

P.6..... 自序
P.8..... 前言
P.8..... 專科分支
P.15 當值
P.22 引子

1-7-1-9

Chapter 1 醫生，佢 PRO 呀！

P.32 全身暑假 尋找 Doctor
P.40 全身暑假 投奔檢查

1-8-1-6

Chapter 2 醫生，佢 gasping 呀！

P.55 連貫性
P.60 入侵性

1-8-4-4

Chapter 3 醫生，佢 desat 呀！

P.75 無效治療
P.82 維生治療
P.85 不能治療

2-2-2-3

Chapter 4 醫生，佢 fall 呀！

P.96 在家照顧
P.100 院舍照顧

2-2-5-1

Chapter 5 醫生，佢 chest pain 呀！

P.112 點解要畀錢
P.116 點解要食藥

2-3-3-3

Chapter 6 醫生，佢唔識講呀！

P.131 學做病人

2-3-5-2

Chapter 7 醫生，stroke call 呀！

P.146 治療中風
P.149 預防中風

0-1-2-2

Chapter 8 醫生，病人好亂呀！

P.160 醫生難審家庭事
P.165 家人能幫醫生事

0-1-5-7

Chapter 9 醫生，病人屙血呀！

P.179 復康醫院
P.182 復康工作

P.188 結語

又出書了。

其實自從醫學院畢業之後，我已經萌生過好幾次不再寫專頁的念頭。有一次是當我發現在實習之後便要面對七年的專科訓練，好像也應該要修心養性、好好讀書；有一次則是發覺自己原來不是倪匡，才寫了短短幾年、區區十幾萬字便已經比枯井還要乾涸。曾經聽講過，以前真的還要「爬格仔」的作家們不是日寫萬字的話幾乎不能維生，看來我真的不能靠一支筆搵食。既然胸無點墨，不如不寫，誰知道在每一次剛剛想「退休」時，天公都為我帶來新的機會。本以為上一次出書已經是我「文學事業」的巔峰，編輯大人卻在事隔兩年之後再找我出書。

編輯大人很盡責，每次到書店「巡視業務」見到《醫囑背後》，又或者見到《醫囑背後》在某連鎖書店的排行榜載浮載沉時，她都會拍照給我看。有一次她難得拿了個假期去旅行，到了外地卻依然繼續遊覽書店，也因此我才知道自己的書已經被賣到東南亞去。編輯大人眼中看到的是半本暢銷書，但我看到的是一隻「小強」¹。它生命力頑強，從來沒有大紅大紫，卻永遠在眾人的眼角邊纏繞不去，「死唔斷氣」，像極了我那文學事業。

多謝各位讀者願意繼續看我的文字，造就了我這本「背後系列」的第二隻「小強」。多謝編輯大人，勇氣可嘉，再找我出書；也多謝總編大人，簡直就是獨具慧眼。

我本身是一個很無聊的人，很愛寫一堆無聊的故事，但在出版時卻不希望寫一本無聊的書。這本書的目的和上一本一樣，都是希望讓大家發覺醫生也不一定離地。

誠然，能夠入讀醫學院的人不少都是名門之後，有甚麼教授的兒子，又有甚麼達官貴人的女兒。有些人從出世開始坐飛機便沒有坐過經濟客艙，吃米芝蓮星級餐廳和我去吃譚仔一般平常……對，這些人都存在，但如果你再仔細望一望，你依然能夠見到一堆平民出身的醫生護士們。

我們讀書時都是在瓊華、銅地逛街買東西，吃大餐的意思就是叫麥記十八件麥樂雞還要加大薯條，穿的可以是Uniqlo和Reebok，坐飛機捨不得選國泰而是坐UO²，辦公桌上放著的可以是剛剛「回鄉」³到日本時在秋葉原買的一堆動漫玩具。雖然我們幸運地入讀醫學院，讀到的醫書對一般人來說貌似艱澀難明，但脫下白袍時依然可以是揸著環保袋的大叔、穿著卡通T恤的少男、拿著熒光棒追看韓國男團會失禁尖叫的少女。

