

病情告知與代理權——談醫病關係

蔡淳娟/馬偕紀念醫院小兒科資深主治醫師、馬偕醫學院籌備處執行秘書、成功大學醫學院顧問

基於尊重自主權(the principle of respect for autonomy)及不傷害原則(the principle of non-maleficence), 醫師有義務對病人清楚告知病情, 並尊重其治療的意願, 這立意甚佳的倫理原則, 緊密牽扯著醫病關係, 茲舉幾病例共同討論。

案例一

55歲的吳先生是位活躍的商人, 某個晚餐的時刻, 突然發生劇烈腹痛, 他臉色慘白, 直冒冷汗, 於是在家人的簇擁下到達急診室。吳先生抵達急診室時意識清楚, 但脈搏快而微弱, 血壓很低不易測量, 腹部僵硬略脹, 值班的張醫師立刻高度懷疑是腹主動脈瘤(dissecting aortic aneurysm)破裂, 引起大出血, 於是, 張醫師宣佈: “需要立刻做腹部CT scan, 並接受緊急手術”, 接著他在病人及家屬面前如是解說: “像這樣的疾病發作時, 死亡率高達90%, 即若成功的手術挽救了病人的生命, 也多數造成下半身癱瘓, 甚至尿毒症, 而需要終身洗腎治療”, 那知這話才剛講完, 吳先生突然面色轉黑, 兩眼一翻, 停止心跳, 在急救15分鐘無效後, 宣佈死亡。兩天後, 家屬具狀告張醫師, 並召開記者會, 聲稱: “醫師嚇死病人”。

【討論問題】

1. 此醫療糾紛的發生原因為何?
2. 病人與醫師兩造, 誰是誰非?
3. 此醫療糾紛可以避免嗎? 身為醫療人員應如何舉止?

案例二

14歲的文成自九歲起即反覆發作腎病症候群, 曾經接受prednisolone及(或)其他的免疫壓制劑治療, 均無法得到完全緩解, 腎臟切片結果顯示為“Focal segmental glomerulosclerosis”。文成的父母親帶著他輾轉於各大醫院尋求最好的治療, 也嚐試各種草藥偏方。兩年前起, 他的腎功能開始逐漸惡化, 這一年來BUN更快速上升到100 mg/dl, Cr則維持在9.0 mg/dl左右, 醫師建議他開始洗腎, 但是這建議始終不被接受。這天文成被送至急診室, 面色慘白、浮腫、喘息而無法言語, 血色素只有3.8 gm/dl, BUN則高到215 mg/dl, 他被立刻送入加護病房, 但是家屬仍然拒絕洗腎, 並且苦苦哀求醫師, 不要對文成討論洗腎一事。

【討論問題】

1. 為何這種病人總要“遍訪名醫”(doctor shopping)? 如何改善之?
2. 應如何向病人“宣告壞消息”?
3. 應該向誰“宣告壞消息”? 文成的父

母親可以代替他做醫療處置的決定嗎？

挑戰醫病關係

不過是一週前，我才應邀在台灣小兒科醫學會上，與眾醫師們一起討論，因“告知病情”而衍生之醫病關係問題，我們認知，徒有正確的診斷與治療，即使再加上清楚的告知病情，若缺少同理心與敏感應對，還是不會產生良好的醫病關係。其實，就身心靈各方面的角度來看，每個人都算是個病人，醫者也不例外，也應該會了解做一個病人的心情處境，醫療照護就是由病人照顧另一個病人，基於這樣的同理心(sympathy)，才能產生良好的醫病關係。第一次聽到門諾醫院院長黃勝雄醫師的這一席話，我將之記在腦裏，刻在心坎裏。

絕大多數的患者，對醫護人員的照顧，心存感激與尊重，醫護人員得到的回饋，是立即而顫動人心的，面對這些“可愛”的患者，要醫師們多花一些耐心與熱忱，相信並不難做到，然而有些情況下，醫師的“愛心”可真要受到大大的挑戰了。

