

## 天下文化新書出版資料表

### 一、基本數據資料

書號	GH124
中文書名	別把醫師當做神
中文附標	一位優秀醫師的真誠反省
英文書名	<i>HIPPOCRATES' SHADOW</i>
英文附標	<i>Secrets from the House of Medicine</i>
初版日期	2011/08/31
定價	300 元
流水頁數	263 頁 (全書 272 頁)
ISBN	978-986-216-801-1
原版書 ISBN	
CIP	419.47
央圖號碼 (8 碼)	100015409
開本	21×15
裝訂	膠裝折封口

### 二、作譯者資訊

作者中文名	大衛·紐曼
作者英文名	David H. Newman, M.D.
作者簡介	臨床研究計畫主持人，並任教於哥倫比亞大學附設醫院聖路加羅斯福總醫院急診醫學部。研究結果甚豐，已在生物醫學期刊發表多篇研究報告。二〇〇五年曾赴伊拉克前線擔任軍醫，榮獲陸軍嘉獎獎章。現居於紐約。
譯者中文名	廖月娟
譯者英文名	
譯者簡介	一九六六年生，美國西雅圖華盛頓大學比較文學碩士。曾獲誠品好讀報告二〇〇六年度最佳翻譯人、二〇〇七年金鼎獎最佳翻譯人獎、二〇〇八年吳大猷科普翻譯銀籤獎，主要翻譯領域為醫學人文、文學與歷史。
審訂者中文名	
審訂者英文名	
審訂者簡介	

### 三、書籍簡介 (約 250~300 字)

每個人都知道「希波克拉底誓言」。醫學生在醫學院完成訓練之後，都得宣讀這段誓言，才能成為醫師。然而很少人知道這位現代醫學之父多麼用心聆聽病

人的話語，而且一天到晚守在病榻旁。希波克拉底非常重視醫病關係的連結，他的研究與觀察也使醫學脫離古老的迷信。作者紐曼醫師針砭現代醫學的弊病，亦即過分依賴科技與科學，把科技說成無所不能，至於危險則故意忽視。紐曼醫師也看到醫師與病人漸行漸遠，最後形成難以跨越的鴻溝，造成很多的誤解、怨恨或是無效的治療。

紐曼醫師認為，會有這樣的問題是因醫療文化中的祕密和習慣。不管醫師或病人常在下意識裡服從權威，依循傳統，不求變通，最後造成許多不必要的治療。結果，病醫雙方都不滿意。例如：為什麼 CPR 幾乎 99% 沒效？為什麼乳房攝影弊多於利？為什麼抗生素治療幾乎都沒有效果，甚至可能威脅生命？為什麼咳嗽糖漿的藥效不比安慰劑來得好？為什麼安慰劑會有效？為什麼統計數據與研究會騙人？

紐曼醫師引用許多嚴謹的研究報告反駁一些常規做法，並且以真實、精采的病例故事，佐以嚴謹的資料和巧妙的推理，切入醫學的核心，告訴我們什麼是有效的醫療，而什麼是無效的。他也揭露了醫界的祕密，使病醫雙方能更了解彼此，重建溝通的橋樑。

#### 四、書籍廣告文案

**為什麼 CPR 幾乎 99% 沒效？**

**為什麼乳房攝影弊多於利？**

**為什麼抗生素治療幾乎都沒有效果，甚至可能威脅生命？**

**為什麼咳嗽糖漿的藥效不比安慰劑來得好？**

**為什麼安慰劑會有效？**

**為什麼統計數據與研究會騙人？**

紐曼醫師以許許多多醫療真實故事揭露驚人的真相，

道出很少人敢說出來的醫界祕密。

如果你想了解醫學的限制與希望，

本書將帶你一探究竟。

#### 五、選書緣起

## 六、名人推薦及文字



## 七、目錄章名

<b>目錄</b>		
合作出版總序	樹立典範：給新一代醫療人員增添精神滋養	黃達夫
導讀	給病醫雙方的諄諄告誡	賴其萬
前言	<b>揭開醫療背後的祕密</b>	
	<p>醫師和病人之間有道無法跨越的鴻溝。這種現象使得病醫溝通有如雞同鴨講，很難互相了解、協調。無怪乎病人會誤會醫師，認為他們冷漠，自成一個團體，和社會上其他的人格不入——最主要的原因就是醫師有很多祕密不可與外人道也。</p>	
第1章	<b>其實，醫師不是什麼都知道</b>	
	<p>了解醫師知識有限這樣的認知其實很重要。但醫師通常表現出無所不知的樣子，病人也以為醫師真的什麼都知道。醫師經常臆測，給病人臨時診斷，加上雙方的誤解，兩者之間於是出現鴻溝。</p>	
第2章	<b>做這些檢查或治療，有必要嗎？</b>	
	<p>很多人只要有一點小病就跑到門診，要求醫師給他們抗生素，以為吃了抗生素，病就好了。當然，一般大眾通常不知道自己的感染屬於細菌性還是病毒性，甚至不知抗生素對病毒感染無效，但是醫師還是應病人要求開了抗生素。</p>	
第3章	<b>為什麼醫師的意見常常不一致？</b>	
	<p>對醫師而言，承認彼此意見常有差異實在是令人難堪的事，如此一來，如何教人相信我們是同樣接受現代醫學訓練的醫師。而我們意見相左之處，不只是採用熱敷或冷敷這種小事，還包括很多重要層面。</p>	
第4章	<b>醫師的態度，容易讓人很受傷</b>	

我每次跟朋友聚餐，總有人告訴我，他們如何受到醫師的侮辱或輕視，冷漠的待遇更是家常便飯。問題的癥結總是在溝通。雖然這些人說的可能帶有個人偏見，或許只是病人單方面的看法，無可諱言的是，醫師的基本社交技能也許在訓練、養成的過程中已漸漸失去。

