

用心，讓醫療更有感覺

With Heart, It Can Have More Feeling

戴正德 沈戊忠

中山醫學大學醫學倫理教授 · 中國醫藥學院醫學系教授、醫教會主任

—戴正德教授醫學倫理演講紀錄稿

記錄群：中國醫藥學院醫學系二年級—

洪正中、蘇錦宏、許嘉佑、李思穎、季照芸、沈芳瑩、江國峰

她年紀這麼大了，就讓她壽終正寢，不是很好嗎？為什麼還要她受這麼多苦？但是同樣的情形，有的 case 成功，有的 case 失敗，在這種未知情況下，到底是要救，還是不救？

重病老人我們到底要給予多積極的治療？

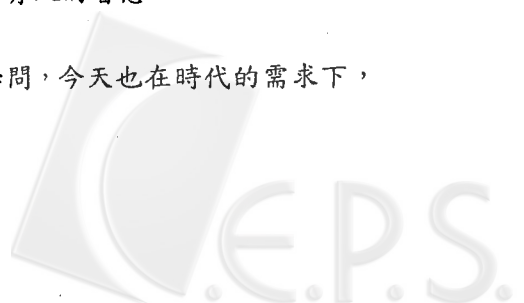
有人會認為我們神經外科為了業績非得把重病老人折磨到死才甘心，其實，我們只是很簡單的想—我們是醫師，我們不是上帝！病人把生命交到我們手上，我們並不能宣判他們的生死，我們只是盡力做到最好。

小女孩想去裕毛屋旁買鹽酥雞，但是基於她身體狀況的考量，拒絕了小女孩的要求。小女孩那時非常的失望，到了下一週去看她時，才發現她早已過世了…。

上述的情形，在醫院中，屢見不鮮…。

而我們到底該如何面對這些問題，考驗著我們所有人的智慧。

於是，「醫學倫理」—這門以往總被大家忽視的學問，今天也在時代的需求下，搬上檯面…。



1. 什麼是醫學倫理？

過去，大家對醫學倫理並不是相當的重視，但是，隨著時代的轉變，「醫學倫理」，漸漸受到大家的注意，直到現在，儼然已變成一門極度重要的學問。

日昨在教育部國家衛生研究院開會的時候，討論到醫學院的評鑑，醫學教育委員會跟國務院的醫學教育評鑑對於這個問題非常重視，越來越多的人重視醫學倫理，真是一件令人高興的事。

在台灣，醫學院也漸漸經由「教育」，來推廣這個思想。而在附屬醫院有定期之醫倫討論會的，也漸漸增多。

我感覺到台灣有一些人開始感受到醫學倫理的重要性，也很期望把這個問題推動出去。可是有一個問題—到底什麼是醫學倫理？另外一個就是說，為什麼我們要討論醫學倫理？

醫學倫理其實可以分成兩種。第一種，就是一種學問。

「醫學倫理其實可以分成兩種。第一種，就是一種學問。現在每個國家都在談醫學倫理，每個國家都有醫學倫理研究所，只有台灣沒有。為什麼獨獨台灣沒有？我想，這是因為我們對醫學倫理的認識非常的模糊，這也正是我們現在急欲加強的地方。

當我們把醫學倫理視為一種學問時，也就是說我們可以唸醫學倫理的博士、碩士學位，這個跟心理學，醫學，或是社會學，沒有兩樣。我們可以製造很多的醫學倫理博士，但是對整個臨床醫療環境的進步所能有的影響並不顯著，因為我們只是單純把它當學問來探討。

比方說我們現在台灣開始談到幹細胞的研究，或是基因工程的規範，能不能複製胚胎來從事幹細胞的研究，這些問題就是在醫學倫理成爲一種學問之下來探討的，對目前臨床醫病關係上的應用在目前卻是不多。」

那麼，該為醫學倫理再下一個怎樣的定義呢？

醫學倫理是一種認知，是一種態度，跟一種修養。

認知幫助我們在不同的醫療選擇中，來做一個最好的決定。態度是醫病關係上不可或缺的，必須時時加以警惕，用同理心來面對病患。修養則是醫生本身對責任重大的職責與繁多事務的忙碌中，對自己的期許。

醫學倫理如果只它當做一門學問，可以教，可以唸，可以製造很多的博士，但是對整個醫療環境及臨床的醫病關係則將助益不多。

如果那不是一種認知，不是一種態度，不是一種修身的時候，醫學倫理還會停留在一個課堂上探討的階層，沒有辦法落實。

「嗯，我來問問我們二年級的同學，季小姐，妳想醫倫是學問，或我們要把看成是一種 discipline 呢？」

「我覺得要使我們瞭解什麼是醫學倫理，當然先需要有學問方面的東西來做整體性的引導，但是，我認為，要能讓我們發自內心的去感受這門科目，才是最重要的目標。」

「ok,這是一種非常正確的答案。它是一種認知，一種態度，跟一種修養，我們在台灣所要強調的就是這一點。當然，如果我們對整個醫學倫理不了解的時候，我們需要有醫學倫理的課程。當談醫學倫理的課程時，我們常把它看成一個科目來研究，這就是把它當做一個學問。但是，當我們要強調醫學倫理目前在台灣推動的時候，要把它看成一種認知的加深，態度的培養，及一種修養的決心。」

