

選摘

你是重要的，因為你是你。

即使活到最後一刻，你仍然是那麼重要。

我們會盡一切努力，幫助你安然逝去，但也會盡一切努力，讓你活到最後一刻。

——安寧醫療之母，Dame Cicely Saunders

「有沒有問題？」

星期一上午接近九點，在臺大醫院新院區六樓緩和醫療病房只有兩張長桌，不到六坪的小會議室裡，家庭醫學部主任蔡兆勳一邊收拾電腦準備結束今天的晨會，一邊詢問在座包含醫學生、住院醫師、總醫師和其他醫院的研修醫師，共 8 位聽課的學員，大家是否還有任何問題。

個子不高，身穿醫師長袍，打著領帶的蔡兆勳，不笑或思考的時候嘴巴會習慣性地往下抿，看起來很有傳統醫師的威嚴。不過，一旦說起話來，他國台語夾雜且略帶腔調的口音，以及豐富的手勢卻給人一種親切阿伯的感覺，這是我喜歡聽他課的原因之一。原本不認為自己可以當醫生的蔡兆勳，醫學系畢業後打算選擇病理科，因為「病理科不用看人」，但在家人一面倒反對之下，就選了當時訓練時間最短的家醫科，沒想到卻「越來越有感覺」。

2017 年是他進入安寧醫療第二十年，或許是這樣的特質，知名主持人豬哥亮去世前二十天有安寧療護團隊的陪伴，負責的醫師正是蔡兆勳，兩人因此建立起一段友誼。對於臺大醫院 6A 緩和醫療病房的病人而言，「蔡主任」出現在病房裡，往往就是安心的保證，再怎樣困難的病人，在他面前大多能就此平靜下來。

不過，可能是小說或電視看太多，原本我以為的課程，會是那種醫師學生們在座位上正襟危坐，教授在台上嚴肅地上課的場景。但實際上，蔡兆勳上課的風格是嚴肅帶著輕鬆，因為每個聽課的人時程都不大一樣，尤其需要值夜班的住院醫師常常一有狀況便整晚沒睡，值完夜班後如果已經接近上課時間，只好硬著頭皮直接過來上課，所以一邊吃早餐一邊上課是很平常的事。

蔡兆勳開始聊起星期天他去演講的事情，用來打發下課前整理電腦的空檔，不過大夥沒有什麼動靜，也沒有人起身先離開。

「我演講也希望大家會給我一些回應……呵呵，劉奕在笑。」蔡兆勳笑著對一位坐在我對面的醫師說，眾人紛紛竊笑。

「不過是……其實是真的有問題就是……」每次上課幾乎都戴口罩、穿著綠色值班服，笑口常開的這位年輕醫師，是一個月前剛從萬芳醫院來臺大家醫部進行研修的劉奕。

「真的有問題？」蔡兆勳停下手邊的動作問道。

「嗯，不過這個問題可能……」劉奕笑著說。

「問題很大？」

「我覺得還滿大的。」

「你稍微講一下，」蔡兆勳要劉奕說下去，其他人的目光此時都往劉奕身上投射，「我很容易聽懂問題，為什麼？因為我一直在接觸這些事情，所以你可能講幾句話，我就聽懂是什麼

事情。」

「就是……不知道主任能不能再說一下，」劉奕有點靦腆，把「說」字念成誇張的捲舌音。

「就是……」劉奕尷尬地笑著，硬著頭皮問：「安樂死跟安寧緩和療護，最大的差別，到底在哪？」

聽到這個問題，我嚇了一跳，想起前幾天上課前和上課的醫師們閒聊時，我問他們對安樂死的看法是怎樣，一位醫師對我說，不是只有某一位醫師反對，是所有醫師公會的醫師都反對。

「差別是什麼啊……」蔡兆勳像是在反問自己，似乎對劉奕問這個問題感到訝異，卻又不感到意外。

安寧緩和療護與安樂死

「對，」劉奕接著回答，「因為，比如說像我們決定這個病人不要打抗生素，或者說不要輸液，其實就我自己的感覺，我也有點變相在給他……」

「安樂死？」蔡兆勳接話。

「安樂死，只是時間的問題而已，」劉奕點頭，「所謂安樂死當然是一瞬間把他……cancel掉，但如果這個病人真的 well prepare for anything，然而他就是不喜歡後面的痛苦……」