## 第5章 為你診斷的是醫師，還是機器？

十幾年後，再回頭看這個往事，謝天謝地，費爾德醫師的診斷是錯的。單從心電圖來看，那的確是典型的心臟病，但我真的沒有心臟病。我們很難想像為何會有這樣的差錯，因為我們對檢查結果深信不疑。事實上，檢查的確常常出錯。

## 第6章 十年前的醫學知識，不見得還是對的

曾任哈佛醫學院院長的博維爾告訴學生：「你們在醫學院學到的東西，十年後有一半都會被證明是錯的。」從此以後，即有人研究科學文獻陳述的「事實」有效期限有多長。結果發現，博維爾那句話實在是真知灼見。

## 第7章 別小看了安慰劑

我們對安慰劑效應多有誤解，認為這是受到暗示的結果，純粹是心理作用，也可說是一種玩笑，只有傻子才會受到安慰劑效應的欺騙。然而，研究人員無法指出哪些人是特別容易受到安慰劑影響的人，因為每個人對安慰劑都有反應。

## 第8章 你吃的藥真的有效嗎？

根據調查，這些基層醫師仍認為藥廠請他們吃飯、打高爾夫球並不會影響到他們如何開藥。但已有數十篇研究報告顯示，醫師開哪一種廠牌的藥其實會受到藥廠行銷策略的影響。

## 第9章 向希波克拉底學習

希波克拉底因其對病人的態度而成為醫學之父。他的天賦和遺澤正是現代醫學體系欠缺的：也就是把病人擺在第一位。在科學掛帥的文化下，我們誤解科學在醫學中應扮演的角色，使之反客為主，加大醫師與病人之間的距離，缺乏互信互賴的關係。

## 為你診斷的是醫師，還是機器？

費爾德醫師盯著這張心電圖一直看，然後說，

這麼明顯，你怎麼還看不出來？

「這個病人很年輕。你確定是心臟病嗎？」我說。

他點點頭，指著心電圖上的波形，告訴我：「百分之百是心臟病。」

十幾年後，再回頭看這個往事，

謝天謝地，費爾德醫師的診斷是錯的。

我第一次在醫院各科輪值見習，知道帶我的學長是強恩時，不禁有點惶恐不安。強恩是醫學院四年級生，大我一屆，但比同學要大幾歲。他是第三類的醫學生。

在醫學院頭兩年上大班課的日子，學生可分成三類。第一類總是坐在教室前幾排，筆記寫得密密麻麻，常舉手發問而且言之有物。他們的學習動機明顯可見。下午和晚上總是待在圖書館。

第二類就沒那麼拚，喜歡和要好的同學三三兩兩坐在教室後排。他們會分享求學和社會經驗，下午常呼朋引伴一起坐在草地上或某個同學家的客廳讀書。不管是第一類或第二類，大家都認得，在某些場合也會混在一起，即使了解不那麼深，但都互相尊重。

至於第三類，則和前兩類大不相同，甚至很少有共同點。他們是醫學院函授課程的學生，我們很少看到他們，遑論了解。據說，他們都是自行研讀核心課程，只有在不得不出席的時候（如小組討論）才會現身，有時甚至簽到後就走人。

由於第三類學生常是我們的話題，對強恩，我久仰大名。身為帶我見習的學長，他的責任是協助我順利將學習環境從教室轉換到醫院。我期待他至少對醫院

有些了解。

第一個禮拜，我依學生手冊行事：凌晨四點就起床了，然後衝到醫院，在巡房前先去看一下我負責的病人。我檢查了他們的體溫、呼吸、脈搏、血壓等生命徵象，記錄在病歷上，順便把每個病人的血液檢驗結果都背了起來，以便在巡房時對小組做病程報告。巡房開始了，我穿著見習醫學生的短白袍，雙手放在背後，跟在主治醫師後面，隨時準備回答問題。下午，我則是看檢驗室傳來的報告，研究 X 光片和電腦斷層掃描的片子，再把結果記錄在病歷上。晚上，我埋首於教科書，研究病人的病症。在這段期間和接下來的幾個禮拜，強恩很少跟我說話。他雖沉默，但我知道他可不是省油的燈，任何問題都難不了他。巡房時，他看我像連珠砲般報告病程，常莞爾一笑，並對我點點頭，默默為我加油。

幾個禮拜下來，我雖已駕輕就熟，但隱約感覺到好像遺漏了什麼，但怎麼也想不出。醫療小組對我每天早上的摘要報告似乎很滿意，沒有人責罵過我。其實，我在醫院見習的分數拿了高分。但是我在病人身上花的時間極少。我不知道身體檢查要怎麼做，不知道該如何和病人說話，也不會在病榻旁為病人診斷及治療。我希望有人可以告訴我，我到底遺漏了什麼。

到了第四個禮拜，一天早上巡房時間特別長，好不容易才完成，我站在走廊發呆。強恩看到我那副樣子，必然猜到了我的心思。他走過來，用溫柔的聲音對我說：「老弟，未來兩年也是這樣。你得適應。」

我感覺他似乎會為我指點迷津，問他：「你說的『未來兩年』是什麼意思？」

「你看。」他朝著醫療小組那群人點頭。

我轉頭過去，看到一個主治醫師、一個臨床研究醫師、三個住院醫師、兩個實習醫師，還有三個醫學生，每一個人幾乎都和我一樣，不是站著前後搖晃，就是在筆記上振筆疾書，還有人在寫病歷，或是在打電腦。他們三三兩兩地交談，一邊東張西望。強恩看著我，在等我反應。

