

聆聽心底的聲音

Listen to your Heart

■ 文 / 李慧珍 慈濟醫院大林分院大夜班副護理長

加護病房是醫院處理重症的單位，就像是生命河流的閘門，在生與死的界線上攔阻生命的消逝。搶救生命的工作是分秒必爭的，必須隨時監測病患的病情變化給予最適當的醫療處置。

增加生命的長度

呼吸停了，趕緊插上氣管內管佐以呼吸器輔助；心跳慢了，馬上給予強心劑；血壓掉了，昇壓劑早已備在一旁；鈉、鉀、氯、鈣、磷、鎂等各種電解質，有各種藥物可以

補充矯正；白血球、紅血球、血小板、血漿等各種血液成分，醫療技術也可以分離個別補充；心臟功能不好，有主動脈內氣球幫浦(IABP)可以幫助；肺臟功能不好，有體外膜氧合器(ECMO)可以替代；腎臟功能不好，腹膜或血液透析可以幫助排除體內廢物，即使血液動力學不穩定的患者，還有連續性腎臟透析的方法，以時間來換取空間.....我們的工作，彷彿是在扮演上帝的角色，用盡所有的方法試圖增加生命的長度。



然而在生命這嚴肅的課題之下，專業、親情、倫理道德、法規制度的相互糾結，牽扯著理智與情感的難以抉擇.....

非專業醫療的配合與否

進入到加護病房的患者家屬，都會從醫護人員手中接過一張「病危通知單」，宣告著患者病況的危急。在門裡，醫護人員依循專業的知識判斷病情並給予迅速而正確的醫療處置；在門外，家屬僅能在內心祈求著上天所賜與的奇蹟。然而奇蹟並不是空等待就可以出現，所以除了在專業的醫療仰賴醫護人員之外，家屬也開始尋求非專業醫療的任何機會，不管是民間信仰的大悲水、符咒、神明的外衣、口耳相傳的中草藥配方、誇大的電視廣告藥物.....等紛紛出爐。面對家屬諸如此類的請求，這些沒有科學根據的做法，我們究竟該不該協助？

擺脫病痛的抉擇

此外，在臨床上常常看到病患在生與死的關頭徘徊，只因爲不能接受專業醫療的建議處置。例如，呼吸衰竭的病患必須仰賴口中的呼吸管及呼吸器維生，除非呼吸管路拔除，否則到死都是只有身處在那一

方天地與呼吸器共存。然而有時這類病患需要的僅是一個提供呼吸的管道，在喉嚨處製造一個小開口的氣管造口術（俗稱的氣切），就可以擺脫呼吸器的限制，恢復自由生活；或是一個肢體傷口嚴重感染的患者，在反覆的感染與擴創之中，抗生素漸漸失去了效果，截肢的選擇將可能打破這樣的輪迴，擺脫感染與病痛的糾纏。雖然醫療人員一再的將專業的觀點告知病患與家屬，也一再的描繪出離康復不遠的願景，卻因爲家人根深蒂固的「全屍」觀念，以爲萬一無常發生，沒有留下缺口的身體，才能再來人間，而無法讓病人脫離生死關頭。此時總不禁感嘆著：如果可以強迫給予醫療處置該有多好？

不愛自己的常客

加護病房雖然是重症單位，但是有一群人常會反覆進出加護病房，最常見的就是肝硬化合併意識障礙或腸胃道出血的患者，除了疾病的自然歷程外，還有就是無法改變生活習慣的酒國英雄們，有些甚至是在酒酣耳熱之際直接進了醫院。面對這些「常客」，出院時的戒酒保證還在耳邊，下一刻卻又回到起點，不斷的循環又反覆，面對這樣

的個案，總是會在心中反問自己：「他自己都不愛護自己的身體了，我們這樣努力的搶救生命的意義何在？」

不急救的權利

「就到此為止吧！」有些病患在接受疾病的自然病程終結時，會做出的這樣決定，但意識喪失的那一刻，家屬的不捨改變了既定的抉擇，曾有因此又延續生命的病患，在悠悠轉醒時發現身上各種賴以維生的管路，眼中所流露的悲苦及不信任。每個人對生命的期許不同，對生命長度與廣度是否也有自己選擇的權利？曾經聽過老前輩開玩笑的說：「聽誰的？」「當然是要聽會告你的人。」聽來既現實又可悲，但是當病患已失去自我表達的能力時，又要怎麼捍衛病人清醒時的意願？在病患沒有行為能力的時刻，家屬在法律上是當然的決策者。

難以抉擇？唯心而已

護理人員在面對這些情況時，應該要怎麼做？嘗試家屬的非科學的療法？即使明知沒有醫學的根據；要尊重病患及家屬的決策嗎？即使

明知對病情可能有害；在現實與理想、法律與倫理道德、專業知識與人情義理之間，我們究竟應該要怎麼選擇才是真理？這些問題其實都沒有所謂的對或錯，也沒有所謂的標準答案，但卻在我們的內心不斷的衝突著，也實實在在的考驗著護理人員的智慧與判斷能力，如何得以兩全？我們一直在思考的問題，也日復一日的試練著我們的堅持、我們的信念。在加護病房，面對生命的脆弱，該要如何用悲憫而不失樂觀的態度面對？

無緣大慈，同體大悲以陪伴而非對立的立場增加思考的廣度，設身處地才能最貼近病患及家屬的心靈。該怎麼做？靜下心來，聽聽心底深處的聲音，答案逐漸清朗起來……

盡我們所有的能力，安病患也安家屬的心，即使專業知識與倫理道德在心中不停的進行攻防戰，依舊用我們堅定的雙手給予病患膚慰，用我們無畏的心給與支持，也用我們的懷抱給予溫暖。萬一終了的一天到來，讓他們也能微笑的鬆手，了無遺憾的走。