信，是佛法助了我。以前看金剛經，對「無我、應無所住而生其心」感到不解，在這期間都有所體悟了。因無常而知無我，因無我而能行事無住於心。我只知要專注在當下，了了分明，就對了。專注使人不知疲厭，無有間斷。普賢菩薩的精神給我很大的助力，效法祂就對了。

我信我的親友及學生。當我最艱困的時候，我怕自己若每天到病房外進出，可能會是帶菌者。於是我不僅請大家不要經常與我聯繫或來探病，僅拜託友人能為我送餐（先生的營養全賴注射，我吃不慣醫院的供餐），就這樣幾乎是以閉關的方式生活。照護的必需品，我多半是利用半夜，較少人時才到地下樓採買。

我的願望很簡單，就是能帶先生回家門。

照護者最重要的任務是觀察，做醫病間的溝通及日常的起居。舉凡護理站規定的定時翻身、服藥、清理病患的身體衣物及床褥，做記錄等都要確實。我有感於醫院的制式表格不夠詳細，另外自定格式，將先生全日的狀況（有他的身心記錄，也有我的護理記錄）一五一十的記下，這靈感是來自以前看父親的病歷記錄。

記憶有限，因有詳實的記錄，不僅我自己更能注意觀察，在跟醫生報告時也能較無漏失。主治醫師看我有自創的記錄，以後巡房都會自己翻閱。因有記錄對每月一換的住院醫師也是有幫助的，我能如數家珍的向他們報告先生的病史。甚至提醒有些用藥對病人是不利的。我沒怪過住院醫師，才畢業不到3年，一天要照顧的病人多達1、20人，而且才接觸短短1個月，又要轉到其他病區了，他如何能深入了解像先生這種住院久又重症的病人？！

家屬學習相關醫學知能是有必要的。不論自修或醫院提供教學（文字、影片、實務都可），羅倫佐油的發現，不就是有家屬的參與嗎？

照護的過程中，照護者自己需要要有正面的心態，而不是只有表面的陪伴。不能只有憐惜、擔心、苦與憂，那都無濟於事，要清醒的知道遇到的難題，設法排解，需要知識、智慧與毅力。照護者的行為心態，病人清楚得很，他會被鼓舞的！

這是一條盡人事聽天命的路，我很高興我們一步步穩當，雖緩慢但的確是持續向上的走過來。至少相較於國外對曾長時間住加護病房，及住院後得以出院的病患的調查：有三分之一很快就凋零，三分之一成了類植物人，三分之一能恢復作息的人大多心生怨氣，因為他太多生活技能都消失了，心中是極其不悅的。先生是少數中的幸運者，雖然他有很多技能尚未恢復，但就我的觀察，他是在進步中，而且他不怨，他滿懷感恩，同我一般。

更多醫病平台精彩文章請至：**【醫病平台專區**
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「**醫病平台**」，期待藉此促進醫病相互理解，降低醫病認知差距，減少誤解及糾紛，找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度，進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿，請寄：**DrPtPlatform@gmail.com** (mailto:DrPtPlatform@gmail.com)，文章字數 1500-2000。

因篇幅有限，本報保留刪節權，一經採用，刊出後奉上薄酬。

來稿請附真實姓名（如欲以筆名發表，煩請註明筆名與真實姓名）、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址（包括里或村、鄰）、聯絡電話和電子信箱，以及銀行（註明分行）或郵局帳號，若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號，也可直接贈與「醫病平台」。

【醫病平台】誰來開車？Who should be in the driver's seat?

文 / 胡涵婷（在美行醫的血液腫瘤科醫師）

2018-01-16 11:00



/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



生、老、病似乎都相當可預期；唯有「死」完全不在我們的掌握中，一個令人感傷的亂糟糟的過程……。圖 / 取自flickr, by alexanderromero

何許先生是我的96歲高齡的病人。患有轉移性腎臟癌，但是除了肋骨偶爾有些疼痛之外，沒有其他的癌症症狀。他的孩子當然都各自成家，也離他的住處有一些距離；而他的結縷數十年的妻子因老年癡呆症，長年住在養老院裏。何許先生是一個退休的大學教授，有收集修繕古董鐘錶的嗜好；據說他家的地下室有如博物館一般。我剛剛開始照顧他不久，就察覺他很抗拒吃藥；對醫師的用藥建議常自有主張。我們的對話常常是這樣子的：

「頭痛還是老樣子。」

「您試了普拿疼嗎？」

「Well，以前試過，沒有用。」

也許何許先生並無意於尋求我的醫療專業意見，而只是例行的回答我例行的問好，「How are you?」

我的例行問好也常常包括詢問他的太太。他的臉部總是特別的溫柔，看得出這是他生命的重要泉源——每天例行地到養老院看她。「她的狀況很蠻好哦！我總是帶糖果給她，她喜歡吃糖果。」