我感覺自己快要茅塞頓開了。「你到底要我看什麼？」

他點點頭，說道：「老弟，這就是醫學。」

強恩後來成了很有名的家醫科醫師，擁有很多死忠病人。

\* \* \*

你只要觀察一個醫師在醫院一天下來做了什麼，就可了解為什麼醫師不會將心比心、不會傾聽，也不了解病人或是不知道該怎麼治療。我們整天忙著記錄、追蹤檢驗報告上的數字、修改醫囑、研究 X 光片或是調整劑量，與病人接觸的時間少之又少。即使我們有時間去看病人，跟他們說話，也抱著能免則免的心態。

由於醫療科技的進步，人類壽命延長了，生活品質也提升了，醫師因而覺得不必要花很多時間與病人接觸，但這正是引起病人不滿的最主要原因，也造成了醫病關係的疏遠。以至於，現代醫療照顧最大的祕密之一就是「對病人缺少照顧」。在醫院偌大的建築物中，所有的醫療範例在此建立，年輕醫師也在此受訓，然而，醫師花在病人身上，與病人接觸、談話的時間只有一小部分。醫師打從在醫學院求學之初就知道數據、檢驗和 X 光檢查非常重要，因此腦子裡想的多半是這些，時間也多花在上面，而且認為值得。至於真正能讓病人感到滿意的溝通、接觸和互動，對醫師來說，相對就沒那麼重要，無法和檢驗與檢查的成果相比。

然而，過去二、三十年來，醫師對工作的滿意度逐漸下降。研究顯示，只有少數醫師對工作感到滿意，因此勸告年輕人別輕易踏上行醫這條路。很多研究都發現醫師對自己工作的不滿意和病人的就醫滿意度低有關。而醫師會對行醫缺乏熱情，最重要的一個原因就是和病人互動的時間極少。我們已知道這點，也很不希望看到這種現象，但很難有什麼改變。

為什麼醫師希望在病人身上多花一點時間，又不去做？這似乎很矛盾。健保制度的實行、病人人數眾多，加上醫療給付逐漸減少，這幾個原因使得過去二十年來醫師的業務負荷量愈來愈大，花在個別病人身上的時間也就變少。醫師抱怨沒有足夠的時間可以看病人，這個問題就醫界看來是理所當然的。但根據最近的一項大型研究，發現從八〇年代到九〇年代這二十年當中，醫師在每個病人身上花的時間不但沒有減少，其實已經增加。這個結果讓醫界內外大為驚訝。

病人希望醫師能多給自己一點時間，醫師也說他們已經努力這麼做，而且醫師與病人接觸的平均時間實質上已經增加，但彼此的滿意度依然下降。顯然，問題不在時間。

\* \* \*

凌晨一點五十三分，愛麗絲從醫院病床上醒來，覺得天旋地轉。過了一會兒，她的方向感才慢慢恢復：右手邊是厚實的白色布簾，與另一床相隔，但目前是空

床；左手邊則是點滴架，上面掛著一袋打了一半的點滴輸液。她好不容易才掙扎坐起，但一起來就更加暈眩。

五十五歲的愛麗絲向來健康情況良好，但前一個禮拜她注意到自己有點血便。兩天前，她去腸胃科醫師高定那裡看診——多年來，腸胃不舒服時她都是找那位醫師診治。醫師在診療時只是大概看了一下，也沒觸診，就告訴她是痔瘡，並說：「這是小毛病，沒什麼關係。」聽醫師這麼說，她鬆了一口氣。

她遵照醫師指示用溫水坐浴，但昨天她突然發覺自己流了很多血，衣服、椅子都沾上了血。她不但呼吸急促，而且頭昏眼花，儘管狼狽，她還是趕去急診。急診醫師發現她心跳很快，血壓很低，有生命危險，除了給她輸血，還做了進一步的檢驗，並說第二天早上高定醫師會來幫她做大腸鏡檢查，或許她不是單純的痔瘡。

一點五十五分，她已醒來兩分鐘。她從床上爬起來，小心翼翼地扶著點滴架，搖搖晃晃地走進廁所。一點五十六分，護士發現她倒在地上，滿地是血，立刻呼救。儘管愛麗絲意識已經不很清楚，但她知道自己流了很多血，也聽到護士尖叫。她想，自己或許就要死了。

一點五十七分，護理站呼叫值班醫師。護士把愛麗絲扶到床上，為她輸更多的血，在接下來的兩個小時，每五分鐘就來檢查一次生命徵象。她的心跳還是很快，血壓依然很低。二點十三分，護士在病歷上記錄：「再次呼叫值班醫師，沒有回應。」愛麗絲已恢復意識，臉色也好多了，但醫師還是沒出現。

四點十八分，醫師才在病歷上記錄：「護士報告病人出血很多，已記錄其生命徵象，目前已經穩定。將繼續追蹤其血球數、心電圖、血型確認與交叉試驗、胸部 X 光的結果，並監控生命徵象的情況。」

幾個小時後，高定醫師為愛麗絲做了大腸鏡檢查，但之後沒時間跟她解釋。愛麗絲又在醫院住了一晚。有人告訴她，第二天早上高定醫師來巡房時會來看她。

第二天，高定醫師只在她的病房停留了五分鐘，告訴她大腸鏡檢查結果正如他的猜測，的確是痔瘡，但他還發現她有大腸憩室炎，也就是大腸壁有囊狀突起，



很可能會因發炎而破裂、出血。有一個突起旁邊有些血，但出血已止，因此不必做任何處置。這次的大腸鏡檢查也沒發現任何大問題，如惡性腫瘤。她的生命徵象已恢復正常，X光與心電圖檢查結果也都正常，心跳慢了下來，血球數也已回升。高定醫師只是說明，沒時間回答她的問題。他又說，照這樣看來，由於檢查結果都正常，她明天應該可以回家了。

因此，愛麗絲又在醫院待了一晚。三天來，她已經被抽了八次血。但她還是不知道這次的問題究竟是痔瘡還是大腸憩室炎。她很怕會再次大出血，可是不知道怎麼做才能避免。即使檢查結果正常，她還是會頭暈，依然有喘不過氣來的感覺。第二天早上，護士說，她的血球數檢查結果正常，她可以辦理出院了。

