

轉送病患接受手術之相關倫理法律問題分析

The Ethical-legal Problems Arising from Transferring a Patient for Surgery

蔡甫昌 劉宜廉¹ 石崇良²

臺大醫學院社會醫學科 金山衛生所暨群體醫療執業中心¹ 台大醫院急診部²

案 例

1月10日凌晨，台北市四歲女童邱小妹妹遭酒醉父親當街毆打至顱內出血昏迷，經超商店員報警後就近送往台北市立聯合醫院X院區。當街虐女的邱嫌則被警方逮捕，依重傷害罪嫌移送法辦，檢方偵訊後向法管申請羈押。

邱小妹於凌晨1點55分送到X院區急救，因醫院神經外科加護病房沒有空床，經台北市緊急應變中心調配也一床難求，而於清晨5點半轉院至台中Y綜合醫院。邱小妹經緊急腦部開刀取出血塊，仍未脫離險境。

1月11日台北無病床遠送台中的虐童人球事件爆發後，台北市衛生局隨即召開專案小組，釐清責任歸屬。小組指出「並無疏失」，當天透過台北市緊急應變中心聯繫台北市多家醫院，醫院確實都回答「沒有神經外科加護病房」，由於沒有病房便無法開刀，才需轉送至台中。

1月12日台北市衛生局長召開記者會說明聯合醫院的調查結果，會中痛批X院區神經外科主治甲醫師、乙總醫師「沒有醫德」，未親自診治病人即做出轉院的決定、未積極為病人解決問題，這是典型的醫療過失。根據調查，當天凌晨急診室要求神經外科會診，而乙總醫師當時在三樓加護病房值班，他透過電腦調閱女童的斷層掃描結果，並透過電話聯繫當時在家中待命的甲主治醫師。兩人始終未出現急診室現場，僅透過電話決定醫療處置及轉院事宜。甲和乙兩位醫師隨即遭到懲處，局長也遭到調職。

1月13日局長在市議會答詢時報出「X院區有床」，但值班醫師拒絕開刀堅持轉院。1月15

日北市副市長漏夜調查，還原事實真相，當時X院區確實無空的加護病床，但應可加設或挪床。16日晚間再邀府外委員會調查，查出案外案：乙總醫師當晚不但沒有探視邱小妹妹，連電腦斷層的X光片都沒看，且當時他在宿舍內，並沒有在加護病房值班，卻在事後補登載不實病歷，假造他看過X光片，並由知情的神經外科甲主治醫師同意代簽該份病歷。針對最新的案情發展，監察院及台北地檢署展開調查。

急診醫師所面臨議題之分析

一. 手術同意書的取得

不論是依據醫療倫理的自主原則或是醫療法的相關規定，醫師在執行手術前均應該充分向病患說明手術的必要性、可能的好處與風險，甚至提供手術外可能的替選方案，取得病人同意並簽立手術同意書。但是在某些情況下，病人可能因為疾病或意外喪失了行為自主能力，例如意識障礙或車禍意外等，則可由其代理人決定，依據醫療法規定，代理人的順位分別應為配偶、父母與子女，再其次為兄弟姐妹等旁系血親，而如本案中的邱小妹，因其尚未成年，手術前則應取得其法定監護人亦即其父母的同意。但是由於案中主角乃由於其父親的施暴而致嚴重的顱內出血現象，送達醫院時僅有社工人員與警察陪同，均非上述所謂的同同意書代理人，若醫師判定此時必須立刻手術否則會有危及生命的緊急狀況時，則醫療法規定可不受須取得手術同意書的限制，逕行手術治療以挽救病患生命。因此，本案中的情節，確實必要進行緊急手術，以減輕顱內壓力、避免造成腦幹壓迫危及生命的狀況，因此，由當

