

# 麻醉困境之我思我見

◎林口長庚麻醉部婦幼麻醉科主任 黃樹欽



2014年4月號《天下雜誌》專題報導，先天下之憂而憂，追根究柢，細述當今國內麻醉界的困境，訪問了多位大小醫院的麻醉醫師，傾述他們的告白和心聲。或許有些危言聳聽，卻隱含著潛在手術麻醉安全的棘手問題。國人對手術、麻醉的偏見與渲染，大家都存著關卿底事，總被淡化或忽視，苟且因循，習以為常。但冰凍三尺，非一日之寒，直接威脅著病人的安危，令身為麻醉醫師的我不禁百感交集，一時無言以對；不過報導言之鑿鑿，事實擺在眼前，實在令人擔憂。筆者人微言輕，願拋磚引玉，希望引起大眾共鳴，一同來關心這個議題。

麻醉醫師人力短缺，是不爭的事實，目前全國醫師登記之人數為 43,532 人，具有麻醉專業的醫師（麻專字號）僅有 1,136 名。扣除死亡、退休不執業（或具雙專科執業別專科者）、專職醫院行政、居留國外等因素，實際執業人數不足 900 人。根據衛福部資料，這樣的人力卻要應付每年近 500 萬住院手術人次，除了一兩成的局部麻醉外，還有一些門診手術病例，因此服務量依然嚇人。醫學中心或大型醫療院所每天手術排程滿檔，麻醉醫師應付臨床麻醉、訪

視及疼痛門診、照會、急性疼痛治療及值班等等，雖有堅強醫護陣容，但更需要重疊支援，層層把關，減少缺失，因此人力也稍嫌不足。何況是小型醫院或診所，細水長流為節省成本，可想而知人力更形匱乏。以往自稱「麻醉師」的密醫充斥，一招半式未受專業訓練，一旦誤判形勢或不了解病人狀況而出差錯，抬棺抗議事件時有所聞。現今此類現象已不復多見，但合法掩護非法還是存在。有些削價競爭，來如風去無影，惡性循環品質不保，往往只在釀成人命或醫療糾紛時才會浮上檯面。又此類事件往往訴諸法律或委託專家鑑定，耗時曠日，相關人員（苦主和醫師）彼此煎熬，忿忿不平。就連大型醫院的麻醉醫師，遇到醫療糾紛也相當煩心。猶記得去年台中某醫院發生一起醫療疏失案例，院方高層沒有及時對麻醉醫師主動關懷，該員認為錯不在己，因受不了此種漫長訴訟的壓力以死明志，自我了結，真是悲哀！畢竟前後兩造不幸事件都發生在醫院裡，其實院方也應該檢討是否應負一定比例的道義責任！時光倒流，若歷史重演，是否會再犯同樣的錯誤？殷鑒不遠，發人深思，值得警惕！據聞去年底衛福部召開研商「鼓勵醫療

機構辦理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」，若醫療事故不可避免者將訂立救濟金，盼能早日定案。

《論語·季氏》：「不患寡而患不均」。問題在於麻醉醫師資源沒有平均、合理的分配。由於目前麻醉醫師負責全國所有手術之總人力嚴重不足（金門 11 萬人口只有 1 位麻醉醫師，桃園縣 2.54 萬人而台北市最充足每 1.15 萬人便有 1 位麻醉醫師服務）。在手術過程中，到底是誰負責你的麻醉？跑江湖的麻醉醫護集團，利益共生失序脫軌的行為，時有所聞。事情可能失真，但背後人為、政策或結構性的問題，諸多亂象亟待解決，病人只能聽天由命，希望不幸事件不會降臨己身！台灣麻醉致死率比歐美日偏高，也是需要特別關心的議題。

麻醉時所吸入或注射之藥物，幾佰公克先天不良之早產兒與周身病痛之百歲人瑞有很大差別；無論是童叟年齡、體重與各種生理狀態，麻醉前皆有不同的考量，必須由學有專精及有經驗的醫師執行麻醉才能順利達陣。有人富貴險中求，違規兼差沒有報備而到各省市跑單幫，由於分身乏術甚至借牌由麻醉護理師代勞，各擁山頭或據點，執行麻醉是否具有合格證照，有待檢驗。

此外，醫師法規定：手術、施行麻醉等醫療行為應由醫師執行，但自專科醫師制度成立後，沒有限定麻醉必須由麻醉專科醫師執行，也就是所有具執照的合格醫師都可施行麻醉，母法令不修改，於法所有醫師都可醫囑麻醉；不過有些