醫生們的大腦並不一定特別大，也不一定特別發達，醫學也不一定是只可遠觀的一門科學。我寫了一堆無聊的故事，穿插著一點醫學的知識，就是希望大家笑過、無聊過後，還會認識到多一點在醫院發生的事，知道如何在醫院裏面對自己、面對家人、面對醫生。

Dr. Who
2024年6月

- 1 蟑螂。
- 2 香港快運航空 (Hong Kong Express)，香港廉價航空公司。
- 3 香港人很愛到日本旅行，愛得戲稱自己去日本就似人家「回鄉下」。

引子

「你是剛剛畢業吧？」

「嗯！」

每年的年頭都是本地兩間醫學院畢業試的時間，成功畢業的學生便在同一年的七月一日正式開工，當實習醫生⁶。為了幫助一班畢業生融入醫管局各大急症醫院的節奏，正式開工之前會有一段 pre-internship 的時間，讓他們實習一下實習醫生的工作。在這段期間，雖然他們不能夠正式落手工作，但會跟著醫生們一起上班下班，甚至會跟著實習醫生一起當值，熟習一下醫管局的電腦系統、醫院工作的流程、實習醫生的職務等。

「實習醫生請了病假，他今天晚上的工作便要由 MO⁷ 分擔了。」

「知道！」

「那今天你便跟著我當值吧！」

醫生辦公室裏通常都放有幾部電腦，讓大家可以隨時跟進病房病人的情況。辦公室的四面白牆上佈滿污漬和膠紙漬，還有幾張被陽光曬得掉了顏色的藥廠月曆和海報。月曆上寫著 2014 年，看來

把海報貼上牆的醫生大概都已經升了 AC⁸，甚至已經離開了醫院。而電腦桌和辦公桌之間，則零零散散地放著同事們的手袋和背囊。要是你無聊伏在地上，在桌子的下面你大概會看到天下所有品牌、所有大小的鞋。醫生們需要在醫院裏的辦公室、病房、門診間走來走去，而且又要在病房這個佈滿屎尿血膿痰的地方工作，所以不少人都會在上班時穿上較為舒適又較為便宜的運動鞋、膠拖鞋，下班才換回自己的靚靚皮鞋、高踭鞋。

許多年下來，當然也有不少醫生已經忘記了自己曾經留下過一雙鞋。就幾個月前，辦公室大掃除，掃出了一堆封了塵、無人認領的衫褲鞋襪，裏面還混有一雙「飛甩雞毛」。後來，「飛甩雞毛」被我們部門的一個顧問醫生認領了，說是她許多年前換辦公室時留下的，原來那雙高踭鞋已經在枱底積了差不多十年的塵。

我打開電腦，本來打算看一看自己的病人有沒有新的化驗報告出了結果，碰巧看到收症病房的名單上出現了一個新的名字。牆上掛著的跳字鐘顯示著 17:05，當值的時間已經開始。我嘆了口氣，從衣櫃上取下一件醫生袍，拋給那個將要跟著我當值的學生。

「快點把咖啡喝完，要去收症了。」

6 House Officer (HO)，又叫 Intern，即是實習醫生。

7 Medical Officer (MO)，即是駐院醫生，但其實在現今體制中，我們的銜頭叫 Resident。

8 Associate Consultant (AC)，即是副顧問醫生。當 MO 成為了專科醫生後，便有機會晉升 AC。話說回來，某電視劇會叫顧問醫生 (Consultant) 做 CON，但我在醫院好像從來未聽過這樣的叫法。

Chapter 1

17 19

醫生，佢 PRO 呀！

病房爆滿已經不是第一天的事情。除了長假期前後會「好景」一點，病房每天只會有「爆」和「好爆」的分別。

今天大概是屬於「好爆」的一天。

病床中間的走道都已經加了幾張輪床，一路向病房的大門延伸，我和學生嘗試走進病房時，自動門差點便被門口旁邊的床位卡住了。學生狼狽地深呼吸、收起肚子，嘗試從床與床中間的罅隙走過去，我看著笑了一笑：「你很快就會習慣了，歡迎來到內科病房。」

