

幸與不幸

臺大醫學院附設醫院教學部 蕭卓倫醫師

「幸福的家庭都是相似的，不幸的家庭各有各的不幸」，托爾斯泰在《安娜卡列尼娜》的開場白，寫下這句經典名言，學生時期對這句話的認識，始於作文課程中的名言背誦列表之中，當時的我，細想之下仍舊似懂非懂，為什麼幸福就會相同，不幸又是不同？不過中學的作文課也不需要真實深刻的體悟，既然是好句子就是先背起來，之後想辦法在相關的主題上寫到就是了。

時光飛逝，轉眼間中學、大學、出社會至醫院擔任實習醫師一職。一路上遇到了形形色色的人們，不禁發現到一個現象，特別是那些富有、家境優渥的同學、同事，出國旅遊、登山、潛水、美食、攝影……，自我介紹裡面，興趣常常是這幾個共同項目互相排列組合。這幾年因為疫情，以往這些族群的大宗興趣-出國旅行，頓時成為一大難題，既然無法往外走，那只能在台灣島內上山下海尋求刺激，登山、露營、潛水，取而代之成為他們的新興娛樂方式。社群軟體上看到他們的貼文分享，也往往是那幾家星級美食、景點、名牌包包、最新一代手機…。興趣以外，第二專長部份，股票、健身、攝影，大概就可涵蓋到八成。家庭背景方面，不是本身有綠卡美國籍，就是家人有好幾位在國外求學工作。突然之間，一個念頭閃過腦海，為什麼這些社經地位條件較好的人們，大家是如此的類似。

醫生這個工作十分特別，因為人們不分階級都會生病，所以執業生涯中，什麼樣的人們都會遇到。很多醫生族群們，從小到大就讀明星學校，在父母師長的呵護下，在自己的舒適圈成長茁壯。也許就在實習醫生的第一個月份內，一個值班的晚上，電話通知有一個病人急診入院，可能是一位和自己年紀相近，卻早已在江湖打滾多年的男子，渾身浴血火拼後送上病房；可能是一個流浪漢，路倒在寒冷的大街上，數小時後才終於有熱心路人查覺不對送來急診，證件、家人、資訊，一無所有的無名氏；可能是一位比自己小的妹妹，雙臂都是注射毒品的針孔，內褲下包著尿布；可能是一位臥病在床的失智老人，通知子女前來協助住院，結果只得到冰冷的推拖…太多太多的社會故事，這是醫生們以往的人生經歷不曾相處，在新聞上才曾有耳聞的族群。如今，身為他們的績效住院醫師，要一肩扛起他們過去的社會問題，處理現在的醫學症狀，規劃未來的出院回歸。迥異的社會階層、成長背景、語言文化，造成了臨床工作業務上無限的困難，有些同事們，從此以後選擇了未來走向二線科或是慎選自己的病人族群，不想在臨床外，還要分神處理那麼多社會問題。但也同時有部份人，開始反思自身的幸福，誓言要幫助自己的任何病人，因此毅然深入基層。

實習醫生在內科的第二個月，接手了一位可憐的大弟，20 初頭比我還年輕。來自彰化鹿港，和母親以及姐姐相依為命，以打零工為生，渾身上下是不忌口的肥胖身材。1 年前因為咳嗽才意外發現是肺轉移，最後診斷是縱膈腔生殖腺癌四期。四處治療失敗後，最終把台大醫院視為最終希望，媽媽攢盡家財，前來接受還未有證據的臨床試驗治療，期望可以出現奇蹟。每每和主治醫師討論時，他總是說他的癌細胞抗性太強，最後的治療成功率極低，但每當和他媽媽聊到這個話題時，明示暗示她要有心理準

備時，她總是情緒崩潰，完全不能接受喪子的可能，只是一直要我們試盡各種療法。反觀大弟本身知曉病況也知曉自己已屬末期，腫瘤的肺壓迫以及化療的副作用讓他身心俱疲，對於成功率低但副作用大的最後療法感到消極。每天到病房訪視，常常見到的光景就是母子以淚洗面，激烈爭吵治療方向。身為他的住院醫師，我感到非常的無力，醫學部份，癌症的治療已經用上了最新的試驗療法，這已經是遠超課本、指引的未知領域，我無從插手，每天我能做的，只有坐在床沿，好好地 and 病人以及她媽媽說明病情、治療計劃，也因為同是彰化長大，一起聊聊家鄉的事情。短短相處的幾週，我幫他安排了化療前的各種準備，除了醫學上的各種檢驗排程，照會了營養師以及社工給予他們協助，再來就是藉由密集的會談，給予他們心理上的準備。猶記得月底換班時，我和他們開心道別，媽媽還依依不捨的問我下個月去哪個病房，之後希望化療後可以轉去那裡。然而，下個月中左右，我再度點開大弟的病歷資料時，發現最後一次的化療引發了強烈反應，最終他連療程都沒能撐過，媽媽最後一刻簽署了不插管、電擊同意書，讓他最後一刻，走得平靜…