\* \* \*

愛麗絲的一個老朋友來找我，希望我能去醫院看看她。我在她出院前一刻趕到。我一邊看她的病歷，一邊聽她講述這幾天來的遭遇。我發現她在廁所出血、昏死的過程幾乎沒什麼紀錄，大腸鏡檢查的照片已黏貼上去。我們談了二十分鐘，儘管她住院三天、接受了腸胃科醫師的診治，但她依然滿腦子問號，不了解自己的病症。

我解釋檢查的結果，解說什麼是痔瘡和大腸憩室炎，也回答了她一籊筐的問題。我說，她或許還會再大出血，她要接受治療，以改善血球數過低的情況。我也討論到她的暈眩和呼吸急促成因可能為何，我叮嚀她隨時注意出血的徵兆。愛麗絲是個聰明、理性，而且很有好奇心的病人，她很感激我的解說。說來，這真是我這一天成就感最大的一刻。為什麼她的醫師不這麼做？

或許醫師愛檢查甚至勝過愛病人。畢竟，我們學的就是這些：心電圖、X光檢查、磁振造影掃描、大腸鏡、電腦斷層掃描、血液檢查、壓力測試、細菌培養等。我們相信檢查結果是客觀、正確，而且具有實用價值的。愛麗絲的血球數很低，必須住院、輸血。雖然她在住院期間曾經大出血，差點死掉，但是值班醫師還是沒來幫她做身體檢查，也沒觸診或是跟她說話，只是開立更多的檢查。最後，大腸鏡檢查有個合理的診斷，醫師就認為任務已經完成。血球數檢查結果正常之後，愛麗絲就出院了。從最先的治療到最後，實驗室檢驗的數據不但是診斷的基礎，也是治療成功的基準。

從某種意義上來說，檢驗的確是治療的保證，也很有用處，因為明顯可見的問題是出血。而透過檢驗，斷定了愛麗絲正在出血，也找到了出血的源頭，評估了嚴重程度；基於檢驗結果，醫護人員給她輸了血和靜脈輸液。然而，愛麗絲就

醫的原因主要有三，包括暈眩、呼吸急促和不明原因出血，在她出院之後，暈眩和呼吸急促這兩個問題依然沒有解決，出血原因也尚未完全確定，因此日後還是可能再發生危及性命的大出血。換言之，雖然醫師已針對檢驗結果給她做了治療，就醫時的三個問題還是沒有答案。

現代醫學對檢查依賴很深，檢驗機器幾乎成了代理醫師。然而，愛麗絲要的是醫師親自幫她診治，而不是交給機器代勞。更大的問題在於：有時，我們也不了解檢查的結果。

\* \* \*

一個冗長、煩悶的下午，我在心臟科檢驗室當班。技術員傑弗瑞在看報紙。他是越戰退伍的老兵，喜歡說一些尖酸刻薄的笑話，此時臭著一張臉，看起來似乎比我還無聊。於是，我脫光上衣，站在壓力測試的跑步機上。傑弗瑞抬起頭來，揚著眉毛，一副打算看我出糗的樣子。他把心電圖的導線連接在我身上，調整旋鈕，按了幾個鍵，就對我下戰帖：「小鬼，我打賭你達不到 15 MET！」

MET 是代謝當量的簡稱，每一 MET 相當於每公斤體重每分鐘三．五毫升的攝氧量，約是一般人休息時的耗氧量，可看出心臟負荷的程度。如果是心臟不好的人，甚至達不到 3 MET，健康的人則常可達 10 MET 以上，15 MET 相當於劇烈運動。「等著瞧吧！」我把一美元的紙鈔丟在桌上，試圖掩飾我的緊張。

其實，我不是因為打賭而緊張。我的祖父在六十歲那年因心肌梗塞第四度發作而蒙主寵召。從此，我就很怕自己也會心肌梗塞。我輪到心臟科見習的時候格外認真，希望找到保護心臟、延長壽命的好方法。畢竟，這是家一流的醫學中心，除了這裡的心臟科醫師，還有誰能告訴我如何避免步上我祖父的後塵？再說，如果要測試我的心臟功能，還有什麼比壓力測試更好？

跑步機踏板抬起三十度，我開始全力衝刺。哇！我跑到 17 MET 了。傑弗瑞大概怕我把跑步機的襯墊踏壞了，就把速度調慢，讓我走了一段之後再完全停止。他除了把上衣和一疊心電圖紙交給我，也把我的一美元還給我。

「看你這汗流浹背的樣子，你可爽了吧。」他笑了幾聲，又回去看他的報紙。

我一邊喘氣，一邊微笑，但我一看我的心電圖就笑不出來了：我雖然沒看過

多少顯示心臟異常的心電圖，但我一看就知道我的不正常。我很快穿好衣服，拿了心電圖走出去。

我第一個找的是我們心臟科的費爾德醫師。我不好意思承認這是我的心電圖，只是說這是一個二十八歲的男性因即將入伍而來醫院接受常規身體檢查，這就是他接受壓力測試的結果。費爾德醫師盯著那張心電圖一直看，然後說，這麼明顯，我怎麼還看不出來？

「這個病人還很年輕。你確定是心臟病嗎？」我說。

他點點頭，指著心電圖上的波形，告訴我診斷：「百分之百是心臟病。」

\* \* \*

十幾年後，再回頭看這個往事，謝天謝地，費爾德醫師的診斷是錯的。單從心電圖來看，那的確是典型的心臟病，但我真的沒有心臟病。我們很難想像為何會有這樣的差錯，因為我們對檢查結果深信不疑。事實上，檢查的確常常出錯。

