

<<生死謎藏>>

图书基本信息

书名：<<生死謎藏>>

13位ISBN编号：9789862132043

10位ISBN编号：9862132043

出版时间：2010-11

出版公司：大块文化出版股份有限公司

作者：黄胜坚

页数：242

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<生死謎藏>>

前言

推薦序 以人為本的醫療照護：尊重、關懷與同理心 臺大醫院 院長 / 陳明豐 臺大醫院
，百年來深受台灣人民的信賴和寄望，賦予恢復健康的重責大任！
儘管尖端醫療科技，成為現代醫學診斷、治療的重要依據，但是全體醫療團隊的態度、執行力，才是真正決定醫療品質的基本元素。

以病人為中心的醫療服務，是體恤病人的不舒服和家屬的焦慮，而不是以百年老店的心態，不隨時代改變而高高在上自滿的醫療行為，這是臺大醫院時時刻刻在做的自我反省。
美國自2000年開始，提倡重視醫療的安全問題，包括了如何提供給病人無縫式的醫療流程等，這些都是我們的努力目標之一。

我國是第十八個設立安寧療護機構的國家，目的是為生命末期的病人與家屬，提供臨終照護與悲傷輔導的專業服務；陪伴他們接受臨終的事實，減輕或消除病人身體的疼痛、不適應症、或心理壓力，陪伴病人安詳走完人生最後一程，並且讓家屬能勇敢面對病人的往生。

對於重症或慢性不治的末期病人而言，安寧緩和醫療是指：為減輕或免除病人的痛苦，施予緩解性、支持性的醫療照護。

而在臨終之前，維持病人的生活品質，協助病人盡量沒有痛苦的離世，這是安寧緩和醫療的重要目標。

在臺灣，安寧緩和醫療，因為宣導的不足，以致於和民眾認知產生很大的以訛傳訛之誤會，以為接受了安寧緩和醫療，等同被醫療團隊放棄而不再有所作為。

黃勝堅醫師，不但是臺大醫院資深的腦神經外科醫師，也是國內少數很早就取得「安寧緩和醫療」專科證照的醫師，對於重症末期病患照護，有豐富的經驗。

「善終權」，原本就該是每一位民眾都該懂得的人生備案，期待黃勝堅醫師的苦口婆心，能幫助大家了解，人生有許多需要學習成長的功課，都在《生死謎藏》間揭曉。

未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗 臺大醫學院 / 台北醫學大學 / 恩主公醫院教授
佛教蓮花基金會 / 董事長 台灣安寧照顧協會常務監事 / 前理事長 陳榮基 安寧緩和醫療創始於1967年英國倫敦西西里?桑德斯女士(Dame Cicely Saunders)創辦的St. Christopher's Hospice。

1990年馬偕醫院引進安寧病房。

1995年臺大醫院設立緩和醫療病房。

2000年立法院通過《安寧緩和醫療條例》，賦予我國國民可以在臨終時，拒絕痛苦的無效醫療，選擇不施行心肺復甦術(DNR)，以求安詳往生的權利。

1990年世界衛生組織(WHO)揭示緩和醫療的原則為：重視生命，並認為死亡是一種正常過程；生命與死亡不是對立而是連續的；緩和醫療既不加速也不延後死亡，它提供痛苦和不適症狀的解除，它整合病人心理、社會和靈性層面的照顧。

是幫助病人盡可能地積極生活直至死亡的一種支持系統，它也提供協助家屬在病人照顧和死亡哀慟期間調適的一種支持系統。

因此，在安寧緩和醫療裏，生活的品質比生命的長短更為重要。

從前的醫學教育偏重「醫生」、「救生」，尤其在1960年代各種搶救生命的心肺復甦術(CPR)出爐，而且越來越進步，醫院的加護病房充滿各色各樣的新式武器，從人工呼吸器到體外維生系統(ECMO葉克膜)，在家屬企求一絲希望與奇蹟，醫師不肯服輸寧與死神奮戰到底的努力，可以使臨終病人求生不得，求死不能，受盡折磨，讓病人含恨而終，讓家屬悔恨不已。

本人有幸參與推動安寧緩和醫療的志業，終於了解古人期待「壽終正寢」的意義，悟出安詳往生是一種重要的人權，而協助病人安詳往生，應該也是醫師的天職。

醫療人員應該善盡「醫生與顧死」的使命，維護每一位病人從「子宮到墳墓」、「從出生到死亡」。

在十幾年的努力中，很欣慰的看到很多同道的加入或支持，更意外與感動的是看到兩位長年在加護病房奮戰救人的學生與同事，臺大醫院外科加護病房的負責醫師，柯文哲醫師及黃勝堅醫師，經過多年不眠不休的搶救病人，看盡人生生死交會時的種種悲歡與折磨，終於悟出了何時應該奮力搶救，何時應該協助家屬放下，協助病人有尊嚴且安詳的走完人生句點。