接下來的病房行程，來到了也是充滿故事的內科一般病房。以前學生時期，覺得一般內科病房因為收治各種跨專科的疾病，所以學習效果最好，實際上工後才知道當時還是太天真了。台大醫院急診病人是由各專科收治，而非和外院一般由急診判斷科別押床。通常各專科會優先收治該科門診或是過去住過院的病人，再來就會挑選病況輕、家庭支持好等好照顧的病人，而像是多重共病老人、無親無故無名氏、吸毒犯、暴戾病人或家屬等族群，常常會在急診待上好幾天也不見得會有病房願意收治。以前的

柯文哲市長還在醫院的時候，為了解決這個現象，成立了後送病房，專門收治這些被各專科挑剩下的病人，後續幾經更名，但不論是稱為整合病房、一般內科、後送病房，病人組成都很類似，往往不是病況特別複雜難治，就是有各種社會問題。

整合病房一日，一個急診病人收了上來，40歲女性，植物人狀態已20年，這次因為肺炎入院，聽起來常見不過，但是一上病房，她的媽媽不但簽署了放棄急救書，還拒絕了一切藥物治療，希望我們連點滴都不要給她，正想著怎麼會如此狠心之時，醫療團隊來到床邊聽到這樣一個故事。20年前她搭上男友機車，一場車禍後成為植物人，媽媽辛苦顧了她20年，這些日子來安養院、家裡返復奔波，幾次因為久病臥床引發的吸入性肺炎也一起挺過了，然而病人卻始終沒能醒來。再次的肺炎出現，這次媽媽想了好久，20年下來她也老了、累了，連自己老邁的身體都快照顧不好，把女兒送安養院又怕她受欺負，最後她下定了決心，就讓她這次平靜的走掉。主治醫師和她討論了好久，也尊重她的意思，討論之下還是給予病人基本的營養針，最終在媽媽陪伴下，於病房平順的離開了，對病人對媽媽而言，都是種解脫吧。

和這個案例相反，遇到另一位爺爺，也是安養院臥床肺炎入院，他的家屬從頭到尾就只有住院當天前來，簽署放棄急救以及其他文件後從此不聞不問，深入了解之下，才知道原來他早年拋家棄子，老了之後子女們完全不想承認有這位父親，所以只好靠著社福資源，長住在安養機構。另外，也有很大一部份的反覆住院病人，來自於開刀併發症。一位70多歲的阿公，住院接受鼻中膈切除術，結果術後腦部缺氧，從此智力退化至5歲

，然而孩子的心配上成年男性的肌力，造成弱小的外籍看護照護上極大的困難，所以只好每天把他綁在床上。病人日漸衰弱，醫療訴訟的進度卻還是遙遙無期。

記得以前高中要申請醫學系時，有一個面試考古題是，病人沒有錢開刀住院該怎麼辦呢？實務上不會是由醫生自掏腰包來付，而是各家醫院會成立社福基金，專門用來處理需要社會救助的病人。完全沒有親人的病人，社工也會以公基金申請社福看護。現在政府大力推行的長照 2.0 政策，也處理了很多社會問題，社工也會協助病人家屬出院後進行申請。

「莫忘世上苦人多」雖然因為前幾年的選舉，這句話引起了爭議，但不以人廢言，這句話真的深得我心。醫療業大環境不佳，大家總是拿牙醫、工程師、機師、房東等職業，哀歎醫療業的不值，然而轉過身來，病床上看到那麼多辛苦的人生，相對之下，自己好像又沒有那麼不幸了，所以現今也才仍有那麼多醫護堅守崗位。

不幸的家庭各有各的不同，唯一的相同，是在醫院的短短時光，醫事人員連同親友看護，一同為病人付出的這段過程。康復出院是目標，就算疾病終不可逆，生命在此次住院畫下句點，不幸的人生的最後一程，也要讓他們能舒服、有尊嚴地度過…