Who's Hospital		Case No: WHO20191034(8)	
Accident & Emergency Department		Name: LEUNG [REDACTED]	
Clinical Assessment Form		Sex / Age: M / 48	
Allergy / Alert Information			
No Known Drug Allergy			
Triage Information			
BP	152/79	HR	88/min
Temp	36, tympanic	RR	13/min
SpO₂	97% on room air		
Presenting Symptoms			
Known HBV carrier USG report showed vague hypodense lesion Requests further investigations			
Discharge Destination		Medicine	

Page 1 of 1

我走到護士站，拿起跟著病人一起來病房的急症室「收症紙」，邊走邊唸：「48歲男子，拿著私家醫院超聲波報告來到急症室。」

學生一臉疑惑地說：「他為甚麼要拿著私家的報告來到公家的病房求醫？」

我笑了笑：「你問得非常好。」

我帶著學生走到病人的床邊，見到一名身材微胖的中年男子坐在輪床上，戴著耳機玩著手機遊戲。

「先生，你好。我是今晚的當值醫生。請問一下你今日是為了甚麼來到急症？」

「醫生！你來得剛好！我早兩天收到超聲波報告，說我的肝有個陰影！」

「那麼你當初為甚麼要去做超聲波？」

「我是那個甚麼乙型肝炎的帶菌者，醫生著我定期要做超聲波。」

「那麼你一向都是在私家覆診？」

「對。」

「你有帶那份超聲波報告嗎？」

男子從背囊中拿出一份超聲波報告，上面寫著他的肝裏有一個細微的陰影，但由於位置的問題，超聲波照得有點模糊，建議病人再做電腦掃描看清楚。

「報告沒有甚麼大問題呀。」

「吓，不是說我有 cancer 嗎？」

「報告只是說有陰影，而且你那肚臍令到超聲波照得不太好，需要之後再做電腦掃描看清楚。」

「但我收到報告之後這兩天都覺得自己上腹痛，真的不是 cancer 嗎？」

「報告只是提到有陰影。肝裏的陰影可以是水囊，可以是血管瘤，並非一定是癌症。話說回來，兩天前收到的報告，你卻今天來看急症，就是因為擔心自己的肚子痛嗎？」

「我怕是 cancer 呀！」

「那麼你為甚麼不找你本身的肝科醫生？」

「他要兩個星期後才有空檔，我怕有事便來急症呀。」

查看病人的資料，看來他「清如水、明如鏡」，在醫管局的電腦紀錄完全是白紙一張，就連醫健通⁹也是甚麼也沒有。

9 醫健通（eHealth）是政府設計出來的一個網上平台，原意是促進公私營醫生的紀錄互通，但實際上我們經常都不會看到任何的私營醫生紀錄。詳見《醫囑背後》第七章〈甚麼專科〉。

於是，我再轉過身去，問道：「那你在私家有抽過血、用過藥嗎？」

病人一臉疑惑地答：「有呀，但你不是可以上醫健通看到資料的嗎？」

我苦笑一下：「你的私家醫生沒有將任何資料放上醫健通，所以便只能夠靠你了。」

我一邊為他做身體檢查，一邊繼續問症。

「你說你肚痛，那你近來有沒有發燒、肚瀉、作嘔、崩血、崩黑屎？」

「沒有。」

「那有沒有變輕、變瘦、變得無胃口？」

「也沒有。」

「那我先為你安排抽血，你先好好休息吧。」

「甚麼？只是抽血？沒有其他東西可以做嗎？」

「你還希望做些甚麼？」

「你也說要做電腦掃描，你就今晚安排呀！還有是不是應該抽組織檢查，見一見肝膽胰外科的醫生？」

「如果沒有緊急問題的話，我們不會在當值期間做緊急掃描的。明天早上，你可以再跟主診醫生決定之後怎樣排期去做掃描。要是真的見到有問題的話，到時才安排抽組織和見外科吧。何況你來了內科病房，也不會見到外科醫生呀。」