時的神經外科照會醫師逕行決定開刀，亦符合醫療倫理中的不傷害原則。

二. 轉診必要性的決策

醫療過程中，醫師必須面臨許多複雜的決定，轉診的決策就是其中常見的一項，由於醫院的規模或設備的限制，或是醫師個人經驗、能力的不足，必須將某些狀況的病人轉至其他醫療院所繼續接受後續的照護，而近年來一些研究也指出，某些疾病或手術的死亡率，與醫院處理該類型個案的數量有某種程度的相關性，處理個案數愈多的醫院其死亡率愈低。因此，轉診系統的建立確有其必要性。在本國健保規劃初期，確有轉診制度的設計，其立意在於醫療資源的有效運用，也就是所謂的「小醫院看小病、大醫院看大病」的概念，只可惜這樣的制度並未被落實。而在創傷病人的處理上則有創傷分級醫院的概念，由於重大創傷病患的預後，與其是否能及時接受到創傷團隊的治療有關，而創傷團隊的組成又往往受到醫院規模、屬性與資源的影響，因此，並非每一家醫院都能收治重大創傷患者，因而在每一醫療區域必須有創傷分級醫院的規劃，以提供必要時病人的轉診收治，而本案主角根據其年齡與傷害之嚴重度，均屬重大創傷個案，該醫院或醫師應衡量其照護能力以決定是否轉診。

轉診是在急診醫療中或是一般醫療常規作業中經常面臨的狀況，但是很可惜的，截至目前並未建立一套制度化的轉診規劃，當醫師決定病人應該轉診時，往往只能依循自己平日的社會網路關係或病人的喜好選擇進行轉診，甚至任由病人自行前往，造成所謂的「doctor shopping」，不僅醫療照護的持續性無法維持，往往又造成醫療資源的浪費。理想情況應是建立一套轉診計劃，規劃轉診兩院間良好的溝通管道，讓接受一方在病人未到達前，即對病患的病情有一番瞭解，而轉出的一方亦可確保病人轉往另一醫院後能繼續得到良好的照護，而病患接受到了延續性的醫療照護，醫療資源亦不會重覆浪費，創造一個多方共贏的轉診模式。

三. 醫療過程的主導

現代醫療模式隨者科技的進步愈來愈複

雜，而醫療專科的分工也愈來愈細，一個完整的治療過程可能必須牽涉到許多專科間的協調與合作才能完成，因此，在醫療過程中照會其他科別的醫師，詢問其意見或請求協助亦成為常態，但是為了避免醫療過程成為專櫃化、分割化而喪失效率與完全性，因此，愈來愈多的醫療機構推動主要照護者(主治醫師)制度，由其負責整個醫療過程的主導以及與病患的溝通決策，其他的受諮詢者乃提供其專業考量下的建議，由主要照護醫師綜判所有狀況，提供病人最有利或最適合的治療計劃，這是以病人為中心的概念也是在醫療倫理「尊重自主原則」下必要的作法。同樣的，一個急診的病患誰是他的主要照護醫師？當接受諮詢的醫師(照會醫師)決定病人必須轉診時，急診醫師是否可以拒絕而要求另一種處置方式？若急診醫師在衡量當時的病人狀況與轉診的風險(例如必須經過長途或長時間轉診過程)之後，決定病人並不宜轉診而應先行初步處置時，則應該再與照會醫師會商討論，設法尋求另一種處理方式。醫療的本身是一種團隊的合作，而成功的團隊合作則必須仰賴好的協調溝通，而這也是傳統的醫學教育中所缺乏的，值得我們共同來思考努力。

醫學倫理之分析

本案社會輿論與媒體課責之焦點主要集中於乙總醫師與甲主治醫師以及北市緊急救護系統，茲從兩方面分析之

一. 急診與神經外科照護責任之歸屬

由於乙總醫師接受急診醫師照會時並未親自診視病患、亦未從值班室透過電腦連線去判讀病患之電腦斷層掃描及相關病情資料從而做出專業判斷並提供處置建議，便要急診醫師將病患轉往他院治療，顯然有違一般基本照護標準(standard of due care)與醫療例行常規(medical routine)。當這樣低於專業標準之醫療行為發生在攸關生死或分秒必爭之醫療決策上時，病患之醫療利益便可能受到極重大影響，行為醫師對所導致之後果所需承擔之醫學倫理與醫療法律相關責任也將相對大大增加。