何許先生過去使用腎臟癌的口服標靶藥，發生許多副作用；但是對免疫治療的反應良好，病情也持穩了半年之久。當我告訴他。最近的電腦斷層及骨頭掃描發現病情惡化時，他立刻毫不猶豫地告訴我，他要試其他的口服標靶藥。因為他過去用口服標靶藥吃了不少苦，我重複我的問話，確定他真的想再試有類似副作用的新標靶藥物。

也許我自己以及何許先生具有緩和醫學專業的家庭醫師覺得這位睿智的老人大約對生死已早有定見，在他罹患無法治癒的癌症後數年的時間內，從來沒有跟他談過臨終照顧（end of life care）。

當何許先生的身體明顯地衰微，我嘗試了解他對臨終的想法。我故作輕鬆地問：

「您現在有正在執行中、或是計畫要執行的工事嗎？」

「Well，我買了新的洗衣機，但是需要釘個架子架高才好用。前院草地上的枯葉也有待清掃。」

我加油打氣地說，也許我週末找時間去幫他掃落葉；明知道這兩個計劃對一個孱弱的老人根本就是不可能的任務，但卻是他繼續體驗活著的依據。

我們進入較嚴肅的話題；如果他的癌症持續惡化，治療無效，他有什麼樣的計劃或想法？當心跳停了，呼呼終止時，想不想接受急救呢？因為廣泛的宣導，大多數美國人對這樣的問題是熟悉的，也可能思考過。

「急救的結果會是什麼樣子的呢？」

「心臟按摩可能會壓斷幾根肋骨，但是您不一定能存活；或是被插管接呼吸器，卻可能只是短暫地維生；或是雖然活下來了，卻再也不可能獨立地生活。」我想何許先生知道這些答案，只是需要我正式の確認。

「Well，那麼，我不要接受急救（DNR Do Not Resuscitate）。」

我的37歲罹患很嚴重末期大腸癌的病人，堅持繼續做化療。我明白他的堅持背後其實是恐懼與無助。我也一直不忍心抹煞他心裏那需要保留著，讓他逃避殘酷現實的避風港。

「告訴我你的願望，好嗎？」我不知道時刻飽受癌症威脅的他，有沒有機會想過這個問題。

阿里幾近賭氣或生氣地說：「我只想娶黛西，過一個像樣的人生。」

「Yah, that' s all.」他停了兩秒鐘，又補了這一句；彷彿說，我要求的不多，真的不多。我的已經到口中想討論急救的話又吞了回去，沒有勇氣再談下去。

什麼樣的疾病診斷，多大歲數的病人，什麼樣的時機點，醫師該與病人討論臨終照顧的問題呢？又，討論時，無可厚非的，病人與醫師可能各有定見，誰來做決定呢？**Who should be in the driver' s seat?**

郭女士的文章沒有說明她先生罹患的癌症名及期別，但是可以猜想是初期癌，卻因為術後接二連三的併發症，數度出入加護病房；可能還包括使用呼吸器維生一段不短的時間。郭女士的信心、毅力、刻苦耐勞、無微不至地照顧她先生，以及與醫護人員之間合作互補的關係，都足為醫護人員的尊敬，及做為其他病人家屬的典範。

關於郭女士對某醫師「談放棄強力人工維生，選擇安樂終老」觀點，說出她「還好我先生在台大不是碰到這樣的醫生。」頗不以為然的感受，我有一點個人的臆測和想法。雖然我不知道郭女士與這位醫師之間的對話內容，卻很誠懇地希望這只是互相的誤解。

我對癌症病人及家屬的呼籲是：臨終照顧並不同於放棄維生醫療，而是在協助病人釐清病情真相、預後；當病況明顯不可逆轉時，以尊重病人的權益與決定的原則，協助病人有尊嚴地度過臨終的過程。當然，癌症病人所遭遇的每一個醫療困境，不盡然都是與癌症直接相關的，也不一定都是不可逆的，努力救治、包括強力維生，也都可能是有必要的。我也要強調緩和醫療是不等同於安寧照顧的；前者與積極癌症治療相輔相成，更完整地提供癌症病人疾病症狀—例如疼痛、失眠、焦慮，以及個人、家庭、工作、學業等等的心理負擔的完整照顧。後者則強調臨終關懷與照顧，而不鼓勵持續癌症的治療。

我想，當討論這些敏感話題時，很可能潛意識裏，病人及家屬常感覺被強迫推銷醫生的想法，甚至覺得所做的決定或結論並不是他們主動的意願。對此，我總認為唯有照顧病人一段時間，了解病情，也了解病人與家屬意願的醫師適合當協談人；而且，不管醫師的主觀想法如何，病人有權自己做決定 **to be in the driver's seat**，或完全托負醫師為他做決定。