<<生死謎藏>>

柯醫師的祖父是我的小學老師，黃醫師神經外科出身，與我這個神經科醫師，算是同行。兩人在繼續堅守加護病房搶救病人的使命中，也到處宣揚並教導加護病房工作的同道，如何善盡「護生與護死」的神聖任務。

本人多次聆聽他們兩人的醫學宣教演講，每次都很有深的震撼。

黃勝堅醫師是臺大醫院神經外科主治醫師，神經外科加護病房主任，曾任臺大雲林醫院外科部主任，在他繁忙的醫療工作中，紀錄下點點滴滴，與讀者分享他的失敗與成功，他的悲傷與安慰，希望醫療從業人員，讀後能夠學習到如何善待病人、善待家屬；也希望一般民眾，讀後能夠知道如何提早預立選擇安寧緩和醫療，也就是預立選擇臨終DNR的意願，保障自己安詳往生；在親人面對絕症末期時，如何與醫師及時配合，協助安詳往生。

本書《生死謎藏 - 善終，和大家想的不一樣》，黃醫師告訴我們，第一次面對死亡及第一次陪伴死亡的經驗與心路歷程。

第一章「拼」，黃醫師有句名言：「有希望，拼救命，沒希望，拼安詳往生。」

道盡了「醫生與救死」的精髓。

第二章「DNR」，從案例中解說DNR的真諦，及如何預立或及時確定DNR的意願，如何化解家屬間的不同意見的困擾。

黃醫師告訴我們：「簽了DNR是善終的起點，不是代表一定得死、不是代表甚麼事都不用做！

簽了DNR之後，是醫療團隊對家屬承諾：如何問心無愧的，面對病患與家屬，陪伴一起走過死亡的幽谷！

第三章「安」，黃醫師說：「醫療團隊為怕被告，為自保，對臨終病人做任何不必要的搶救，已經不去在意病人，痛不痛苦了？

難道家屬因為不捨的心理或因為害怕陷入不孝的迷思，要讓醫師以痛苦無效的CPR，來造成另一種無法平復的傷害嗎？

第四章「願」，黃醫師說：「對末期病人來說，要的不是CURE（治癒），而是CARE（照護）。

醫師能做到的，是預防病人最後的痛苦，盡量幫忙善終。

雖然很多人說，現在的醫療是器官化、疾病化，但別忘記，最後必須回歸到『人』的身上，醫師不是在照顧器官、不是在照顧疾病，是在照顧『人』！

本書附錄，由臺大醫院資深護理長李芳珊所寫的「回首來時路」，她告訴我們：「我們發現：病人是救活了，但是他的生活品質呢？

這些死裡逃生的病患，因為嚴重腦傷，他們整個生活的依賴度是相當高的，當他們出院之後，家屬所面臨的困境，是我們當時所想像不到的。

」她的心路歷程，很值得大家深思。

本人有幸在本書付梓之前，先行瀏覽，再一次感受聆聽黃醫師演講的震撼，願意向一般讀者及醫療人員鄭重推薦這本如何面對死亡的好書。

畢竟：大孝與大愛並非不計親人痛苦的搶救到底，而是親切陪伴疾病末期的親人，協助他坦然接受疾病，減少他身、心、靈的痛苦，協助他放下萬緣，安詳往生。

人生終需一死，絕症病人的死亡，並非醫療的失敗；未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗。

活著，是最好的禮物；善終，是最美的祝福！

良醫、良知、良能；善生、善終、善別 國立成功大學醫學院教授 台灣安寧療護推手
趙可式 醫學系大一的新生說：「老師，您傷害了我從醫的理想！

」有一次我與某肝病權威醫師，給醫學系大一的新生上「醫學生涯」的課，他告訴學生說：「當我年輕時，我以為做醫師可以拯救天下蒼生。

但隨著歲月漸長，經驗日增，我才發覺『人無法勝天』，醫療有其極限，許多病我們治不好，許多命我們無法救！

」在二小時的課結束時，一位很認真聽課，坐在前排的男生舉手發問：「老師，您傷害了我從醫的理想！

我自小就想做濟世救人的醫師，好不容易才考上醫學系，以為從此就可實現理想，誰知道才一年級，您就告訴我們如此喪氣的話！

<<生死謎藏>>

」從醫已近四十年，兩鬢已斑白的謙謙君子醫師老師，說錯了嗎？——醫功成萬骨枯？黃勝堅醫師在本書中坦言，他從接受醫學教育開始，老師就不斷叮嚀：「醫師的天職就是要治病與救命，拼了命的救！」