然而，乙總醫師可能辯稱，雖然他並未親自診視病患，但根據急診醫師之描述，已能掌握病患病情及其所需之神經外科手術；但由於沒有所謂「神經外科加護病床」可提供後續照顧，(或許再加上該醫事人員與醫療單位可能未曾進行過該類術式，其難度超過甲乙醫師之專業能力或經驗)，因此才直接建議轉院治療。其是否轉院及應轉往何處乃屬急診醫師之專業判斷與裁量權限，對女童之照顧責任仍然應該是落在急診醫師身上。因此對於轉院決策所發生之後果與責任，應由做出轉往中部治療之急診部醫師來承擔。

急診醫師則可能無法接受神經外科醫師要他們全然承擔照顧責任與後果之說法，因為女童確實為顱內出血之重大創傷案例，當時之病情必須立即進行腦部手術以搶救生命，按醫療專業分工及轉介照會常規，值班的神經外科醫師既已接受照會，而且是專業上最適當、勝任之醫療專科，便應責無旁貸地負起照顧該病患之責任；神經外科醫師不應該只是「手術醫師」，還應該提供除了手術以外所有照顧該病患所需之相關臨床監測、判斷、支持性與預防性療法專業經驗。而所謂沒有神經外科加護病床，其實是端看照護人力及配置方式而定，利用急診加護病床、外科加護病床、兒科加護病床來照顧這類術後病人其實是可行的、也並不少見。

二. 緊急照護轉送體系之運作

本案另一為社會輿論撻闕之焦點即為醫療資源豐富之首都台北，儘管已有市府衛生局「災難應變指揮中心(Emergency Operation Center, EOC)」之運作，卻無法適時發揮功能，竟需要轉送病患到兩百公里以外救治，導致病患治療時機之延誤與風險升高。其實醫護人員要發揮專長以救助病患，必須倚賴醫療體系中每一環節有效、精確、正確的運作，而醫療單位間的溝通、聯繫、分層負責更是確保醫療品質的關鍵。大部分醫療傷害與醫院不良事件之發生，往往同時是醫療人員與醫療體系兩方面皆有問題，而後者所扮演之角色與影響力往往更甚於前者。

本案從救護車司機及急救人員載送女童時，初步的檢傷分類、究竟應該送往創傷中心

(Trauma center)、附近醫學中心或區域醫院，已涉及重要的醫療判斷；救護人員若未按作業準則(Standard of practice)將病患送至最恰當的醫療院所，對病患權益之影響也往往十分巨大。

X 醫院中急診醫師與神經外科醫師對病患病情及治療之判斷、轉送之處置，也涉及重要的溝通與醫學倫理問題；尤其是要將病患長途跋涉轉往中部時，負責醫師是否以病患之最大利益及所將承受之風險仔細考量、並回頭去評估確認是否確實無其他選擇替代方案。當 X 醫院自行向外求助神經外科加護病床，以及透過 EOC 在「找床」時，其所要求協助之內涵、對案例與需求之陳述及溝通方式是否是具體有效而達到專業標準，或其實是因為其訴求不得其法所以到處碰壁，也是十分值得檢討的議題。

另一方面，那些被聯繫後表示「沒床」的醫院，是否是據實回覆，還是所保留而謊報沒床，這將涉及重要的行政責任。因為畢竟醫院及醫療產業是公共事業與公共財，其營運與預算均受到納稅人及國家的支持，即使是財團法人醫院也不是私人的財產，更何況是許多公立醫院。而且在全民健康保險體制下，醫療院所除了基本必須遵循之醫療法規外，更受到健保特約之契約關係所規範；這點是值得相關醫療單位審慎檢討，因為將來必然會再出現類似處境，監察單位也應一併注意調查。