最近讀了一本已故澳大利作家Cory Taylor寫的一本描寫自己癌末期間對安樂死議題的想法。書名就叫 **Dying**。Taylor女士在網路上從中國買了毒藥，想要自行了斷；因為她的黑色素瘤已經蔓延到腦部，對於一切的治療都已經失效。她曾經目睹自己的母親因為痴呆症在養老院臨終前毫無尊嚴、了無生息，讓子女非常不忍的處境。因為安樂死在澳大利是非法的，Taylor女士才會想尋求其他管道來迴避類似她媽媽不幸的臨終遭遇。

如果安寧照顧是為了減少臨終的痛苦、保存病人的尊嚴；安樂死或協助自殺（**assisted suicide**）似乎是很合理的下一步。Taylor女士抗議地質疑反安樂死的醫界及宗教界。她想也許對醫師而言，病人的死亡是代表失敗，而無法接受「失敗」可能是醫師反對安樂死或協助自殺合法化的原因（事實上，多數醫師無法安心的橫跨在救命與協助自殺的兩個截然不同的角色上！）。她也對宗教反對安樂死感到很以為然；難道上帝的心意真的是要臨終的人，飽足的嘗受痛苦嗎？

安樂死或協助自殺合法化的國家與地區仍然非常少數。我所在的美國麻州是以思想自由先進著名的；但是幾年前在麻州對此議題所做的公投卻沒有過關。原因不在於多數人無視許多病痛纏身、生不如死的病人的感受，而是顧慮這樣的法律難以達至周延的緣故。

死亡是一個亂糟糟（**messy**）的過程。Taylor女士的書，從頭開到尾傳達這個無奈的事實。即使她努力地研究死亡，憎惡無尊嚴的垂死過程，她無法決定在哪裏了斷她的生命，不忍心驚嚇家人（在家自殺），驚嚇打掃的阿嫂（在旅館自殺），或驚嚇晨跑的陌生人（在公園裏自殺）。她最終沒有使用買來的毒藥。大約，她最後也只好接受制式的癌症病人的死亡過程吧！

生、老、病似乎都相當可預期；唯有「死」完全不在我們的掌握中，一個令人感傷的亂糟糟的過程……。

更多醫病平台精彩文章請至：【醫病平台專區
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】



搞好「協作」，就賺錢了！聰明老闆都會複製的成功模板

成為思科粉絲，從此不怕瞬息萬變的產業需求！透過整合大量的可編程基礎架構，與新的IT解決方法，思科UCS整合計算系統，為企業各種工作負載和IT運作模式提供最強大的後援。立即加入▶



Sponsored by CISCO

【醫病平台】我們都可以為醫學教育盡一份心力

文 / 蔡淑麗 (台大醫院教學部資深標準化病人)

2018-01-19 11:00



/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



每個人雖很微小，但千萬別小看自己，只要我們每個人都貢獻一些些溫度，整個醫療環境一定可以因此而加溫。
圖 / 取自pixabay

編者按：

自從 2017 年 9 月 22 日刊登邱斐顯小姐【<http://www.peoplenews.tw/news/8e48b2f4-eff3-461d-b875-535c19c079e6>】，講述幾十年前接受實習醫學生的照顧所遭遇的不愉快經驗以來，熱心醫學教育的老師們深感我們有必要與社會大眾分享這幾年來台灣在臨床醫學教育如何落實醫學生開始照護病人的準備。

我們很高興繼台大醫院內科蔡詩力醫師於9月26日所寫【[感謝所有患者對醫學教育的奉獻 \(http://www.peoplenews.tw/news/d84a93d3-231a-4430-92d0-e8c232ed6ef8\)](http://www.peoplenews.tw/news/d84a93d3-231a-4430-92d0-e8c232ed6ef8)】之後，又有台大資深「標準病人」的這篇文章。希望社會大眾能更了解現在台灣各大教學醫院對這方面所做的努力，而這些資訊能鼓勵病人與家屬安心接受醫學生參與你們的照顧，讓他們能有更豐富的臨床經驗，將來我們的子女生病時，才有好醫生可以照顧他們。

自2006年起，我開始擔任台大醫院志工，同年某一次志工訓練的課程中，偶然聽見標準化病人的介紹，由於自己平時就喜歡閱讀一些醫學常識的報章雜誌，也喜歡探討一些醫學問題，於是在同年又加入了台大醫院教學部的「標準化病人 (standardized patient, SP)」團隊。最初加入SP的動機，其實是想多學習醫學常識，並藉著這個機會曉得生病的時候如何就醫，現在回想起來，這些動機還真是單純，或說是不純，因為僅是為了自己。不過的確是因著這個起初的契機，才帶領我進到這個領域來，一轉眼十多年過去，我仍為此感到慶幸。