2. 為什麼要談到醫學倫理呢？



卻有倫理意涵的。

「早在2500年前，『醫學的鼻祖』—希波格拉底，就談到說，『當一位醫生，你要敬重病人切勿傷害。』不可傷害、敬重及利益病患，就是從他開始的。在投影片上我們看到另一個手拿一個這個東西的這是 Asclepios，他就是 god of medicine，而這個蛇在杖上的記號，後來就變成我們醫學的象徵—蛇杖。」為什麼用蛇呢？因為他有脫皮的能力象徵「再生」的成長，也是醫治的表現，醫學就是使人的健康再生續而成長。但它

今天，一般人民的知識水平，已經不比醫生低，所以可以站在同一個平行線上，此時就會有問題產生——「我跟你一樣大，我為什麼要聽你的？」所以醫病糾紛就慢慢衍生出來。

「過去在世界上，有三個非常被敬重的職業——是醫生，第二個是律師，第三個就是牧師。這些人，在西方社會中，是受教育最高的人。這三種人，受社會的敬重，所以當過去人民知識水平不是很高的時候，都會來請教他們：『醫生啊，我這個要怎麼處理啊？』醫生就是好心提供一些指引，所以，社會上，這三個人都非常被敬重。可是今天，為什麼醫生會被罵？為什麼律師會被說：『你只想要賺錢而已？』這個問題就是因為人類的知識水平一直在上升，一般人民的知識水平，已經不比醫生或是律師、牧師還低，他們可以站在同一個平行線上，當人民和他們站在同一個平行線上的時候，就會有問題產生——『我跟你一樣大，我為什麼要聽你的？』這個問題就產生出來，所以醫病糾紛就慢慢衍生了。」

醫學倫理是 two way street。

病人跟醫師必須要互相合作——是雙行道，不是單行道。

「有沒有看過這張圖片(投影片)？大家都說沒有，這個人是誰啊？有人說：『老師，他很像賓拉登喔！☺』當然，他不是賓拉登，他是摩西啦！猶太人們在曠野中被蛇咬傷了，就請求摩西說：『摩西啊，我們就快死掉了，好痛苦，該怎麼辦呢？』摩西就把這個(蛇杖)豎立起來，他說：『如果你們聽我的話，你們就可以得到醫治。』他就把這個 symbol of medicine 豎起，說：『你們看這個，你們就可以得到醫治。』受傷的人，就聽摩西的話，來看這個東西，而這些人就真的好起來：但是有些人就說：『摩西啊，你又沒有拿藥給我們吃，又沒有給我們摸一摸，或給我們禱告，你就叫我們看這個，我們就可以好嗎？豈有此理，我才不幹。』結果這些人死掉了。

這個故事提醒我們醫病關係是雙行道的，醫生與病人必須能相互配合，才能使醫學發揮最大效用。



來看看現代的例子。今天爲什麼肺結核在台灣又出來了？就是因爲肺結核的病患，藥沒有吃完，裡面的病菌並沒有真正的被消除掉，結果，產生了抗藥性。在這個醫病關係裡面，病人沒有真正跟醫生合作，結果便有後遺症。

我們發現，病人跟醫師間必須要互相合作，醫療是雙行道，不是單行道，所以今天，當有醫療糾紛時，如果我們只罵醫生，是錯誤的，病人是不是有跟醫生和護理人員來互相合作，來促進一個人的健康，這是在醫學倫理和醫病關係上，我們絕不能忽略的。所以，我們在報紙上常常看的，大都是在罵醫生，這是錯誤的，病人也要負很大的責任。

我們常嚮往過去的那個時代，人民非常的尊敬醫師，醫師也非常受愛戴。但

是，因為時代變了，有的醫生以不再那麼敬業憫人，病人與醫生間也失去了互信互賴的情懷，今天跟過去已經不大一樣，所以，今天我們要強調醫學倫理，其實也是社會變遷及時代知識進步的一個必然。」

除了一般民眾知識的提昇，全民健保、廣泛使用的科學儀器科技神速進步、老人人口急增、消費主義的發展、消費主義的興起，在在都是我們要討論醫學倫理的原因。

「今天為什麼我們要談到醫學倫理呢？因為醫護人員和病人之間產生了第三者，夫妻間若有第三者就會有問題喔！病人跟醫生之間有第三者也會使問題更複雜。這個第三者是誰？很抱歉，全民健保是其中一個，在美國就是保險公司。不只這一個第三者，還有另一個第三者，嗯，叫它第四者吧！以前因為沒有什麼科學儀器，醫生憑他的經驗，來診斷這些病症，所以，他必須要從他的知識及經驗來得到很好的醫療診斷，若有什麼症狀發生，不經儀器的檢查，醫生一定要能 make sure，而現在，我們多靠檢查方知道什麼東西所使然的，所以我們在醫病關係又多了一個第三者的存在，也是因為醫學的突飛猛進醫技儀器的出現所導致，使我們感受到，醫病關係已經變質，不是過去想像的那麼單純。

還有，就是消費主義的發展，這個消費主義不是說你有錢你去買東西，大家來消消費！而是『權利』。人有安全的權利，人也有說話的權利，大家都要權利的時候，怎麼辦？你要說話，我也要說話，大家就吵架。

