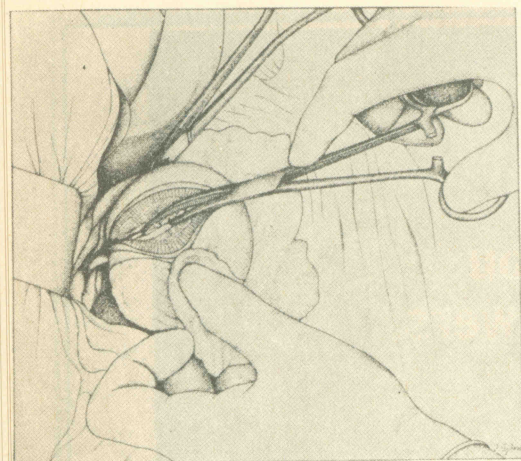
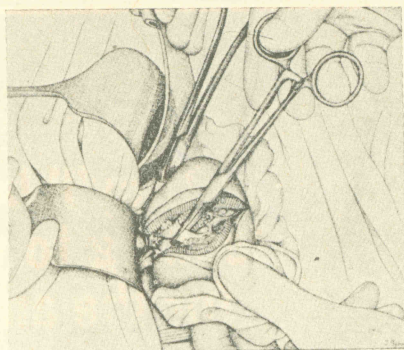
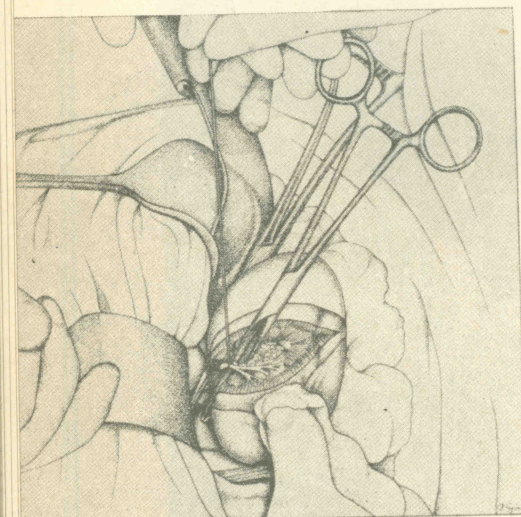




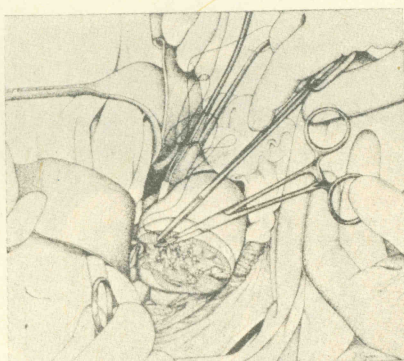
A.



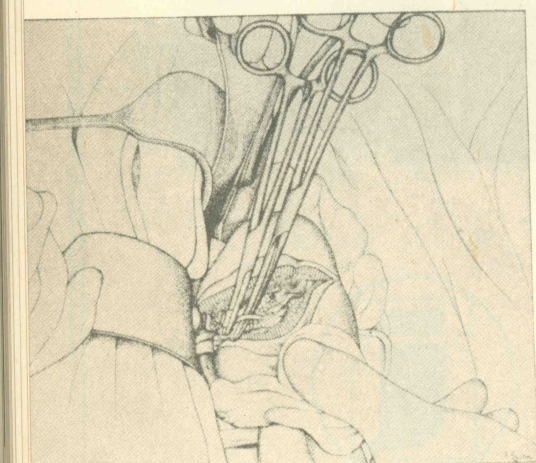
D.



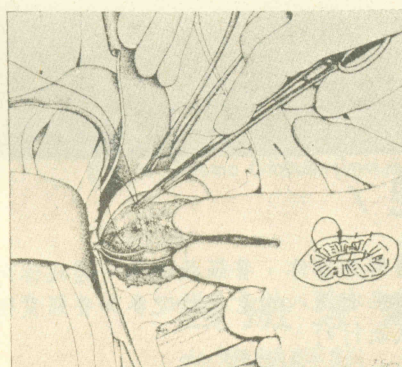
B.



E.



C.



F.



醫生和病醫
醫醫和病醫
治療不當
護士醫院
大醫院和醫院

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



前言：

威廉諾蘭(William A. Nolen, M.D.) 醫生是美國外科學會的會員，明尼蘇達州李奇鎮(Litchfield) 密克郡醫院的外科主任，也是明尼波里一所教學醫院的兼任主治醫師。他以坦率、熱情且幽默的文筆寫出了他的第一本暢銷書，「The making of a Surgeon」。本專欄是從他的另一本書，「The Surgeon's world」中節譯出五篇文章來。

他不避忌諱的將一個開業醫生的世界披露於大家的眼前。這不只是一個醫生的故事，其中今日醫界裏的奇觀密聞，醫師生活裏的家常茶話。透過諾蘭醫生的生花妙筆及少有的坦誠之情，撥開了圍繞著醫界的神密難測的雲霧，給大家及病患第一次看清了他們本來有權利去知道的世界。

也許美國的情形和此地不盡相同，但是，我們以為仍有價值選譯本書，因為諾蘭醫生試圖從另一個角度來談這些問題，不光是一味地指責或謾罵。我們更希望，經由此種介紹，能夠激起國內醫界的有心之士也多少從事這方面的努力。

醫術介紹
醫療藝術

林伯洲譯

林伯洲譯

王煇雄譯

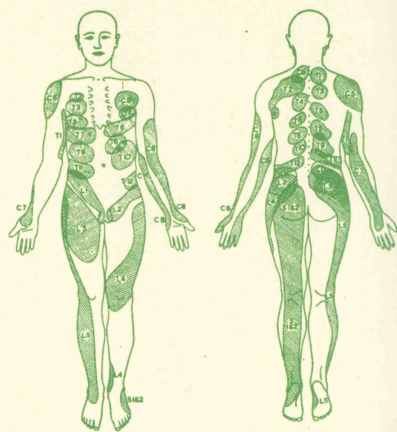
林祥明譯

院的比較

古鳴洲譯

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



醫生的本錢是認出這些

醫生和病人——醫術介紹

林伯洲譯

Shaw 並不喜歡醫生。他說過（大略如此）：「要我去相信一個知道我脾臟部位在那裡的人是很困難的事。」他又說：「當一個人告訴我說必須把膽囊拿掉，而他却篤定可從這次手術中賺取三百元時，我又如何信得過？」他是一個很精明的人。我對他的看法倒頗為同情。

我們醫師所幹的工作，不光是一般門外漢，即使在水準以上的人的眼裡，是神秘的，值得敬畏的。我們是擁有知識的人，可以開藥方、動手術，以解除疾病，使病人感到舒服，甚至拯救生命。一般門外漢，並不具有醫生所學得的解剖學、細菌學、藥理學等知識，除非醫生解釋給他們聽，並不能了解醫生在幹什麼。病人只好作如下的選擇：或者把生命委付在醫生手中而以全心全意來相信這位醫生，或者，如舒所表現的，乾脆不登門求助於醫生。

不過，既然大多數的人都選擇相信醫師一途，希望藉醫生之手使他們精力充沛，保持健康，他們情願違背理智來相信醫生是萬能全知的，都不可能犯下任何過錯。因為他們覺得，把拿刀切掉身體某些部份的人看成不犯過錯的人會有較多的安全感。

對醫生付以如此大的信心倒是頗

為驚奇的事，我很羨慕他們能這麼做。身為醫生，面對著所該解決的問題，我倒反而變成一個病人了。很多醫生都是脆弱的病人，因為他們知道自己很易犯過錯。

十二年行醫生涯，近四千次的開刀經驗，我的結論是：盲信醫生或者完全不信醫生對病人都都不利。對病人而言，最好能視醫生如一個普通人，一個具有多年教育和訓練所賦予知識的人。他們並非全知，而是的確會犯錯，人類易犯的弱點他們都有。他們的工作是艱巨的，可是，反過來說，不論在精神方面，在物質方面都有報酬。他們中的大多數值得尊敬和感謝，而這些通常是保留給那些使人們生活更快樂的人的，但是他們不值得崇拜。事實上，對醫生而言，崇拜這個東西，還是不要為妙。醫生不是神，差遠哩，他們的行為不符合神的標準。不要期待醫生是一尊神。

不幸更不智的，有些醫生却有意造成病人對他的膜拜。當病人說：「喔！X醫師，我該如何感謝你，你真是一位神醫。」這位醫師竟也相信自己賽過華陀了。這類醫生也實在太多了。他喜歡崇拜，也喜歡他的病人都崇拜他。他使得我們這些同行們處境困難。

病人被迫相信醫師的理由之一是醫生不浪費口舌跟病人解釋理由。醫生認為即使解釋病人也不會懂，何況他又很忙。如果一個醫生花上十分鐘對一個病人解釋診斷及治療，他將無法離開醫院或診所一步。把病人當做小孩子可好辦多了，只消告訴他們吃這個打這個就行了。醫生一病人的關係，在我們醫生口中宛如很神聖的，在大多數場合，事實上已淪為父母與孩子的關係。做父母的，當然是醫生。

事實上，大多數醫生的工作既不困難也無神秘。有個小女孩因耳痛來找我，我看看耳膜，發現紅紅的，就開盤尼西林給她；如她對該藥過敏，就換別藥。當然啦，我先得知道正常耳膜長得怎樣，才能判斷什麼樣的耳膜才算不正常。同時，我對細菌及抗生素的藥性都須有所認識，才能對下藥。不過，這些知識都是我已具備的，我也就可以輕易的作出診斷並治療。

上呼吸道感染，扁桃體腫大，手指受傷等，乃是我們每天都可碰到的問題。它們並不困難。適當的處理我們的病人並不須要天才，只須具備中等程度，無論男人女人，都可在六月之內，認識並習得處理之法。

問病史可就要些技巧了。關鍵在如何問問題，對病人之回答的判斷才重要。

奇怪的是竟有如此之多的病人對醫生撒謊。他們明明知道正確病史對



哦，開始問病史了，這是治療的第一步

正確診斷是絕對必須，却拒絕誠實作答。有些事情他們不喜歡承認。譬如，對「你喜歡喝酒嗎」之類問題的回答往往須要解釋。如果病人回答「是」，我的經驗是別問病人：「喝多少？」這樣問法永遠得不到可靠的回答。相反的，我問他：「你每天喝酒量超過二夸爾嗎？」病人會理直氣壯的說：「當然不，我喝很少超過一夸爾。」如果直接問他酒量多少，他的回答可能是：偶爾喝喝威士忌加冰塊而已——這是病人公式的回答。

除了拒絕回答某些病人羞於啓齒的問題之外，病人也不喜歡承認他們有自認為是嚴重疾病的症狀。病人可能會否認小便中或大便中帶血，在他們看來這是癌症的症狀。醫生問病史時須確定他的病人不會因恐懼而欺騙他。

如果症狀不是很明顯的指出某種疾病，我們須作進一步的檢查。醫生必須像偵探一樣。找出一切蛛絲馬跡，以期找出“被告”——疾病的真象。就像所有神探一樣，我們遵照常規步驟，以期不漏掉任何細小症狀。有時也須藉助預感，但不常如此。半靠經驗半靠猜想以求下診斷的方法已被精密的實驗室所取代了。

達成正確診斷的最重要步驟即在良好的病史。如果要一個醫師在詢問病史或理學檢查之間加以選擇的話，

他寧願選前者。和病人談談，問他們一些問題，就可估量他們的病情。醫師那一套常規檢查是他們在醫學院所學的。包括有：(一)主訴，(二)現在病史(三)過去病史(四)家庭病史(五)社會病史(六)系統複習。

下面是一例：

姓名 海倫安德遜 年紀 46

主訴：一直胃痛。

現在病史：安德遜小姐陳述，她直到三月前，人一直都很好；那時開始，她開始注意到她胃痛。吃飯後半小時開始痛，她說她吃馬鈴薯及冰淇淋當甜點。痛的位置在右上部，剛好在肋骨之下，並且痛還放射到背部。她說是銳痛。有噁心，但沒吐。疼痛後一小時，不須治療而消失。