」可是，老師卻沒有教，當面對醫療極限，病人救不回時，要怎麼辦？

醫學的進步，人類生命的延長，都是靠著這種「拼命救」的理念而獲得的成就。

畢竟「生命無價」，值得付出一切代價去爭取，然而無論醫療科技如何發達，醫師如何努力，終無法使人長生不死。

遇到「天命難違」的情況時，所有加諸於病人身上的醫療武器，都成了無意義的苦痛。

如果醫師還不放手，且所有的病人都施予十八般武器：有肉就割，有洞就開，有管子就插，有藥就給，有機器就上。

或許有一人的生命，因此而短暫地延長，但萬骨卻枯槁了！何其有幸，台灣有像黃勝堅這樣的醫師，早在1996年，當第一次面對死亡時的年輕台大神經外科主治醫師，就已參透了醫學的真諦與醫療科技的極限，從此成了為末期病人爭取「善終權」的代言人。

黃勝堅醫師一年上百場的演講，使許多年輕醫師學習到不必再犧牲「萬骨枯」才換來的醫療智慧。

現在又以生動的敘述，著作了可以超越時空，影響更廣更大的好書。

天人交戰的兩難抉擇，「愛他」？

還是「礙他」？

「害他」？有次我坐計程車去某家醫學中心，司機告訴我：「恨死這家醫院了！」他娓娓道來令人鼻酸的故事：原來他的母親一年前中風腦出血，家人早上起床時發現她已無心跳及呼吸，立刻送到這家醫學中心的急診。

經過一番搶救後恢復了生命跡象，插上人工呼吸器及各種管路送進了加護病房，病人的昏迷指數(GCS)始終停留在3，是最低分數。

之後醫師要求家屬，簽字同意為病人做氣管切開，以方便抽痰與接人工呼吸器。

住院二週後，就被要求轉送長期照護機構RCW(呼吸器照護中心)。

病人就這樣活了一年，從未醒來。

這位老母親死亡時，全身關節攣縮變形，整個背、臀、腳全都破皮褥瘡。

司機先生憤恨的說：「如果醫師早告訴我們後果會是這樣，我們絕不要急救，也不會簽字同意氣切。」

其實醫師與家屬一樣，都在「天人交戰」！

要救病人，出發點一定是為了愛：家屬的親情之愛；醫師的人類同胞之愛。

但有時卻變成了「礙」與「害」。

黃勝堅醫師天縱英才，在十多年，前某位病人的八十八歲老父跪地苦苦哀求：「求求你高抬貴手，放我兒子走吧……」之時，就覺悟到：愛他，該放手的時候，就放了他吧！「積德」與「作孽」的一線之隔，此一「線」，是醫師對「預後判斷」的能力，與「倫理思辨」的能力考驗。

醫師拼命救人，命救起來了，病治好了，是積德！

病人受盡千辛萬苦，百般折磨，最後「歹終」，是「作孽」！

選擇了「參天地之化育工程」的神聖醫療專業，沒有人願意「作孽」！

這一線之隔的「線」，在於醫師對病人「預後」判斷的經驗與能力。

醫療專業需要三種技能：診斷、治療、及預後(對健康狀況的預測)。

此三種技能的精良程度，是評斷一位醫師專業能力的標準。

此外，今日的生命醫學倫理已有相當的進展，許多臨床指南可以供給我們，為病人的最大福祉，作倫理思辨。

只是醫療團隊人員，必須不斷地精進「預後判斷」與「倫理思辨」二項能力。

勝堅醫師在書中指出，若醫師此二項能力不足，將使病人與家屬陷入痛苦的深淵。

動輒揚言「告醫師」、「告醫院」，結果是：四輸！

本書中「自來血」的一章，勝堅醫師與醫療團隊從早上十點進開刀房，拼到深夜十二點多，近十五個小時拼命搶救因騎摩托車飆車的車禍青少年，但最後仍不治，且因大量輸血造成凝血機制的崩潰

<<生死謎藏>>

，使得遺體的血如同「自來血」般流洩不止。

人死了，家屬的悲傷必然有「憤怒」與「自責」的情緒，此時所有的情緒排山倒海朝向醫師與醫院。

醫師只是為生命服務，卻非生命的主宰；病人的結果不滿意，家屬便就動輒揚言要告！

如此一來，醫病關係破壞，產生不信任，造成兩敗俱傷。

如果醫師因為要躲避被告，可能會使盡一切醫療武器，反正家屬不能為了「多作治療」而告，這樣一來：

病人受盡折磨，病人輸！

家屬無限悔憾，家屬輸！

醫療人員違反倫理的行善及不傷害原則，醫療人員輸！

國家浪費了寶貴的醫療資源，國家輸！ 「臨終灌水」與「臨終脫水」 勝堅醫師在書中好幾個故事，描寫了臨終病人因為代謝功能衰竭，卻又一直打點滴，導致病人全身水腫，臉及身體都變了形，使親人悲慟欲絕。