人還有選擇的權利，我為什麼一定要去請求看診？更有安全的權利，你如果給我醫不好的話，你就要負責任，你的職責是負責人類的健康，要使我安全，可是我沒有安全，我就找你麻煩。所以，消費主義的發展，其實也給人類的和諧關係帶來變質，而今天我們不得不去想辦法，來使消費主義的發展大眾化，能夠有一個新的方法來解決衝突，使人跟人之間不至於站在『對立』的立場。

當然，因為馬克斯主義興起由主張鬥爭來促進社會的前進所帶來的不和諧會給世界帶來困擾，我們社會裡面並不希望用這種鬥爭的觀念來成為社會進化的原動力。人應該是在互相諧和，互相鼓勵，互相磋商之間，才能夠進步，這是我的看法。

3. 醫學倫理的目的



醫學倫理的目的就是要幫助我們醫護人員知道如何做最好的醫療抉擇。

在這個相對的世界、價值觀裡面，醫學倫理，只要站在不同的立場，看法就不一樣。雖然沒有絕對的答案，但是 some answers are better than others. 我們要找到最好的答案，來幫助我們促進醫病的關係。

「病人和醫師之間的變化，由以前病人會聽醫師的到現在卻會提出問題上，可見一斑，醫學的突飛猛進，使這些關係已經不再跟以前一樣那麼單純，所以醫生在從事治療，護理人員在從事照顧的時候，變成一種非常複雜的關係，所以，醫學倫理的目的就是要幫助我們醫護人員知道如何來做最好的決定。然而，在討論醫學倫理過程當中，很多人說醫學倫理好像沒有什麼答案，但我們知道，在這個相對的世界、價值觀裡面，雖然沒有絕對的答案，可是 some answers are better than others，我們要找到最好的答案，來幫助我們促進醫病的關係。

醫學倫理就是要促使醫療的人性化的一種努力，當然我們要利用道德觀念，或是醫學倫理理論來幫助我們，所以，是醫療抉擇中的一種決定過程。在這個過程當中，我們通常可以用兩個基本上的理論來思考，一個就是實用論，你這樣做到底有什麼好處？只問結果不問過程，叫實用論。目前在醫學倫理，或是倫理思考上，都大部以實用為主，有效就好。

再來就是一種責任論，以職責作為判斷的準則，這我們在個案討論的時候會討論到。

在實用論的立場來看，以幹細胞為例，你會覺得這很好，可以促進人類的健康，但是為什麼我們衛生署有顧忌？因為政府有責任去保障所有的生命。實用論和責任論因有衝突，後來，就有『責任公義情境論』的提出，取二者之長來協助我們的決定，也是以上兩種的中和。醫學倫理，只要站在不同的立場，可能看法就會不一樣。

人的知識越進步，所做的醫療決定就越複雜。那麼當我們遇到問題的時候如何解決？

通常人們會以直覺來做為取捨的標準，大部分的人都說我以良心為憑做了這個決定，這個就是直覺，不過很多時候，它只是一種『情境主義』的反射。然而面對愈多的難題，也為了求取客觀的判斷，大家就把問題交給法律來判斷，因之法官變得很重要，由法院給我們一個答案，所以，法官，律師必需站在法治及良知的立場，去做全盤的考慮。

另一個是『文化的相對主義』。

每個文化都不一樣，醫學倫理因之也有他的相對性，但是每個地方的相對性

不同，原則就不一樣了，像在台灣有人看病會送紅包，在外國則在癒後送給醫護人員一束花聊表謝意。

文化的差異會表現出不同的方法。台灣現在的年輕人會說 I LOVE YOU，以前的人卻愛在心理口難開，時代不同了，這就是文化的相對主義。

還有一個就是『忠信主義』，當然就是以宗教的立場來看。比方說某些宗教信仰徒不輸血，佛教徒不吃肉，堅定不移，病死也在所不惜。

醫學倫理根本上所要強調的，就是理性，就是把醫學倫理當成一種學問的研究以客觀的分析並主觀的判斷來做合乎倫理的決定，但我們又不能把它完全學理化，因之我們在決定時要有一個 rational analysis。」

那麼，有個問題—公說公有理，婆說婆有理，怎麼辦？

找一個比較好的說法，這就是醫學倫理的曖昧性。

「有人說醫學倫理沒有答案，但我們要找一個比較好的答案，其中的辯論就顯得複雜無比了。這就是醫學倫理的曖昧性。

這時，我們就要談到人文醫學，因為人的疾病不一定是單純由生理方面所產生的，就我們知道目前就有三種因素—生物醫學、心身醫學及生物心理社會醫學。第三個的瞭解則包含了社會，家庭，行為。

所以，疾病的造成有很多因素，除生理因素外，也有可能是社會，家庭，還是行為的使然，既然，一個人的疾病不只是由生理方面所引起的，因之我們的醫學就必須是全人的醫學，對一個人的生理、心理、社會環境……都加以關注。