當我踏進這個團隊之後，慢慢瞭解到醫學教育的價值裡，社會大眾的參與可以是醫學生養成好醫師過程中很重要的一環。當被朋友問及「什麼是標準化病人？」時，我越來越能很有條理的回應：「SP能反映出學生知識面以外的能力給老師們看、SP不教治病但教關懷。」當我們這些SP與醫學生在模擬情境中互動，是希望能引起這些「準醫師」對我們的關懷，進而幫助這些醫學生增長人生經驗、陪伴他們成長，當他們未來成為正式醫師之後，對病人能有更完善的照護。

回想第一次演出時，實在是既緊張又有趣，一進診間我就發現跟我問診的醫學生也很緊張，應該是因為當年SP參與醫學教育還不普遍，這些醫學生也是第一次面對SP。說也奇怪，看著他們緊張，我自然就不緊張了；我想起自己也是一位母親，若我們這些當媽媽的很緊張，在我們面前的孩子們不就更緊張嗎？又想起我們本來就是為了這些孩子的益處，希望他們在關懷病人上有進步，我們就來配合演出。結果演著演著，好像自己對自己的表現也覺得不錯！雖然在演出的過程中，有很多細節的拿捏還不熟練，但當我們

擁有願意為這些孩子們、這些醫學生付出的那顆奉獻之心，自然就清楚自己是在陪著這些孩子們成長，在未來真正當醫師時能更關懷病人，而不是頂著一張讓病人感到害怕的嚴肅的臉，不會厭煩於病人的提問還能夠耐心回應。

然而，當我擔任SP不久之後，心中開始不斷湧出問題：我們這樣費力跟醫學生互動，醫學生真的會有改變嗎？會不會進步呢？很高興我的疑問在某一次急診經驗裡得到美好的回饋。

最美好的回饋

那是在5、6年前的一個深夜，我年邁的母親突然感到肚子很痛，雖然她平時有在吃藥，但當時藥也吃完了，所以我趕緊跟妹妹把母親送到醫院急診去。我們雖明白醫院的急診室真的非常忙碌，病人很多、醫師很忙，真的很辛苦，還是希望母親的不適能盡快得到緩解。那一天，我跟妹妹兩人趕快借了輪椅，將母親推進急診，不久就有一位值班醫師來給母親看診，我認出這位身形高大的醫師，是當年曾跟我演練過的醫學生。

他一看到坐在輪椅上滿面病容的母親，就蹲下來問：「阿嬤，啊妳怎麼了？」母親就講自己不舒服，但講不出個所以然時，我們姐妹也適時補充說明。醫師耐心聽完後說：「阿嬤，沒有關係，你在這邊休息一下，我安排你去做個檢查好不好？那你忍耐一下下餉...」當下我心裡非常的高興，激動到眼淚都要掉下來了，我立刻轉頭跟我妹妹說：「我們（標準化病人）現在就是在做這個！我們跟這個醫師互動以引起他對病人的關懷，他真的做到了！」本來一直全身緊繃、喊著痛的母親，在看到醫師在她面前蹲下並如此關心她之後，馬上心情得到安慰、放鬆軟化下來，耐心地等候醫師的檢查跟安排，後續的流程也非常順暢。

檢查完畢後，我詢問醫師是否需要留院觀察，醫師耐心地解釋母親可能是腸胃發炎的問題，趕快用藥治療一下，症狀應該可以緩和下來，就可以帶她回家。臨走前，我特別跑去跟這位醫師道謝，並跟他「相認」說我們曾經互動過。他很訝異的說：「你是SP！」我說：「我是。」我說：「謝謝你，你今天的態度是給我最好的回饋，讓我覺得我們的奉獻與付出很值得！」我也相信，今晚我給他的回饋，在他忙碌的工作之間，對他而言也是個真切的肯定，他也會覺得心頭暖暖。

期許及勉勵

回想過去多年來，有越來越多夥伴加入SP的行列，我都會跟新夥伴分享心情，告訴他們，其實我的膽子沒有很大，在面對很多事情時我也會沒信心，不知道自己能發揮多大的力量。不過我有一顆熱忱助人的心，就是這份熱忱幫助我放下我的不好意思，這份熱忱就是推進我向前跑的動力、持續幫助醫學生們。

我也會與新加入的標準化病人分享我陪母親跑急診的故事，告訴他們，每個人雖很微小，但千萬別小看自己，只要我們每個人都貢獻一些些溫度，整個醫療環境一定可以因此而加溫。有更多社會大眾的參與，必能讓整個醫療文化更有溫度。只要有熱忱助人的心，你我都可以為台灣的醫學教育盡一份心力！

更多醫病平台精彩文章請至：【醫病平台專區
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待藉此促進醫病相互理解，降低醫病認知差距，減少誤解及糾紛，找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度，進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿，請寄：DrPtPlatform@gmail.com (mailto:DrPtPlatform@gmail.com)，文章字數 1500-2000。