自那次疼過後，她平均每星期疼痛二次，通常是飯後。她回想起在吃過油膩物後痛最易發作，安德遜小姐否認她有褐尿，無色大便，眼白也沒變黃過。

過去病史：一九三四年割過盲腸，一九五七年因肺炎住過院。除生產外再也沒住院。沒有心臟、肺、腎之病史。否認有其他病史。

家庭病史：丈夫四八歲，兩個孩

子分別十八及二十一歲，均健康良好。一個姐姐，健康。父親於七十三歲時死於心臟病。母親七十一歲，尚健在。沒有結核、糖尿病或癌的病史。

社會史：偶爾喝啤酒，每週不超過兩瓶。每天抽煙一包，沒吃什藥。

系統複習：頭一偶而頭痛，服用 Aspirin。

眼、耳、鼻、喉——讀書戴眼鏡。沒吞嚥困難。

心臟血管系——沒胸痛沒呼吸短促，偶而乾咳。

胃腸——胃口尚好，體重沒減輕，沒血、沒吐。

泌尿生殖系——月經期三～五天，經期二十八～三十天。沒流血。

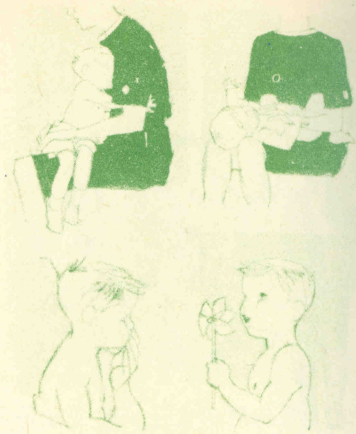
骨骼肌肉——沒發現。

神經系統——沒頭暈、沒麻木。

我在企圖搞清她的現在病史而向她所提之問題，是由她在主訴中給我的資料所決定。當她告訴我說胃痛時，我立即在腦海中搜索可引起肚子痛的一切疾病——通常是膽結石或胃潰瘍或單純消化不良。當我對她胃痛的性質知道更多後一舉凡引起疼痛的因素、部位、及疼痛的樣子——我把疾病的可能範圍縮小了。她的胃痛好像是膽石引起，而不像胃潰瘍。接著我問她有無褐尿，無色大便以及眼白變黃等。這些都是黃疸的症狀，而膽石有時會造成黃膽。如果安德遜小姐胸疼

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



這四種方法使你較易聽知不安的小孩的胸部。

，則我問題所朝的方向，將是使我能區別心臟病肺病以及神經炎的方向。

在作過過去病史、家庭史、社會史，尤其是系統複習等工作後——正如大多數醫生所作的一我的問題就很明朗了。這些資料使我避免過早下診斷，並且避免遺漏掉不是膽石的症狀。這些疾病可能和膽石一樣侵犯她，我在義務上須幫她找出並且告訴她。譬如，在我的常規問診當中，她或許會告訴我：「對了經你提起，我再告訴你，最近我常感到呼吸急促。」這表示她可能處在心臟衰竭的早期。這是在拿掉她膽石之前必先處理的問題。

(Physical Exam.)

理學檢查：

體溫九十八點六度，脈博每分七十六下，呼吸每分十八下，血壓，一百三十六和八十四。

皮膚沒發紺、沒變黃、沒失水現象。

眼：瞳孔圓，對光反應正常，鞏膜沒變黃。

耳：鼓膜正常。

鼻子：鼻道暢通。

嘴巴：扁桃腺萎縮。

頸：柔軟。甲狀腺沒腫大。

胸：肺音清楚。

心臟：沒鳴音，心跳規則。

乳房：沒摸到硬塊。

腹部：沒脹，右上部有壓痛；肝

不能摸到。

生殖器：正常。

肛門：沒痔，沒腫塊。

四肢：可自由運動，沒水腫，沒靜脈瘤。

神經檢查：感覺及運動皆正常，深部腱反應正常。

擬診：

(一)膽囊病。

(二)胃潰瘍。

(三)肥胖。

如果她換了另一套主訴，顯示神經系統有毛病，則神經系統檢查將作得更詳盡，包括測痛覺，平衡能力等。我所以沒有做，因沒理由懷疑她神經方面有毛病。可是為了以防萬一起見，我還是測了膝腱反應，瞳孔對光的反應。

力求完整是很重要的。譬如，肛門檢查，本是醫生應做能做的例行檢查，却常被疏忽，因為對病人對醫生來講都是不討好的工作。除非病人埋怨大便有血，肛門檢查總是沒做，這方面的毛病也就沒能被發現，直到覺得有異時往往為時已晚。

負的症狀——沒呼吸短促，沒便中帶血等——也必須記載，因它們表示安德遜小姐可能沒這方面的疾病。

既然病史和理學檢查，在在都使我相信她的症狀是膽石引起，我就優先考慮膽石，其次，作為大胆的猜測

，我想她可能患胃潰瘍；此外，除了直接引起症狀的病名外，我想她也太胖了，於是就把肥胖列為第三個擬診。

以安德遜小姐的例子而言，要證實或推翻我的診斷是很容易之事。只消照膽囊的X—ray即可。我吩咐她吞藥丸，其成分以染料為主，被腸子吸收後，可由血流到肝，再由肝排出在膽囊內貯存。晚上吞食，隔天早上即可照X光。普通人膽囊可完全被染料所佔滿，則其膽囊可看出一片全白，如有膽石則會出現黑圈子。更有甚者，整個膽囊都沒顯影。這是功能不佳的表現。X光照相的結果可證明我診斷是否正確，如果對了，則我即可着手治療；萬一有誤，我必須照胃部的X光，看看我的第二個診斷——胃潰瘍是否正確；再錯時（這種情況很少發生，我不至差到這種地步），則更多詳細的檢查乃為必須，必要時我還可請別的醫生幫我診斷，直到找出足以解釋其疼痛的原因的疾病為止。至於治療之法，如開刀、抗生素、放射線治療，有助於心、肺、腸等功能的藥丸啦，則書上都已有記載。年復一年，新藥、新技術都會有所增添，治療和預防疾病之法也更加有效。醫生最困難的乃在如何跟上知識水準，至於治療病人，商請有關專家之助等，通常並不困難。

說實在的，以上即是醫學的全貌



如果他怕你，要他的兄弟姊妹們陪他來。

了。醫生看病，就好像警官捉土匪。警官有聰明的，也有糊塗的；土匪亦然。糊塗警官往往抓不到土匪；聰明的土匪有時逍遙法外。但是，有了現代的全套複雜的設備，醫生應付起疾病，及警官辦起案來，通常都很容易。

醫學並沒有難到足以使門外漢却步的地步。醫生們並不是天才，也不是魔術師，沒有任何理由對醫師望而生畏。我們也是和其他人一樣——在工作而已。

一個醫生工作是否成功，不在他對醫學知識的掌握——這是每個醫生都可做到——而在對醫療藝術的體認。就是這點——把醫學知識應用在人身上而不是應用在疾病上——使得很多醫師失敗。

醫生和病人—— 醫療藝術

林伯洲譯

所謂醫療藝術，乃指醫生處理其本身和病人之關係而言，是醫生開業成功的關鍵所在——不僅可使他成功的獲取更多的病人，並贏得他們的信任，也可使他能更成功地應付疾病。一個和病人建立起溫暖且互信的關係的醫生，無異已在治癒其病人的途中邁進一步。

不幸的，當醫生們開始執業時，

於醫療藝術並不見得個個都在行，因其教育，其經歷，都很少涉足於此方面。在醫學院，在醫院裡，情形沒甚不同。

因此，當一個醫生離開醫院，當他開始在某鄉某市獨當一面時，其準備是有缺陷的一面的。固然，醫學知識方面，他是綽綽有餘，他却不曉得如何和病人打交道——他一直沒時間在這方面下工夫。

每個醫生都必須學會它，社會賦予醫生的權力是重大的，一個醫生必須學會和他的同事，他的家庭，他的團體相處，更重要的，他必須學會把病人看成一個人，而不僅是一個病人。

轉變的過程是痛苦的，身為過來人之一，我深知個中甘苦。執業之前，我固已學會割胃、接骨、切盲腸等，却從未直接從病人收取過醫藥費，從未到病人家中拜訪過他們，從未為病人和別的醫生競爭過，我也不必為納稅、孩子上學及公共事務等雜務操心過。在此之前，我更未以朋友，鄰居，及僅是一個養家活口之人等身份出現在病人之前。我要學的東西實在太多了。

我有幸在開始執業時，能和別人組成一個 group 一起開業，因而能夠觀察我的一些先進如何處理這方面的問題，學習之快，遠超過獨立行醫時之進展。

譬如，我早就注意到，保羅每次看病人必定要先量量他們的血壓。我不久就發現，他並非真對病人的血壓那麼感到興趣，而是希望藉著這個機會把手放在病人的手臂，和它們接觸，這種接觸有助於拉近和病人的關係，同時病人也可藉這一兩分之內放鬆一下心情，以便回答醫師的問題。病人會發現醫生並不是在敷衍他們——肯花時間量他們的血壓，就表示這醫生有足夠的時間。

可是量血壓並不意味著醫生必須花上半個小時來看一個病人。他才不呢！他看病，作治療的時間和其他醫生一樣短。可是保羅的病人的印象裡，却認為他們已獲得較多的時間。別的醫生所花時間可能相同，換來的卻是病人的抱怨：他在我身上用太少時間了，我要去找別的醫生。找過保羅的病人都非他不可，如果在他不在的時間內病了，也儘可能等他回來。

史蒂夫另有一套。當他看完一個病人時，不管是什麼病，他總要問：「我還能為你作些什麼嗎？」有時他的問題保留到病人穿上外衣正想出去時才提出，因而使得他的病人不知如何是好，但總會得到預期的效果。在該病人看來，Steve 好像很願整個下午都和他談談他的病情。在這種情況下，他通常帶著愉快的心情離去，而且下次有病會再來找 Steve。

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



用你和他母親的雙腿當作「檢查枱」。

駐院期間，我注意到George 的作法。他所慣用的乃是查房時永遠都坐著和病人交談，有椅子時坐椅子，沒椅子時坐床緣。在病人的印象裡，好像他一坐就談老半天，雖然事實上，他從未坐超過二分鐘。這又是一個不讓病人感到被冷落的例子。被冷落的感覺很容易在病人身上發生，如果他的作風也和其他很多醫生一樣，只是來匆匆，去匆匆。通常，醫院病人並不希望醫生多作停留，可是他們花了錢，又不甘心遭受冷落。

不過，固然我欣賞他們的技巧，我却不採用，即使採用了也不會很奏效，因我並非他們。我可不喜歡量血壓，我想我的護士可做得和我一樣好，其次我也不花這種時間；我也不問病人：「還有其他問題嗎？」我想我的病人可看出我已不再想聽下去了；查房時我也不坐下來，我不慣如此作，我總是跑上跑下的。

然而，有他們的例子在先，我也了解和病人建立起關係的重要性。別人使用來極其自然的方法，在我做來可能顯得造作不自然。我不採用它們。我必須採用適合於我的方法。

舉個例子。身為一個外科醫師，我的病人之絕大多數，是我將為他們動手術或已動手術者。由他們的口中，我得知他們所不滿於為他們動手術之醫生的地方，乃是無論在手術前手

術後，對於他們身上發生的事情毫無所知。有些醫師一甚至可以說很多醫師一每當病人問起問題即顯得很不耐煩。他們自以為是，獨斷獨行。這是不公平的。至少，以我為例，在讓別人搬動我的內部構造之前，我必先搞清楚對方如何動手。身體是我的，要如何加以重組都須先告訴我一聲。

因此，我通常事先將手術情形解釋給病人聽。我先劃出胃、膽囊、腸等構造，再告訴病人何處該割掉，那些地方要接起來，這些圖案我通常留給病人，好像病人家屬也知道。

病人對我的解說是樂於接受的。我樂意做到這點，因為這是病人的權利。這點和其他所做所為，可以彌補我其他方面的缺失—我通常不在病床旁邊多作停留—並使我的開業能有點成就。

