

一場醫學倫理討論會

臺北榮總畢業後第一年住院醫師 黃彥霖

年初在一般內科的醫學倫理討論會討論一名個案，本來目的只是想藉由同儕共識分散內心由道德與良知衍生出來的罪惡感，但討論會上獲得更多迴響！我的主治醫師聽到我報這名病人，馬上露出尷尬而不失禮的苦笑，老師對我說：「以後在私立醫院如果遇到搞不定醫療費用的病人，就轉來公立醫院吧！」

這個月接手了一名住院了好幾個月的病人，原本是遊民在街上昏倒送來急診，身上有多重感染包括人類免疫缺陷病毒、梅毒、弓漿蟲腦膜炎、沙門氏桿菌、單純疱疹病毒等。本身沒有直系親屬，最後一次有血緣的家屬來探病是為了來簽署放棄急救同意書，同時表示不會再過來。

前陣子社工師費盡千辛萬苦幫他找了照服員來照料，不料病人咬了照服員一口讓他憤而離職，所以這個月都是清潔員阿姨特別照料他。週末阿姨沒上班的日子是護理師輪流三班照顧，真要說其實享有重症病房等級的照顧服務，但如此照護模式，讓第一線臨床工作者苦不堪言。每次當我來到床邊訪視病人，病房的清潔員阿姨都問我病人什麼時候要出院；另外病房的護理師都很不喜歡輪到這一段負責，因為有這名病人。

當我來到一般內科時，個案早就沒辦法與人溝通，連他有沒有自主意識我都無法探測，只有抽痰與重放鼻胃管時會掙扎一下。不過個案倒是很常用奇怪的方式自拔鼻胃管，每一位值班醫師都跟他的鼻孔很熟，因為替他放過好幾次鼻胃管。我將之歸納成原始生命力的展現。

通常病人甫住院或轉過來病房，我習慣一開始便設定好病人的出院目標與出院動向，但是這名個案太令人困惑，原因在於他幾乎沒有痊癒出院的可能，且出院後沒有去處。住院期間經歷了好幾輪感染治療終於進入穩定階段，大概就是躺在那裡，每天燒到三九四十度降成每天燒到三十八度多，主治醫師也無可奈何，讓我每幾天換一種抗生

素試藥。到最後我們甚至讓他規則服用退燒藥強制把體溫壓在看起來合格的狀態。

此時好消息來了，從我的視角看來是無所不能的社工師替他找到了願意收留的安置機構，在非常非常遙遠的南方。剩下的關鍵問題就是這樣的疾病狀態，病人適合出院嗎？發燒可以出院嗎？

出院的風險在於這名個案隨時會再次住院，只不過是住到其他醫院讓別人接手；或是該機構若沒有如此密集的醫療處置，他很快就會無聲無息地消失在這個世界上，一棵樹木在森林裡倒下沒有人會在意它。再加上病人又無法自主意思，一切決策都像是我幫他代行決定。

滑坡但罪惡的想法是我的出院醫囑是在定奪他的生死，出院肯定是得不到如此完善的醫療品質，但沒有健保身份的他，繼續住院將持續造成醫院有形無形的耗損。

另一方面，不做出院醫囑的我面臨其他壓力，一是清潔員與護理師因為照護壓力，每天都在詢問；另一部分雖然不是我自己支付，但這名個案已經花費四十萬元的住院費用，彷彿不做決定的我是在消耗社會資源；第三種壓力是我真的無法痊癒這名病人，甚至連維持此時此刻的健康狀況都是一個問號。

然而內心更慚愧的糾結是，我是不是在用消耗社會資源當藉口，只是想把病人推出去逃避問題卸去我的責任？

每天到他的床邊都會幽微地閃過一輪以上的糾結，但手上照護病人數多，另一方面我也沒有太高的道德要求，遂本能地讓心理活動不過載，保險絲熔斷直接跳往下一床日常業務。

分享以上疑問到臨床倫理討論會，主持的老師說公立醫院其實收治了許多類似的案例，這是整體利益與病人利益之間的矛盾。社會上有基金會與某些公益力量在支撐這些看似無底洞的醫療需求，再不就是我們每個人多少都會花一點點錢在這種病人身上。這些是我以前在私立醫院無法想像的回答。

同時間在臺灣，身為醫療照護端的我其實很幸運，不須考量這些問題，制度替我們隔出了一顆美麗的肥皂泡，我們只需要好好處理健康問題，剩下的擺在外面我們可以裝作看不到，也不會痛。直腸子的與會醫師總結：「我們要把沒人要的东西修補成什麼程度，讓第三者願意接手丟進回收桶？誰來決定？」

太直白太傷人但一針見血。

醫學倫理討論會當然沒有明確結論，醫學倫理四原則寫的洋洋灑灑，我還是在月底之前把病人送去機構了。社工師學姊很快樂地跟我說救護車轉送費用他也找到了，真的是夠讓我非常尊敬社工師這偉大的工作。剩下的事情我也無緣參與其中，不知道接下來這個案會經歷什麼樣的事。個案的出院與默默消逝就由每一位經手人來默默分擔。

(以上文章將隱匿任何足以辨識患者身份的資訊，盡隱私保護義務。)