

外科醫師手術前 要告訴病人所有可能的風險嗎？

撰文◎教研部醫師 王炯琨



故事發生在西元一九五九年，Jerry Canterbury是個十九歲的男生，他接受了神經外科醫師William Spence的建議，進行了脊椎板切除手術（laminectomy），等他手術後才發現大小便都失禁了，而且下半身癱瘓。雖然在五十五年以前，醫學上已經有「知情同意」的概念，但是關於「要告知所有的風險」，這部分似乎還沒有很周延的做法。

另一個問題是，開刀中各式各樣千奇百怪的併發症都可能在千分之一或萬分之一中發生，醫師需要告訴病人所有可能發生的風險嗎？

答案當然是「要」的！外科醫師要在手術

前告訴病人所有可能的風險和利益，讓病人可以思考，是否願意接受手術帶來的好處或承擔意外的產生，但是有唯二的兩個例外：一、病人處於無意識狀態，不治療的風險大於放任不管；二、告訴病人風險後，反而可能會傷害到他們的健康。第一點比較可以理解，就像車禍被送到急診的昏迷病人，是不用管家屬或病人同不同意，先救先贏。第二點則比較特殊，簡單來說，就是有些很膽小的病人，明明是個小手術，但聽到醫師說一些微乎其微的併發症就嚇昏了，所以解釋病情是要有技巧的。

身為一位外科醫師，我們絕對同意，開

刀前要好好告知病人風險和利益的重要性，讓病人可以真正「知情同意」，但是現實的世界卻不是那麼簡單。舉例來說，一位六十五歲的男性有嚴重冠狀動脈阻塞，根據過去研究經驗，做冠狀動脈繞道手術（coronary artery bypass grafting surgery）是最佳的選擇，但在手術前，心臟外科醫師為了知情同意的原因，還是要說明心導管手術的治療選擇，如果病人聽到冠狀動脈繞道手術要鋸開胸骨、手術後還要住院七到十四天，而且危險性比較高，幾乎百分之九十九的病人一定會選擇心導管手術，因為做心導管放支架傷口小、恢復快，且後遺症少。但病人一定不知道，就長期的存活率來說，對於嚴重冠狀動脈阻塞的病人而言，冠狀動脈繞道手術比單純心導管放支架的存活率好太多了。

寫到這裡，筆者不禁感慨萬千，就像泌尿科處理腎臟的鹿角結石一樣，醫學上已有充分證據顯示，處理大於二點五公分的腎結石，經皮腎臟取石術（percutaneous nephrolithotripsy）是比體外震波碎石（Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy）更有效的治療方法，而且除非事先核准，健保署也禁止大於二點五公分的腎結石接受體外震波碎石。但是筆者在行醫的過程與在健保署審查案件時，仍然可以看到少數醫院的醫師，藉用「知情同意」的病人選擇上的弱點，明明是有需要開刀的病人，卻用體外震波碎石來治療病人，結果病人傻傻地被打完幾次後，結石也沒碎，才轉來恩主公醫院求治。每當我看到這些病人，我只能仰天長嘯，不知世界公理何在？

經皮腎臟取石術與體外震波碎石的比較

	住院	疼痛	安全性	死亡率	對於大於2.5公分的腎結石
經皮腎臟取石術	5-7天	很痛	中等	1/100	最有效
體外震波碎石	免住院	微痛	極高	1/10萬	幾乎無效

各位親愛的病人，如果您看到前四項的比較，您會選擇經皮腎臟取石術嗎？您一定會心存僥倖，先安全不會痛的體外震波碎石打看看吧！您是「知情」沒錯，但您卻「同意」做了錯誤的選擇。



參考文獻：

1. Rosenbaum, Lisa. "The paternalism preference—choosing unshared decision making." *New England Journal of Medicine* 373.7 (2015): 589-592.
2. Ullmann-Margalit, Edna. *On not wanting to know*. Hebrew University of Jerusalem, Center for Rationality and Interactive Decision Theory, 1998.
3. Peters, Ellen, et al. "Less is more in presenting quality information to consumers." *Medical Care Research and Review* 64.2 (2007): 169-190.
4. McNeil, Barbara J., et al. "On the elicitation of preferences for alternative therapies." *New England journal of medicine* 306.21 (1982): 1259-1262.