

## 《成癮者，還是不歸人？疼痛門診的經驗反思》

實習醫學生 洪邦喻

「纖維肌痛症，我想醫師妳一定聽過這個病。」

早上十一點的疼痛門診，老師正和一位病人僵持著。四十多歲的 M 先生坐在輪椅上，身後是一臉憂心忡忡的母親；為了三天份的口服嗎啡，他和主治醫師已經重複了好幾輪相似的對話，卻從來沒有交集。

「打開我的病歷，病史裡寫得清清楚楚，我不是沒有來由就跟你討藥。我有十五種疾病，每一種都很嚴重，我只需要妳開給我三天的嗎啡來止痛。」

老師直視著他，仍是搖了搖頭：「我不能輕易地開給你。嗎啡是一條不歸路。」

「我就是一個不歸人。」M 先生立即回道。「醫師妳不明白，我無時無刻不感覺到疼痛，只是因為我很能忍，所以還能正常地與妳對話。妳以為嗎啡對我很有用嗎？它只能緩解我一個小時的不適，我不是個成癮者，只有在忍無可忍的時候服用一顆。妳開給我三天的量，我就能再支撐半年！」

「嗎啡真的是最後的手段，我們先考慮別的止痛藥好不好？比如說 K 他命……」

「I'm not a drug addict！」病人幾乎要從輪椅上跳下來。「醫師妳提的藥物我全都試過。我試過 Ultracet、試過 Ketamine，吃的、靜脈注射的、肌肉注射的，通通沒有用。我已經試過了所有方式，我就是個外星人，所有藥物對我都起不了效果！」

「我昨天住院做心導管，躺在手術台上，I can feel everything！導管穿過我的皮膚、經過血管到心臟去，在裡頭打氣放支架。」他愈說愈激動。「我吃藥三分鐘後就知道有沒有效，他們以為給了我麻醉，但那瞬間就代謝掉了。在沒有止痛的情況下，誰能夠像我一樣，在感覺所有過程下忍受放心導管的疼痛？」

老師點點頭表示理解，然後再度強調，兩人是第一次見面，她必須循序漸進地給予治療。M 先生瞪大眼睛，彷彿在質問醫師是否聽進了他的證詞。

「我說過了，妳現在想的藥物全都對我沒用，為什麼妳要這麼固執？是因為妳開嗎啡死過人嗎？還是妳的家人因此而死？」他愈發地咄咄逼人。「醫生，這

是不可避免的！在妳行醫的過程中，難免都會遇到病人死亡，妳不能用這個理由拒絕我。如果我再也忍受不住，妳之後也不會再看到我了——我猜這正合妳意——那我就是妳殺的！這條命才真的會算在妳身上！」

「嗯，我明白。」老師平靜地看著他，「但我就是不能開給你。」

「天哪！妳這樣還算是個醫師嗎？難道這是妳個人的偏見？」病人暴跳如雷。

「……可以這麼說。」老師頓了下，如此回道。

「太荒謬了！竟然會有一名醫師因為自己的偏見，不肯開給病人嗎啡。」M先生絕望地仰頭一笑，然後看向我 and 住院醫師。「聽見了嗎？你們的老師因為區區的偏見而讓病人繼續痛苦。你們是她的學生對吧？你們的老師是這樣教你們的。」

「他們都是醫師。」護理師提醒她。

「那正好。既然你們都是醫師，你們認同她的做法嗎？」

「請你冷靜。我這邊是不可能開給你嗎啡的，其他醫師我管不著。今天下午有其他醫師的門診，你也可以改掛下午的號……」

「然後他就會開給我嗎啡了嗎？你們都是好朋友，妳不開給我，妳的同事會嗎？」他冷笑一聲。「祝福妳，希望妳可以早日解開妳的心結。」

「謝謝你。若之前的藥物無效，心理因素也可能是導致疼痛的原因。如果可以的話，我希望你能與我們的精神科醫師聊聊，諮詢門診就在隔壁……」

「精神科？妳對精神科有比我更了解嗎？我在美國、法國都長期在看精神科，我在這邊也看過好幾次，那沒有用！」病人幾乎要拍桌了。「我覺得醫師妳的心魔太嚴重了，妳才是那個該去隔壁看精神科醫生的！我祝福你們。」

語畢，他推著輪椅就要離開。護理師問他，還要不要掛下午的門診？

「不用了！妳們最好不要跟我收費，妳們什麼都沒做。You did nothing！」他大叫著離開診間，一邊嚷嚷著「這是什麼醫生」、「太誇張了」。老師向護理師點點頭，示意著不用印繳費單，此時走廊還能聽見病人抱怨的聲音。