因篇幅有限，本報保留刪節權，一經採用，刊出後奉上薄酬。

來稿請附真實姓名（如欲以筆名發表，煩請註明筆名與真實姓名）、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址（包括里或村、鄰）、聯絡電話和電子信箱，以及銀行（註明分行）或郵局帳號，若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號，也可直接贈與「醫病平台」。



民報

說這專頁讚

9.3 萬 按讚次數

【醫病平台】醫生，什麼時候才會輪到我呢？

文 / 符傳孝 (醫師，紐約大學神經內科教授)

2018-01-23 11:00



/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



醫病關係，需要兩方面多層次的配合諒解。等看醫生只是非常細微的一個小節，但「由小看大」，這個做不好，別的更難。圖 / 取自pixabay

走出會診室，迎面走來一位老先生，急不及待的說：「醫生，什麼時候才會輪到我

呢？我已經等了好久！」我會意的向秘書小姐望過去，她用指頭示意，原來這位先生來的太早。從她眼神看來，她已經無辜的被責怪多次。許多老一輩的患者常常心急，一大早就來到診所，看到比他遲來的病患，尤其是那些年輕的哥姐們，進門來沒有幾分鐘就被叫進會診室，而自己卻白等那麼久還沒有消息。

他以為小姐偏心，又不好意思怪我，但是又怕一天幾個小時的護理時限馬上就到，許多必要護理人員幫忙的事就得泡湯，只好趁我走出門來的霎那，硬著面皮客氣的表白。但他不了解，他今天預約的時間根本還沒到，問題是他自己來得太早，而那些「先看」的病人事實上是準時報到的病人。

想想以前，為了要名醫會診，必得一早就去排隊，能夠擠到個號碼就非常高興。在某些病人眼中，應該是「早到早看」，哪像現在能讓許多有「權勢」的人插隊打尖，老弱的只能傻等。其實要病人久等很不合理，也許有人以為「候診室爆滿」是名醫、良醫的必要條件。如果進到門內只有小貓兩隻，這個醫生一定有問題，不是新手就是口碑不廣，醫德、醫術太差。

往往醫師職責在身，也常會因突發事故（如住院病人發生緊急狀況急需處理）而無法分身，結果要讓門診病人久等，這該情有可原。但是如果秘書小姐不按序讓後面的先看，當然不對。因為非自己能控制的情況而發生誤時，病人錯過預診時間、醫生遲到，都可諒解。但因為預約的時間比別人早，遲到而要馬上看病的也是沒理。診所有時因為候診病人的突發狀況需要緊急處理，病人也許早到，也許還沒有到預約的時間，但醫生必須提前診視，也是可以理解的。

專科初診病人，一般看診一個小時，一天時間大概只能約定8到10個病患。紐約大學神經科的預約一般來說是幾個月後的事。等那麼久，很多時候病患的問題已經紓解，也許從其他專家那裡獲得答案，已經不必來訪，所以小姐都會於1、2兩天前再和病人確認。就是如此，病人每天爽約的仍可多達2、3成。名校如此，私人診所爽約的人數當然更多。約看醫生，不像旅館或飛機定位，到時不見一樣收費。因為除非到急診室，醫生不能馬上見到，有人就多處約定，看了第一位醫師滿意了，因為沒有付費的責任，就不取消其他的掛號。

也有些人到了當天或者第二天遞補的約診，因為事忙，或者本來以為是「急病」的症狀消失了，就不去會診，也不取消預約。浪費醫生的時間不說，剝奪別人看病的機會才是罪過。因此，有些診所為了這些「預約不來」以及「急病投醫」的習慣，乾脆就超額預

約，或者回到以前那種當天來排隊等候的秩序。這讓守時的人，白白的浪費他們寶貴的幾個小時。醫生用來治病救人的時間寶貴，病人的時間也同樣是無價的，兩方面都不應該被浪費。

不只是美國，近年來什麼都是顧客第一。醫生也逐漸和其他的行業一樣，都蛻變成是提供「服務」而已，顧客第一。但是醫病絕對不是買賣式的商業行為。和許多有心人一樣，林靜竹醫生〔註〕在他文中語重心長的提到病患對醫師的信任、依賴以及醫師必備的同情心、同理心。強調「身、心、靈」的全身照顧，提醒當今在台灣「醫病關係」的質量退化。可是這變化也不只是局限於台灣而已。在這裡提到紐約醫病的這個小問題其實和社會的人品素質有關，就像隨地吐痰、亂拋垃圾的「小事」一樣，少數幾個人就可以把秩序、環境砸壞。醫病關係，需要兩方面多層次的配合諒解。等看醫生只是非常細微的一個小節，但「由小看大」，這個做不好，別的更難。

註：醫病關係古今面面觀，景福醫訊第34卷6期

更多精彩文章請至：【醫病平台專區
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待藉此促進醫病相互理解，降低醫病認知差距，減少誤解及糾紛，找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度，進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿，請寄：[DrPtPlatform@gmail.com \(mailto:DrPtPlatform@gmail.com\)](mailto:DrPtPlatform@gmail.com)，文章字數 1500-2000。

因篇幅有限，本報保留刪節權，一經採用，刊出後奉上薄酬。

來稿請附真實姓名（如欲以筆名發表，煩請註明筆名與真實姓名）、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址（包括里或村、鄰）、聯絡電話和電子信箱，以及銀行（註明分行）或郵局帳號，若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號，也可直接贈與「醫病平台」。



如何選擇最適合的防火牆服務? 你只需要注意...