貝葉斯（Thomas Bayes）是十八世紀的英國神學家，也是數學家。他不是醫師，也對醫學檢查沒什麼了解，但他在一七三六年發表了一篇有關概率論的論文，使他在醫學檢查與統計學的領域名垂不朽。貝葉斯以數學證明我們在小學已經了解的一個概念，即要了解一件事的意義，我們必須先掌握其脈絡。

對醫界而言，尤其是醫學檢驗，貝葉斯的理論可說太重要了。如果我們只看檢驗數據，不去探究病人的情況，這樣的檢驗可說毫無意義。如果檢驗要有意義，必須視之為新的訊息，融入既有的訊息當中。以我的壓力測試為例，只是一個新的訊息——有些心臟病的病人接受壓力測試後，心電圖檢查會顯示這樣的波形。事實上，我是二十八歲的長跑健將，沒有任何心臟病的徵象與症狀。顯然，那個新訊息有誤。

在我踏上壓力測試的跑步機之前，我該已經知道答案。但在任何一個病人接受某項檢查之前，我們可先預估病人得到某一種疾病的機率。例如，我在做壓力測試之前，由於我是個喜歡運動的年輕人，得到心臟病的機率大概是千分之一，即 $0.1\%$ 。**[1]** 理論上來說，接受壓力測試是要看看我是不是這罹病的千分之一。檢驗結果常會出現錯誤，這樣的錯誤與我是否得心臟病無關，而是指罹病的機率必須調整。要調整多少，那就要看檢驗的準確度和病人的實際情況。就拿我做壓力測試這個例子，由於我得心臟病的機率很低，即使壓力測試結果顯示我有

心臟病，我的罹病率也不過是從千分之一增加為千分之三。**[2]**

不管醫師或病人，常不了解每一項檢查都有可能出錯，不能根據檢查來下定論。檢查只能告訴我們：比起檢查之前，病人得某種疾病的機率是否增高。由於壓力測試是一項準確度很高的檢查，檢查結果為陽性，代表我和一般二十八歲的年輕人相比，我得心臟病的機率要比他們高三倍。如果一般二十八歲的年輕人得心臟病的機率是 $0.1\%$ ，三倍不過是 $0.3\%$ ，而我不得心臟病的機率仍高達 $99.7\%$ 。

因此，檢查要正確，必須掌握病人的實際情況。這就是貝葉斯理論的精華：接受檢查的人比檢查的正確性來得重要。讓我們思考一個極端的例子：如果男性去驗孕，會有什麼樣的結果？不管檢驗結果為何，也不論驗孕的準確性有多少，由於接受檢查的是男性，一定不可能懷孕。然而由於某種荷爾蒙的情況加上體內化學物質的異常或是人為錯誤，男性驗孕還是可能出現陽性的結果。即使是準確度最高的懷孕檢查，仍有百分之一的誤差（包括男性出現驗孕陽性）。**[3]** 雖然檢驗結果出錯很罕見，男人懷孕則是不可能的事。在檢驗進行之前，我們已知接受檢驗的這位男性是否可能懷孕，因此可以說接受檢驗的人要比檢驗本身來得重要。我在踏上壓力測試的跑步機踏板時，就有一個錯誤的觀念，認為檢驗本身要比接受檢驗的人來得重要。問題不在檢驗，而在我自己。

然而，還有一些檢驗出錯的機率甚至高達 $50\%$ 以上。例如對沒有相關症狀的人進行乳房攝影檢查、子宮頸抹片檢查、大腸鏡檢查等，這些篩檢的偽陽性機率往往要比真陽性來得高。鑑於疾病的可怕，為了及早發現及早治療，病人常常還是寧可接受這樣的檢查，承擔無謂的擔心與焦慮。儘管乳房攝影檢查的偽陽性機率高達 $97\%$ ，很多人仍認為這項檢查有其價值。其他檢查，如篩檢子宮頸癌的子宮頸抹片檢查、篩檢大腸癌的糞便檢查或大腸鏡檢查也是一樣。**[4]**

至於一些常見疾病的檢驗呢？喉嚨細菌培養可偵測是否出現化膿性鏈球菌，也就是鏈球菌喉炎的致病菌。由於大多數喉嚨痛都是病毒感染，因此醫師便以細菌培養來判別病人是否為鏈球菌喉炎。問題是，鏈球菌很常見，以國小學童（鏈球菌喉炎的高危險群）為例，有 $10\%$ 的人任何時候喉嚨都有活的鏈球菌，而這些鏈球菌也不會造成任何影響。**[5]** 即使在沒有感染的情況下，這些學童的鏈球菌細菌培養的結果依然是陽性。因此，這種細菌的檢驗會造成很大的問題，偽陽性將高達 $10\%$ 以上。然而，為了偵測鏈球菌感染，醫師有時只好忍受這樣的錯誤率。但這種錯誤多常發生？

根據貝葉斯理論，檢驗結果值得信賴的前提是對受檢者有深入的了解。研究人員曾對鏈球菌喉炎病人仔細研究，找尋主要的徵象與症狀。我們因此得知鏈球菌喉炎的四個重要徵象：淋巴結有壓痛感、發燒、扁桃腺周圍膿腫，以及沒有咳嗽。如果病人有這四個徵象，得到鏈球菌喉炎的機率約是 $50\%$ 。如果上述四個

徵象全無，或只有一或兩個，得鏈球菌喉炎的機率則在一〇%以下。

試想，如果我們以一群國小學童為鏈球菌喉炎的檢驗對象，但就上述四個主要徵象而言，他們皆少於三個。由於這些學童可能得到鏈球菌喉炎的機率只有一〇%或者更低【6】，真陽性的比率應該不會超過一〇%。然而，我們已知這群學童出現偽陽性的機率可能高達一〇%以上。因此，我們可從概率推算，在這群學童中出現偽陽性的機率會大於真陽性。