病人習慣找個性和他們合得來的醫生。

以Ray 而言，他是個不折不扣的杞人憂天型。光聽他的談話會使你相信他所看每位病人都在頻死邊緣。他的冠狀動脈病例都是「最糟糕的心臟病」；一個傷風的婦人「有肺炎的危險」；總之，沒有一個病人是稱得上微恙的。

他的生意却出乎意料的好。偏有些病人，喜歡自認為所得之病是最典型的病，而且病況相當壞。這類病人

，尤其是女的，逢人便說：Ray 醫師說他從未看過膽石像我這麼多的人。

Ray 是誠懇的。他是天生悲觀主義者。他相信所有心臟病患者都會死，感冒患者都會得肺炎。當病人治好後，他欣喜若狂。而他的病人既然病況遠不如想像的糟糕，因而治好的也佔多數。他那天生杞人憂天的個性使得他飛黃騰達。

喜歡和醫生聊上老半天的人則會找上Carlo。Steve 的病人只是自以為和醫生談很久，而Carlo 的病人却實際做到了。他動作遲緩，我看十個重症患者的時間等於他看一個感冒者的時間。他無法衝刺。

這就是他處事之法。他的病人在候診室一等就是好幾小時—他每天都很晚才回家，星期六和星期天也很少例外—。他可不在乎，這是他行醫之法。

他的病人却很相信他。有些病人喜歡能讓他們等候好幾小時的人，不信任馬上能見到的醫生。他們希望醫生能忙一點。Carlo 能滿足他們，故他們喜歡他。

有些醫生從未學會如何對待病人，主要可能是因為從不關心病人。對他們來說，行醫不過是賺錢糊口之道而已。他們不能從助人當中獲取快樂。這些人尤其常見存在專家之中。我有一次介紹一個婦人給某位放射線專



在你看她眼底時，
告訴她說，現在，你在街上，街上有一棵樹，樹上有一
隻紅鳥，那隻鳥有黃色的嘴，綠色的眼睛……。

吾人之所以多特意地袒護
我們的醫療同業者，原因
之一乃畏於治療失當之訴
訟

家作Cancer治療，她去了，回來之後對我說：「Nolen大夫，我希望你再介紹別位醫師。他對我的問題一點也不回答，只叫我到這裡，去那裡，做這做那，不加絲毫解釋。當我對他的某些指示感到疑惑時，他對我怒目而視。我不習慣被人如此對待，也不想人家這樣對待我。」這樣的抱怨那位醫師，我已不止聽過一次了。我不再介紹病人給那位醫師了。

經過多年的學習、體認，我覺得要學好跟病人的關係端賴醫生本人。不要和現實脫節，這是容易做到的。病人是有困難才來找你。醫生認為是平凡不過之事如盲腸炎、懷孕、心臟有毛病等，對病人而言，並不平凡。盲腸、生小孩、心臟等在在都和他切身相關，並希望醫生也能同樣關切他的問題。醫生該做到這點。設身處地的多為病人着想。這是幹醫生這行最正確的路，醫生不能做到這點即不配開業。

治療不當

王輝雄譯

我雖從未因治療失當被控告過，但
但有幾次，如今回想起來，只能偷偷
地低聲嘆道：“好險！”

最險的一次，就是碰上 Art
Golden 這位先生。Art 本是 Stu
Nelson 大夫的病人。在我搬往 Lit-

chfield 後六個月左右，Stu 要我看
一下這位先生。「他有個非常大的切
口疝脫 (incisional hernia)」Stu
說，「要把它固定好他又害怕，但一
天天地增大，是愈來愈難處理了。
Bill，你去瞧他一瞧，看是否固定得
了。」

幾天後，Art 走進我的門診室。
看起來，人相當地和善，五十六歲了
，身子大體上還算健康，在 Litchfield
幹乾洗那一類的事業。

他那疝脫 (hernia) 真是該死的
大。早十年，Stu 割掉他的膽囊後，
切口處引起了感染，結果破壞了腹壁
該處的肌層，最後感染雖醫好了，但
是只剩下皮膚及薄薄的一層脂肪，承
受不了過大之腹壓，於是內臟由該處
膨出，形成了如此一個小西瓜大的疝
脫。我實在沒有治好它的把握。

「Art，」我說，「你這個疝脫
相當大，太大了，我實在不能確定是
否找得着足夠的正常組織來固定它。
也許你只好終生倚賴那條皮束帶了。
」Art 束了那條帶子已有五年之久。

「大夫，我再也受不了了。」他
說，「我整天都得站著照顧我店裏頭
的上上下下，這東西就還差那麼一點
沒把我整死。我這次非得把它修好不
可。」

「好吧！」我說，「那麼我們就
試一試吧！」

一個禮拜後，我們為 Art 動了手
術。我們花費了好幾個鐘頭，才將足
夠的正常組織挪近疝脫處的周緣。又
用了特別紮實的針腳，才好不容易地
將它縫合。這次手術就這樣順理成章
地完成了。

術後，傷口流出了些許液體；這
也沒什麼好奇怪的，尤其是這麼大
的一個疝脫，在脂肪層裏理應有足夠
的空隙好滲進液體。引流了幾天，傷
口就完全復原了。開刀後的第十天 Art
出院回家；治好了他的疝脫，他高興
，Stu 和我也很滿意。

Art 就不再為疝脫來找過我。
六週後 Stu 為他作了一次檢查，報告
說他是完全地痊癒了。偶爾我在外面
喝咖啡時會遇見 Art。三年後，他太太 Norma 也讓我為她治療肘部的骨折。
每次碰到他，他總是高高興興的，
並且非常感謝我為他修理了那個疝脫。

手術後的第六年，Art 因腹部不
舒服來找 Stu，其實只是便秘罷了，
身為家庭醫師的 Stu 謹慎地建議他照
張 X 光看看。拍好了第一張後，赫然
一隻大夾子顯現在他腹部的右下方。

當 Stu 拿片子給我看時，我幾乎
暈了過去。我們翻閱了一些舊片子，
結果證實，的確確是我給弄進去的，
絕不是 Stu 在割膽時遺落的。

這時 Art 已不再便秘，很明顯地

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



有一些小鬼很怕痛，你只好一步步檢查他。

那大夾子在他肚子裏並沒增添多大的麻煩。它只是不經意地被 Stu 發現了；就像某些人在腕部有多出的骨頭一樣，並沒大礙。

「怎麼辦呢？」我問 Stu。

「我想，我們應該讓他知道，」Stu 說，「而且最好儘快告訴他。因為全院的人都已曉得了這件事。」

「你說得很對。」我答說，「但是我該如何對他開口呢？我們是不是應該免費將那該死的東西取出啊？一旦他知道肚子裏裝著一根大夾子，恐怕他就會開始擔心，而我們也不能放心的，腸子絞上它的可能還是有的。」

「就這麼辦，」Stu 說，「他另有一處小疝脫，我們建議他開掉，順便把那夾子取出，那樣就不用單為那夾子讓他挨一次刀了。」

「好辦法，」我說，「但願他會同意。」

我們請來了 Art，拿了 X 光片給他看，並且述說了這一切。Art 盯著片子的好一會兒，然後坐回椅子，深深地蹙著眉頭。……

「我可以告你們兩個，是不？」他問。

我裝作沒被嚇著地答說：「我想是的。」

「而且我是穩操勝算，對不對？」

「也許。」我回答。那是毫無疑問的。我們就像鴨子上了架，任他宰割了。

「好吧！」他說，一邊站起且笑著，「本想給你們兩個好看的，但還是算了，就看在你們幫我制服那西瓜的份上。就照你們說的好了。修好我另一處疝脫，且好好地拿乾淨你們的傢伙。這樣我們就算扯平。」

Stu 和我還算挺運道的。

幾週後，我上一家館子喝咖啡。一位朋友走了過來，眨著眼睛對我說，「我聽人說，你這個木匠收了工都不知收拾好工具啊。」然後他笑著走開了。在這小鎮上，什麼事都瞞不住的。

醫師們無不擔心因治療失當而扯上官司——當然非意識上地，但這種恐懼卻無時不在他們的心中。他們從不知何時會惹上禍端。

之所以會擔心的理由是我們太容易受責難了。通常任何一種毛病都可有好幾種處理方法，萬一出了錯，譬如說病人產生了併發症以致於殘廢或死亡，這時候心中免不了會自問：「假使當初選用另一種治法，是否他現在好些呢？」我們將一再地問自己這同一問題。假使病人或他的家屬問及它，且說服了他們的律師，相信別有好法子，則我們準吃上官司了。

我就碰過一件這類的事情。大約

在我搬到 Litchfield 的一年後，一位同事叫 Paul Halstead 的，要我跟他一同診治 Ralph Warner 這個病人。

Ralph，五十九歲，車廠的機工，身體結實且大致健康，就只有一個毛病——小便困難：他每晚得下床兩三次，開始拉尿總得費上好大的功夫，結束時又是沒辦法完全排光。很明顯，這是男人前列腺腫大堵住膀胱出口的典型症狀；中年男人患此症的比比皆是。Ralph 的前列腺有正常的三倍大。

「你認為如何，Bill？」Paul 問我。

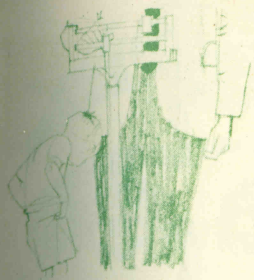
「太大了，」我答，「他必須擠出它來。嗯，你打算怎麼作呢？」

「從上面下手，」Paul 說，「搞它太大了，用 T.U.R. 不太適合。我把它安排在下禮拜三開刀，你能過來幫忙嗎？」

「沒問題。」

我們前面談過了將如何處理 Paul 的前列腺，而目前可用的數種開刀方法，基本上就區分在要不要經過尿道——Paul 說過的 T.U.R. 就是要通過尿道作切除的，而從上面開進去就不需經過尿道。

但 T.U.R. 不會有切口；只要將一根金屬管子通入陰莖末端的尿道口，用它削下部份前列腺體，以擴大尿



在你量他重量時，告訴他說，好，現在拉緊你的褲子，要不然褲子會滑下來。

吾人之所以多特意地袒護我們的醫療同業者，原因之一乃畏於治療失當之訴訟

道的口徑。而從上面的方法，就得打開膀胱，然後外科大夫伸進他的指頭，將前列腺摘除。T.U.R.適用於較多的場合，而後者只用於非常大的前列腺之摘除。

Paul 和我一齊作了這次手術。打開膀胱後，我們發現它比我們所意料的還要纖維化。Paul 很費勁地剝除它，當最後完全移去後，我們發現尿道被他弄裂了腺體下的一小段。我們趕緊將它縫好，然後作完剩下的手術。

Palph 術後的恢復極不安穩。他出血許多，這是一般割除前列腺的常有現象。最後他痊癒了，可是被Paul弄裂開的尿道因結疤而緊縮，我們不得不以擴大器推入Palph的尿道以擴大它。前後共花了六個月我們才把他搞好。

或許只能算是幾乎好了，因為還有一個問題沒解決：他失去「勃起」的能力了。

其實這並不少見，而且多數是由於心理性的障礙。佔95%之多；我相信Palph也是因此而致不舉。

但Palph不信。他以爲我們給他弄進的那根硬梆梆的金屬擴張器，損了他的傢伙。在那六個月中，他到於是怪上了我們，他認爲我們應該用另外那種手術方法。他決定要控告我

像我們這種團體作業，一個份子被告了，大家通通逃不掉。我們趕緊聚在一塊兒打商量。

「我可要好好地跟他們鬥一回，Paul，」我說，「我們作的可沒一點不合理的。沒錯，我們是弄裂了他的“鳥”道，可是那算什麼嘛！又不是從沒發生過，也絕不會是最後一次。那是動那種刀一定冒的險啊！」