事實上根據事後監察院的調查報告，當時台北市尚有多家醫院有加護病床，其糾正案文則另外指出『台北市之急救責任醫院計 23 家，EOC 僅與... 12 家醫院聯繫。查 EOC 於 2 時 14 分至 5 時之通話紀錄，均未與 Y 醫院、... 聯繫，前開醫院在 94 年 1 月 10 日凌晨可能無病床可收治邱童，惟 EOC 之聯絡名單，若完全憑值班護理師之經驗或習慣，隨機決定與那些醫院聯繫，未與全部之台北市急救責任醫院聯繫，即直接聯繫台北縣市以外之醫院，除捨近求遠外，亦可能錯失在台北市為病患找到床位之機會。又 EOC 值班人員詢問各醫院的方式係憑其個人經驗逐家聯絡，並未慮及「其是否具神經外科專科醫師、神經外科之加護病床」，實無法達成最佳之「找床」效果。』

雖然許多論者指出，女童在受虐遭受重大腦部傷害時，已註定了其極度不良之預後，手術是否真能帶給她實質的幫助是值得懷疑的；然而醫師的使命與道德責任本來就在盡其專業能力以謀求病患之最大醫療利益。本案雖暴露了醫師臨床決策與緊急醫療體系之相關問題，但醫界若能虛心檢討改進，將有助於醫師專業責任實踐之思考及緊急醫療救護品質之提升。

醫療法律之分析

法律為社會生活規範之一，而其主要目的在於保護權利，並找可歸責者承擔責任，而法律所規範醫療之範疇，包括確保醫療品質、規範醫病關係及處理傷害結果(醫療糾紛)等。至於醫療行為或業務涉及不法時，可能違反的法律規範有刑法、行政法與民法三個部份，以下即就本案例中不同的涉案主體所可能違反的法律規範分述之：

乙總醫師(下簡稱乙)部份

一. 可能涉及之刑事責任

1. 病歷登載不實部分

按有關「業務上文書登載不實罪」依刑法第二百十五條規定：「從事業務之人，明知為不實之事項，而登載於其業務上作成之文書，足以生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。」。條文中所謂的「不實」，係指登載之內容與該文書所表達的客觀事實不符之意，而「足以生損害」，解釋上固不以實已發生損害為必要，然亦必須有足以生損害之虞者，始足當之。

按乙之身分為醫師，屬於從事業務之人，而病歷則為其業務上作成之文書，案發當晚乙不但沒有探視邱小妹，連電腦斷層的 X 光片都沒看過，卻虛偽記載已看過 X 光片，致登載之內容與該病歷所表達的客觀事實不符。又該不實的病歷登載，足以生損害於邱小妹醫療記錄完整性、正確性及中央健康保險局查核醫療費用給付之正確性，故應論以業務上文書登載不實罪。

又如病歷無法及時登載時，依醫療法第六十八條第二項之規定：「醫囑應於病歷載明或以書

面為之。但情況急迫時，得先以口頭方式為之，並於二十四小時內完成書面紀錄。」故如在急迫情形下，得於二十四小時內補登載原先之口頭醫囑部份，惟補登載之內容仍須與該病歷所表達的客觀事實相符。

2. 業務過失致死部分

按某個行為，如依一般人之生活經驗或專業知識判斷，認為其對於結果之發生為相當者，該行為即為法律上之原因。反之，若該條件對於結果之發生，依吾人日常生活經驗或專業知識判斷，認為係屬偶然之條件者，則該條件對於結果之發生，並不相當，兩者間即無因果關係存在。