西方先進國家早已做過多項研究，證實病人必須「臨終脫水」，才會舒適輕鬆。

若臨終前還打點滴，或插鼻胃管灌食，因其生理功能之衰竭，所有的水排不出去，造成病人負荷太重，甚至連呼吸都累。

台灣的文化「吃」代表「生命」，代表「愛」！

若病人不能吃，就一定要打點滴，要插管灌食，此種錯誤觀念，希望能在讀了勝堅醫師的書後能有所改變。

上醫文化，堅叔的堅持，將改變台灣醫療文化！

當我數年前第一次聽堅叔二個小時無一分鐘冷場的精采演講後，就一直奇怪為什麼身為腦神經外科醫師，能如此認同、支持、並實行安寧療護的理念？

讀了他這本大作後，終於恍悟，是這麼多的病人及家屬教了他在醫學院，所學不到的生命與醫療智慧。

他以悲憫之心，回顧這些血淚交織的真實故事，正符合了當代醫學非常看重的「敘事醫療」(Narrative Medicine)。

相信這本大作不只可教育醫學生、醫療專業人員、及一般民眾，更可能改變台灣的醫療文化，使之更人性化，更精緻化。

安寧療護在中華文化中，應算是一種新的革命或「醫療社會運動」。

我們這一群同志同道攜手合作，定能造福無數的受苦病人與家屬。

感謝有堅叔這樣的良醫，充滿良知與良能，以使我國社會有更多病人與家屬能善生、善終、與善別。

安寧緩和醫療「救」生活品質，「救」自然生命期，更追求善終 臺大醫院家庭醫學部教授兼主任 台灣安寧緩和醫學學會理事長 邱泰源 生老病死，本是人生自然現象，死亡這條路，既然是一定要走，那麼最好的末期照顧模式，應該什麼？

用心肺復甦術(CPR)拼到底？

全力解除臨終病人的痛苦？

撤除或不給予無效的治療？

醫師從養成教育到醫師誓詞，都揭示要全力救病人，怎可讓病人接受安寧緩和醫療呢？

寧可致力提供病人已經無效的高科技醫療，不管是插管、按壓心臟或電擊，以延長瀕死過程，不輕易放手。

這也是台灣推展安寧緩和醫療的困境之一。

心肺復甦術拼到底，和急性狀況急救的拼到底，是不一樣的。

急性疾病急救，通常是指還有機會成功，生命是可以搶救回來；而不可治癒或臨終的末期病人，因為多重器官衰竭已無法恢復，再多「急救」強加上身，都成了延長死亡的痛苦。

全力解除臨終病人的痛苦，撤除或不給予無意義、無效的醫療，是先進國家認為是對末期病人最適宜的、不但可追求較好生活品質，甚至可延長自然生命的照顧模式，這也是為何先進國家，會致力推廣「安寧緩和醫療」照顧的主因。

臨終病人或家屬，可以選擇心肺復甦措施，拼到不能拼為止；也可以選擇全力減緩身心靈痛苦，

<<生死謎藏>>

不要無效的醫療反復折騰。

末期病人通常是多重器官陸續衰竭難以恢復，但生活品質還是可追求到最佳境界。由最近研究報告顯示，接受「安寧緩和醫療」照顧的末期病人，自然生命期反而較長。但絕大多數的醫護人員、病人和家屬，卻不知道這一點。

「家庭醫學」強調全人照護，更提供從出生到死亡的完整醫療照護！

台灣在安寧照護推展中，一度停滯不前，直到家庭醫學全力投入後更加蓬勃發展，而因此目前台灣有許多安寧照護的醫療工作，由家庭醫學科人員負責。

真正完整的家庭醫學訓練，應有能力提供病人全程的醫療照護。

台灣的臨終病人，要在醫院平靜的善終不太容易。

現有制度醫護人員不太有時間或經驗讓病人或家屬知道：CPR用在臨終病人是怎麼回事？

選擇不實施心肺復甦術的DNR，又是怎麼一回事？

安寧緩和醫療，努力讓病人在最後一程，走得尊嚴與品質，而不是被拋棄的等死。

疼痛控制在安寧病房是最基本的照護，可是疼痛控制，卻不見得是每一個醫療團隊成員都能做得好。

舉例來說，有些疼痛藥物，可用皮下注射途徑，讓皮下去吸收，這很重要；因為很多末期病人，找不到血管，而鼠蹊部或中心靜脈注射，對病人來說，都有相對的高風險與痛苦。

安寧緩和醫療幫助病人將痛苦減到最低，盡力把生命和生活品質提高，並且追求善終。

另外更幫助家屬度過困境，在照護團隊愛心中感念的走出喪親之痛，更有力量重回社會面對未來生活。

國內外相關的文獻中，80%以上的病人，很想談論DNR相關事項，但醫療環境幾乎沒有太多機會去談。

末期病人如果沒有選擇接受安寧照護，是因為宣導的不夠或不正確的認知，這是社會的問題，更是醫療的責任。

黃勝堅主任長年投注心血，幫助病人追求善終。

和病人家屬開家庭會議時，家屬間有時會各持己見吵翻天，等到家屬安靜下來，一回神，發現黃醫師還坐在那裡陪伴大家，因此也很快擦乾眼淚，取得共識。

這是一幕令人感動的醫者畫像，也是醫病關係最佳典範。

本書是三十六個真實故事所改編，希望能讓大家在面對重要生死課題中，再度思考生命意義，醫療人員可藉此增強照護末期病人與家屬的能力，民眾可更了解末期照護的真正內容，實在是一本很難得的心血之作。