過去，都是醫生在談醫學倫理，為什麼現在不是醫生的人也可以談呢？

「以前我在中國醫藥學院上課時，有個中醫系學生第一堂就問我，你是醫師嗎？如果不是，為什麼可以教我們醫學倫理？」

在台灣人很多以為只有醫生可以談醫學倫理，這是錯誤的，醫生站在醫生的立場，病人站在病人的立場，中間一定要有一個代言的角色。所以，我們談醫學倫理，不能只是請某一方面的人來談，而是必需要由有專業訓練的人來作橋樑。不只把它當作一種學問，更要將它視為一種態度，一種認知，一種修身。

醫學的進步，造成許多醫病之間糾結，以及資源分配的問題，我們說到生

物科技，就有倫理上的，人情上的問題，遇到這些問題，我們要強調的是生命的神聖性，病人一定要救嗎？不救是不是違反我們的情懷？

「以心臟的移植為例來說—

心傳統上代表一個人的人格，如果換了一個心，是不是整個人的人格思想都會產生變化呢？因之換心在當初開始的時候，會有人文方面的問題產生，所以醫學也要考慮到以外的問題。

在1969年，二十世紀第一個醫學倫理研究中心成立了，它有四個主題：第一個是 Death and dying，第二個是 Behavior control，第三個是 Genetic engineering and counseling，第四個是 population control，這些問題就是醫學倫理所談的問題。幾乎包羅萬象，豈是一個醫生或人文學者的專利？

在1970年，bioethics 這個字產生了，Dr. Potter 把它解釋為 a science of survival，另外他也說那是一個 bridge to the future，是我們走向未來不可缺的。

再來我們來談 principle of bioethics，倫理學家提出了「切勿傷害，利益病患，病人自主，公平正義」等四個原則，它們沒有諸先諸後之別，但目前很多人強調的，則是病人的自主性 autonomy。不過，這些醫學倫理的原則，仍要考慮地域上『文化性的差異』。

例如病人自主，在台灣，若病人得絕症，我們常是跟他的家人說，而不是跟本人說。病人自主，在我們這裡好像行不太通，所以，我們提出了『亞洲地區五個思考方向』，這些思考方向，我在日本及南斯拉夫的研討會上都曾提出過，第一個是 Ahimsa，即不可殺生，不可以傷害病人，compassion，慈悲為懷，Righteousness，正義，以義為念，Respect，相敬如賓，這是醫病關係不可或缺的，最後 Dharma 責任，也即醫病間相互的責任。」

4. 我們該如何用我們的誠心來化解醫療糾紛呢？

為何會有醫療糾紛？主因之一就是醫師沒有讓病人感覺到得到尊重。

「一般病人都會詢問他們的醫生會怎樣？也會心想醫生會不會盡心盡力救治？可不可靠？這個醫生有沒有關心我？」

「為何會有醫療糾紛？主因就是醫師沒有讓病人感覺到得到尊重及關心，也就是醫病關係出了問題。當醫師和病人之間的關係好的時候，不僅醫療糾紛會減少很多，就算是病人過世，雖然心裡難過，但目睹醫生全心全力在關照，他的家屬也會感謝醫師，因為醫師非常關心他。我們需要醫學倫理的情懷來促進醫病關係。確知醫學倫理，是一種認知，態度及修養並例行這個認知，態度及修

養的落實是醫學倫理不可或缺的。」

5. 案例的討論。

案例一：王醫師描述了神經外科所遇到的兩位年長的病患，其中一位癒後狀況極佳，但是另外一位的結果是死亡的。

傳統中，我們對醫生的印象，就是他們會不顧一切的，盡最大的努力，醫治病人。

但是，如果是年事已高的長者呢？

在傳統與現代的「醫倫」思想中，我們又該如何尋求平衡點呢？

聽完案例內容，心中感受到醫師的努力與些許的無力感，令我動容。醫師對於病人到底可以給予多大的幫助呢？

沈主任：「因為我本身是神經放射科醫師，我們常常會跟他們（指神經外科醫師）爭論。他們病人來的時候要作血管攝影，第一個我們放射科醫師就會質疑：為什麼要作這麼清楚的檢查，對將來的預後不是會很不好嗎？有時候也會質疑：你們神經外科的醫師怎麼會這麼積極啊？這些老人年紀這麼大了，為什麼不讓他們壽終正寢呢？為什麼還要作血管攝影以及開刀呢？現在的醫生會講說，病人的家屬很著急啊，我們不積極救的話就會有醫療糾紛，那我跟他開個刀就不會有醫療糾紛。可是有人會跟他說你要積極的解釋這種預後不良，這樣的話就比較不會有醫療糾紛。可是醫師會認為積極的解釋會花掉很多的時間，而且病人家屬的意見也常有分歧，為了避免這些麻煩，乾脆就開個刀就解決了。」

的確，術後的情形不是我們所能控制的，更何況是對於年事已高的長者；但醫生的天職是救人，這是我們的福氣。到底該如何達到雙贏的局面，正考驗著醫師的智慧。但可以確定的是：醫學倫理在決定的過程中，將扮演著極重要的角色。