劉奕想了一會兒接著說，「嗯，因為像我之前那個（病人）……」

蔡兆勳似乎也想藉這個機會，幫在場的醫師跟醫學生們釐清安樂死和安寧緩和療護的差異所在，「這裡大家要聽清楚有什麼不一樣。」

上課那天是 2017 年 12 月 4 日，一個月前的 11 月 7 日，因為胰臟癌末期而積極推動安樂死法案的 84 歲知名體育主播傅達仁，原本已經通過安樂死的資格，在這天抵達瑞士準備執行，卻在十天後因為不捨家人而返回台灣，不但讓安樂死議題再度成為熱門話題，也對推行將近三十年的安寧緩和療護造成衝擊。身處早在 1995 年便已開始推行安寧緩和療護的臺大家庭醫學部，對剛接觸這個專業領域的劉奕或其他醫師來說，安樂死不是一個禁忌的話題。根據我不是很精確的觀察，年紀在蔡兆勳以上的醫師，似乎一面倒地反對安樂死，但年輕醫師的態度就比較開放。有趣的是，1976 年 9 月 3 日的《中國時報》引述華盛頓大學的安樂死態度調查，發現近半數的「青年醫護人員」（不過這個報導並沒有定義青年醫護人員的年紀）贊成「積極安樂死」，九成贊成「消極安樂死」。而教授級的醫師和年長的醫師（同樣的，也沒有定義何謂年長醫師），則只有不到兩成贊成積極安樂死，接近九成的人贊成消極安樂死。當時對安樂死的看法主要分為積極安樂死和消極安樂死。前者就是一般人所熟悉的以人為方式讓患者提前死亡，後者則是停止一切可以延長患者死亡的醫療措施，讓患者自然地結束生命。

那一年的 3 月 31 日，美國紐澤西州最高法院七位法官史無前例地判決，因減肥而服用過量鎮靜劑導致昏迷將近一年的 22 歲女子凱倫·昆蘭（Karen Ann Quinlan），只要由醫師組成的評估小組認為昆蘭「沒有康復的希望」，則可以合法「移除」人工呼吸器，不構成犯罪，成為美國史上第一個安樂死判例（事實上這不算是安樂死），以及討論死亡權的開端。先前她的父親曾提出移除女兒呼吸器的訴訟，但遭到駁回。在這個判例之後不久，同年 9 月美國加州通過《自然死法案》（Natural Death Act），推動「生預囑」（living wills）（又被

稱為生前預囑，或「預立指示」、「預立醫囑」，Advance Directives，AD），意思是在健康的時候可以用書面表達面臨死亡時的醫療決定，比如接受或拒絕急救。由於這幾個事件，讓安樂死議題在 1976 年的時候占據世界各國的媒體版面，台灣也不例外。

我不確定在醫院，特別是在安寧病房提出安樂死的問題是不是禁忌，但年輕的醫師們似乎有些緊張。

「就是，他已經準備好任何事情，然後也跟家屬交代所有後面的事情了，但是他就是不想要後面的痛苦。」劉奕繼續說。

劉奕剛到臺大醫部沒多久，負責照顧的一位四十多歲的癌症末期病人，他因為肚子滿是腫瘤並擠壓兩側的輸尿管，導致尿液無法排出而漸漸腎衰竭，同時還壓住腸子引起惡性腸阻塞，不管吃什麼東西都會吐出來。劉奕向他解釋這兩種症狀可能的處理方式，但不管怎樣最後都會導致死亡，只是兩者的死去方式會有所不同，就看病人要選擇哪種方式對他最不痛苦，最有尊嚴。劉奕後來告訴我，其實那時候他還沒有在醫院見過惡性腸阻塞的病人會發生什麼事，只有在教科書讀過而已。

我想到劉奕照顧過的另外一位類似狀況的個案，五十多歲的男性胰臟癌末期病人。因為他不管自己的惡性腸阻塞有多嚴重，怎麼吃怎麼吐卻還是想要吃生魚片，所以我叫他「生魚片老爹」。不知道他現在怎樣了。（未完）