生死之間 臺大醫院創傷醫學部主任 臺大醫院外科加護病房主任 柯文哲 有一天，黃勝堅醫師煞有介事的對我說：「我們外科加護病房必須注重安寧照護。」

初次聽到，當然不以為意。

事實上，我和黃醫師都是外科重症頂尖的專家。

黃醫師專精於神經重症，腦死病人，一般最多撐不過兩個星期，他卻有能力維持數月之久。

我是心肺重症專家，沒有心臟的病人，使用ECMO，也可維持十六天，再接受心臟移植，最後病人清醒的自己走路出院。

臺大外科加護病房，在我們聯手打造之下，早已是世界級的重症醫學中心，但是漸漸的我們都了解到高科技醫療還是有極限。

2004年7月，我以行政命令宣示：「安寧照護，是外科加護病房的工作重點，有關的臨床服務、研究發展皆列為優先項目。」

昨夜西風凋碧樹，獨上高樓望盡天涯路 我自從專職外科加護病房工作以後，承蒙當年的上司朱樹勳教授大力支持，外科重症是整個臺大外科的重點，人力、物力之支援皆是第一優先。

因此器官移植、ECMO、人工肝臟、各種透析技術、各種人工維生系統，不過幾年之光景，就追上世界水準。

曾有一段時間，臺大醫院的記者招待會，和我們外科加護病房有關的就占一半之多。

當時真覺得「人定勝天，科技萬能」，心中好不得意。

<<生死謎藏>>

衣帶漸寬終不悔，為伊消得人憔悴 無奈科技終究有其極限，胡夫人邵曉鈴、星星王子、……固然是令人欣喜的成功案例，但也有不少救不活、也死不去的，甚至可說是「灌流良好的屍體」。面對焦慮的家屬，狐疑的同事，甚至自己站在病人的床邊，挫折的無奈竟然掩蓋了所有過去的欣喜，變成揮之不去的夢魘。

眾裏尋它千百度，驀然回首，那人正在燈火闌珊處 慢慢的，終於了解人生有「生老病死」，就如氣候有「春夏秋冬」。

「天何言哉？

四時行焉，萬物作焉」。

終於領悟醫師就是醫師，其目的只是替人世減少苦痛，不管是身體的或精神的。

人生花園之中，醫師只不過是一名園丁吧！我們不能改變「春夏秋冬」的循環運行，卻可盡力讓人生的花朵更加燦爛。

有時雖是園丁照顧花草，有時反而是花草的枯榮在渡化園丁。

一段往事 曾有一位事業正值巔峰的企業家，罹患克雷羅氏桿菌肝膿瘍，開刀引流後，卻引發嚴重敗血症併發急性呼吸窘迫症，最後被迫使用ECMO維持生命。

病況最嚴重時，呼吸器每次通氣量不到100cc，後來更併發急性腎衰竭，在ECMO之管路上再架設洗腎的管路。

當年正好國際外科醫學會在台北舉行，ECMO的祖師巴特雷醫師（Dr. Bartlett）也受邀來台與會演講，順道拜訪臺大醫院時，帶他參觀加護病房，結果他在此病人床邊站了一個小時，東看西看直說：

「Wonderful！

」，後來他到處跟人家說，臺大的ECMO是世界最強的團隊之一。

經過55天的漫長ECMO治療，終於把病人搶救回來，對醫療團隊而言，與其說是高興不如說是得意。

後來轉到普通病房後，突然有一天病人有急性盲腸炎，當時只想真是禍不單行，不過還是立刻安排緊急手術，術後開刀醫師告訴我，闌尾看起來發炎不嚴重，倒是盲腸壁感覺較厚。

反正開完刀後一切順利，也就沒有追究了。

出院後不到半年，在一次例行胸部X光片檢查發現有一顆腫瘤，細針穿刺檢查之病理報告赫然是淋巴瘤。

電腦斷層發現，腫瘤已沿著主動脈蔓延到整個中膈腔。

至此回想，才知道原來一開始是腸胃道淋巴瘤，造成腸黏膜潰瘍，細菌藉此侵入，引發細菌性肝膿瘍以及後續的一連串事件，後來的急性闌尾炎，只是局部的併發症而已。

知道真相後，原有的ECMO治療成功的喜悅一下子被澆息，當然也替病人找了最好的醫師、最好的藥物，初期治療效果也不錯，但腫瘤一再的復發，最後望著胸部X光片，看著腫瘤一天一天的變大，變成我最大的痛苦。