「是的，Bill，但是，」Paul說，「我問你，假使要你從頭再來一次，你這次要選擇那種方法？是T.U.R.或是從上面下手的那個法子？」

「我才不會幫那王八蛋動手術了，」我說，「我會把他送給我的任一敵人。」

「我知道，我知道，」Paul說，「我也會那樣作的，但是要你一定作的話，你會選那種呢？」

「從下面的。」我承認說。

「好了，」Paul說，「我們這次會從下面下手了。無可否認的，我們先前的判斷錯了，如此，他們在法庭上會怎麼想啊？」

「又有誰會作證不利於我們啊？世界上沒有外科醫生會因此事而抗我們的，更不用說光是爲了判斷上的問題了。」

「或許你說得對，」Paul說，「好吧，只要保險公司同意，我們就

鬥鬥看吧！我不喜歡，但我想也沒啥處打聽，發覺動T.U.R.的患者都在六週內痊癒，而且更要緊的是：術前挺得起的，術後都還是很行。Ralph不應該的。」

結果保險公司不同意。他們認爲我們或許可打贏，但將是一場硬仗；陪審員們無論如何賠錢搭不上干係，當一個病人膽敢咬定他就是因開刀才不能人道的，誰不會一掬同情之淚呢！保險公司於是安排了庭外和解。

這一次我們可真是無辜的。我承認，重作的話我們會另作選擇，但其實怎麼選。Ralph還是都要陽萎的；問題純是心理性的。爲了省麻煩，我們只好和解了事。

懼於治療失當的訴訟真大大地困擾著任何一個外科醫師。假使他作決斷時，不能基於他的經驗及所學，不能免除因某處出錯而受控的威脅，他可要動彈不得了。

大抵說來，根據法律上的規定，只要外科醫師的所作所爲都是合理的，他就沒有任何受控的危險。在訴訟案件中，原告必須證實這位大夫所用的治療方法比他同社會的其他大夫差勁。假使你是G.P. (general practitioner, 全科大夫)，你得爲你的患者提供至少是你附近之G.P.所能提供的平均水準以上的服務；假使你是外科醫師，你得跟你同院裏的外科

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



醫生也有自己的煩惱的

醫師有不相上下的功夫。這一切都相當地合理。

奇怪的是，真正治療失當、真正有罪的大夫反而很少被控告。

就拿 Jack Nadler 來說吧。Jack 是個 G.P.，相當棒的一個傢伙，他穿着性格、高爾夫打得頂呱呱，在宴會上又是極風趣的人物，除了這些特點之外，他更有一樣人人喜歡的一隨叫隨到，服務親切。

但若提他所不在行的，獨一無二的就是他的外科技術實在令內行人不敢恭維。他動起刀來是大刀濶斧，快得有過於秋風掃落葉，可惜他極不小心。他造成病人的併發症比他人多出許多。

要是 Jack 只專攻那些較不複雜的手術，如：痔瘡、闌尾炎及疝脫之類的，他倒還不至於出太大的紕漏。但 Jack 偏偏不甘寂寞，居然插手那些他沒能力處理的病人；往往他是害慘了他們。

Abe Riley 就是一例。他在 Litchfield 開了一家店舖；我們常常一塊打高爾夫球，偶而我和內人 Jean 也跟他及他太太 Anne 打橋牌。他們家大小小有事都到 Jack 的診所求治。

幾年前 Abe 得了黃疸病，Jack 送他去照了 X 光及血液的檢驗，結果確定他得了膽結石。他不只膽囊內結

石，總膽管中也有好幾個石子。總膽管是膽囊通至小腸的管道，有一枝鉛筆的粗；Abe 就因為石子阻塞了膽汁由膽囊流往腸子，膽汁於是流回血中，造成黃疸。

病人若是瘦的，而且膽囊沒發炎的現象，要切除膽囊倒是相當地簡單；但若已發炎，或者囊壁受了膽石之刺激已經增厚，則手術就變得非常棘手；尤其是總膽管也有結石時，更需要技巧了，絕非沒受過專門訓練的人作得了的。Jack Nadler 就不是處理得了的人。

有個大難題就是：一般人在碰到需要決定他的家庭醫師所能作的是那些，所不能的又是那些時，隔行如隔山，門外漢根本無從估計起。對多數人來說，醫生就是大夫，大夫就是看病的人，而外科醫師就是會動手術的醫師。因此對於照顧他們的人所說的話，他們只有完全地接受了。

大多時不會出錯：全科大夫 (G.P.) 發現腸癌患者會照會外科醫師；外科醫師會請內科大夫會診心臟病發作的病人；內科大夫的病人喊背疼時，他會請骨科的大夫接手診治。

不幸的是，少數醫師不以為他們自己的能力有限，竟涉超出他們能力範圍的場合。他們耽於承認有任何他們治不了的病。Jack 就是這種人。

因此，Jack 沒請我為 Abe 開刀

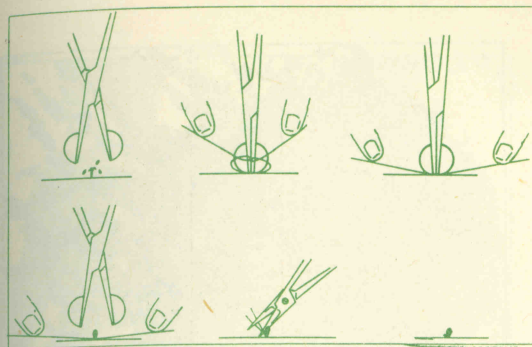
，他決定自行動這個手術。Abe 開刀，他決定自行動這個手術。Abe 也拒絕，他相信 Jack 既說能作，那絕對錯不了的。Jack 安排了另一 G.P. 叫 Brain O'Connor 的來幫他的忙。知道這回事後，我也曾走訪 Abe，只是我一直無法將事實真相說出來，不只不願開罪 Jack，主要的還是會因此與全院的大夫樹敵。我們都認為自己是品評自己能力之最佳人選而且也只有自己才有這個權利。

不很費勁地，Jack 割掉了 Abe 的膽囊，而且也釣到了膽管內的石子之一，但他漏失了另兩顆，它們在週後 Abe 因膽汁引流不止照的 X 光中顯現出。這下子，Jack 才來找了。

檢視了 Abe 後，我很想罵出：「Jack，你好渾蛋，這一切被你攪和一團糟。」但我還是抑制住了，我有膽量也不願意說出心裏所想的了。

反過來，我說：「哇！Jack，看起來真不簡單啊！好像還有兩個石子在管內，它們定是在你開刀後才肝臟內溜下來的，我們最好設法將它們拿出來。」Jack 和我都明白我的不是真話，因為那兩顆石頭早在 Jack 開刀之前就在那兒了，不過是得讓他好下台。

於是我們為 Abe 作第二次手術。現在，拿那兩個石頭比原先困難得



手術時的止血結紮法

吾人之所以多特意地袒護我們的醫療同業者，原因之一乃畏於治療失當之訴訟

了，幸虧Abe相當粗壯，他平安地通過了這一關，要換上另一較老弱的，第二次的開刀很可能要了他的命。

這個例子說它是治療失當是絕不冤枉了。Abe動了兩次手術，冒了一次不必要的險，而且還在床上多折騰了一個多月，浪費的錢更不用說了。一切的一切都該怪 Jack Nadler 這個自大的傻瓜，拒絕否認他是全能的救世主。

當然Abe沒有告他。就Abe所知，Jack作得非常成功，他認為 Jack 救了他的命，而且兩次手術是完全必需的。事實上，要是 Jack 一次手術就救了他，他還不至於像現在這般感激，他以為 Jack 救了他兩次。

避免惹上治療失當之訴訟的秘訣乃在學得如何對病人說話。

所有醫生最常用的一個方法就是：對病人家屬誇大手術的危險性，以及後來所可能產生的併發症。

例如，當我要拿掉 Joe Ross 的胃時，我在前一天對他太太說：「Ross 太太，這將是一次大手術，我相信 Joe 會平安無事的，但你也知道大手術的冒險性有多大；Joe 的潰瘍可能已侵及胰臟，那樣的話就很難辦了。而且胃有許多大的血管，常常引起大出血。開刀之後，又有感染的危險。而剩下的胃有時需相當一段時間才會恢復機能。不過開刀對 Joe 是絕

對必要的，他的潰瘍經常出血，又非藥物控制得了。…他應當會好起來，但我要你明瞭危險性還是有的。」

「我很感謝你告訴我這些，Nolen 醫師，」她說，「我確信你會盡力的。」

有了這樣事先的警告，萬一 Joe 出了意外，Ross 太太也不會太怪罪於我了。

但對 Joe 我又是另一種態度。任何要切除胃的病人都知道那是大手術，用不着醫生來嚇唬他，Joe 所需要的是再一再的保證，以使他鎮靜地進入開刀房。因此我前一天去診視 Joe 時，說：「Joe，除了那個潰瘍之外，你是完整的一個正常人，你一定可以平安地渡過這次手術。前一、兩天或許會稍覺疼痛，但很快你就能站起來走動、吃東西了。切掉了潰瘍的地方，一定會好過許多的。」

對 Joe、對他太太，我都沒說謊，只是對他們兩個強調的地方不同罷了。

失事受傷的病人最具治療失當的威脅性。每當車禍傷患時，我都時時提醒自己：這種事是一定有人要被告的，但我絕不能是其中之一。

因此我常常不很合理地診治受傷的病人，寧可超出實際的需要。任何車禍傷患訴說背部或頸部疼痛時，我一定要他們照脊椎骨的 X 光片。明明

知道那些片子都照不出什麼名堂，那些骨頭都會是好好的，但我就是需要足以證明這個事實的憑據，否則一年後立在法庭上被律師盤問說：「大夫，你是說你沒要我的委託人作頸部的 X 光檢查啊？你難道不考慮她有折斷頸子的可能？」那就很不是滋味了。那樣子的問法，陪審員們很中聽，而作醫師的可難看了。所以我就讓病人多「晒」點 X 光、多花幾十塊錢；雖然極傻，但我們只得如此自保。

律師們對醫師的最大抱怨之一就是：他們要徵得一位願意在訴訟中作不利於另一醫師之證詞的醫師簡直比登天還難。他們為何會那樣想。除非是錯得太荒唐、太說不過去了，我們是很不情願批評另一醫師的。我們都同樣住著玻璃作的房子，誰都不敢隨意地扔石子。

幾年前，一位律師朋友叫 Ralph Thompson 的，在一天下午跑來找我。

他說：「Bill，我碰上了一個困難。Louise Swanson 這位婦人前天從 Valparaiso 來到我那裏。她年四十，約一年前因背痛看了當地的 Black 大夫，Black 要她作子宮的切除，但開了刀後她還是背痛不止而且有加劇的傾向，那醫師要她勿庸煩惱，說很快就不會痛了。但並不如此，她只得找另一位醫師；Larson 大夫作了一

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



告訴病人有關的醫學知識是必要的

些X光的檢查後，發現背痛是源自脊間盤的脫出，而且還發現她右邊的腎臟完全沒有作用必須開刀取掉；手術中才知道Black當初摘除她的子宮時，竟把輸尿管繫住了，就是這樣才使右腎喪失了機能。我這兒複印了一份醫院的記錄說，那次拿出的子宮完全無異樣。我相信我這位委託人是治療失當的受害人，但Larson大夫說什麼也不願出庭作證，他只說這類事情往往會發生。你的看法怎樣？」

我認識這位Black大夫，他的名聲不太好，刀動得太倉促，因此作過許多無意義的手術。但他口齒伶俐、外表高尚，因此「生意」還很不錯。

很明顯地，他是從頭到尾糟塌了這個病人；他診斷錯誤，開刀不只開錯了地方，又作得一團糟。他這麼一手，使這婦人一下子損失了她的子宮與右腎，而竟對她幫不上一點忙。

難道我就同意作證不利於Black嗎？同意幫助這位受害者出口氣嗎？很抱歉，我沒有。

我說：「Ralph，我同意你，你的委託人是被害慘了，但我看不出能幫得上什麼忙。我們來談談究竟Black作了些什麼？首先，他作了錯誤的診斷；其實，誰不犯上一兩次錯呢，我就曾割出正常的闌尾，你不能只爲了這個就告他。第二，他把一個顯然是正常的子宮割了下來；那也不足怪，