如果檢驗結果常出現偽陽性，當然不是我們樂見的。我們進行喉嚨細菌培養的原因，就是希望找出真的需要抗生素治療的病人。如果接受檢查的病人得鏈球菌喉炎的機率小於一〇%，還都接受抗生素治療，如此一來，不但是沒有必要的治療，還可能帶來嚴重的藥物副作用。其實，國小學童接受喉嚨鏈球菌細菌培養，結果為陽性者，若主要徵象還是只有一、兩個或零個，偽陽性的可能居大，應該不必接受抗生素治療。

喉嚨細菌培養只是我們濫用醫學檢驗的一個例子，不但常常不能正確診斷，還會因此給病人不必要或會造成傷害的治療。壓力測試則是另一個例子。美國預防醫學任務小組建議沒有冠心病危險因子的人不必要接受壓力測試。但每天依然有很多不具危險因子的年輕人接受壓力測試。如果接受測試的是一個十八歲的女孩，可得到什麼有意義的結果？如果結果是陽性呢？這個女孩真的罹患冠心病的機率有多大？十幾歲女孩得到冠心病的機率應該微乎其微，即使壓力測試的結果為陽性，極可能也是偽陽性。這種檢查可說只是浪費時間。



如果醫學檢驗運用得宜，的確可以提高正確診斷的比率，有時檢驗也能提供寶貴的訊息給病人，救回一命。但就目前的醫學檢驗而言，醫師常把病人推給檢驗機器，很少仔細為病人做身體檢查，如聽心音、做腹部觸診，以及神經檢查等。像溝通與觀察這樣的基本技能則多半省略，代之以血液或 X 光檢查。這些技能的低下，和病醫溝通不良、醫師對工作的滿意度下降、病人不滿意醫療品質等是息息相關的。

再者，在負荷過重、費用高昂的醫療體系，最浪費的莫過於做那些不該做的醫療檢驗了。我們希望利用科技來做為工具，幻想檢驗和機器就能帶來正確的結果，因而對檢驗過分依賴。諷刺的是，檢驗不只是常常會出錯，也會使病醫關係

更加疏遠。

下面是希波克拉底的病歷紀錄，描述一位病人罹病的過程：「西列納斯住在廣場大道伊瓦席達斯家附近。他最近常覺得疲勞，喝太多酒，加上運動時沒注意季節變化，結果發燒了……病倒第二天，他發高燒，排便量更多、更稀，而且有泡沫。他的尿是黑的，一整晚都很難受，甚至出現輕微譫妄。第三天，症狀更嚴重了，從上腹下緣到肚臍兩側都腫了起來，摸起來軟軟的……他整夜沒睡，不但多話，還一直大笑、唱歌，完全不能自制。」

希波克拉底對病人的身體觀察入微，就像時時刻刻待在病人身旁一樣，一邊思索，一邊陪伴病人度過病痛的折磨。相形之下，現代的醫師在病人身上花的時間實在很短。希波克拉底看病最重要的技巧就是觀察。今日醫學檢查總是利用機器，離病人遠遠的，但在古希臘，所謂的血液檢查是觀察病人血液的色澤、黏性和氣味。不只如此，希波克拉底還需注意病人排泄物、臉部表情、個性、情感及種種身體的變化，並記錄下來。愈接近病人，就愈接近真相。現今，在科學的進展之下，我們往往認為檢驗比病人本身要來得重要，其實不管從統計學或觀念來看，這都是錯的。早在貝葉斯和現代統計學發展之前，古希臘的希波克拉底已經了解：人比檢驗重要得多。

注

【1】我所謂的心臟病是指冠狀動脈的重大病變。

【2】此數據是根據壓力測試準確度等相關資料而來的。由於壓力測試的陽性概似比（LR+）大約是三，乘以千分之一，因此是千分之三。

【3】這裡提到的驗孕試驗是指一般可在藥房或超商買到的驗孕棒，可自行在家檢驗。

【4】我們仍然無法藉由大腸鏡檢查找到罹患大腸癌的直接證據。由於目前有多項大規模的重要研究正在進行，希望在未來幾年之內，我們能得到答案。

【5】根據世界衛生組織的一項研究，健康學童體內帶有鏈球菌的機率約在一〇%到五〇%之間。

【6】如果病人在十五歲以上，且出現上述鏈球菌喉炎的四個徵象，則得病的機率約是五〇%。

若徵象少於四個，則病毒性喉炎的機率居高。鏈球菌喉炎的檢驗必須考慮年齡層的差異。

## 九、序言

序言作者名	
序言作者簡介	

## 十一、導讀

### 導讀

### 給病醫雙方的諄諄告誡

和信治癌中心醫院 醫學教育講座教授  
教育部醫學教育委員會常務委員 賴其萬

這是一本由醫師執筆的對病醫關係自我檢討的好書。這本書書名 *Hippocrates' Shadow*，直譯應為《希波克拉底的影子》，作者以號稱「醫學之父」的希臘名醫「希波克拉底」對病醫關係的論述與其照顧病人的以身示範，來對今日醫療環境，空有科技的進步，卻無醫療品質提升的窘境，做出發人深省的分析。

作者紐曼醫師（David Newman）是一位執教於哥倫比亞大學醫學院的急診科醫師，除忙於臨床急診醫學的服務與教學以外，並經常於醫學雜誌發表其臨床研究報告。紐曼醫師在 2005 年曾以美國後備軍人陸軍少校的身分，接受徵召至伊拉克服役一段時間，其人生閱歷、臨床經驗以及每天在急診處的工作使他經常站在醫療的第一線，而對醫師與病人所發生的各種問題有其切身的體驗。