「癌症也不是急事嗎？」

「急事是指如果今天晚上不處理，病人會馬上掛掉的個案。何況你根本就沒有確診過癌症！」

「那今天不就白坐一晚了嗎？」

「既然你說肚痛，我們就先處理肚痛的問題。其他的事，容後再談。」

說罷，我便走回護士站，將病人說的事都打入電腦「收症紙」上，並且寫下醫囑，著護士為病人安排抽血。一個相熟的護士長路經身旁，便跟我搭話：「原來今天是你當值嗎？喂，我那4號床的伯伯因為跌倒入院，現在已經不斷想跨過床欄，麻煩你幫我簽張 restraint¹⁰。」

我一邊在4號牌板上寫下醫囑，一邊問道：「阿伯有沒有Q仔¹¹呀？盡量也不要五花大綁吧！」

護士長無奈地答：「給他餵了，他還愈食愈精神。喂，13A病人K低¹²呀，順便幫我開點Slow K吧，他說不要喝Syrup K，說太難喝會反胃。」

寫好醫囑，我便和學生離開病房，回頭望一望剛剛收來的那位病人，見到他依然是一臉失望和不滿。

10 Restraint 是指為病人穿上約束衣，一般都是用來對付神志不清而有暴力行為、亂扯身邊醫療器材、容易跌倒卻又不斷爬床的病人。

11 Quetiapine，一種有鎮靜效果的常用精神科藥物。

12 鉀（potassium，化學符號K）是一種體內的電解質。當血含量太低時有機會影響心跳，一般可以用 Slow K、Syrup K 之類的補充劑去提升血鉀。

全身暑假 尋找 Doctor

本身有覆診私家醫生的病人要轉到公立醫院治療，可能是因為病情有變、因為私家醫生去了旅行、因為存款花光了、因為本身的醫生想不到新療法、因為病人和醫生吵架之類，原因五花八門，有時更是令人意想不到。公營和私營醫療對待病人的態度非常不同，所以這種「轉營」不時都會導致不愉快的事情。

心理學中有一條分支叫 medical sociology，專門研究醫療機構裏存在的關係、行為和制度，其中一個研究重點叫作 doctor-patient relationship，也就是醫生和病人之間的關係。

很多很多年前，資訊不發達，教育不太好，當醫生的都是屬於高高在上的一群，而當病人的又絕對不會懂得任何醫學知識，也不會有著名的互聯網名醫谷歌大神的幫助。那個時候的醫患關係很簡單，權力向醫生方向一面倒——「我講乜，你做乜」，病人的唯一選擇就是信與不信。

演變至 21 世紀，大眾都能讀醫學院。即使你沒有讀過醫科，依然可以到圖書館和 YouTube 自學，找谷歌大神求醫，找姨媽姐姐問診……這令醫患關係出現了根本性的改變。現在醫學界普遍認為，醫生一方有責任向病人解釋不同療程的目標、利弊、取代方案，也就是在醫囑上我們經常簡稱為「I/R/B」的 indication、risk、benefit，總之絕對不應該是「一言堂」自行作出醫療決定。

有能力的病人則應該在得悉所有資訊後，作出知情同意（informed consent），而整個醫療決定的過程就叫作醫患共享決策（shared decision making）。

根據英國國民保健署的資料所示，一個知情同意的決策需要有以下要點：

自願（voluntary）——病人在作出醫療決定時，不論同意與否，不應該受到醫護、朋友、家人等任何外力干擾，而應完全自主自願。

知情（informed）——病人有權知道所有與療程有關的重要資訊，包括利弊、療程的取代方案、不選擇此療程的後果等，以助病人權衡輕重。

能力（capacity）——病人要有足夠的認知能力去理解、複述以上一切與療程有關的資料，並懂得研判利弊，才算是有能力作出醫療決定。

於是，在現代醫學中，醫患關係之間的溝通便變得非常重要，重要得是我當年在小島學堂的必修課，也是我們專科考試其中一個考核要點。

溝通方式沒有黃金定律，所以病人要找個「好醫生」其實就似男歡女愛找伴侶。即使你擁有天使臉蛋，也有魔鬼身材，但最終依然是取決於兩人是否投契、是否合拍。有些病人會喜歡醫生完全不給個人意見地提供選擇，但如果同一個醫生遇上一個沒甚麼意見的病人，世界大概會停滯不前。