2016 NSS labs BDS報告· 思科團隊領先業界-->100%入侵偵測率-->最快時效威脅偵測-->最龐大威脅情報組織! 思科FirePower 2100系列「FirePower 2100系列」全力協助企業預防任何不必要的風險

Sponsored by CISCO

【醫病平台】心路歷程·感恩的心

文 / 陳讚寶 (新光肌無力俱樂部會長)

2018-01-26 10:36



/1464679601

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」· 期待

2015 新光肌無力症俱樂部『MG 同學有力向前行』榮獲榮獲國家品質標章【銅獎】



2015/03/15 新光醫院肌無力症俱樂部北區醫療座談暨聯誼活動



2015/06/03-2015/06/09 新光醫院肌無力症俱樂部『第 13 回重症筋無力症全國フォーラム in 岩手』臺日 MG 病友交流大會



我得肌無力已經30年了，發病時先是複視，接著看人大小眼，兩眼皮下垂，只能用鼻孔看人或把眼皮撐起，看了2年多的眼科也沒改善，後來台北一間醫院的眼科翁主任才診斷出是重症肌無力，把我轉至神經內科，因為該醫院當時沒有胸腔外科，經神內醫師介紹我到台大找恩人邱醫師，他看了電腦斷層、肌電圖及乙醯膽鹼抗體後說不用開刀用藥物治療即可，開始吃俗稱美國仙丹的類固醇和大力丸，4個月內腰圍由29吋變到34吋，臉也腫胖，體重多了十幾公斤，等病情穩定減藥後腰圍又回到30吋，體重也變輕了。

我喜歡運動，每天5點起床搭5點30分的公車到陽明山和山友做體操，打太極拳，然後大量喝水，運動排汗，促進新陳代謝，我也曾經因感冒造成吞嚥困難，住院插鼻胃管灌食才知道肌無力只是暫時緩解，不能痊癒，30年來只有跟它和平共處，於是放下事業專心養病，有時間就和辛苦照顧我的太太到處遊山玩水，一星期有3天在醫院當快樂的志工，因病得福認識了很多好友。

大部分的肌無力病患會出現眼皮下垂、複視或視力模糊，吃東西無力咀嚼或吞嚥困難，會有噎到的情形，頸部無力抬不起頭，講話大舌頭、口齒不清或聲音沙啞，痰液無法咳出或呼吸困難，梳頭髮、刮鬍子、上樓梯、走路等，日常生活剛開始還可以，重複幾次就沒有力氣再做。

肌無力的第一殺手是感冒、過度疲勞，其次是心情不開朗，個性固執以及家庭因素等所造成，故要保持不再復發的最好方法是調適心情，保持適當的運動，多休閒善用轉念的力量擺脫無名的煩惱，保持身心靈健康，做個身有疾病但心裏健康的人。

感謝新光醫院從1992年11月12日由邱副院長所領導的醫療團隊以跨科整合會診，社工人員和病友努力成立了新光肌無力俱樂部，其目的是為病友建立一個專屬的溝通平台，為病友舉辦郊遊、聯誼等團體治療和醫學講座，定期出版會訊及相關刊物，因肌無力是一種免疫系統慢性疾病，需投注更多心力。

因此為我們訓練一些熱情的病友做為幹部，為特別門診服務及病房關懷、電話關懷，以病相識更具有同理心，傾聽病友心聲讓病友初識肌無力時免於恐懼、憂鬱，例如剛得肌無力的病友會問此病能活多久？我們就會把得病50幾年的病友請來向他說明，又有病友怕吃類固醇，小姐怕月亮臉、中老年人怕洗腎，我們就找吃類固醇的病友說服他，有的

家屬問肌無力以後會不會萎縮、能否結婚生子、是否會遺傳...等諸多問題，我們幹部都會詳細回答，使病友有安全感，醫病關係也會變好，所以新光俱樂部是我們病友溫暖的家。

新光肌無力中心為加強服務中南部病友，於2014年2月在彰化秀傳醫院成立肌無力症中心，由邱副院長和葉主任每月各有一次特別門診，後邱副院長改由陳主任三位肌無力的權威名醫無微不至的照顧，真是我們的大恩人，是中南部病友的福氣，免於長途奔波來到新光，當年8月分享傳承新光的經驗，秀傳亦自創肌無力症俱樂部，新光也多一個照顧病友的好兄弟。