即使是看似正常的子宮也會出血作怪啊！第三，他錯綁了輸尿管；我同意是他的錯，但那是開刀所不得不冒的險，是不該發生，但卻偶爾會發生，我在一次切除子宮瘤時也犯過同樣的錯。綜合起來，我們只能說Black同時犯了許多錯，但每一樣錯卻都有許多人曾經犯過，因此我不能出庭作證，我也不以爲有那一個醫師會願意。實在很遺憾，幫不上你的忙。」

Ralph只好丟下了這個案子。

最令我冒汗的情形，是當我的病人產生併發症時，特別是那種理應可以避免的併發症。

甲狀腺的手術就常發生這種情形。在脖子的兩側各有一條叫喉返神經（recurrent laryngeal nerve）的，恰位於甲狀腺與氣管之間，它的大小、顏色與白線無異，支配聲帶的發聲。在割除整葉的甲狀腺時，它們就像魔鬼般地不易被發現，因此很容易就被割斷了。

我記得我只割斷過單邊的；這樣倒還好，因爲只要一邊的聲帶有作用，病人就可說話、呼吸，頂多是聲音沙啞一、兩個禮拜。兩邊都割斷了就糟了，首先病人會講不出話來，接著過了幾個禮拜，兩邊的聲帶緊縮而靠在一起，呼吸就會發生困難。這時候要補救可就麻煩了，而且無論如何也回復不了正常。

我認識的大夫裏，有兩位曾經割斷病人兩側的喉返神經，結果一個被控告了，另一個沒有。被告的那個很可能在訴訟裏勝訴，因爲很少有外科大夫從不失手割斷神經的，但他選擇了庭外和解，一來是不希望事情鬧開來，二來他也知道這是自己的錯，雖然是無意的。

有少數醫生專門作證陷害其他的醫生，他們是其他的醫療同業者所共恨的。多數是專任的領俸醫師，受雇於醫院或大公司，或是工作性質的關係，如成天只爲人開健康證明、或是受雇於他人之故，他們對自己的工作完全不負責任，因而毫無受控的忌諱，卻也不知感激他們的蒙主恩寵，居然膽敢向別的醫師扔石子，以賺取優厚的“外快”。

對付這批人之最佳方法，就是讓陪審團了解他們的底細。囑子(stool pigeon，指專作線民、告密之類的人)是沒人歡迎的。要說他們很具正義感也似無不可，但一個大夫成天忙於法庭上的作證，那他絕不會是什麼好東西的，好醫生在醫院就忙不完，哪有上公堂的閒工夫。最近一次見到的一位這類先生，是從市內V.A.醫院來的一位內科大夫，他代表一個裝腹痛的病人來到鄰鎮要作證控告一位當地的G.P.，律師們將他是囑子的消息傳開，於是陪審團一點甜頭也沒讓



好發細菌感染的幾個部位

吾人之所以多特意地袒護我們的醫療同業者，原因之一乃畏於治療失當之訴訟

他嚐到。

有些情形，原告根本不需醫生來幫他作證，這種就是所謂的*res ipsa loquitur*，意思就是“事情不說自明了”；例如我前頭說過的 Art Golden，如果那次上了法庭，只要X光片一亮出來，肚子裏明白擺著一根大夾子，絕對不需勞動 Mayo 大夫來向陪審團說明。同樣的，如果外科大夫為原想割掉扁桃腺的男孩縫合了他的疝脫，或是反過來拿出了兩顆正常的扁桃腺而不縫合他的疝脫，陪審團也不需任何醫學專家來告訴他們某某人是不是弄錯了。

我不希望讀者留下一個印象，以為天下沒有正直的醫生願意為罪惡昭彰的錯誤診治作證。我不希望受邀去作不利於他人之證詞，但一旦我受了請求，且事實上果有其事，我將是義不容辭的。我相信多數的醫師也是如此。

那一次如果必要，我會為 Jean Simmon 作證的。Jean 住在另一鎮上，她來找我是因為她部份手毫無感覺，且大拇指只能很困難地動一點點。數月前，她跌出窗子而割傷了手腕，當地的一位醫生將它縫合；當時她告訴他麻木的情形，他只要她放心，表示很快就會復原，但六個月過了，一點改善的跡象也沒有，她懷疑恐怕永遠恢復不了了，我也是那樣想。我

為她重新開刀，才發現她的中間神經（Median nerve）下半段被接在肌腱（tendon）的上半截，而神經的上半段被接在肌腱的下半截，原來他把這兩種不同的結構搞混了。我於是把它們各自縫回所屬的地方。

現在假使這位婦人決定要告他，我會很願意地為她出庭作證，不是渴望，但是願意。其實，誰都會承認中間神經是很像肌腱，但是誰要分不清楚它倆，誰就不該動腕部的手術。

在我對 Jean 婉轉地說明了一切之後，她決定不控告他。她說：「咽，那實在不太好。他對我們一向都很照顧，只要我們請他來，無論是白天或晚上，他每次都會趕來。我實在不願意傷害他。這件事要給他知道了，他一定會很難過，我想或許我們就說成別的吧！」

最後得到了一個結論：最少受控的醫生是那些與病人相處融洽的醫生。大多數病人都是規規矩矩的人，他們喜歡的大夫就是萬一出了點錯，他們也不想傷害他。

那就是為什麼在小鎮如 Litchfield 中，我們很少發生治療失當的訴訟；病人是我們的朋友，平時大家都相處得很愉快。換成 Los Angeles New York、Chicago 等大城市，我的治療失當保險金將會比現在高出好多倍。大城市的醫生與病人的關係很不具

私人感情的成份，病人認為醫生只會挖他們的錢包，而醫生則認為病人隨時隨地都有可能置他們於死地。經常，他們都說中了。

護士

林祥明譯

不管是多大或多小的醫院，使整個醫院運行之不息的，不是醫生或管理人員或董事會的先生們，而是護士。

在病人的照護上，護士扮着很重要的角色。她們是實際的施予者，醫生只是早上來病人處看個5分鐘，寫些醫囑單就走了。一天裏剩下的二十三小時又五十五分鐘都是護士在陪著病人。假如護士沒有好好的照顧病人，病人很可能無法完全康復。所以每位醫生在治療一位病人時，都須依賴護士的幫忙。

不是每一位護士在每一方面都能幫助醫生，醫生必須去了解那一位護士在那方面能力較強，然後他去安排那些事情由那位護士去負責。如此會使病人受到最好的看護，因此醫生是必須去多了解他的護士。

有位已退休的沙吉小姐有時仍來本院客串「特別護士」。沙吉已70多歲了，和善、仁慈且笑臉常開。假

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」

護士們的工作包括……
這只是其中一部份而已



如我有個病不太重的患者，譬如說剛切除乳房的婦人，她其實不太須要一位「特別看護」，假如她堅持要的話，我會去請像沙吉一樣的特別護士來。沙吉會親切的握著她的手，安慰她、跟她聊天。病人往往很高興有這種護士給她們的關切及安全感。

但假如我的病人情況很嚴重時，我要找一位像珍曼一樣能幹的護士。珍曼曾救過好多位我的病人，其中一個是開一家洗染店的阿賴。

阿賴在某個星期天下午被送到醫院來。他和幾個朋友去打獵。有個同伴的槍走火擊傷了他，幸好他們剛出發，所以很快的被朋友用車子送到醫院來。

交錯配試（Cross-Match）阿賴的血型後，馬上送進開刀房。鋸掉一根肋骨後觀察整個胸腔：有些小彈片擦傷了心包膜，但心臟本身好好的。主要的問題在左肺下葉，它幾乎已被轟爛了。

麻醉師把血輸入阿賴體內時，我將碎爛的左下葉清除乾淨，並留下二根引流管在他的胸腔內：一根是引流可能從左肺的新切面處汨出的血；另一根是爲了吸出可能露洩的空氣。他的血壓很穩定——100/60；脈搏每分鐘110次；可能仍須輸二品脫的血；除了概率很小的併發症外我想他會熬過去的。

我要值班護士去找珍曼來幫忙。半小時後正當我在檢查阿賴的背部時珍曼走了進來說「什麼事啊？」

「多著呢！」我說「阿賴被槍打到了，我剛把他的左肺下葉拿出，有些小傷，仍在汨血；可能還須要輸二品脫的血；也許有一段危險期；小心看好那二條引流管及靜脈滴流確實暢通；他現在只靠右肺在呼吸，所以呼吸的情形也注意一下；有時可能得從喉嚨內抽出痰來……。」

像串連珠炮一樣的講完這大堆事「地板呢？要不要我也順便擦擦？」珍曼俏皮的問。

當時已深夜了。疲憊的離開醫院，約十二點半才上床休息。二點時，電話鈴大作，珍曼打來的

「諾醫生！你最好趕快來吧。阿賴已輸了二品脫的血，脈搏却仍高到130次，情況不太妙。」

「那些管子都確實暢通嗎？」

「暢通的。有些血流出來，但不多。也有些空氣流出但已不像一小時前那麼多了。我想不是胸腔的問題，他一直在喊肚子痛，你想會不會腹部那裏有毛病？」

「我也在懷疑，我馬上過去。」珍曼不是小題大作的人，假如她覺得有問題，大概真的那裏有岔子。

我觸摸著阿賴的肚皮，想要找出毛病在那兒。珍曼說的不錯——胸腔

已沒什麼大礙，毛病好像出在左上。阿賴感覺那兒有壓痛，且腹部緊緊的。加上他快速的脈搏使我推測會不會是脾臟有問題？脾臟就在左橫膈膜下方。也許有小散彈穿過橫膈膜嵌入脾臟內。可能我當初太專注左肺而忽略了橫膈膜上的小洞。

「趕快送進開刀房。」我對珍曼叫着「可能是脾臟在流血，馬上去實驗室做血型交錯配試，多準備幾品脫的血來輸給他。」

「你以爲我是新手啊！」「十分鐘前我就吩咐了。」打開腹腔沒錯，就是脾臟在流血。腹腔內約3品脫的血。切掉他的脾臟，輸四品脫的血。後來阿賴就漸漸康復。

大部分的醫生及護士都很可能忽略了病人其他地方的次要毛病。不否認的，雖然是我開的刀，但假如珍曼沒有即早發覺異樣而通知我，並找出毛病的所在，阿賴可能已死掉了是珍曼救了阿賴這條命的。

像珍曼這種護士的能幹是無疑的。有些私人醫院並沒有實習及住院醫師。在大部分沒有醫生在的時候，護士就負起照顧病人的責任而且這責任往往很大的。

就拿我們的「冠狀動脈疾病研究中心」來說吧。這個中心只有二個牀，病房就在護士站旁。急性冠



護士們的工作包括……
這只是其中一部份而已

脈栓塞的病人就送到這兒來。至少在病房的頭四天裏，心電圖的記錄器是一直裝在病人身上的。牆壁上掛著心電圖的掃描螢幕，隨時顯示著病人心臟的跳動情形。

在這個中心內的護士除了必須做一般病房內的例行護理工作外；還要隨時注意心電圖的跳動及血壓的變化。因為心電圖的不規則往往是心臟有任何異動的最初徵兆。病人此時須有「立即」的急救——真的是立即——二、三分鐘以內，否則病人就危險了。

假如此時沒有醫生在場，誰要來照顧病人呢？當然是護士了。這時她會叫值班護士呼喊「藍醫生」。「藍醫生」是本院緊急狀況時的呼叫代號。意即任何派得上用場的醫生火速趕去急救中心。而在醫生趕到前，一切就看護士的了。

我是個很糟糕的「藍醫生」在醫學院時就不太懂心電圖，何況現在比以前知道的更少。十五年來專注於外科手術上使我的醫學領域只如以管窺天所視之狹小範圍，而冠狀動脈疾病並不在這小範圍內。