作者以流暢的文筆以及豐富的資料，深入淺出地將一些艱澀的醫學專門學問以及他所觀察到的病醫雙方的問題，條理分明地介紹給一般大眾。他直言，病醫之間之所以愈行愈遠，是因為醫師的行為長久以來擁有許多「祕密」，使得病醫之間無法跨越這道鴻溝。醫師的一些不假思索的習慣、態度，不知不覺促使病人接受其權威、傳統的地位，因而引起病人對醫師產生一種超乎現實的期待，一旦有病痛，就會要求醫師一定要馬上開藥、檢查或開刀，而造成許多不必要與無效的處理，引起病醫之間的困擾與不滿。作者在書中非常坦率地指陳醫界一些罕為

社會大眾所知的「祕密」，希望由此促發病醫雙方的自省。

他在「前言」裡，苦口婆心地道出，「事實上，我們現代醫學的真正『祕密』是一直受到醫界傳統、群體思維與制度所保護，而不容我們質疑與自我檢視。」他說，他並不是故意要舉發醫界的不是，而是希望這些醫界傳統的積習，可以透過回顧「希波克拉底」的精神，好好重新自省。全書一共分為九章，討論各種他所觀察到的現今醫療界的問題，而在每章的最後，他都引用「希波克拉底」的主張，來提醒讀者，回歸醫療最重要的原則：「聆聽病人與仔細做身體檢查」是無法以其他任何「科學」所取代的。

第一章〈其實，醫師不是什麼都知道〉裡，作者提出科學的進步並沒有回答醫學的所有問題，譬如說：「為什麼有些病，如『多發性硬化症』，會在高緯度地區特別盛行？」、「為什麼同樣是『紅斑性狼瘡』的診斷，有些病人病情很快地就變得很差，而有些病人經過那麼多年還是一點也沒有惡化？」、「為什麼許多背痛的病人，因為 X 光影像所呈現的脊椎病變，而接受開刀，但症狀卻絲毫沒有好轉？」，坦承醫界對許多常見的病，事實上還是所知有限，而一些醫學上常用的診斷術語，其實只不過是醫療人員利用一種似是而非的字眼，來掩飾醫界難以啟口的「我不知道」。他直言在醫師的培育過程裡，我們的教育使醫師們都羞於承認「我不知道」，因為這種話象徵「弱點」(weakness)與「無知」(ignorance)。

最後作者引用「希波克拉底」原作之英文譯者 W. H. Jones 在其一九三一年所出版的第四卷裡所說的話，根據考證，希臘當時的語言對「科學」與「藝術」兩詞是通用的，他說，「希波克拉底當時所使用的這個希臘字，可以翻譯成『科學』，也可以翻譯成『藝術』。……希臘是一直到『亞里斯多德』時期，才不包含『藝術』的『科學』這個字。」所以作者認為「希波克拉底」對醫學的認知，「並不以為醫學是絕對正確、不容質疑的事實與數據的組合，也因此他從不假裝自己無所不知，但他有把握他確實了解自己的病人。」因此作者說，他從不以為對病人坦承自己能力的有限，是暴露自己的弱點與無知，相反地，他認為一個知道自己能力的極限，而願意請教別人的，才是真正能夠照顧病人的好醫師。

第二章〈做這些檢查或治療，有必要嗎？〉裡，作者引經據典，舉出幾種醫師經常使用，而大多數病人也都認為他們需要的治療，但事實證明這些都是沒有效或不應該做的，譬如「一旦心跳呼吸停止，就不管病人的情況，馬上進行心肺復甦術」、「病人感冒喉嚨痛，就應該使用抗生素」、「只要是女性病人，就一定要定期接受乳房攝影檢查，而一有懷疑就要做切片檢查」等等，因此他主張病醫雙方對這種以訛傳訛、習以為常的主張都要再三自問「這種治療真的需要嗎？」。

最後作者引用「希波克拉底」的信條，病醫之間最重要的是「信任」，而病人因為信任醫師，所以都以為醫師之所以推薦這種治療或檢查，一定是因為醫學



上已證明這對他們是有必要的，也因為如此，我們做醫師的就不應該濫用病人對我們的信任，而繼續使用沒有有效的治療。

第三章〈**為什麼醫師的意見常常不一致？**〉裡，作者坦言醫師之間意見相左是常見的事實，這不只醫師之間對身體檢查的觸診、聽診的看法不同，有時甚至不同的醫師對同一種症狀與徵候、對同一張的心電圖或 X 光片會有不一樣的判讀，而造成病情的診斷不一，引起病人很大的困擾。作者引用「希波克拉底」的名言，「醫療是一種藝術」，而既然是藝術，就應該能容許其有所因人而異的可能，所以醫師不應該隱瞞彼此的不同意見，反而應該接受彼此的想法，而提出「百分之百的同意在醫學上並不多見，但完全的誠實卻是一定要做到的。」

第四章〈**醫師的態度，容易讓人很受傷**〉裡，作者對時下醫療講究效率，而不花時間給病人解釋，有非常深刻的針砭。他也指出有些醫師甚至為了省得麻煩，乾脆投其所好，病人要求什麼，就給什麼檢查或治療，而多做了一些自己也認為沒有必要的處置。作者分析在目前的醫療情況下，因為時間的壓力、對高科技的過度信心與仰賴、沒有效率的醫療制度、不良的病醫溝通、來自於病人的執著或無知的堅持，造成這種愈來愈嚴重的醫療困境，而唯有我們在回顧「希波克拉底」的行醫之道才有辦法改變這問題。作者說，「希波克拉底」是一位非常注重溝通的好醫師，他聆聽病人，但自己說話不多，他用心了解並記錄病人與家屬心裡想的是什麼，希望得到的是什麼。遺憾的是，今天我們因為迷失於科學的獨大，而忽略了這希臘先賢幾千年前就強調的病醫溝通的真諦。