洪主任：「病人要不要開刀並不是因為要逃避醫療糾紛，這樣講並不是很積

極的講法。這種病人風險是很高，不管有沒有手術，而且的確癒後並不是很好。至於手術方面，七十幾歲要不要開刀？八十幾歲要不要開刀？我現在有個病人，已經快九十歲了，他開刀的時候是八十幾歲，也是動脈瘤，這裡沒有提出來。他現在情況也是滿好的！那時他也在猶疑：已經八十幾歲了，要不要開刀？基本上這種動脈瘤的手術需要很長的時間，所以我們也不是很喜歡開這種刀；如果單單從醫院經營成效來看，動脈瘤手術大概只比脊椎手術多一點點而已。但是脊椎手術很快，而且動脈瘤手術必須要搶時間，因為它隨時都會破掉！我們會花那麼多時間，是因為要搶救病人，並不是為了醫療上的成就，也不是為了收入，收入並不是那麼的重要。但主要是：我們必須告訴病人風險。今天不管他幾歲，他的情況並不好，我們也是會和他解釋開刀的好處，開刀的壞處；全部攤在陽光下給他們看。那誰來決定要不要開刀？如果病人可以的話，是病人；要不然就是家屬。這個例子比較難的地方就是：病人的意識並不清楚，所以就由家屬決定。家屬決定的話，我們不怕醫療糾紛嗎？事實上，神經外科雖然是最危險的，但是醫療糾紛並不是最多的。為什麼？因為我們把所有好的、壞的，所有的可能性都告訴他們。至於以後要不要開刀，那是由他們自己來決定，我們是站在很中立的立場。」

「曾經有人質疑過我：這種這麼危險的病，如果在做血管攝影時死掉，那責任誰負？我說：沒關係，責任還是我們負。因為病人做血管攝影的風險還是比你不去處理的風險高。一個成熟的醫生必須告知這個手術的好跟壞，可是並不能決定要不要做手術。我們最常碰到的情況是，家屬會問到：醫生，如果你是病人，那要不要開刀？這也是我最難的問題。那大致來說，如果有 50% 以上的話，我會建議做手術。如果只有 1%，那就建議算了。這是如果家屬有問的情況。那如果沒有問的話，我們還是會很客觀的提出；而不是在提出之前，就說開刀沒有用。我們不是上帝，並不能決定結果。醫學是一種藝術，我們最多只能提供百分比，但它的結果不是 1 就是 0，只是有多少百分比會落在哪個地方。謝謝！」

或許，盡全力去救治病人，才是一個醫師應該有的行為。

「我們不知道這個病人明天會怎樣？如果知道的話，我們就可以做出最好的決定。就這個例子來說，剛才王醫師列出了四個原則，我想修正一下第四個公義原則為公平原則，我們要探討的是，如何在有限的資源下，怎們選擇做公平的選擇。我想，神經外科在這個案例中的做法是沒有錯的，不能因為病人的希望很低，你就決定他該死，沒有第三者可以決定。當病人提出治療的要求，任何一個醫護人員都應該盡心盡力。」

「我覺得今天我們討論的重點，不應該是七十歲以上的老人是不是應該接受

積極的照顧，而是這個病人的癒後情況。根據一些癒後指標做出判斷，有時這個醫院的案例太少，還要去整合別的醫院的資料，甚至國外的資料，這樣我們才可以得到更多的資訊，提供給病人，這就是我們強調的證據。有多少證據，做多少事情，例如我們泌尿科的醫師，我們會看到攝護腺癌。要有平均壽命十年以上，才打算做一個積極的治療；這是要看每個人情況不同而決定。我們要討論的應該是：今天一個七十歲的病人，我們要評估開刀到底對他有多少好處？我們這裡神經外科的醫師都會做一個 **decision tree**，開刀會有什麼情形，不開刀又會有什麼情形，和病人、家屬一起來討論，大家共同來做決定。我想，這樣會帶來更好的決策。我的觀點是在這：我們應該拉回主題，對於高危險預後不佳的老年人要不要治療，而不是老年人要不要治療。」

那麼，除了醫師，終日照顧病人的護士小姐又是怎樣的心情呢？

「站在之前同意的倫理原則上面，醫護人員必須要盡力和病人解釋清楚。我很高興聽到說神經外科醫師是很清楚的解釋情況，讓病人和家屬共同決定，而非醫生單方面決定。因為我聽到很多案例，是因為醫師直接跟病人說：你要開刀才會好。結果隔天就進去開刀房了！這些病人不論是癒後好不好，他們的心路歷程需要走很長一段時間。如果先跟病人說，也許要花很多時間解釋多少百分比好、多少百分比不好，可是因為這段心路歷程病人先走過了，所以手術完，癒後好不好，他自己最清楚，不能怪醫生，這也減輕了醫療糾紛的風險；病人在適應調適上，也比較能接受。可是有些病人，就是因為沒有前面那段歷程，所以到後來的調適，就必須花很多的時間。因為對醫護人員來說，告不告知是一件事；但是對病人來說，這卻是我的事，你們是要在我的身上劃上一刀，將我身體裡的東西去掉。所以我們知道同情和耐心，是醫護人員必須給病人的，這樣對病人的調適，是比較好的。」

重病老人我們到底要給予多積極的治療？最重要的，還是決定於醫病之間的溝通吧！

王律師：「就今天這個個案來說，法律上面，開刀後的刑事責任是不是會完全免除，恐怕，這是要看有沒有克盡告知的義務。把這種不同個案，在不同醫院手術的癒後狀況之統計資料和把這家醫院這種個案手術後的結果告知家屬，讓他們做最後的決定。所以如果是克盡告知義務而去開刀的話，法律上是可以理解的。從另一個觀點來看，我相信做這個手術，也是讓每一家醫院增加其臨床經驗，

