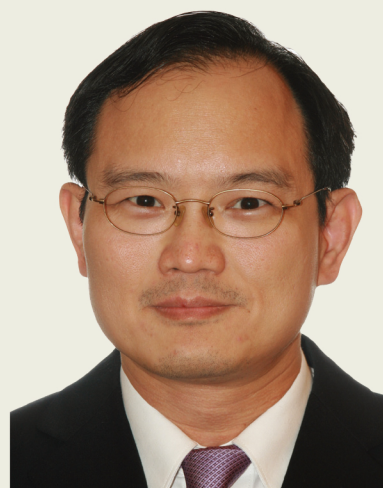


危重病人遇上 危重病科醫生： 還有選擇嗎？



陳惠明醫生
瑪麗醫院成人深切治療部

深切治療部的功能

深切治療部（Intensive Care Unit, ICU），是醫院內一個相當重要的部門，但對一般市民來說，ICU卻相對陌生。始終，跟一般病房不同，入住ICU的病人的數目很少。一般大型醫院的ICU，每年也祇能接收千多名病人。

ICU兩個基本功能：第一是提供一般病房不能提供之治療，例如：呼吸機；腎替代治療如「洗腎」、「洗血」；血壓支持如輸液、輸血、強心藥，以至近年多了採用的人工心肺儀器。另外就是加強監護——ICU內有著密集的儀器及醫護人員，如果病情出現變化，便可以相對及早察覺。

香港ICU的粗死亡率大概百份之十至十五。換句話說，就是過半入住ICU的病人，結果仍然能夠順利離開ICU的。

從醫生的角度考慮，任何治療的目的是相對肯定為病人帶來利益多於損傷，就如不是每個癌症病人也要動手術；以同樣思維，也不是每個患重病的病人都轉送深切治療部。

醫生的三大考慮

在評估病人應否轉往ICU搶救，醫生基本上有三個考慮點：

1. 病情的嚴重性
2. 疾病痊癒的機會
3. 病人存活下來後的生活質素

這些評估當然有不確定性。醫生的極限，也祇是一個人，判斷總可能有差誤。

以上提及的條件，確實存有很大的灰色地帶。通常最難判斷的，是病人存活下來後生活的質素。愈來愈多研究顯示，如果病人在重病時曾經歷嚴重的肺損傷，腎衰竭或者神志出現譫妄的情況，即使存活下來身體往往大不如前，部份更需要別人長期照顧。這對病人及家屬，也顯然不是一個理想的結局。

藥物可能可以對抗疾病，但病人康復與否是有很多非治療相關的因素，並非藥物可以改變。例如，我知道膿毒症（敗血病）引致的休克，成功搶救的機會約是70%，即使給予有效的治療，我通常沒辦法在剛開始搶救的一刻，判斷那個病人是救治成功的70%，還是藥石無靈的30%。我可以相對肯定一小部份病人是一定搶救不了，但我不知道的是哪個病人最終可以救活的。

這讓我思考：甚麼是病人最大的利益？


活下來就是最大利益嗎？這當然不可以一概而論，因為，搶救不是單一的步驟而是一個過程。開展搶救以後，結果當然不能預計，而可以說有一些情況，即使是成功搶救，結果卻可能是生不如死。

決定權的不平衡

其中一個大的問題是決定權的不平衡。受痛苦的是病人，但決定的往往不是病人。

在ICU，我們出手搶救治療的第一刻，我們基本上已經排除了「一路好走」這個選項。

我覺得永遠應該是從病人的角度評估。這一點是很重要的，以往在這樣情況，很多家屬的考慮是從自己角度決定，但往往沒有考慮病人自己對疾病的看法。我治理過很多積極的生命鬥士，但也看見很多長期病患者，生活



對他們可能已經是一種折磨。這些醫生不一定可以判斷，家屬易地而處，便可以給醫生多一些資料作考慮。另外要從最壞的方向想。比如動手術，手術成功，病人或許存活，但如果手術及以後的相應治療不成功，病人是可能飽受煎熬才過身。我相信沒有人願意在折騰一段時間才過身的。

我們當醫生的，也是本著法律的依據。在普通法適用地區，如病人不清醒而未有預先作出預設指示，醫療決定權不是自動轉至配偶或家屬，而是醫生根據當時標準的治

理模式決定進行或不進行。因此，也並不是家屬「決定」放棄病人。

沒有人知道自己明天是否仍然在這個世界上。

多年在ICU工作的經驗，使我更懂得珍惜當下。如果要對身邊的人好，是應該要每一天也對他好，不應祇是在最後的一刻。也不要讓自己有後悔的機會。拿出勇氣，跟你關心的長輩對話。讓他們在清醒時也可作出選擇，而當遇上危疾時，嘗試易地而處：他會怎樣抉擇呢？