害怕病人問我：「有沒有其他治療方法？

」 痛恨自己含糊回答：「我再想想。

」而事實上已無法再想。

有一天，病人突然對我說：「我這一關死定了，我很謝謝你的努力，你就不要再有壓力了！

」我們兩人無言相望半？。

後來我通常是忙完一天的事，晚上十一點多才去看這個病人，家屬也回家了，空盪的單人病房變成醫師和病人的午夜會談。

這麼多年過去了，治療過程的欣喜、挫折，都忘記了。

唯一還有記憶的，卻是兩人午夜聊天，甚至兩人的相對無言，最後這一段日子，因兩人的互信互諒，我們做到了生死兩相安，再無遺憾。

他走的很平靜，從此我知道醫生在診斷、開刀、藥物治療以外，還有一些可做的事，甚至什麼事都沒作的相對無言之中，也有醫師的價值在其中。

見山是山，見水是水 見山不是山，見水不是水 見山又是山，見水又是水 大四剛當見習醫師時，初次穿上醫師袍，要去看病人之前，都會先問護士姐姐，打聽一下病人來自哪裡？

<<生死謎藏>>

作什麼工作？

有那些主要親屬？

那時候，看到的病人都是一個完整的病人，有七情六慾，是家中的一員，社會中的一分子。

我不但看到病人，也看到床邊的家屬。

後來醫術日益精進，擠身名醫之列，看到轉診紀錄，抽血數據瞄一眼，系列心電圖逐張看過去，床上的病人都沒有看到，已脫口而出：「急性心肌炎！

」有好幾年的時間，我只看到「器官」，沒看到「人」，只看到「病」，沒看到「病人」，更不用說旁邊的家屬。

直到最近，才又重新看到「病人」了，不再只是數據、超音波、病理報告的組合。而是一個有喜怒哀樂，在家庭、在社會中牽扯不清的一個人。

黃醫師近幾年，誓言要做「生命導航者」，要在生死迷惑之間，引導眾生走過困惑。

我笑言：「你連自己都迷路了，還當別人的嚮導？

」黃醫師卻正言說：「在一片迷惘之中，至少我一定陪伴他們一起走到最後一刻。

」在本書中，黃醫師述說三十六個生死之間的感動，代表著這些年，來外科加護病房的反省與成長；希望大家讀了，儘管「春夏秋冬」仍然不停運轉，但人生的花朵皆能更加燦爛光輝。

<<生死謎藏>>

內容概要

三十六個真實故事所改編，大孝與大愛，並非不計親人痛苦的搶救到底，而是親切陪伴疾病末期的親人，協助他坦然接受疾病，減少他身、心、靈的痛苦，協助他放下萬緣，安詳往生。

對回天乏術的末期病人來說，要的不是CURE（治癒），而是CARE（照護），CURE和CARE，雖然只有一個字母不同，U和A之差，但醫師能做到的，是預防病人最後的痛苦，盡量幫忙善終。