某天下午，正準備離開醫院，呼叫「藍醫生」的信號響起。我急忙奔赴急救中心，一路禱告別的醫生會比我先到。真糟糕！下午二點半醫院那有醫生，果然我是唯一趕到的。

文梅在當班，我到時她正從一個老頭兒的嘴裏吸出痰來。全身因缺氧而發青，急促的呼吸著。牆上的螢幕正描繪著有如天書的心電圖。

「怎麼樣啊？文梅！」

看看心電圖吧！心室性心搏加速，要我做什麼呢？」

我可是一點主意也沒有。只知道這是很危險的情況——心臟失去控制的快速奔跑，直到約五分鐘後因衰竭而崩潰。我也知道有很多種藥能使心臟慢下來，回復到正常律動。但是要給那種藥，該給多少，我就知道了。

「最重要的是趕快找心臟科的醫生來幫忙。」我喃喃的虛應文梅。

「絲頓小姐！」我咆哮著對值班護士大叫「趕快去請吉醫師來。」

「文梅！妳認為我們現在要怎麼辦？！」

「我想應該給他 50 毫克的 Xylocain。」

「給吧！」我說。她就將 50 毫克的 Xylocain 由注射器內推入插在病人手上的靜脈滴流管內。我注視著心電圖，約 30 秒後心臟慢下來且規則的律動著。

「妳救了他！」我像白痴一樣的雀說著。

「但願如此。再觀察一分鐘看看。」

一分鐘不到，病人的心臟又像賽

跑一樣的奔馳著，全身馬上又因缺氧而發青。

「現在怎麼辦？」我一面冒著冷汗一面問道。

「我建議靜脈注射 Pronestyl。」

「妳確實知道這些藥嗎？」

「我知道。」

「好！打下去。」

很快的病人又有反應。這次心跳好像永遠恢復正常了。（從 160 降到每分鐘 90）呼吸也不再急促；皮膚也由發青漸轉為潮紅。正想向文梅恭賀她做得很成功，頭都還沒轉過去，突然聽到一聲悶哼——情形又轉壞了。心電圖在那兒亂跳著。

「他在心室震顫」文梅叫道「必須趕快電擊急救！」

心室震顫是很危險的情況。心肌纖維此時紛自收縮而不似平常像幫浦一樣的一起收縮。所以血液無法流動而停在那兒。要使它恢復正常跳動只有在前後體壁貼上電極，通電後，打擊心臟，使所有肌細胞再同協收縮。

我從沒做過電擊急救，只是看人家示範過一次且我也不知道怎麼去做，吉醫生也還沒來；假如二分鐘內不使震顫停止，病人馬上會死去。

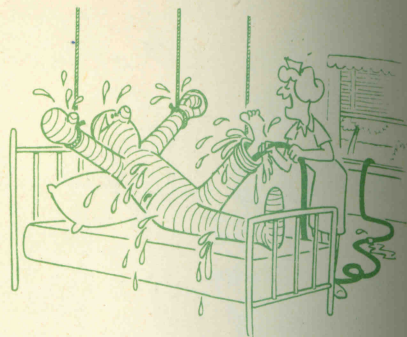
「好吧！文梅，電擊他吧！」

她很快就將電極板貼好。「壓那個按鈕吧！」她說

「那一個？這上面有二個鈕呢。」

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



洗澡時間！

」

「右邊那個！」

一壓下去，病人全身肌肉一陣痙攣，繼而僵硬，但一下就好了。我看著跳動的心電圖，心臟有規則的律動著。觀察了約五分鐘仍是好好的。吉醫生此時才匆匆進來，看著牆上的心電圖憤怒的叫道「是誰出的鬼主意，要我趕來此，還有一大堆病人在等著我看呢！這心電圖不是頂正常的嗎？」

已滿頭大汗的我，真想衝過去揍他一頓。

半夜已熟睡時，如被叫去看護病人時，我也會像一般醫生一樣對護士咆哮。雖然我也知道護士並不是故意要把我從床上挖起來，但是我就是忍不住要找她們出氣。就好像有的暴君殺掉了從前方帶回戰敗消息的傳令兵。

還好，經過十二年的相處，護士們都已了解我的脾氣。雖然我會在電話裏咆哮，有時甚至穢言詈罵，但我仍是邊罵邊從床上爬起，一到醫院後又變得溫文儒雅。

幾乎每天我得在手術房內待二、三小時，所以我和手術室內的護士處很好，大體講來我們都能合作無間。我是個急性子的人，無法忍受不必要的時間上的耽擱。當我進入手術室時，我總希望能看到病人已躺在枱上，

靜脈滴流已在進行，所有的工具及儀器都已準備好，而要幫忙的護士也已刷好手。我會看看病人，讓他知道我清醒得很，當我在換手術袍、刷手時，麻醉師會使病人沈睡，其中一個護士也會在將要下刀的地方消毒好。所以病人全身都用消毒過的布覆蓋著，只露出下刀的地方時，我也已戴上手套準備好開刀了。如此，我不必站著沒事幹，別的人也沒閒著，時間上很經濟、且有效率的應用。

在李奇鎮關於這時間的應用，我從沒遭遇任何不順，整個手術房內的同仁都比我更不喜歡浪費時間。但在某家我偶而去開刀的醫院，有位手術房內的護士，就總是無法安排好自己的時間。我會在進入手術房後發現她還在準備工具，更不用提她手都還沒刷呢！我必須站在那兒等她刷手，戴手套；或等她遞給我一條毛巾。

她總沒法跟上我的進度。當我說，「給我一條絲縫線」她還得去叫值班護士說，「我須要些絲縫線」。我就得站在那兒等她從值班護士手中接過消毒包，打開來找一條我要的線，遞給我。看起來好像沒浪費多少時間，但在手術當兒，中斷一分鐘就好像須等上半小時——此時你既不能看書，也不能喝杯咖啡，只能站在那兒看著已被我打開的腹腔，很不耐煩的等著那該死的縫線。

有時她甚至要我們等上20分鐘：整形外科進行時，我向她要把螺絲起子，居然發現她根本沒記得要準備一把。我們只好坐下來等上20分鐘讓那螺絲起子消毒好。時間上的不必要耽擱不僅對病人不好，我也很吃不消，有時只得叫值班護士幫我拿杯牛奶來，用吸管吸飲。假如沒有這牛奶，恐怕已被這蘇茜小姐害得有胃潰瘍了。

所以蘇茜每次看到我走入手術房就很緊張，我看到她在裏面就皺眉頭，假如我預先知道明天她被排在手術房內「幫」我，當晚我往往睡得不好。她可能整晚都無法入睡呢！雖然我盡量不讓惱怒形於色，但我實在不善於掩飾，它們總是從臉上的七孔流露出來。

我們中的一個必須離開手術室。六個月後她申請調到門診部去。在那兒她很勝任愉快，且不必常受我挑剔。如今我再去那家醫院都跟她處得不錯了。

因為我們醫院很小，所以只有一間開刀房。我和裏面的護士都處得很好；她們都知道我的習慣：什麼時候我用腸線；什麼時候我要絲線用那一種牽引綑帶。她們總能預先準備好，所以手術都進行很順利。開刀實在不是有趣的事，但能和一些合作無間的人進行，我發覺蠻好玩的。



護士，這裡沒病人哩！

工作時我們並不像電視上看到的開刀實況那樣——大家都表情嚴肅，一個臉绷得緊緊的。在很多例行且大家都很熟練的工作上，比如開腹、縫合時，我們也會閒聊些有趣的事，或是談談越戰。除非病人肚子已有2、3個舊疤痕，這時就得小心謹慎，以免把腸子劃破。

夾一條血管，綁起來；再夾一條，再綁起來。在開刀時，這些幾乎是每個病人都要做的事時，我們可能聊些電影啊！花邊新聞啊！但在手術的緊張部分，例如縫合一個潰瘍或是取出總膽管內的結石時，我們可是一絲不苟，慎重的很。腹腔內有很多重要的器官，切錯的話很可能使病人喪命。在這種重要關頭，我很討厭發現要用的特殊工具縫線尚未準備好。我希望開刀房的護士和我一樣準備齊全的進來。且老實講，沒有充分的準備，我是不會進開刀房的。

在大部分醫院裏，開刀房內的護士長是像女王一樣的被看待的。她有權給你一個笨手笨腳的護士來幫你切開胃而把你整天都搞垮；高興的話她也可以指派最好的護士幫你縫合一個簡單的氈氣。所以聰明的外科醫師都要和督導處得很好。

她最大的權力是在那張手術時間表的安排上。大部分人都喜歡在早上第一班（七點半或八點）開刀。這時

不只是頭腦較清楚而且開始的時間絕不會耽擱。因為排在別的醫生後面，什麼時候輪到你就得看前面幾個老兄的快慢了。

在李奇鎮，除非是不得已，我很不願意排在摩里醫生的後面。最簡單的手術他可能都要花上數小時。例如切除二腳上的靜脈瘤，他可能要佔用手術室六小時，幸好他有自知之明，所以通常都只做一脚，另一腳一個月後再做。

在這一醫院我是唯一做大手術的醫生，所以排班上我很少有什麼麻煩，但大醫院裏「黃金檔」的競爭就很激烈，並不是最早去的人先用開刀房。外科主任通常都能在「黃金檔」時開刀；新來的醫生就得一邊等了。有的等上2、3個檔期，下午二點多了才輪到。除非，他在督導身上下功夫：記得她何時生日，但忘了她已幾歲；故意拿一些她很行的問題請教她；或者你天生一付憂鬱型而她偏喜歡這種調調，那你就常可拿到黃金檔。

某家醫院有個年輕的布醫生，犯了只有新的住院醫師才可能有的錯誤——挑剔督導消毒皮膚的方法不對。這簡直是一腳踩上督導的頭頂，以後布醫生可慘了：不但中午以前一定輪不到他開刀，幫忙的護士都是笨手笨腳的，他還寧可自己做以免她們礙手礙腳呢！

最後他跑去找外科主任說：「督導故意為難我，好多次手術房明明空著，她卻去做自己的事，下午才排我的班。」

主任說「布醫生啊！你要我怎麼樣呢？去告訴她嗎？我真的這麼做的話你才真的完了。現在是下午開刀，以後你可能都是半夜在動手術呢！她只要故意把病人安排成緊急處理，半夜你也得爬起來開刀。聽我的勸告吧！對她好一點，那手術室是她的王國。」

布醫生真的就大拍馬屁。不是稱讚護士長今天打扮得很漂亮，就是說她把開刀房管理的井井有條。任何想得到能稱讚的地方他都說了，每天固定抽些時間和她聊天，也從不抱怨他都是在下午才開刀。

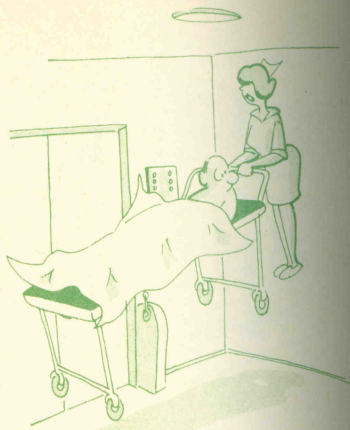
這真的很有效！幾個禮拜後，布醫生已和資格較老的醫師一樣分配到黃金檔期。事實上，有些醫生已在抱怨他分配到的比較多呢！布醫生才不管他們的抱怨，護士長站在他這邊，他怕什麼？！

門診處的護士雖不像開刀房的督導有那麼大的權力，但也相當畏人了。

在忙碌的時候——好幾個病人同時求診；幾個病人都要準備動手術。此時護士忙不過來，勢必有些住院病患的一些瑣碎但不太重要的事（例如

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



這是快速電梯。

在床上乾洗身體，行動不便的病人想要人扶他坐起來）要被延後或取消。這時她們就有選擇的權力，那些被延後或取消的病人往往是狄克醫生的，因為狄克常給那些護士苦頭吃。

護士也和別人一樣，希望早上就能把一天所必須做的事計劃好。雖然有時會有些緊急事件發生，但她們也希望儘早知道，以便重新計劃安排時間。因此她們都希望醫生能早上早點去看病人同時寫好醫囑單。狄克就不這樣——他可能早上 11 點或下午 2 點才逛進來，在醫囑單上寫著「馬上替病人灌腸」或是「送病人去物理治療」、「腿上的紗布一天換三次。」寫這幾個字他可能只須花一分鐘；護士要去做完可能得三小時呢！如果狄克在下午二點才來吩咐，護士在換班前一定做不完，所以她們往往得加班才能完成。