\*\*\*

我原以為方才的事件會影響老師的心情，沒想到她並未停下腳步，很快地叫了下一位患者入內；對比前一位的苦苦哀求，這位因罹癌慢性疼痛、符合給藥適應症的病患，很快就拿到他要的藥物離開。

「住院病人是可以帶三天的口服嗎啡回家的，但病房沒有開給他，反而是請他來看疼痛門診。」趁著看診的空檔，老師轉頭向我們說道。「主治醫師一定覺得他是藥物成癮，但拗不過他，才幫他掛了這個門診。我們是最後一道防線，如果我無法做完整的評估，我不能輕易地把嗎啡開給非癌症病患。」

「美國正在上演現代版的鴉片戰爭。」老師點開美國衛生統計中心的圖表，標題是「鴉片類藥物過量相關的死亡」。許多研究都表明，美加等國對此類藥物的濫用已成為重大的公衛災難（稱為 the opioid epidemic / crisis），即使政府開始重視並提出相應措施，受害人數依舊屢創新高。美國去年十萬名藥物過量死亡案例中，近八成源自於鴉片類藥物，而這個危機在新冠疫情下日趨惡化。

拒開嗎啡不是老師的個人偏見，反而是因熟悉這個藥物的害處，才讓她的處方變得保守。我很清楚嗎啡的副作用：口乾、噁心嘔吐、便秘、尿滯留，也知道如何調整住院病患的藥物劑量，卻忘記使用鴉片類藥物時，除了耐受性(tolerance)外，也需考量依賴性(dependence)——更別提它可能造成痛覺更加敏感(opioid-induced hyperalgesia)，讓治療適得其反。

比起三分鐘開藥打發病人離開，老師選擇用三十分鐘勸他嘗試其他治療方案；即使 M 先生動之以情、說之以理，到最後出言不遜、質疑她的判斷，老師也秉持自己的專業衡量，不想讓病患染上藥癮而毫無動搖。半小時的會談和藥物諮詢，怎麼可能是 did nothing 呢？我為老師口中的「門診日常」感到不平，也敬佩於她堅守專業的態度。

即便如此，我心裡仍有揮之不去的罪惡感：如果他沒說謊呢？纖維肌痛症屬於醫界難解之謎，其機轉至今未明，但病患卻是真切地承受著痛苦。我看過的病人太少，分辨不出詐病或裝可憐的表現，僅是他們抱怨什麼、我就如實上報並開立藥單；但師長們經常耳提面命，不要全盤相信病人，尤其是那些涉及法律、保險與管制藥品的要求。當門診那位先生絕望一笑時，我未曾懷疑那是精湛的演技，幾乎要脫口而出「老師，您就開給他吧！病人說他受盡折磨，緩解他的痛苦不是醫師的職責嗎？只是三天的分量，眼睛一閉就沒事了，何必與他互相傷害？」結果老師態度強硬，真的讓病人空手而回。

醫學倫理教我們不傷害病人 (do no harm)，也教我們病人自主。老師不願讓自己成為病患成癮的破口，一旦以疼痛科醫師的身分放行，往後他便能以此說服其他醫師繼續開藥；但病患卻堅稱他已嘗試所有途徑，作為一名「不歸人」早已無路可退。此時該以何者為重？醫師又有多大的權力，判定病人是治療自己還是傷害自己？我檢閱了 M 先生的病歷，上面確實記載著十五項疾病，證實病患的自述並非造假；但裡頭也沒有精神科或疼痛科的就診紀錄，老師的做法完全站得住腳。最後我去查了醫療指引，發現嗎啡並未被證實對纖維肌痛症有效、甚至可能有害；老師提議的物理治療、心理諮商、抗憂鬱藥物等才是合理的選擇。醫師是對的，病患的要求是無理取鬧！我大可這樣說服自己，卻不知道下一次遇到類似的狀況時，能否得出一個無愧彼此的答案。

只是，每每想起診間裡那冷靜自持的身影，就不禁警惕自己得慎重開藥，別帶給一線醫師們無謂的困擾；至於那些複雜的倫理議題，便留待經驗的累積予以釐清，不應隨便再被情感左右了吧。

編按：

根據最新之研究，纖維肌痛症可能之成因包含基因方面之致病因子、壓力的生活型態、中樞與周邊神經系統過度敏感化等機轉，學界對其致病機轉並非毫無所知。目前之治療方式包含藥物與非藥物之選項，藥物部分包括特定正腎上腺素與血清素回收抑制劑 (SNRIs) duloxetine、抗癲癇藥物 pregabalin 等等。具實證醫學基礎之非藥物治療之選項則包含物理治療、認知行為治療、有氧運動、楊氏太極拳等方式。