

假如我是 病人家屬

文 / 蔡昇宗 花蓮慈濟醫院神經外科主治醫師

一天晚上值班，接到急診來電說有一位約六十歲左右女性因為騎摩托車與汽車對撞後車禍發生意識昏迷的危急狀況。因為發生事故地點距離醫院很近，所以救護車約十分鐘很快就將患者送來急診。我抵達急診急救區看到病患的時候，昏迷指數約七分（註），左眼瞳孔呈現放大並且對於光線照射沒有反應，當下急診醫師立即為病患插入氣管內管維持呼吸功能，並且為病患安排緊急電腦斷層。對於稍有經驗的神經外科醫師來說，這樣頭部外傷後的緊急狀況再也平常不過，應該是左側有大片腦出血導致神經壓迫，我們立即先聯絡開刀房準備。果然，電腦斷層出來顯示左側有大片硬腦膜下出血合併腦挫傷，我們就與她的子女立即解釋腦部出血的狀況與手術所能救命的情況。

沒想到，當下患者的子女回答我們，他們並不希望手術進行。我雖然相當的驚訝，但還是問了家屬是否有什麼特別的原因，所以選擇不積極的治療呢？家屬反問我開完刀之後病患一定會清醒嗎？我回答：因為昏迷指數屬於重度頭部外傷，加上病患的年紀較大，所以腦部手術完初期可能還是昏迷，但是應該還是有至少一半以上的機率會清醒。家屬聽完回答，那還是有一半的機率不會清醒，那不就是植物人，要照顧一輩子。我當時心中相當的激動，因為我認為若開刀了，也許無法百分之百完全恢復，但他是有一半的機會是可以清醒甚至好轉的。於是我的口氣也不



自覺地大聲起來說：「好啊，我尊重你們的決定！」當下，為病患訂了加護病房的床後就與家屬分開了。當天晚上，我心情仍相當的激動，其實是有一點動氣的；不知是氣家屬做出與我們不同的決定，還是因為家屬那種對於醫療似乎很被動消極的反應。

意識昏迷的病患在神經外科治療的過程中仍是最困難的一部份，因為手術能做的是將腦神經回復到不受壓迫的情況，但是病患會不會清醒與何時會清醒往往沒有更先進的儀器與治療能夠幫助，因此時常必須跟家屬討論手術後可能的情況。若是手術完後病患仍有生命危險或成為植物人的機率很高的話，通常我們就會與家屬溝通，一般家屬也都會選擇安寧緩和照顧的方向；但是有時卻也碰過家屬放不下受傷太重的患者，選擇積極手術治療，卻也偶而遇見醫療與生命的奇蹟，患者在手術數月後清醒。我時常覺得身為醫療的一員，其實我們能做的非常有限，建議各種手術的方式與恢復的機率後，在急診狀況的壓力下，往往家屬只有數分鐘能夠決定，然後為患者祈禱手術後是落在好的機率結果。我自己常常在想，若今天我是站在家屬的一方，我會做什麼決定呢？

註：「昏迷指數」是醫學上評估病人昏迷程度的指標，包括睜眼反應、說話反應、運動反應，三個方面的分數加總即為昏迷指數。正常意識清醒者是十五分，最低分為三分。輕度昏迷是十四到十三分，中度昏迷為十二分到九分，重度昏迷為八分到三分。通常低於八分，就是嚴重的頭部外傷。🕒



蔡昇宗醫師在花蓮慈院巴金森紀念音樂會上和病友一起演唱「阮若打開心內的門窗」。攝影／黃思齊



白袍省思

最終，我們還是依照家屬的意願，沒有為這位病人開刀，進行支持療法，然而病人活下來了，並成為植物人的狀況。

醫學倫理原則的第一項就是「尊重自主原則」，但是我們的急診病患往往都喪失意識，需要依靠家屬來決定，甚至有時在聯絡不到家屬的情況下，由醫師團隊來決定。我們身為醫療人員，該如何盡到告知患者足夠的訊息，並獲得病患的同意以進行醫療處置？所以我常與醫學系的學生分享，神經外科在病情解釋上有一個特殊性，就是與家屬的說明及互動；不然，您如何與一位無意識的病患解釋因為他的腦部出血，所以需要緊急腦部手術，但是手術的結果根據醫學統計，最不好的狀況有一半會是植物人。這種情況，真的就很像前幾年一本描述神經外科的科普書名「神經外科的黑色喜劇」。

所有的患者與家屬們都是我們在醫療道路上的老師！雖然我們從醫療專業上學習到所有治療的方式與結果的機率，但是每一位患者要面對的，那都是「唯一」——不是昏迷就是清醒。除了未來在醫學的研究上，我們能夠針對意識昏迷的患者在意識清醒治療與評估上鑽研並有突破，我們能做的或許也真是盡我們所能來跟家庭的成員解釋各種可能，並且站在他們的角度設想，如果我是患者的子女或是父母，我會做什麼決定，並且尊重、接受家屬任何可能的決定。