狄克不考慮護士們的時間，連實驗室的技術員他也一樣對待。他會在星期天早上當實驗室內只有一人值班時要求一個「緊急血液全分析」（Whole Analysis of blood for emergency）。但十次有九次人家才不理會他的「緊急」往往是星期一早上才幫他做好。因此護士及實驗室的技術員都很討厭他，他太不為別人考慮了。

雖然護士和技術員所受的醫學教

育比醫生少。但是在使病人康復的工作上他（她）們也佔著很重要的地位。醫生應待之以禮而不該像對待傭人一樣呼來喚去的。有時也應虛心請教他（她）們，問問他們的意見。

不可否認，醫院裏也有些能力很差笨手笨腳的護士，但是她們不太可能昇到護士長的位子，往往是一直被人督導著。反正醫院裏有很多不太重要又很瑣碎，但又不能不做的事（例如替病人在床上乾洗身體）就夠她們忙了。

醫院裏每天都有很多大大小小的事，但大部分都不是醫生做的。醫生只是寫在醫囑單上，護士會幫他們完成。所以醫生如要使他的病人受到最好的看護，也節省他自己的時間和精神，他最好是善待護士、技術員及每一個在醫院工作的人以禮。因為醫生就像足球隊的前鋒一樣，一定要全隊合作，有後衛及中鋒的供球及幫助才可能把球踢進。

大醫院和

小醫院的比較

古鳴洲譯

當我決定在一個小鎮呆下來時，我就知道我必須接受將在一個小醫院裏行醫的事實，就像是我行李的一部

份。我知道在八十牀的密克郡醫院，我們將不會有都市裏大醫院的全套設備可用，我想我可能有時會懷念些「額外」的設備，結果也是肯定，但，經過這些年來，我敢說我在我的小醫院裏所給予病家的服務，比留在大醫院裏所能給予的來得更多、好。

在小醫院裏病人不會迷路，在醫院却時有所聞；當然不是真的迷路，我是在形容它。在大醫院裏，病人變成了一個號碼而不是一個人了，想看，若是教你處理著數以百計病的事務，你把一個婦人想做「428 的肝病病人」是不是比「拉絲太太四十八歲，一個嗜酒如命的五十四歲汽車推銷員的太太，四個從六到十歲的孩子的母親等等、等等」來得便些！對於一個每週要看上成百的人的護士、檢驗師、X 光技術員和士助理——一切一個病人會遇上的人要他們把病人當做一個人是不太可能的，尤其在他們與大部份的病人第一次見面也大概是最後一次時。

在我們的小醫院裏，大部份病人都認識一、兩個醫院裏的人，那些他們鋪牀的助理、給他們打針的護士、為他們抽血的檢驗員——如果以前就認識至少也看過。當你生病周圍都是熟悉的面孔時，不是很令放心嗎？



這是你的診斷

有時這種親切感，不止是精神上同時在醫療的立場上也能幫上個忙。例如有一次來了個患者是位婦人，叫威爾遜太太的，肚子痛得很厲害，從症狀上看起來像是闌尾炎，但是有一點不像——她的痛與其他症狀不成比例，我一時拿不定該不該開刀。

當我坐在護士站看著她的病歷時，護士長葛迪尼太太走過來對我說：「打擾你一下，諾倫醫生，不知道你聽過威爾遜太太的十八歲的女兒露易絲跟安德魯家男孩私奔的消息沒？就是大學不唸却休學的那個！」我根本不知道，威爾遜太太壓根兒沒提起。這個消息太重要了！威爾遜太太的腹痛也就可以解釋了——如果她將盲腸割掉，可能她的女兒會回來看她，所以她想要開刀。有了這個新消息後，我便可將威爾遜太太的病「說掉」而不是「割掉」，因為一個護士認識她家，因為威爾遜太太是一個人而不是一個號碼，所以她免除了一個不必要的開刀。

我可以從醫院的這種附帶的服務裏獲得各式各樣的資料，甚至於從其他的病人口中得到。我可以聽到關於他們的家庭、他們的工作、他們的嗜好——那些病人不會告訴我或任何一個醫生的事情，而這些使我在治病時能處理得較順利、漂亮。醫生能得到的關於病人的任何資料都多少有益於

病人。

公平的說來，我們這個特殊的「硬幣」也有它的另一面，當你生病住進一個社區醫院後，你將發現在裏面毫無秘密和隱私權可言。從洗衣婦到主任，醫院上上下下都知道你得了什麼病、進展如何，醫院裏多的是好管閒事的人。

我的一個朋友告訴過我，她所參加的太太俱樂部裏，有一個是醫院裏的護士助理路易絲太太。「喂！」有一次艾倫太太問道：「雷莉琴怎樣啦？你知道她懷孕了，我聽說她上個禮拜住院了，是不是流產啦？」

「我怎麼沒聽到？」路易絲太太說：「我明天上班時就可以查出來。」第二天在休息時，路易絲太太留意了雷莉琴的病歷表，看了醫生的記錄，當天晚上她打電話給所有俱樂部裏的太太，報告雷莉琴真的流產了。

天曉得在小型的社區醫院裏還藏得住什麼秘密！

對於大多數病人，住院總是個令人不愉快的經驗。當醫生告訴我們需要住院時，對大多數人來說，都像個晴天霹靂——我自己就怕得要死——病人也常給嚇得舉止異常。像我的一個病人，她有一些神經系統的毛病我們解釋不了，便介紹到一所大型的醫療中心，那裏的醫生們要她照一張脊髓的相片（myelogram），是一種X

光片，將顯微劑打入脊髓腔內使脊柱顯影出來。

不幸的，就像有時發生於一般醫院裏的，但，多數時候都是大機構裏才有——病人給貼錯了號碼。她給送進了做腸子X光片的地方而不是照脊髓的地方，我的病人給用鋇鹽灌了腸，照了大腸的X光片而不是脊髓。她為什麼不問一下X光技術員或放射線專家？因她覺得她不應該問，她很想知道為什麼反而做了腸子，但又想醫院裏的人一定知道他們在做什麼，一定錯不了。——到底她該向誰抗議？

若是在這個她覺得像家裏的地方，她一定會說出來，她不會像在大醫院裏，覺得迷途了一般，她將會照了她該照的X光片。

當一個病人身心受到打擊（stress）時，若是能置身於他所熟悉的環境中，其價值是無可比擬的。我有過許多病人，我敢說，若是在他們與死神的搏鬥中，沒有他們的親人、朋友和牧師們在旁的鼓舞支持，定難逃此劫。沒有這一類的支持，十有八九他們將會放棄努力，而所有的醫生都知道，當病人投降時，這場戰爭通常都輸定了。失去求生意志的病人很少活過來的。

在大醫院裏，病人常冒著接受高度科學化但高度非人化的醫療的危險，不但來自護士、檢驗員，同時也來

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



這針頭是無菌的吧。

自醫生本身。在大醫院裏雖也有個別醫生（solo practitioner）付起病人的全部責任，但在大醫院裏病人最常遇見的是病人多得像洪流一般的忙教授，除了他技藝中最主要的部份外，他根本沒時間替病人做任何事情。這種「cut and run」的戰略（譯註：此間報章上所謂的幽靈醫生）往往是造成不幸的禍根。這裏有一個例子，有一天當我走過醫院的X光室時，遮邁醫生叫住我，「比爾，進來看看這張片子，天殺的重症肺炎！我已經看了半天了」。那張片子看起來的確很糟糕，右肺整個下半部都變黑了。「這是誰的片子？」我問道：「是位我認識的人嗎？」「你當然認識他，」遮邁醫生說「這張是巴特，路易士的，他今天下午剛從懷特門診中心回來，他覺得不太舒服，一回來就叫了我去，他的體溫 104 度，右肺一點聲音都聽不見，我就帶了他來照一張X光片。他現在在 215 病房，你經過時不妨進去看他。」

巴特和他的太太瑪麗都是我們的好朋友，當我們搬來這裏不久就認識了他們，從那時起我們就常在一起。他們喜歡看電影、打橋牌和滑雪，我們二家常一起出去。巴特在我到這裏以前就有了一個胃潰瘍，我的一個同事介紹他到懷特門診中心。當我們認識以後，他問我是否願意接他這個病

案，我說不。我想懷特中心的人已經照顧他那麼久了，對他和他的胃一定了解得一清二楚。巴特是大忙人，我敢說他的潰瘍一定是個難惹的東西。既然懷特中心的醫生們不會捲入私人關係，我想他們能做得比我更客觀、執行得更嚴格。在以後幾年裏，巴特進進出出懷特中心，有時是胃癌、有時是胃末端阻塞，最後出血來了，當血止之後，巴特終於同意讓懷特中心的外科醫生將他的胃做部份切除，這是四個禮拜前的事。巴特現在剛退院出來就叫了遮邁醫生。

當我走入巴特的病房時，我幾乎不相信我眼睛所看見的。雖然他有胃潰瘍，但他一向看起來都是強健、英俊、粗壯的傢伙。當他從牀上撐起來時，他看起來像是一個從集中營逃出來的囚犯，肌肉鬆巴巴地掛在頰骨上，雙眼深陷，面黃肌瘦，病得不像人樣。「巴特，」我說「你覺得怎樣？」「唉！比爾，」他的聲音變成纖弱而顫抖的高音，像是拖了很久的慢性病。「很高興看到你，說實在的，我覺得難過死了！我每一次呼吸都會痛，身子弱得幾乎連浴室都走不到，早知道開刀後會變得這個樣子，我永遠也不讓他們開。」我不相信懷特中心的人會讓這樣重病的人離開醫院，我就問他「巴特，你是突然變成這個樣子的嗎？」「不」他說「事情是這樣

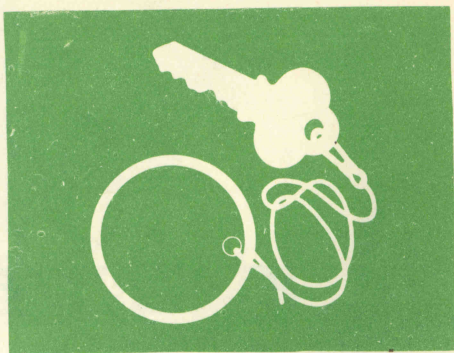
的，我在四個禮拜前開刀，十天後我就感覺相當好了。葛雷醫生，就是我開刀那個，他就讓我出院，並建議我們在醫院附近的旅館住個兩星期，這樣他們就可以在門診部每隔一天替我檢查。我出院幾天後就注意到呼吸開始會痛，我告訴了門診部的醫生，但他說沒什麼，說開刀後本來就會有點痛的，但是情況愈來愈糟，他仍然堅持沒什麼好擔心的；最後他告訴我可以回家了，我就離開那鬼地方，一回了來我就叫了遮邁醫生。以後的情況都知道了。」

巴特是遮邁醫生的病人，既然他叫我進去看看，我想他不會介意我檢查一下巴特，我看一下刀疤，聽一下胸部，最後壓一下肚子和腰部，當我壓時，他縮了回去，「他媽的，痛死了！」他大叫著。

「很抱歉！」我站了起來說。我只不過想檢查一下，現在我要去跟遮邁醫生商量一下。巴特，我們可能需要更多的X光片，回頭見！」

「你們能做什麼就做什麼。」他說「我只要能好起來就好了。」

我在護士站找到了遮邁醫生，「卡羅，」我喊他道：「我想在巴特的橫膈下有一個大膿包，他的時間也正正好——對於大到X光片上看得出來的膿瘍，總是要三個禮拜左右才能形成。讓我們照一張側面和躺著的X光片



醫院是套住病人，然後解開病謎的地方吧

，可能就看得出了，如果結果還不能確定我想我們還是應該開刀看看，膿瘍的可能性太大了。」

「你知道嗎？」他說：「我也想過膿瘍的可能性，但我相信在懷特中心不可能漏掉一個膿瘍。」

「我相信葛雷醫生不會，」我說「但他出院後葛雷醫生就不會看過他，葛雷醫生可能出城去了，或到某地去了。很明顯的一個實習醫生或住院醫生門診部追蹤（follow）巴特的病況，他也不應看走眼的，但事實就是這樣。」