小醫院或診所為撙節成本沒有聘請麻醉醫師，故為求自保，民眾於術前可上衛生福利部網站查詢醫事人員執業登記資料，網址：<http://gis.mohw.gov.tw/index.asp?search=2>，確定為自己施行手術的醫師是否具醫師執照，以保障自身手術安全。

齊頭式的健保給付，提高五大科支付標準固然重要，但麻醉給付自古以來長期偏低，一臺 2 小時手術的半身脊椎麻醉給付不到 2,000 元，麻醉醫學會經十多年的多次成本分析，努力爭取，不知換了多少位理事長乃至於署長，還是徒勞無功，令人匪夷所思。而全身麻醉的給付，在今年度的健保調漲僅多了 19 元，杯水車薪，令人譁然見笑，百思不得其解。中央制定政策者應思考如何吸引及培訓足額優質的年輕麻醉醫師投入，學以致用以應付臨床龐大的手術麻醉需求，否則手術病例太多，無形鼓勵非專業醫師橫行，實非國人之福。現今各科醫師自行加保醫糾保險，麻醉科與產科及外科同列需要保額最高等級，可見麻醉科醫師工作壓力與可能被告之頻繁，已被保險公司評估為高風險的行業。他山之石可以攻錯，歐美麻醉醫師的年收入，羨煞旁人，反觀台灣麻醉醫師必須以量取勝，以補不足，有時超量工作，犧牲健康，自顧不暇或力不從心，焉能主動照顧病人？高唱無私奉獻及提高麻醉品質和安全，而今淪為口號、讓人不勝唏噓！

麻醉真的很重要，稍一不慎便會憾事連連，內行人都會私底下拜託手術時

多加關照。台灣這幾十年外科系各項手術科技不輸歐、美、日各國，無論是器官移植、肢體重建、各科顯微手術等等，麻醉藥物、醫材與麻醉各次專科的發展、術中監測及配合手術而使用之各種特殊技術等，給予很大的幫忙。而臨床麻醉結合學術研究，也培育眾多的博士級人才提供外科技術向上推升力量，造就更多的外科聖手或名醫，享譽中外。外科與麻醉醫療合作關係相當重要，主刀者若能虛懷若谷，團隊氣氛和融，則手術將無往不利。前不久資深小兒外科林哲男教授蒞臨演講，簡單一句感謝麻醉科數十年來的配合，本人深感與有榮焉！本院實施麻醉次專科行之有年，筆者從事麻醉服務 31 年來，陳主委及宋副院長深知手術中麻醉的重要性，而多所提攜，十分感念。而外科部羅部長與顏顏整形外科陳主任則在 30 年前先後進入長庚醫院，不論是臨床服務，或稍後多次的國外義診，早已與本人培養出長期的合作默契。產房是一個緊繃及高度壓力的單位，多年前鄭主任一句「由你負責麻醉我心安」，真是窩心，至今難忘！有些外科系醫師在手術結束

時，會對麻醉醫師說聲謝謝，這是很好的表達禍福與共團隊精神之方式。近期日劇「醫龍 4」亦有強調麻醉醫師之重要性與實質成效，感同身受，心有戚戚焉。不過有時病情變化之常規刀或術前準備不夠，缺少某些檢查數據而需延後手術，打亂當日排程，彼此應該相互尊重及體諒為病人安全作最後把關。最近大型醫院有些麻醉醫師陸續的出走，從事回報率更佳的醫美、牙科舒眠或健診鎮靜麻醉，是非得失有待日後檢討，但為何選擇離去，如人飲水，冷暖自知。

解決麻醉的困境，談何容易。筆者青春不再，無法期望過高。但要永續經營，維持麻醉專業水準，當局需要排除萬難有所作為，勇敢面對、突破及改善，撥亂反正。冀望決策者不再視若無睹，精確分析各項現有資料或數據，以查知問題的癥結所在。更應廣納雅言，接受專家建議，就事論事睿智的訂定前瞻性及合理政策。在各科通盤衡量下，合理分配有限醫療資源，並在全民監督下抑制不法及不公之作為。唯有大家共同努力，才能提升麻醉安全，維護社會大眾的健康。✿

恭賀

**葉森洲副院長** 當選「中華民國心臟學會第 24 屆理事長」  
**邱正堂主任** 榮任台灣小腸醫學會創會理事長