我也見過不少醫術高明的醫生會因為溝通技巧不足，而被標籤為「草菅人命」、「垃圾醫生」，所以其實很多時候，無論是在網上評論區又或者談天時病人所提及的「好醫生」，都是一班懂得和病人交流的醫生，和本身的醫術並沒有甚麼必然的關係。

有一次在門診接見一個病人，他對自己的病症和檢查完全沒有任何問題，就是對上一次見他的醫生非常有意見，用了五分鐘不斷地罵那個醫生。通常在這些情況我們都是任由病人發洩就好，於是我便繼續整理他的資料，心不在焉地「嗯嗯嗯」算了。

我無意識地問了句：「那個醫生叫甚麼名字呀？」他回答後我卻差點被嚇得休克，因為他說的名字就是坐我隔鄰診症室的高級醫生。

私家醫生和病人的關係除了是一般醫患關係，兩人還多了一個服務提供者和顧客的角色，令到事情更加複雜。

病人在私家醫生手上得到的每一顆藥物、每一次縫針、每一種儀器、每一度氧氣統統都會轉化為落入醫生荷包中的真金白銀。即使你是用醫療保險去看醫生，改變的也只不過是由保險公司付費。於是，病人便成為了真真正正的米飯班主。雖然這並不代表私家醫生一定會因此強推甚麼療程和藥物，又或只向錢看，但這依然是一種潛在的利益衝突。曾經見過有公立醫院的醫生堅持不轉到私

營執業，就是不想「和病人的關係出現雜質」，聽上去還真有半分浪漫。

在服務更好的私營市場覆診的病人習慣了可以隨時找到醫生問診。無論大事小事無聊事，撥一通電話，發一個電郵，找不到醫生也能找到他的秘書和助護。所有的要求，就算不是萬事如意也起碼會有人聆聽。絕對不用像公家門診一樣等待三五七個月，電話又長期未能接通；要是你半夜三更在病房說你背脊痕癢，你不被人問候已經算很好了。亦因如此，這些病人因為各種原因需要「轉營」到公營機構看診時，便會因著極大的期望落差而不滿，甚至不時發生爭拗。從急症室登記到見醫生要花幾個小時，見完急症科醫生後等候入院又要排隊，入到病房後到當值醫生來收症也是等待，中間沒有茶水奉送亦不能走開，環境絕對沒有私家的舒適，一般病人也會等到發脾氣，何況是一向習慣了私家服務的病人呢？

我在當值收症期間，不時收到病房的電話，說有病人要求立即見醫生，很多時候就是這類一直在私家覆診的病人，而且他們想要見到的其實不是我這些「二打六」，而是希望立即見到專科醫生。有病人曾經叫我立即致電某某教授、某某醫生，提出即晚開始癌症療程、為他立即「通波仔」之類的要求。也有試過病人來到病房之後才知道「內科病房環境惡劣」所言非虛：對面一個精神紊亂的病人整晚呼天搶地在唱山歌，右手旁邊有一泡香氣四溢的大便，鄰床病人的心跳監察機更是不斷「嘖嘖」聲地響。他發現原來在電視上見到的畫面已經是執整過的美化版本，於是便要求立即出院。

試想一下，當值醫生要處理的事務何其多，這些要求完全與性命無關，自然被排到優先隊列的最後。何況即使是教授在場，

除非你當刻急性心臟病發，否則也斷不會有半夜醫癌或通波仔的服務。等著等著，有病人便曾經因為「我想簽紙自行離院都要等三個鐘！」而向醫院提出投訴。

在醫院裏，我們經常將被病人投訴稱為「被 PRO」，但其實 PRO 全寫是 Patient Relations Office，也就是病人聯絡辦公室。醫護如果被 PRO 聯絡、約見，通常也不會是甚麼好事情。要是發生了甚麼醫療事故，被 PRO 當然正常。在臨床上，我們也見過有人會因為打豆留有瘀痕而被 PRO，因為不滿醫生沒有寫疫苗豁免書而被 PRO，但其實原來被 PRO 也並不一定與醫療有關。我曾聽講過有人會因為電視上播的不是翡翠台，因為沒有護士為病人領取袋鼠熊貓外賣，因為不能拿到一件全新未用過的病人服而被 PRO，還可以因為無 Wi-Fi 無拖鞋……原因千奇百趣，你想到的都有。