雖然很多人說，現在的醫療是器官化、疾病化，但別忘記，最後必須回歸到「人」的身上，醫師不是在照顧器官、不是在照顧疾病，而是應該在照顧「人」！

在生命末期的時候，病人救不起來了，這時家屬甚至比病人更需要照顧，很多家庭或許是第一次面對死亡，他們根本就不知道會面對什麼問題？

一旦碰到了，如何應變？

不知道什麼是能承受？

不知道什麼是不能承受的？

請不要用世俗那「制式」的眼光，來看待死亡，對每一個家庭來說，都有它的意義存在。也許應該說，面對死亡，是大家應該停下腳步，省思生命的謎藏所隱寓的課題。

人生有四道：道愛、道謝、道歉和道別！

這些，是需要有心、有時間去完成的，別讓生死兩遺憾，追悔一輩子。

且看黃勝堅醫師，用36個扣人心弦、至情至性的感動，幫我們解開生之死間的謎藏。

從接受醫學教育開始，老師就不斷的交代學生，醫生的天職，就是要救人，拼了命的救！

」

然而，老師卻沒教過，當面對醫療極限，病人救不回來了，要怎麼辦？

絕大部份的醫護人員，都很認真努力在打拼！

但是似乎忘了醫療的極限在哪裡？

究竟是醫師無法面對救不回的失敗？

或是，醫學教育的失敗？

醫「生」，除了要會治病救命之外；還要會顧「死」！

因為這才是完整的醫療本質。

面對病患將至的死亡或者是訴訟的壓力，醫療團隊害怕失敗與醫療糾紛，對臨終病人盡力的搶救，「永不放棄」是最好的藉口，至於病人痛不痛苦，都已經不需要被在意了？

反正該做的都做了，真就無愧於心了嗎？

這種沒有「極限」的醫療行為，對病人也好，家屬也好，難道不會，

造成另一種無法平復的傷害嗎？

醫生不能只看到「器官」，沒看到「人」，只看到「病」，沒看到「病人」，更不用說旁邊的家屬。

「病人」，不是數據、超音波、病理報告的組合。

而是一個有喜怒哀樂，在家庭、在社會中活生生的一個人。

簽了「不實施心肺復甦術DNR」意願書或同意書，是善終的起點，不是代表一定得死、不是代表

<<生死謎藏>>

甚 事都不用做，不過是，建立「臨終前照護計劃」共識而已！
簽了DNR之後，是醫療團隊對家屬承諾：如何問心無愧的，面對病患與家屬，陪伴一起走過死亡的幽谷。

<<生死謎藏>>

作者簡介

黃勝堅 學歷：**台灣大學物理治療學士畢業、**台灣大學學士後醫學系畢業 現職：台大醫院神經外科主治醫師、台大醫學院外科助理教授 曾任：台大醫院雲林分院外科部主任黃勝堅醫師，醫學院的學生，都暱稱他叫：「堅叔！」

型貌活似穿著便服的耶誕老公公，奔波在人世間，近十年來，年年國內外上百場演講，散播「臨終照護」與「悲傷輔導」的醫病大愛。

除腦神經外科、急重症照護專長外，黃勝堅醫師於2003年取得「安寧緩和醫療」專科醫師證照，對於重症末期病患照護有豐富的經驗。

最令黃勝堅醫師感動的事：病人往生了，家屬辦完後事，會特地寫信或打電話告訴他：「謝謝黃醫師，讓我家人安祥和有尊嚴的離世！」

」

<<生死謎藏>>

書籍目錄

| | |
|----------------------------|---|
| 序：以人為本的醫療照護：尊重、關懷與同理心..... | 陳明豐未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗..... |
| 生、善終、善別..... | 陳榮基良醫、良知、良能；善生、善終、善別..... |
| 救」自然生命期，更追求善終..... | 趙可式安寧緩和醫療「救」生活品質，「救」自然生命期，更追求善終..... |
| | 邱泰源生死之間..... |
| | 柯文哲緒：第一次面對死亡第一次陪病人死亡第一章：拼不孝/自來「血」/你們是Pro嗎/度分，如年/五天一條命/那是他自己不要的/轉院/為什麼不開刀/杭州南路第二章：DNR老爸爸最後的一課/唯一的補償/請你幫我，跟她們說/因為我愛妳/後事/12歲女孩說/DNR，不是非死不可/迷思/收屍第三章：安女兒跪/媽媽最後的保護/我回來了/念佛機/最後的粉紅身影/濟公收徒弟/42個同學/只求圓滿/一個也不少第四章：願大年初二/不再遺憾的等待/柚子/房間裡的大象/死亡時間/別人的孩子/VIP的最後一程/中風七次之後/四道人生附錄：回首來時路..... |
| (DNR)表格：一、預立選擇安寧緩和醫療意願書。 | 李芳珊不施行心肺復甦術 |
| 二、不施行心肺復甦術同意書。 | |
| 三、醫療委任代理人委任書。 | |
| 四、選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書。 | |

<<生死謎藏>>

章节摘录

第一次面對死亡 1995年8月，我升任臺大醫院腦神經外科的主治醫師，前半年，不論腦傷手術或病人恢復情形，都還算順遂；可是到了1996年，終於避免不掉的，要面對自己病人的死亡。

一位自日本回國的華僑，因為先生往生，處理完後事，選擇離開傷心地，回到生長的故鄉散散心，沒想到在台北街頭，發生了致命的車禍。

她的腦傷很嚴重，文獻上告訴我們說：「當一個人顱內壓超過25毫米汞柱（mmHg），就預後不好。」而這位新寡的太太，儘管經過即時手術搶救，但顱內壓越來越高，甚至大於30-40-50毫米汞柱。

雖然，我心裡已經清楚的知道：「這位病人，救不起來了。」可是，第一次面對一個病人，將在我眼前死亡，對一個年輕的主治醫師來說，沮喪與挫敗交加。從接受醫學教育開始，老師就不斷的交代：「醫生的天職，就是要救人，拼了命的救！」然而，老師卻沒教過我們，當面對醫療極限，病人救不回來了，要怎麼辦？