對於醫術上，可以有更好的進步、更正確的資訊。所以由對關懷這個病人而動刀，對整個人類的發展上，是有益的。」

探討生命的價值與生命的本能

陳醫師：「對於這個案例，從佛家的立場，有兩個觀點：生命的價值到底在哪裡？第二個是生命的本能。佛家來說，生命的價值是無限。佛家為什麼主張不殺生，就是因為佛家主張尊重生命有生存的權利，而這個生存的權利一定要在很祥和的情況下，才能相續下去。所以每個生命的本能，其實都是希望把痛苦拿掉；而對於苦的感受，並沒有年齡的差別。醫生的本職便是如何將這個痛苦拿掉，讓這個生命繼續延續下去。但是，執行這項工作很重要的就是：心態。我舉一個例子：同樣一把刀，如果在兇手的手中劃下去的話，它是惡業；如果是外科醫師的手中劃下去的話，它是善業。釋迦摩尼佛在兩千五百多年前，他的本身故事中，他也拿過刀、殺過人，可是他卻能夠成佛，他的生命能夠呈現無限的光明，主要在於動機、心態。」

「我想各位不論有沒有宗教的信仰，救人一命，勝造七級浮屠。醫師的職業本來是非常神聖、是一種善業，如何透過這樣的行為讓個人的品質能夠提昇，而不在醫治對方生命到底能夠延續多長。重要的是這個工作是不是對我們有價值，那在這個過程當中，做到醫病之間的真誠、坦誠，這是很重要的一個觀點。這樣不論是否成功，我們都會很心安。所以對於這個案例，我的看法是要盡份，至於癒後情況如何，並不是百分之一百在我們醫療人員的掌握之下，這是我個人的看法。」

專業與熱誠才是最重要的！

黃教授：「很榮幸來參加這個研討會，很高興找回一點點台灣的希望。看到這麼多人熱情的參與，尤其是一群生命醫療團體裡頭，開始重視很少人重視但是卻又很重要的一環。嚴格說起來，在基督教義中，並沒有很清楚醫療倫理，只有一些原則，那我也在學習。我看到在醫療倫理的衝突內的一種美，更看到在剛才兩個範例報告的學生內心的負擔、熱誠、眼淚，雖然沒有答案，但是我們已經在倫理裡頭找到一些可能性。」

「我回想在 12 年前，我還在神學院內時，去醫院參加 CPU 的臨床訓練，我

被分配在安寧病房內，碰觸到一個 27 歲年輕的肺癌患者。他知道我是將來的牧師，而他不是基督徒，他說，可不可以請我幫助他帶一本聖經給他看。我隔天提早半小時到，希望可以把書交到他手上，但當我抵達，他卻已經逝世了。所以，我真的很無奈，所以我對我的神禱告，希望有一天能派我去一個在醫院附近的教會做事，結果神在七年前就答應我了，想不到帶我來這裡。剛才在這裡報告的範例對我來講，很多我都聽不懂，你們講什麼 CPA，什麼東西這個我聽不懂，但是我聽得懂一件事，所有上來報告的人，我看得出內心的衝突，跟想要找到一個倫理，這一種對生命的憐憫，我覺得是有希望的。」

「最後嚴格提起來，如果要從基督教的聖經裡頭找到倫理醫療的依據，我可以找到兩個原則，我從耶穌醫療的模式上，我從彼得的醫療的模式上，在聖經的醫療模式上，可以找到兩個原則，第一個是他的專業，第二是他的熱忱、他的真誠。一個醫療人員以他的專業跟他的熱誠、真誠，面對所有醫療倫理的困境。」

「我要反問一個問題：尋求一個專業，跟尋求一份對生命的熱忱、真誠，是不是在當前的醫療體系底下，所能夠提供給我們的？也就是說，我講清楚一點點，大部分的醫生內心都很熱忱，都很人性，但是如果台灣很熱忱的醫生、很人性的醫生，卻活在一個很沒有人性的體系底下，他怎樣活出一個專業跟熱忱？如果這個醫生他很有心，但是他一個在一個一定的體制之下，一個早上三個小時要看一百個病人，這樣的醫生，再好、再優秀、再人性，在這樣的體制底下，可不可能訓練出一個非常專業、非常有權威、能夠跟病人溝通的時間、再加上對生命極有熱忱的醫師？」

洪副院長：「我想我是站在一個醫院管理者的立場，來看這一件事情。很簡單的，其實這種今天提出來的問題，正確的答案應該是沒有。以一個醫療的行為、醫療的處置，針對一個病人他會有各種的情況，緊急的情況之下，你有多少時間去跟他的家屬、或者是跟病人（尤其當病人已經失去意識了）做說明？所以我們要做判斷的時候，可能要牽涉到一個比較複雜的一個做法，那麼也可以說是要有一種藝術，要見風轉舵，要看情形，這是一個原則。」