在公立醫院裏，選擇藥物與療程的差額不會落入我的銀包，你做手術與否也不會影響醫生的收入，所以醫護和病人之間理論上沒有利益衝突，但如果要達到知情同意的三個要求則仍然有不少灰色地帶。

香港內科服務的市民大都上了年紀，而且他們的教育水平一般都不算高，有小學畢業已經算是不錯的學歷。於是，在作出醫療決定時，無論我如何將療程內容精簡化，他們都未必能夠全面理解。在這些情況發生時，很多時候便要找來病人的家屬當見證人，一起

聽，一起討論，即使最後作出同意的是病人本人，中間其實有很大程度上受醫護和家屬意見的影響。

就在幾個星期前，我和一位末期病患在談論 DNR（不作心肺復甦）的問題。看過去的紀錄，叔叔在這個問題上經常「彈出彈入」，又說不要急救，又說要插喉，但又說不要打強心針，非常多變。花多點時間了解，才發現原來叔叔完全不知道甚麼叫急救，更不知道當中的程序，只知道自己的宗旨是「不希望辛苦」。以前談論心外壓、插喉、強心針時，他幾乎都是隨機地回答，貌似辛苦的便不做，聽上去還可以接受的便答應。

「叔叔，咁你想唔想心外壓呀？」

「唔好辛苦啦。」

「插喉呢？」

「好呀。」

「都好辛苦㗎喎！」

「咁算啦，唔好啦。」

家人雖然知悉叔叔的決定，但這些敏感的話題他們也未試過正正經經地「三口六面講清楚」，於是全家的答案也是隨著叔叔一樣隨風搖曳，左搖右擺。

這些選擇由病人自願決定，但病人又是不是「知情」，是不是「有能力」決定呢？

另外一個灰色地帶，就是病人究竟需要知道多少，才能夠算是「知情」呢？

就以簡簡單單處方一粒撲熱息痛（paracetamol，也就是「必理痛」）為例。一般市民大眾只會知道有人用撲熱息痛來自殺，進階一點的市民會知道撲熱息痛有可能傷肝，但其實根據行內常用的醫學版維基百科 UpToDate 網頁，撲熱息痛的副作用多達四十四種，亦有可能和二十六種藥物相沖。一粒必理痛尚且如此，何況是大小手術、掃描顯影劑和其他千千萬萬款藥物？

我見過最認真的大概是腫瘤科部門，他們通常會為每一種化療、免疫治療藥物製作專用單張。假設醫生需要為乳癌病人處方俗稱「紅魔鬼」的 doxorubicin，他可以從電腦列印一張詳細列明「紅魔鬼」的功效、副作用、併發症的單張。因為單張詳列了普天之下發生過的副作用，內容非常齊全，也非常嚇人。以前當學生時曾經跟著腫瘤科醫生，見過有些病人一見到列表最後所寫的嚴重副作用又是心臟衰歇、又是死亡，驚都驚死，還怎麼會去醫癌？

這些列表為求齊全，每一個有可能的併發症都會納入其中，即使機會率只有幾百萬分之一。這又回到了一開始的問題——甚麼性

格的病人需要甚麼類型的溝通？要是病人是一個出門怕撞車、旅行怕墜機的人，看過那資料單張後，他大概痛得昏死過去也不敢吃一粒必理痛。

副作用和併發症有很多種類，但每一種的機率大小也都不同。我們為病人解釋方案時，不論是「我做手術從來無事！」，又或者是說一句「脫墨有很多併發症，最嚴重會死」，都是不妥當的。

看電視那個甚麼「東西望望」的節目，經常也會報道醫療事件，不少案件都是源自病人在療程過後得不到期望中的療效，反而出現了併發症而表示不滿。行內八卦時估計，發生的不幸事情十居其九都不是因為醫生亂醫亂切，而是因為那療程一些已知有可能發生的副作用。更大的可能大概是當初醫生向病人解釋和溝通時出現問題，導致醫患之間對療程有不同的期望，令到病人最後成為了概率下的犧牲品。