怎麼心理建設？

讓自己坦然面對病人死亡？

怎麼跟家屬說：「我們盡力了，但是病人已經回天乏術了。」

雖然明知道，死亡對每一個人都是不可避免的，都會有這一天；可是，眼睜睜的看著病人，在自己的無能為力下往生，是多麼的不知所措和懊惱！

每當面對病人唯一的家屬、她妹妹的詢問，就是說不出口：「妳姐姐救不起來了。」

每次都能只能迂迴的說：「妳姐姐狀況不太好，但是我們會盡力再救救看！」

我不知道該如何開口去面對家屬，說病人已經隨時面臨死亡這件事，我一心期盼，能為家屬多做一些什麼？

來減緩她滿臉七上八下的驚慌，和自己有口難言的焦慮。

一個深度昏迷的病人，躺在床上無所知，可是借助呼吸器，她還有呼吸，她的心臟依然在跳動著。

「真的就不再有任何機會了嗎？」

每巡一次房，我一再的追問自己。

這樣無奈又無解的感覺，包含了醫學的有所極限、身為一個重症醫師，想要企圖力挽狂瀾，卻又是心有餘力不足，讓我對病人即將死亡這件事，有著很深的惶恐不安，卻又無處可逃避躲藏。

該來的還是來了，最後的CPR，我咬牙不放棄的一做再做，十分鐘過去了、二十分鐘過去了、三十分鐘過去了，我滿頭大汗，病人的肋骨斷了。

只要心臟一停，就馬上就緊接著電擊、100焦耳、200焦耳、360焦耳、電擊再電擊，空氣中飄散著似有若無的燒焦火藥味。

我不敢罷手，「救人天職」四個字，緊箍咒似的在腦海極速盤旋，怎麼能放棄呢？

我和自己在賭氣似的較勁著。

「黃醫師，你們辛苦了，放手了吧，我不要姐姐再受煎熬了。」

最後挺身出來叫停的，是病人的妹妹。

多年後回想，這位病人給我行醫路上的震撼教育，至今依舊鮮明。

1960年，由美國發展出來的CPR技術，適用於溺水、心臟病發、高血壓、車禍、觸電、藥物中毒、氣體中毒、異物堵塞呼吸道等，導致的呼吸終止、心跳停頓，在就醫前，都可利用心肺復甦術CPR，來維護腦細胞及器官組織的不致壞死。

可是，對瀕臨死亡的重症病人來說，強加上身的心肺復甦術、按壓、電擊、插管，卻宛如死亡儀式的開場。

醫護人員大家都心知肚明，已經不再有任何搶救效果，但似乎少了這些步驟，就會對誰交待不清不白。

這樣的徒勞無功的搶救，當病人一些反射性的痛苦表情，成為家屬見到最後一面的猙獰時，家屬對這樣不管一切，拼到咽下最後一口氣的「結果」，卻常是崩潰的。

我常常執疑，真的是每一個病人臨往生前，都一定？

<<生死謎藏>>

必需要概括承受，這樣一個說不出口的折磨嗎？

堅叔的 CARE 真的沒人想要在臨終前，拖著器官都已陸續衰竭的身體，去承受無謂的插管、電擊、及力道大到不行的CPR。

臨終的病人，往往是多重器官已經衰竭、陷入昏迷，最後強加上身，照表操課的搶救過程，只是多延長了幾小時心跳而已，但病人卻也受盡有口難言的折磨。

病人還是有感覺存在的，只是因為身體功能已經很不好了，他無法表達出他的拒絕，抗拒這樣的痛苦。

當發狠做CPR的時候，還是會讓一些昏迷病人突然醒過來，睜大眼睛發出痛苦嗚咽聲音，只要一停手，病人馬上又昏厥過去。

家屬或許因為不捨，而要求醫生所有能搶救的步數全上，而醫師也常常不知道如何告知壞消息，甚至承受家屬的情緒，很自然的選擇全力「搶救」。

當家屬見到病人最後一面，既沒安祥，甚至表情痛苦，或死不瞑目、或嘴角淌著血時，家屬會崩潰的責備醫生：「這樣的結果，為什麼不先跟我們說清楚？

怎麼會讓人走得這麼淒慘？

」 見多了臨終毫無意義的搶救，病人和家屬的兩邊都苦，所以我早就看開了，簽下不作心肺復甦術DNR的意願書了。

<<生死謎藏>>

媒体关注与评论

陳明豐（台大醫院院長）： 「善終權」，原本就該是每一位民眾，都要懂得的人生備案！

陳榮基（台大醫學院、台北醫學大學、恩主公醫院教授）： 活著，是最好的禮物；善終，是最美的祝福！

趙可式（成大護理系教授、台灣安寧緩和醫療之母）： 醫師拼命救人，命救起來了，病治好了，是「積德」！

病人受盡千辛萬苦，百般折磨，最後「歹終」，是「作孽」！

邱泰源（台大醫院家庭醫學部主任，台灣安寧緩和醫學學會理事長）： 末期病人，如果沒有機會讓他去

<<生死謎藏>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>