邱小妹被送到××院區後，如認為××院區未善盡診療義務及為合理轉診是造成邱小妹的死亡結果，因涉及專業醫療領域，須釐清醫院延誤診斷、長途轉院過程、延誤治療之黃金時期等原因，是否會造成邱小妹傷勢惡化結果為因果關係之判斷。如就邱小妹當時重傷的情形，依據專業判斷是否將無可避免的會造成死亡的結果，即如能證明就算立即在××院區開刀急救，仍無法挽回生命的話，那麼死亡與轉診不當之間即無因果關係，乙將不構成業務過失責任；反之，如因不當轉診造成延誤治療，而使邱小妹病情加劇而死亡，則乙須負業務過失致死罪責。

二. 可能涉及之行政責任

1. 未親自診察病人

醫師法第十一條本文規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。」，因當晚乙並未親自探視邱小妹，即乙並未親自診察病人，又無任何特殊、急迫情形下，即以電話交談方式為轉診之指示，並事後撰寫不實病歷紀錄，顯然違法該條之規定。

2. 違反危急病人之救治義務

醫師法第二十一條規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」，依邱小妹當時病情描述，應屬隨時有生命危險之危急病人，而乙並未依其

應有之專業能力給予救治或採取轉診至其他合適醫院等必要措施，顯然違法該條之規定。

3. 移付懲戒之情形

醫師法第二十五條規定：「醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：一. 業務上重大或重複發生過失行爲。二. 利用業務機會之犯罪行爲，經判刑確定。三. 非屬醫療必要之過度用藥或治療行爲。四. 執行業務違背醫學倫理。五. 前四款及第二十八條之四各款以外之業務上不正當行爲。」，故乙可能因「無故拖延危急病人」之業務上重大過失或「未親自診察病人」之執行業務違背醫學倫理等原因被相關行政機關移付懲戒。

4. 懲戒之方式

依醫師法第二十五條之一之規定：「醫師懲戒之方式如下：一. 警告。二. 命接受額外之一定時數繼續教育或臨床進修。三. 限制執業範圍或停業一個月以上一年以下。四. 廢止執業執照。五. 廢止醫師證書。」，故乙如被移付台北市醫師懲戒委員會審議，最嚴厲的懲戒處分有可能是廢止其醫師證書，致其無法再擔任醫師之工作。

三. 可能涉及民事上之責任

按乙之業務上過失行爲，如是造成邱小妹最後死亡原因，其父母自可依民法第一百八十四條、第一百九十二及第一百九十四條有關侵權行爲與非財產上損害賠償等規定請求乙之金錢賠償。

甲主治醫師(下稱甲)部分

1. 可能涉及之刑事責任

按乙登載病歷不實部分，係經由甲之同意，在犯罪事實之認定上，可能認定爲「業務上登載不實罪」之幫助犯或共犯。

2. 可能涉及之行政責任

甲可能因其具有公務員資格(乙則爲約聘醫師不具公務人員資格，故無公務員懲戒法之適用)，依公務員懲戒法第二條及第十九條之規定，被送請監察院接受審查或逕送公務員懲戒委員會接受調查。

3. 可能涉及之民事責任

甲可能因與乙之共同侵權行爲，而負起連帶賠償責任。

其他未接受轉診的醫院部分

案例發生當天××院區雖透過台北市緊急應變中心(EOC：emergency operations center)聯繫台北市多家醫院，惟所有醫院確實都回答「沒有神經外科加護病房」，由於沒有病房便無法開刀，才需轉送至台中。然事實真相是否真是如此？被諮詢過之醫院是否有隱瞞有病床之事實？其事實真相如何則有待相關司法機關進一步調查與釐清。如醫院真有隱瞞空床之情事，其可能涉及違反之行政規範如下：(1)醫療法第六十條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。前項危急病人如係低收入或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，由直轄市、縣(市)政府社會行政主管機關依法補助之。」；(2)全民健康保險法第六十條規定：「保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。」；(3)緊急醫療救護法第三十五條規定：「醫院對緊急傷病患應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構或報請救護指揮中心協助。」；(4)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十三條規定：「特約醫院及診所不得無故拒絕收治保險對象，並不得向保險對象收取保證金。」。