一個鐘頭後我私下打一個電話給葛雷醫生，告訴他我懷疑的事。「我聽了也很難過。」他說：「但我贊成你開刀，只此一途了，有什麼變化時煩你通知我一聲。」

巴特是病了，橫膈下的膿瘍是很嚴重的併發症，許多我的病人因此而死，所以我很不願意給巴特開這個刀。這個手術很簡單——只要在膿瘍上開一個口，將導流管縫進去就是了——但我決定請我的一個朋友，在明尼亞波里的一個年長的外科醫生，來主持這個刀。我在這裏已經夠久了，我不怕人家說我「膽小」，當需要替好友開刀時，我會毫不猶豫地請人來分擔這責任。

第二天我們切開了巴特的膿瘍，裏面有一夸脫的黃綠色乳汁狀的膿液

藏在橫膈下，我們將它洗出來，放了五隻橡皮導流管到膿瘍腔裏，從切口伸出來，手術中巴特一直很順利。很幸運，他很快就復元了。當膿液導出來後，他的燒很快就退了，同時食慾也恢復了，二個禮拜後我們讓他出院，六個禮拜後他就回到工作崗位上，一直到現在還好好的——這是1965年的事了。（註：本書寫於1972年）

我之所以把巴特的病寫得這麼不厭其詳，是因為在巴特的例子裏，我們可以更清楚的看見為什麼大醫院比小醫院更易出岔子。我們在荔枝菲爾德（Litchfield）這裏的八十牀的密克郡醫院不是十全十美的，但在某些方面，對於某些問題，這裏比大醫院還好還安全。例如，如果我在這裏給巴特開了刀，不到他好我絕不會讓他離開鎮上，或是如果我離開鎮上，我會叫認識巴特的其他醫生照顧他。所以當巴特開始訴說他的胸痛時，他不會給拒絕了。

醫生不認識病人——這是大醫院的另一個弱點。在他或她訴苦時，醫生不知道該如何應付。如果是像巴特那種的堅忍主義者（stoic），他說出來的每一個痛都是有意義的；但如果是一個慢性呻吟症病患，那就不必花上幾個鐘頭去查痛的原因了。當我們要為病人提供醫療服務時，沒什麼代替品能取代對病人的全盤了解——他

的家庭、他的妻子、他的工作和他的個性都一樣。而這種資料需長期的累積，不是大醫院的醫師們一蹴可幾的。

若是爭論這只不過是個例外——若是說葛雷醫生沒有出城，他會在手術後照顧巴特，那麼一切就沒事了——這也是無益的，毫無意義的。要知道，葛雷醫生是懷特中心的外科創始人，老祖宗，他在醫院的時間大部份都用在開刀房內，手術後的醫護工作是由幫他開刀的住院醫師去做。若是叫葛雷每天去一牀牀的查房，問他手術後的病人睡得怎樣，大便通了沒，他根本沒這種時間。所以對於這些瑣碎的工作，他只不過名義上負責而已。（各方面說來，住院醫師做得跟葛雷醫生一樣好。）

我的看法是，大多數情形下，當一個人替整個病人負起全盤的責任時，你可以得到較重連貫的照顧和更多的照顧，就像是小型社區醫院的情形。

有一句話我有時候會聽見——密克郡醫院不可能像紐約、芝加哥、洛杉磯甚至明尼亞波里的大醫院那麼好，因為我們沒有那些設備。對這個爭論的答案可說對也可說錯。對的是我們沒有那些設備，錯的是這並不因此使我們較差。

自從1954年心肺機發明以來，

懸壺杏林之外

譯自「外科醫生的世界」



現在你摸到了

許多人包括醫生和門外漢就離不開這種設備了，若是一個醫院沒有心肺機、人工洗腎機、鈷60照射機，就認為這個醫院不是好醫院；反過來說，若是一個醫院有了這些設備，就認為是好醫院。有一點大家好像忘了，雖然我們可能在有些情況下需要全部或一些這種機器，就說吧，在治療百分之二的病人在百分之二的情況，也就是說在百分之九十八的病人中百分之九十八的情況下，一個醫生在所有醫院都有的設備下能完全地治好。病人的心臟、腎臟並不常有一些奇怪的缺口，使他們全然停頓，或瘤癌需要鈷60來照射；大部份病人得的是肺炎、心臟病或脫疝之類的。當他們或如果他們得了這些奇怪的病，有的是時間將他們轉到有這些設備的醫院。

我們在這裏的手術房裏有所有基本的麻醉設備，開腦、開胸、開腹部、四肢及全身所有解剖位置除了心臟以外的必需的工具。我們沒有心肺機因為我們不做開心手術（並不是因為非常困難，在技術觀點上來看，並不，而是因為開心手術需要一組的專業技術人員，和外科醫生全部時間的獻身，因此而使我不至於成為「偶然」做些開心手術的外科醫師——因為心臟外科此時正是時代的寵兒，到處都是這種「偶然」的業餘心臟外科醫生。

談到最摩登的產科，需要那些東西？只不過一雙訓練過的手和兩三套功用各不相同的產鉗，像這些東西，在我們這個小地方都齊備了。

對於內科疾病，直到最近，仍只不過是需要一個聰明的醫生和一間良好的檢驗室而已，這些我們通常都有了。在最近幾年裏，冠狀動脈加護病房（C.C.V.）——就是醫院裏充滿了電子儀器「監聽」和治療心臟病人的地方——開始流行起來。當統計資料顯示這種設備對於挽救人命有價值時，我們也買了它，一如附近的甚至更小的醫院。因為心臟病突發需要立刻處理，所以離家愈近愈好。若是你心臟病突發，我們這裏的醫護若是不比別處好也決不比別處的差。

此外我還有很充足的理由認為它可能更好——還是根據醫院的大小。病人得了冠狀動脈病症躺在牀上，電綫從他的胸部、四肢牽出來，靜脈注射從他的手臂上流進去，一架心電機在他的牀邊嗶嗶地呼喚，不管注射了多少鎮靜劑，他也一定會心神不寧。如果在鄰牀也有個病人，他也定會緊張。如果甲病人發生了併發症，需要緊急行動——甚至可能需要一些激烈的手法，像心臟電擊或做緊急氣管切開術——免死狐悲，鄰牀乙病人的焦慮也會逐漸升高。

在我們醫院的加護病房裏，通常

只有一個病人，了不起二個，三個，極少的。所以像上面那種情形發生的機會很少。若是有六個或九個病人在一起——像一般較大的醫院——病人出問題的機會會增加到二倍或三倍。當一個得了冠狀動脈症，其他的病也一樣，最好住進小型的加護病房。

在大醫院裏常出現的一個問題是缺少意見的溝通。每個主治的超級專家只對病人的某個解剖部位有興趣，沒有一個醫生關心病人的整體，將病人當做人的，所以病人找不到一個可以跟他談的或可得到一些實際消息的醫生。這是一個很令病人沮喪的事。當羅西特在懷特中心做了一個心臟手術回來後告訴我：「比爾，糟糕透了！我問一個醫生我那個時候可以離行走動，他說『我是外科醫生，你最問你的內科醫生』。當我問內科醫生我何時可以返回工作崗位時，他說看你的外科醫生怎麼說」沒一個人可以直截了當的給我答案。」

病人的親屬會發現問題更複雜。一個妻子若想知道她生病的丈夫進如何，第一她必須知道她要找的是哪一位醫生，第二必須用電話聯絡上，後很可能她要到那位醫生的診療室一趟。超級專科制度（superspecialization）帶來的醫療工作的分割造成了醫生病人間極大的距離。大



現在你錯開了

的病人其實就不是任何人的病人。

我也承認，在小醫院裏也有它的缺點。有一個晚上，我給叫去看一個十六歲的男孩，德瑞克，他從街上人行道的小貨車後面跌下來，他的肩膀、後腦勺摔得青紫的，但看起來沒什麼特別。我問他：「你覺得怎樣？德瑞克！」「不怎麼厲害，肩膀動時有一點痛，頭有些鈍痛，其他都還好。」他說。「你昏過去沒有？」「我想沒有，我呆了一陣子。車子突然衝了出去，接著我發現自己躺在地上，我記不太清楚了，但我沒有真的昏過去。」我檢查了一下他，瞳孔對光的反應還好，他還記得日期、名字，他在那裏，X光片顯示肩膀有一點脫臼，但沒有頭骨破裂的跡象。我說「我必須留你在這裏過一夜，德瑞克！」「我想沒什麼大不了的，但你身上有一些腫包，我想你在這裏會舒服點。」我告訴了他父母，將他送上病房，吩咐了護士一些例行工作，注意他的血壓、脈搏、呼吸和意識狀態，我就回家睡覺。半夜二點時電話鈴響，是二樓護士羅琳太太打來的「諾倫醫生，你最好立刻來，德瑞克看起來不太好。」十分鐘後，我已醫院檢查德瑞克，他已經昏迷過去，甚至對痛都毫無反應，他的瞳孔散大，一個比另一個稍大些，呼吸不太規則，四肢僵硬，這些全是腦部傷害的症狀，可能有些，但他睡得正熟，再進來的時候就是這個樣子了。」

這種事情可在頭部傷害時發生，有液體在他的腦子裏，大概是出血。「半個鐘頭前我進來看他時他還好好的」羅琳太太說，「他的血壓高了一但並不常見，病況突然惡化，而不是逐漸走下坡。現在問題是怎麼辦，通常最好不要開刀，只要用一些藥試試，消去腦腫，但是如果裏面流血了，最好取出來；在這裏我不知道該用何種方法。當時我有一份附近的神經外科醫生的名單，一些對於這種病案看得比我多的人，一些可以解脫我的責任的人。在大城市的大醫院裏隨時有一個神經外科醫生可調派。但在這裏只有我自己，而德瑞克的生命全靠著我了。」

我打了一個電話給一個我認識的住在明尼亞波里的神經外科醫生，將情況描述了一遍，我說：「我恐怕無法將他送到你那裏，我想他熬不過這趟顛簸，我也懷疑你趕得到這裏，你想我該怎麼做？」

「看來你怎麼做都將很糟糕。」他說：「我想你那男孩活不了了，但我想你最好能在他頭骨上鑽幾個洞，這是很渺小的機會，剛好有一個血塊在那裏。如果沒有，你也不損失什麼，結果出來後告訴我。」

就這樣我們把德瑞克送進了開刀房，剃光了他的頭，在下半個鐘頭裏我變成了神經外科醫生，不像在這個case中那麼簡單——只要在頭上鑽幾個洞、拿下一塊骨頭來就完了，神

經外科是很複雜的——但我仍不喜歡這個角色，因為我不熟悉它。結果這個探險徒勞了，裏面沒有血，只是腫脹而已。雖然我們盡力全力挽救，德瑞克還是在第二天死了，他的死因是致命的腦部傷害。

我不認為一個神經外科醫生可以更早診斷出來，就是他能夠，結果顯示，他也將救不了德瑞克。但是換一種情況，有一個神經外科醫生可能就救了命。當你走進一個小型的社區醫院時，你必須明瞭這裏將沒有各種專科醫生，可能就會有那麼一次，你非他要他不可。

但是，再重覆一遍，對於百分之九十八的病人在百分之九十八的狀況下，小型的社區醫院如果不比大型機構好，至少與他們一樣好。如果你得了一個你地方上的醫生診斷不出的病，或是他們沒有這種設備來治療，你必然有足夠的時間到充滿著專家和奇妙的機器的大機構去。你的本地醫生，若是他知道他何時知道得不夠，那他將會送你到適當的地方去治療。

任何一個稱職的醫生應該能夠在沒有這些奇妙的機器和超級專科下仍能順利地執行業務，但在70年代却有如此多的醫生少不了這些。過去的一個指導過我的外科前輩曾經對我說「諾倫，如果你不能用一塊石頭和一個鐵罐來開刀，你算不得一個外科醫生。」在十二年後的今天，我愈來愈同意他的看法。