2015年6月新光肌無力俱樂部由我會長組團跟隨邱副院長到日本岩手縣花卷市參加台日病友交流，2017年10月日本北海道病友組團也來新光醫院交流，打破了俱樂部只在國內走向國際的里程碑。在同年和社服課團隊參加國家生技醫療品質獎SNQ得到了銅牌獎（全國第一）。

**更多精彩文章請至：【醫病平台專區
(<http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601>)】**

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待藉此促進醫病相互理解，降低醫病認知差距，減少誤解及糾紛，找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度，進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿，請寄：[**DrPtPlatform@gmail.com \(mailto:DrPtPlatform@gmail.com\)**](mailto:DrPtPlatform@gmail.com)，文章字數 1500-2000。

因篇幅有限，本報保留刪節權，一經採用，刊出後奉上薄酬。

來稿請附真實姓名（如欲以筆名發表，煩請註明筆名與真實姓名）、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址（包括里或村、鄰）、聯絡電話和電子信箱，以及銀行（註明分行）或郵局帳號，若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號，也可直接贈與「醫病平台」。



IT靈活好掌控，輕鬆管理自動化，還保障資料安全！

每個使用者都有 50 GB 信箱空間，還能傳送大小高達 150 MB 附件。更利用資料外洩防護 (DLP) 原則強制執行額外的合規性措施，協助您保障資料的安全性。

Office 365 送你 20 種大招
免費試用

Sponsored by Microsoft

【醫病平台】人生第一次面對病人死亡

文 / 曾慶芳 (實習醫學生)

2018-01-30 11:27



(/1464679601)

醫病平台

[完整介紹]

(/list/專欄/1464679601)由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的「醫病平台」，期待



或許我們不知道自己能為病人改變什麼，但只要跟病人與家屬的關係不錯，甚至可以藉由握手說話給病人甚至家人力量。圖 / 取自Pixabay

這是我踏入臨床照顧的第一位病人，不只是病人，更像是朋友。

初識——8月2日

病人是位69歲的女性，不到一年前發現肺癌合併腎上腺、肝臟、淋巴及骨轉移，做過化療，目前正在做放射線治療。這天來到血液腫瘤科門診，經過評估建議入院。

第一眼看到她，是一位躺在病床上昏睡、似乎正因忍受著身體上的不適而皺眉的阿嬤，旁邊跟著焦急、語速稍快地訴說著阿嬤病況的女兒。病人女兒平常沒有和媽媽同住，一週前回家，發現媽媽會突然忘記自己熟悉的餐廳，有時候走路會不小心跌倒，食慾也變差，整個人和之前比明顯較疲累。回門診追蹤時，褚醫師發現病人神情不對勁，建議住院做進一步檢查。

因為懷疑腦部轉移，我們緊急安排了核磁共振檢查。在陪阿嬤去檢查的路上，女兒口齒清晰且快速地重複阿嬤最近的身體狀況變化，希望能盡速找到病因。核磁共振結果正如懷疑。當天下午，主治醫師直接告知女兒是因為腫瘤轉移至丘腦，醒覺中樞附近，才會造成阿嬤昏睡。她一聽完，眼淚立刻撲簌簌地掉，完全無法回話，只能以點頭表示了解，而我所能做的也只有拿面紙給她，希望她不要太難過。

我們給了類固醇後，不到一天，8月3日一大早走進病房時，阿嬤意識清醒，很開心地跟我打招呼，這是我第一次跟阿嬤說話。阿嬤每天心情都很好，甚至告訴我：「妳就放心問我任何事情吧！也可以幫我做任何檢查。上帝有祂的旨意，雖然我生病了，但如果我的病痛和故事能讓妳們學習與成長，我也覺得很開心。」

轉折——8月10日

如往常地，每天一大早點6多到病房看阿嬤。然而這天一踏入，就發現氣氛不對勁。女兒很焦急地跟我說昨天半夜阿嬤起床上完廁所，當她輕輕扶阿嬤左手時，瞬間就聽到啪一聲，左手骨折！緊急安排了手術復位，發現是腫瘤轉移至骨頭所造成。手術後，阿嬤整隻左手瘀血腫脹，不時長時間昏睡，有時也會腹部或背部不舒服。

每天阿嬤都會跟我說：「我不怕死，我跟上帝溝通過了，祂有祂的旨意。」聽到這樣的話，雖然我只能幫她觀察病情變化與陪她聊天，但總希望自己每天下午的陪伴可以讓她在最後一段路走得開心一點。女兒一直覺得是自己照顧不足才造成阿嬤病情變嚴重，甚至限制她下床；但阿嬤一直希望可以下床走路。