醫學生對本案例進行討論後之 心得感想

一. 本案例所涉及之醫學倫理問題是什麼？(台大醫學系五年級魯維丞)

1. 醫師不可以拒絕病人，就算無法給予妥善治療，也應該依自己現有的設備和能力來提供病人或多或少的幫助。本案例中神外的主治醫師和總醫師沒有親自診療病人甚至連 CT 片都沒看，僅根據電話就決定轉院，就一般

的眼光看來，這很明顯是「拒絕病人」。就算當時的設備和醫生的能力無法給予其完善的治療，神外醫師至少應該提供比急診醫師更專業的緊急處置和支持性治療，並且評估「從台北轉院到台中」的決定是否恰當，協助急診醫師做最好的決定。

2. 頭部外傷病人到了急診室，急診醫師勢必會照會神外醫師，而後續的醫療處置或轉院的決定權是不是該在急診醫師手上而非神外醫師的責任呢？「照會」的目的在於得到專家的「意見」，而「決定權」還是在於原來的主治醫師。下了轉院的決定，EOC 詢問多家醫院後發現只有台中才有空床時，急診醫師應該主動再向神外醫師詢問「該不該把病人送往台中？」如果這個決定對病人有絕對的壞處而非益處的話，就不該把病人送那麼遠。一般人在看這個事件時總是忽略了這屬於急診醫師的責任區塊。
3. 在行醫的過程中，面對病人時有任何無法解決的事或是可能會有麻煩時，應該盡早通知上級，由住院醫師一路向上呈報直到問題可以被解決。本案中神外醫師或是急診醫師某種程度上都犯了未向上級呈報的錯誤，當發現台北市甚至台北縣一直到林口沒有床位時，此時所需承擔的責任可能已經不是這兩位醫師所能負責，應聯絡副院長甚至院長出面向各醫院協調，在目前的轉診型態中才會順利找到床位。
4. 最後則是「登載不實病歷」的問題，醫學生要從當見習醫師開始就確實記載病歷，不論人、事、物、時、地都不能有絲毫造假，這不只是基本的醫學倫理問題，更牽涉到法律的層面。

二. 本案例所涉及之醫療法律問題是什麼？(台大醫學系五年級學生邱義霖)

這一次的邱小妹妹人球事件，其實在很多環節上都出現了問題，從一開始救護車送仁愛醫院是否恰當，到乙總醫師在相關業務上的疏失，EOC 的啟動聯絡是否失去功能，到最後社會把焦點都對準乙總醫師的做錯事及說謊。關於法律問

題，討論會上按照民事，刑事，及行政責任來劃分。首先從醫療契約是否成立開始討論，一般只要有掛號的行為產生，無論是口頭，書面，電話或傳真，都可以視為醫病關係的建立。因此，乙總醫師在接受急診的照會時，已經和邱小妹產生契約關係，既然醫療契約已經成立了，接下來就是業務方面的問題。究竟有沒有涉及業務過失呢？醫師有親自診察之義務，對危急病人不得無故不應診之義務。醫師法第 21 條規定：「醫師對於危急之病症不得無故不應召請或無故延遲。」所以根據此條，乙總醫師當時是神外值班醫師，沒有下來看病人就是不對。以我自己的想法來看，哪怕只是看一眼就好，都可以在事後為自己站穩立場。醫療法第 43 條亦規定：「醫院診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故遲延。」如果違反，除負醫師法第 29 條明定之行政責任外，尚應負民法第 184 條第 2 項侵權責任。依據法條，違反義務之懲處輕則罰鍰，重則撤銷執照或撤銷醫師證書。再來看最重要的轉診這個動作，雖然乙總醫師事後坦承專業能力不足，以醫療專業看來他的做法是正確的，但問題在他沒有做任何的處置就要求轉院了，如果連評估都沒有好好評估，怎麼知道專業能力不足呢？在我看來他可能是怕事，可是其實這也是人之常情，只是他真的比較倒楣吧！最後再看看業務登載不實，他在事件爆發後在女童病歷上補登錄手繪斷層圖及做相關紀錄，企圖掩蓋自己當時不在三樓院內及沒看 X 光片的事實。而北市法規會主委陳清秀表示，業務登載不實是涉嫌刑事責任，但「補登記病歷」，算不算是一種「業務登載不實」，還須做進一步的法律認定。我想，隨著時間的遠去，邱小妹事件會在民眾的腦海裡淡忘，但是這件事卻暴露了醫師對醫療法規的陌生，我想，法律是最基本的道德要求，如果我們能將它內化為自我最基本的道德規範的話，或許乙總醫師的處境不會到人人喊打的地步(媒體的推波助瀾也是一大殺手)，但是，這更後面的問題是醫療環境生態與醫病關係的改變，就不在此贅言。最後是我的小小建議，我認為這是醫學院開始考慮是否將醫療相關法規納入必修課的好時機。