週一下午，我給實習醫師上完課，正趕寫一篇籌畫書，外線電話呼叫起，電話那頭的人沒有寒暄，截接了當就問道：

“喂！蔡醫師嗎？我是第十床的家

屬，我們的嬰兒產前超音波就發現有尿路畸形，為什麼到了四天大您們才要給他開刀”？

這嬰兒明天早上將接受尿路手術，我早上才特地找來他的父母親及祖母，畫圖解釋給他們聽，看著他們應該是完全了解了，才結束會談，於是我問她：

“請問您是...？”

“我是孩子的阿姨”，這類病情詢問挑戰著醫療倫理的正當性，因為基於病人的隱私權，醫師是不能對病人(或其監護人)之外的其他人說明病情的，在加拿大即便是夫妻之間，醫師也不應逾越告知範圍。但是，我知道她只是一個耀武揚威的“旁人”，是在台灣常有的經驗。

我回她：“我實在不應該與您討論這孩子的病情”

她沒有理會我，繼續問道：“我就是要知道為什麼您們要耽擱”？“那麼，您認為我們應該要什麼時候給他手術？”，我一時氣結，不知道要從何解釋起，最不能接受這種一開始就把您當賊來審視的人，自己頭腦裡沒有準備什麼，只等著您為自己的“無過失”舉證，我竟然有種受傷的感覺。因為這嬰兒週四生下來，週五我們立刻就做了腎臟超音波，又因為懷疑腸

病情告知與代理權——談醫病關係

阻塞，一連兩天都在檢查，X-光、抽血檢驗，然後照會外科，安排好週一做完尿路攝影，週二就開刀，三位主治醫師照顧，節奏快速而有效率。這位家屬聽完了理由，放下電話後，又一連打了兩通，反反覆覆地質問著為何各位醫師的說辭互不相同，我奈著性子解釋完畢，但一個下午就因此泡湯了。

過二天，我再為這嬰兒做手術後超音波時，正好看到另一位一模一樣的小娃娃，也剛接受完一樣的手術，但是他已經接近兩個月大，家屬態度很好，這叫我想起過去看過的這類病人，婦產科的超音波做得少，也沒有新生兒超音波篩檢的時代，病童總是到了好幾“歲”時，因尿路感染，做超音波檢查後才被發現，即使在所謂的醫療先進國家(像加拿大等)，亦是如此。他們國家花費數倍於我們的醫療支出，也沒辦法像我們做這麼多、又快又好的檢查，這讓台灣今日多數的尿路畸型在新生兒期即被診斷，馬偕醫院又有多位專科醫師，出國進修小兒泌尿道手術，使過去不可能在新生兒進行的手術，得以順利成功。然而，顯然地，醫學的進步不能帶來人們的感激與信心，疾病背後所隱藏的問題——惶恐、爭執、憂鬱等，不但沒

有得到醫治，可能還更形嚴重。

我去國多年回來後發現，在台灣量販式(俗而大碗)醫療體系畸型發展下，醫護人員已然失去了尊貴的外衣，我經驗到等候的病人，開門進來要求先看，理由是：“車子停在黃線區”、“要繳交停車費”、“若不先看我，那我就要改掛別的醫師”，...，病人習慣於兩三分鐘的看病方式，看待醫師如同藥房的櫃檯，似乎看醫生沒有比停車問題重要，今天已經不只是醫師催促病人快，病人也逼著醫師快就好，逛醫院好像是逛街的另一種形式，多數病人並不真的需要醫師，難怪賴其萬教授感慨地說：“台灣的病人可以死，但是不能等”。也就是說台灣人喜歡小病就醫要非常方便，於是醫療濫用的結果，遇到致命的大毛病時，效率與安全性就堪慮了。今日醫病關係的淡薄疏離，只會增加病人煎熬、與醫療的進行困難。

面對如此形形色色的病人，我仍在學習，學習傾聽那細微的聲音，關心病人問題之外的問題，提醒自己不能只對那些“可愛的人”大發熱心，更要樂意接近那些“不可愛的”，為恨惡您的人禱告。