阿嬤曾經一度眼睛畏光，無法張開；後來某天下午聊天，突然發現在女兒不注意時，她眼睛打開了！透過聊天才發現，阿嬤希望女兒不要太自責，因此想讓女兒可以透過照顧她，彌補心理的愧疚。當把話講開的同時，女兒就像瞬間鬆開的弦，兩個人互相擁抱哭泣。

每天看著女兒24小時陪伴媽媽，肩負著照顧阿嬤的責任，其實她的壓力不比阿嬤小，那刻我才發現：我們不只照顧病人，也應顧及照顧者的心情。於是我們後來不斷建議她應該請個外傭一起幫忙照顧，讓她有時間可以休息，才能長期照顧阿嬤。主治醫師也曾告訴女兒，阿嬤骨折完全和她無關，而是因為癌症轉移至骨頭才會骨折；講完瞬間女兒淚流滿面，也放鬆許多。

再次住院——8月23日

阿嬤整體身體狀況持續惡化，加上她希望不要再做任何積極治療，只求無病痛地離開。於是我們開始嘗試與家人溝通，後來家人決定尊重阿嬤的意思，將管路全部卸除。阿嬤血壓慢慢往下掉，昏睡時間越來越長，有時只能在昏睡中回應我們的打招呼，到最後完全沒有回應。每天進去病房，都可以感受到阿嬤正往死亡邁進，病房內的氣氛呈現一股淡淡的哀傷，同時帶有兒女以及孫子對阿嬤濃濃的尊重和疼愛。有時會看到孫子坐在床沿一直哭，而女兒堅強到我不曾看過她哭，甚至還會關心我過得如何。

透過這緩慢邁向死亡的過程，家人們也有充足時間接受阿嬤即將離開的事實。我曾經覺得自己進去病房很像打擾，身為一名剛踏入臨床的醫學生，我能為他們做的事好像不多，對於體會他們的哀傷就好像隔著一道無形的牆，沒辦法完全同理他們心中巨大的難過。阿嬤以及她的家人們到最後也希望不相關的人盡量少進出他們的病房，包括安寧團隊。

雖然女兒沒有不歡迎我，每次進去病房我除了會跟阿嬤說話，也會跟女兒聊日常；但自己那時會一直問自己是否該進去。其實我們每天都要當作這是最後一天見到她，下班前一定要好好地跟阿嬤說再見，並告訴她明天上班還會再來看她，避免留下不可彌補的心理遺憾。身為一名醫學生，當我們進去看到阿嬤昏睡、呼吸狀況、聽個心音等等徵象，都可以幫助主治醫師和整個團隊了解病人狀況。或許我們不知道自己能夠為病人改變什麼，但只要跟病人與家屬的關係不錯，進去其實不一定是打擾，甚至可以藉由握手說話給阿嬤甚至家人力量。

離開——9月2日

週六早上10點多，阿嬤在家人陪伴下平靜地離開了。我沒有親自送最後一程，但也沒有太多哀傷。這一個月的陪伴，雖然我沒辦法分擔家人的難過，但身為醫療人員，看到阿嬤最後能照自己心願舒服地離開，很替她開心擁有如此疼愛她的家人們。

致謝

感謝醫院幾位醫師與專科護理師做我照顧病人最堅強的後盾，讓我得以正視面對臨終病人時心裡的掙扎，並謝謝參與醫學人文個案討論會的幾位醫師與同學的討論，幫助我釐清面對臨終病人時應抱持的態度。

更多醫病平台精彩文章請至：[【醫病平台專區 \(http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601\)】](http://www.peoplenews.tw/list/%E5%B0%88%E6%AC%84/1464679601)

專欄屬作者個人意見，文責歸屬作者，本報提供意見交流平台，不代表本報立場。

【醫病平台】

由老、中、青醫師及非醫界朋友發起的【醫病平台】，期待藉此促進醫病相互理解，降低醫病認知差距，減少誤解及糾紛，找回醫病之間尊重與信任的美好。期改善醫師診療行為、民眾就醫態度，進而帶動改善醫療政策、環境及品質。歡迎各界踴躍投稿、討論齊進步。

如蒙賜稿，請寄：[DrPtPlatform@gmail.com \(mailto:DrPtPlatform@gmail.com\)](mailto:DrPtPlatform@gmail.com)，文章字數 1500-2000。

因篇幅有限，本報保留刪節權，一經採用，刊出後奉上薄酬。

來稿請附真實姓名（如欲以筆名發表，煩請註明筆名與真實姓名）、簡單的自我介紹、身分證字號、通訊及完整戶籍地址（包括里或村、鄰）、聯絡電話和電子信箱，以及銀行（註明分行）或郵局帳號，若要捐出稿費也請附上受款單位及帳號，也可直接贈與「醫病平台」。