三. 本案所涉及醫療制度與社會制度面向之問題？(台大醫學系五年級蔡茂松)

就現行規定及標準作業程序而言，本案病患原則上應該直接送到重大創傷中心(台大、榮總、三總)而非最近的醫院，就算要選擇較近的醫院，醫學中心(國泰醫院)也應該優先於市立醫院。

在此出現了兩點可能和社會大眾所期待相左的部分：第一、如此的案例對於病人而言，可謂分秒必爭，捨近求遠的作法是否恰當？第二、就算先到市立醫院難道就一定束手無策？沒有任何可以給予的幫助嗎？經過對本案例的討論後，本組同學有一些感想與建議：

1. 制度不足的部分當然應從制度面加強，但許多時候往往法令、制度已經形成卻不被利用，例如重大創傷中心，就鮮少為人知道，因此當然也就無從檢視法令、制度是否完備，所以本組經討論認為關於一些現行制度應該在醫生的養成教育上就補強，遇到病患即使不知道怎麼處理，但至少知道送到哪裡或是做怎樣的準備會對病患最好。
2. 同樣的資訊也應該讓護理人員、救護車司機甚至一般大眾知道，一方面有助於急救品質的提升，另一方面當大眾對這些流程、規定有一定的認識時，也有助於對醫院分級的了解，減少因為不瞭解而導致的誤會，認為只要送到醫院病人就該醫好。
3. 同學互相期勉日後行醫過程中應該盡量誠實，誠實記錄醫療行為，並誠實告知病患自身的能力限制，不論是設備或是經驗方面的不足都要據實已告，短期之內或許會對自己不利，但長遠而言卻是大大助益於醫病關係的改善。

四. 基於本案之啟發，醫學教育可以如何改善？(台大醫學系五年級廖翊廷)

醫學教育對於醫學倫理課程、醫學人文素養其實在本校已經有所加強，個人認為其實已經足夠。針對本個案，再增加醫學倫理課程之比重恐怕事倍功半，重點應擺在「如何讓醫學生在學過醫學倫理後，會把它認知並應用」。

相信邱小妹事件中的那位乙總醫師，一定知道生命倫理四大原則：自主、不傷害、行善、正義。這四原則正是放諸四海皆准的道德公海，也是行醫之人不可遺忘之標準。乙總醫師也一定宣示過世界醫學於 1984 年發布的「The Declaration of Geneva」：

准許我進入醫業時，我鄭重地保證自己要奉獻一切為人類服務。...我將要憑我的良心和尊嚴從事醫業；病人的健康應為我的首要的顧念，...我將要盡可能地維護人的生命，自從受胎時起；即...我鄭重地，自主地並且以我的人格宣誓以上的約定。