「剛剛我們這牧師說的，在這個體制下和整個台灣的環境是不適合我們醫療的，在健保體制下的，以及現在的政治混亂、是非不分環境底下，個人的人權高漲的情況下，要得到一個很滿意的方式是不可能的。所以在這個情況下，我們能夠做些什麼？除了我們要做的 EBM 標準程序外，還有整個社會的教育、對社區民眾的教育，我們做了些什麼？我們在電視上看到的大概都是批評醫界的比較多吧！那麼，對這些民眾的教育可能做的比較少，所以我本來是建議我們這個沈主任，能談醫學方面的教育醫學之倫理，因為這個是關係到醫療的技術也好，醫院的管理也好，整體的大環境跟健康維護相關的，包括健保的制度，包括衛生行

政都有相關，包括整個民眾的衛生教育和社會的教育都是和 health care 相關的，這些都要考量在倫理的問題裡。所以在健保局的時候，我制定很簡單的，健康團體、健康檢查、健康管理，它們的倫理立場來講它的定義會不一樣。過去健保局訂定的，只是說健康檢查就好了，沒有提到後續的資訊系統，這是資源的浪費，所以可以談到我們這個所謂倫理的問題，不是光是醫療的問題，不是光是醫院管理的問題，而是談到整體的醫療跟這個 health care，這個健康維護相關的所有的系統相關的問題。」

老師的答案

戴教授：「剛剛王醫師的這個個案，當然從我們主任的談話裡，就很明白的把這個應該選擇的方向講出來了。當然這個問題並不是老年不老年的問題。難道老年人就沒有享用醫療資源的權利嗎？今天我們好像都有一個相同的這種想法，孔子有說一句話：『老而不死，謂之賊。』這句話是說年紀那麼大了，資源不要把人家用光了。所以這個問題，其實也比我們想像中的複雜一點。當然我們不知道一個人可以活到幾歲，他也許手術之後，他可能活到一百歲也說不定。當然，當一個醫生，有你的責任，但決定權是在病人或其家屬的。不過有時我們沒有時間去跟病人說明清楚，而當病人本身沒有辦法作決定的時後，在醫學倫理上有一個法定代理人，法定代理人是誰呢？就是他最親密的人，就是說，如果病人是先生，那法定代理人就是太太；如果病人是太太，那法定代理人就是先生，再來就是他的孩子或親長。可是在台灣常常碰到的一個問題是，不太照顧父母的孩子通常會說：『要救！要救！』大家都說好了，不要救了，可是住在很遠、沒有來看父母親的，他來的時候就會說一定要救他，問題就產生出來了。這是我們常常碰到的。」

案例二：郭美吟學姐敘述了她所遇到的一個年幼病患，她的家庭背景並不好，母親因為父親的暴力相向而早已離去，而小女孩在住院時已經是癌症末期了，但她的父親仍然常常打她，有一天小女孩和郭學姐要求下樓去福利社買東西，到了一樓的時候，小女孩還想去裕毛屋旁買鹽酥雞，但是學姐基於小女孩身體狀況的考量，而拒絕了小女孩的要求，和她說等她身體好一點的時候再陪他去買，小女孩那時非常的失望，後來因為治療的關係，小女孩都會有發燒的現象，那學姐也無法再和小女孩說任何話，之後學姐本來在課後準備去醫院看她且教她摺紙鶴，但是學姐到了醫院的時候，小女孩仍然一直有發燒的現象，到了下一週學姐再去的

時候，才發現小女孩早已過世了。

是否那時候可以和小女孩的父親討論可不可以帶小女孩去買鹹酥雞的事，以及那時候如果沒有跟小女孩說她不能吃鹹酥雞，不知道她的心情會不會好一點？

如果早知道會這樣，就帶她去買東西；如果早知道會這樣，我當初就多陪陪她；如果早知道....。但是，人生有多少個可以重新來過的機會？曾聽過一句話：「千金難買早知道」。做很多事，都應有詳細的計畫，以免將來後悔莫及。醫師每天所面對的，不只是一位病人的苦痛，而是一個家庭的重心，甚至是一個家族的掌舵；在面對病人時，更應該小心仔細，全力以赴地去醫治病人。

「那天她有一點喘，所以她喘過去的時候，護生就在想，她那麼喘，如果半路出了事怎麼辦？更何況她能不能走到裕毛屋都還是問題。在這樣的考量下，而且她當時的情況並不是那麼好，所以護生才想要把她帶回去，這是當時的情況。那我是覺得說站在不傷害的原則，我們不想在路途中病人受到任何傷害，而來不及救她，所以我們把她帶回來了。」

病人在院外的風險

護士小姐：「如果站在癌末病人的立場，這樣的處置我是蠻贊同她的處理方式，而沒有讓她出去買東西。當然以不傷害原則來講，這是可以，但是我覺得更可以令人探討的是：這個小孩子是不是只是想去外面走一走？因為我聽到妳們是用走的，我們自然是想到說，那可不可以坐輪椅，然後在醫生的同意下，是不是可以出去散散步，或者是到她想要去的地方？」

家屬的心態

護士小姐：「妳有沒有想過如果妳真的帶她出去，隨了她的心意，但是如果當中發生了什麼問題，她的父母親會不會怪妳？依台灣人的習慣，這是有可能的。我想任何一個人內心都有一個非常熱情的心，尤其是在學校的或是剛出學校的，但是在社會上的現實，會讓妳碰到蠻多問題的。人性是很複雜的，所以在做一個決定之前，如果能考慮更周全更好的話。剛剛聽到牧師說的，還有這位同學說的，其實就是說你在做一件事情的時候，妳沒有當時去做，後來造成後悔，

