



誰的 呼吸權 ？



文 / 林彥光 花蓮慈濟醫院一般醫學內科主任
攝影 / 謝自富

一切，該從哪裡談起呢？

二〇〇一年，那時我在母校中國醫藥大學附設醫院服務，剛從內科 R1（第一年住院醫師）升 R2（第二年住院醫師），因為當時的我對胸腔科很有興趣，就到 RICU（胸腔內科加護中心）學習第一線的照顧。

當時衛生署對插管使用呼吸器的病人有一項規定，內容大略是：「如果插管超過二十一天就應做氣切手術，轉呼吸照護中心 (RCC) 繼續照顧四十二天，再轉呼吸照護病房 (RCW) 繼續照顧……」那時我正照顧一名因肺炎併發急性呼吸衰竭的老伯伯，在第一個星期度過死亡的高危險期之後，進入了「拔不了管」的窘境，住院兩個星期後，在主治醫師指示下，我開始「遊說」家屬做「氣切」。

在當時的臺灣，還沒有發展出「長期照護」和「維護生命品質」的觀念；氣切既然是讓病人活下去的唯一方式，醫師也就順理成章的建議家屬接受，在大多數的情況下，家屬都會接受醫師的建議，但在這個個案上，我卻碰到令人挫折的「抵抗」。

老伯伯有兩個篤信佛法的年輕女兒，她們堅決地不做氣切，有時在我「曉以大義」之後，她們會軟化接受，但隨後又堅決反悔。「狀況」就這樣僵持著一個星期，很快，「插管超過二十一天就應做氣切手術」的期限就快到了，令人訝異的是，此時兩個女兒要求帶父親回家，他們說，因為既然「肉身已經敗壞了」，希望在家中請師父助念，讓父親安詳往生淨土。

這對當時也「篤信」西方實證醫學的我而言，是一件真正「荒謬」的事。主治醫師反應更激烈，他說，如果家屬把病人帶回家拔除氣管內管的話，那他就要控告家屬「謀殺」。因為在當時，〈安寧緩和條例〉尚未修正為「可拔管」，一旦插上氣管內管，就沒有任何人可拔除。

在這樣的「僵局」下，每次的會客，就會看到家屬不停的哭，也無法聽任何的解釋。看著伯伯當時的病況發展和家屬的反應，經過幾天的思索，我跟家屬說，「你們就帶伯伯回家吧！」她們一聽，一臉訝異的看著我說：「那拔管怎麼辦？」

我說：「我會在下班後，以『個人的朋友』身分跟著救護車到你家幫伯伯拔管。」她們很高興的說謝謝，接著就回家忙「後事」了。

我也是，當時的我，違反了主治醫師的命令，遵從了自己的良知，做了自己覺得該做的事。為了「不想解釋」，就去辦理了辭職，辭職後，我就騎著摩托車跟著救護車到伯伯家中。

當我走進伯伯家中，準備從事生平「第一次謀殺」時，在我始料未及之時，救護車司機已經「熟練的」把氣管內管拔掉了。兩個家屬和她們的師父站在客廳，伯伯平靜的躺在地上喘息，「南無阿彌陀佛」的梵唱聲靜靜的流誦在客廳中。

在一片出我意料的結尾後，我跟家屬低聲的告辭，回到家中，開始思考「不做醫生到底還能做些什麼」。兩個星期後，家屬透過同事，送了一片影音光碟給我，附上一小封信謝謝我讓她們的父親回家且往生淨土，並說明光碟的內容是她們的爸爸往生時的瑞像。

我從來沒打開看過光碟的內容，但它給了我某種意義，繼續當醫生。



【白袍省思】

有一次，我看到一本書叫做《故事的呼喚》，其中有一句詩：「鮮少有人知道，自己將死於何處，但是，我知道，在一座磚牆臉的醫院裡面。」這首詩支撐了我繼續做下去。

安寧緩和條例修正前，末期病患要撤除維生設備，除了要四代親屬共同簽署同意以外，還要醫院倫理委員會通過。現在，當事人可事先預立意願書，放棄無效的心肺復甦術或維生醫療急救；在意識昏迷或無法清楚表達意願時，經一名關係最近的家屬簽署同意即可拔管；若未預立意願書，也無親屬代為同意，則授權醫療團隊判斷。

〈安寧緩和條例〉的「修正」真是一個善法，讓臺灣的醫療人權又跨進一大步，期待「長期照護法」也能早點通過，讓逐漸高齡化的臺灣社會人民都能獲得良善的照護方式，老有所終。🌱