既然如此，為何乙總醫師在當初會選擇違反了社會期待的決定並且為了掩飾而撒謊？個人在進入醫院見習後，才體認到這個制度下的住院醫師其實是非常辛苦的，當一個人真的累到不行了，恐怕無法兼顧各細節。換成是其他醫師遇到這樣的案例，恐怕作出的決定也跟乙總醫師八九不離十：先轉再說！

當然臨床跟倫理課程並不是相衝突的，中間需要橋樑。從此事件中我們可以體認出，架構在這之間的橋樑是「責任感」與「同理心」。這是臨床實務跟醫學倫理所共同強調的核心，卻也是我們最可能認為老調重談而忽略的。一個好醫師不應該因為自己太累了，或是沒有資源幫助病患而把病患棄置一旁如無視，而是更應該為病患作最好的處置。乙總醫師如果願意看一眼也許今日他不會受到如此大的輿論壓力；急診主任如果勇敢上報並硬轉三家重大創傷醫院，即使邱小妹還是有很大的機會一樣回天乏術，也不會弄得滿頭灰。

或許有體制升遷的考量(不想麻煩高層自己扛下)、或許有心有餘而力不足之憾、或許是對法律規範與觀念的認識不足(如救護車該送哪?)，我們應該以一個有「責任感」與「同理心」的醫生的態度，去妥善處理照顧我們的病人。當然在這之前，也必須要是一個有「責任感」與「同理心」的醫學生才行。

五. 其他感想(台大醫學系五年級許耀文)

關於邱小妹事件，討論下來確實發現有許

多環節出了差錯，從一開始的急救醫院選擇、照會過程，到轉院決策出現的重大瑕疵，乃至於整個醫療體系包括緊急醫療應變指揮中心、健保制度衍生的種種問題、醫病關係、醫學倫理等等，有太多值得檢討深思的地方，也許只要其中一個環節沒有發生錯誤，就能挽回邱小妹妹一命。但往者已矣，來者可追，制度上的缺失，有賴所有人的團結努力；我們每個人能做的，是把應盡的責任、應注意的地方都確實執行，同時在面對突發狀況時，要訓練自己用腦袋思考適當的處理方法，並且懂得向上求援。老闆用人看的不光是專業知識，更重要的是處理事情的能力，這個道理大家耳熟能詳，卻也正點出教育過程的不足，身為醫療團隊的我們，若能將「視病猶親」這句話時時放在心上，或許就能激發自己積極處理病患問題的態度吧。

推薦讀物

1. 「醉父施暴女童昏迷 北部有床 硬送台中開刀」，自由時報，頭版，2005.01.11。
2. 「爸爸打頭昏迷 台北竟無病床 女童轉中部救命延誤 6 小時」，中國時報，焦點新聞，2005.01.11。
3. 「醉漢當街施暴 稚女摔成半條命」，中國時報，焦點新聞，2005.01.11。
4. 「受虐童惡化 漏夜腦開刀」，自由時報，生活新聞，2005.01.12。
5. 「女童轉送台中 北市府：無疏失」，自由時報，生活新聞，2005.01.12。
6. 「兩醫師值班未到場 張珩痛批沒醫德」，自由時報，生活新聞，2005.01.13。
7. 「邱童人球事件 衛局長大爆料 仁愛有床醫師拒開刀」，中國時報，焦點新聞，2005.01.15。
8. 「人球案 還原真相 仁愛當時 滿床但可挪床」，中國時報，焦點新聞，2005.01.16。
9. 「林致男 從頭到尾都扯謊」，自由時報，虐童人球風暴特別報導 2，2005.01.17。
10. 「醫師涉改病歷 檢方究責」自由時報，虐童人球風暴特別報導 2，2005.01.17。
11. 監察院邱姓女童人球案糾正案文：http://www.cy.gov.tw/XMLPost/xml_di/attach/0942200229-1.DOC (accessed 7 March, 2005)