但是因為這個事件可以讓你去思考這個問題、這個東西，所以在以後做同樣的事情的時候，我覺得這樣反而是收穫更多。」

社工小姐：「這個學生做的決定非常好，沒有把小朋友帶到外面去；第二點我是贊同戴醫師的，直接買回來，我覺得這樣做也可以；第三點是這個學妹說她的家長對小朋友暴力的行為，我想我們是不是該轉由社工組來幫我們處理，這是我的看法。」

醫學倫理的範疇為何？

戴教授：「其實這個個案，已經超出醫療照顧倫理了，你們有沒有感覺到呢？醫學倫理當然是生命倫理的一部份，我們接觸的是醫學倫理，那後來因為所牽涉的問題逐漸擴大而變成是生命倫理了。生命倫理包含什麼？生命倫理包含醫學倫理、照護倫理、社會倫理、人際關係，還有生態倫理；換句話說就是人跟人之間的關係，它是對生命的關懷啦。剛剛提到的這個個案，已經超出醫療照護倫理而牽涉到社會倫理的範圍，因為這件事情是妳把她帶到外面去。第一個問題：帶到外面的時候有沒有醫師的同意說她可以出去？在國外一位病人要出去可要請假，得有醫生應允。醫生如果認為病人身體狀況不行是不會同意的。不是像學生在學校不來上課就曠課。病人要到外面去、要回家去看看，可以，但要有醫生的許可。醫生認為說沒有什麼問題的時候，才可以出去，否則發生問題的時候，誰准許她出去的？會追究責任。」

「國外有一個很明顯的例子，我們都知道生小孩在醫院，父母親到醫院去，要出院了，護理人員一定帶你的小孩或是病人到醫院門口才交給你，你說你在醫院作爸爸了很高興，要抱小孩報到醫院外面，醫院是不會讓你抱你的小孩的，一定護理人員帶他到外面去才交給你，踏出醫院的那一瞬間，責任就落到你身上了，那時候開始是父母親的責任，在醫院是醫院的責任，這個是非常清楚的。」

「比方說這些是我的學生，我可以請他們去喝咖啡，他們也可以請我去吃飯呀！可是那時候已經不只是老師跟學生的關係了，也是一種朋友的關係了，所以這個我們要把它分得很清楚，我們醫生可以跟病人是好朋友，可是在診治的過程當中，你是醫生，他是你的病人，在醫院之外，是另外的關係。有關人性關係的複雜性的問題，我剛剛說的非常清楚：這個個案嚴格來說是超乎我們醫療照護倫理的思考的。純粹站在一個當護士的立場，妳如果跟她說不，她好像很可憐；可是妳帶她出去的時候，妳不是站在一位護士的立場，除非是特別護士的角色。台灣的父母親會認為妳還是她的護士，妳要負責任喔！所以這些問題是非常複雜

的。」

同情與醫療的拿捏

—醫療是一回事，同情是同情，仁慈是仁慈，但是這都不衝突，不能混在一起。

醫師：「當然我們都是人啦，做醫師的時候做醫師，做擦地板的時候做擦地板的，還是活在人裡，但是在看了這兩個例子之後，我發現都可以拿出來看，看哪個答案答的比較多，現在這個社會接受的就是這個答案。而且我感覺到同情和醫療是要分得很清楚的，像第二個病人，妳送她過街，假如她有感染或是意外，那責任誰來擔？所以妳帶她出去，那是同情，不是醫療，妳說不讓她去還是可以。妳不讓她去，她可能三天後死亡；妳讓她去，她可能一天就傷風死亡了。這裡沒有意外，因為妳不知道她會何時死亡，所以我還是強調醫療要很了解自己能夠做什麼，自己不能做什麼，什麼事情妳做了會有效果，像第一個案例，那種開刀不能先想到後果，對不對？所以我還是回來，專業是用在相當強的專業的時候，你的能力才可以參考，假如你平常迷迷糊糊的，病人死了才為他掉眼淚，那是沒用的。當然我們的人生都只有走一次，每個人都是拿單程車票，每個人每次心臟病也只會看一次，不會說我心臟病再有一次。回到我們的專業，醫療是一回事，同情是同情，仁慈是仁慈，但是這都不衝突，不能混在一起。」

的確，「醫學倫理」和「積極治療」之間的拿捏，是一件很困難的事。

就好像感性思維和理性推理，看似兩條平行線，永無相交的一天。

但是，尋求他們之間的平衡點，卻又是這般的刻不容緩。

或許，我們永遠找不到正確答案，但是，如同我們這次研討會中所說的——some answers are better than others !!我們已經有了著落點，可以用心思考。相信，我們的努力，一定會有收穫，一定能尋求到一兩者間最佳的平衡點。

第一場的醫學倫理研討會，圓滿落幕。往後，還有5場系列研討會。

未來，相信會有更多醫學倫理得探討，讓我們邁向「人性化的高效率醫療環境」，我們期許這一天的到來，也深信這一天已經不遠，因為—

We are a team, a team to make medicine perfect!!

我們—「用心，讓醫療更有感覺」！