第五章〈**為你診斷的是醫師，還是機器？**〉裡，作者指出，現在許多醫師與病人都喜歡做一些事實上不必要的檢查，如抽血、照 X 光、電腦斷層或磁振造影等的高科技檢查。這種浪費醫療資源的行為十分可怕，但大家似乎都不在乎，而對這種科技的迷失最主要是來自於無知，而高估了各種檢查所能達到的成效，結果反而帶來更多的醫療問題。作者特別在此提出十八世紀的一位基督教牧師貝葉斯（Thomas Bayes），以其對數學的造詣，提出一個「有條件之或然率」（conditional probability），如果我們要了解某一物的意義，我們絕對不能忽略其周遭的條件。這觀念直接影響到醫學的就是，如果我們只看醫學檢查的數據，而不了解有關病人的其他訊息，這將會嚴重的誤導醫師。

今天病醫雙方都迷失於科技的萬能，而忽略了探問病史與仔細做身體檢查的重要時，我們喪失了病醫溝通的機會，而嚴重地導致醫師對自己的職業以及病人對自己的醫師的滿意度直線下降。最後作者引用一段「希波克拉底」對一個病案的詳細觀察紀錄，來對照今日的醫師只關心檢查結果，而對病人的了解卻付諸闕如，是無法真正幫忙病人的。作者語重心長地說，「希氏深知『病人』是比『檢查結果』重要。」

第六章〈十年前的醫學知識，不見得還是對的〉裡，充分地討論科學的突飛猛進使醫者不得不隨時修正自己以前學到的東西。作者列舉許多我們由師長或書本上學到，而奉為圭臬以為是牢不可破的金科玉律（**axiom**），孰不知這些過時的、沒有深厚根據的知識早已被推翻，而作者將這種錯誤過時的知識稱為「假的金科玉律」（**pseudoaxiom**）。他指出，醫師們對自己過去寒窗苦讀學來的功夫，都有一種偏愛護短的心理，很難接受對這些知識的挑戰質疑，因為這等於指出他們過去接受到的是不正確的教育。他引用一九三五年至一九四九年期間擔任哈佛大學醫學院院長的博維爾（**Dr. Sydney Burwell**）對醫學生說過的一句名言，「你們在學校所學到的知識，十年後一半以上都會被證明是錯誤的。」

最後他說，「希波克拉底」對這問題也非常關心，他曾在一篇有關人類健康的新論文的開頭，就預言這論文所提出的新的或他人不熟悉的觀念可能遭遇到阻力，而寫出以下這段發人深省的話：「大部分的人在聽過某人討論過某個議題之後，常會拒斥另一個人對同一議題的不同見解，事實上他應該要了解，一個人要學會判斷那個知識是正確與否，是與發現真理一樣，都須要有相當的聰明才智。」

第七章〈別小看了安慰劑〉裡，他主要是討論「安慰劑」（**Placebo**）在臨床上的意義，而感慨地說，在醫學院時代，學生都對這種「安慰劑」的效果嗤之以鼻，以為這都是代表病人無病呻吟，孰知今日科學已證明這種效果不是病人憑空捏造，而是可以用科學方法證實的，他進一步提醒醫學界正視如何善用這種「安慰劑效應」來幫忙為病所苦的病人，並且呼籲醫界應該由病人所呈現的「安慰劑效應」去了解其中的意義。

作者引述莫爾曼（**Danial Moerman**）書中所說的話，即使診斷出來的病是無法治癒的，但因為知道這病的存在，而使病人找到這病的「意義」（**meaning**），而使病人好轉，這就是所謂的「診斷就是治療」。他並且指出，有些研究已發現，對病情的掌握與病痛的減緩的確是有明顯的關聯，由此而引出莫爾曼所謂的「意義反應」（**meaning response**），認為「安慰劑」之所以有效，是因為它對病人具有「意義」，而我們醫者為了病人的福祉，應該讓病人了解我們治療的「意義」。

最後作者很感慨地說，「希波克拉底」本身可能不曉得，但他照顧病人的核心事實上就是「意義反應」，也因此他贏得那麼多病人的愛戴與尊敬。這一章還有許多作者引經據典討論有關到底使用「安慰劑」是否欺騙病人，是否合乎醫學倫理的精彩論述，相當值得細讀。

第八章〈你吃的藥真的有效嗎？〉裡，作者以淺顯易懂的文筆介紹統計學上「益一需治數」（即需要治療多少人才能證明有效，**Number Needed to Treat, NTT**）的觀念，來比較許多我們常使用的治療到底多有效。同時他也揭露藥廠推廣新藥的行銷技倆，如何提供醫師與病人對新藥有利的數據等等，而呼籲病醫雙

方應該避免聽信一面之詞。我個人認為，作者在這一章裡對某些藥物的強烈反應，也許是作者個人的看法，可能還不是醫界的共識，不過他搜集資料的用心以及解釋說理的能力實在令人佩服。

最後他引用「希波克拉底」對病醫關係的一段話，「有些病人雖然知道自己的病情嚴重，但因為醫師釋出善意帶給他的滿足而康復。」而「希波克拉底」認為，他對病人最大的影響不是他的「科學」，而是他的「存在」（presence）。

最後一章，第九章〈向希波克拉底學習〉裡，作者列出三個影響科學觀念甚鉅的大師與其理論。首先他舉出第五章已提過的十八世紀的貝葉斯的貢獻，因為他的數學理論（貝葉斯理論 Bayes's Theorem），使我們注意到，如果我們要了解某一物的意義，我們絕對不能忽略其周遭的條件。換句話說，在醫學上我們切忌斷章取義，如果我們只看醫學檢查的數據，而不了解有關病人的其他訊息，這將會嚴重的誤導我們，而害了我們的病人。

接著他提到海森堡（Werner Heisenberg）由量子力學演發出來的「測不準原理」（Uncertainty Principle），以說明有些自然現象不一定都呈現清楚的「因果關係」，我們不可能因為推理的嚴謹，就能一廂情願地「想當然爾」，醫學不一定樣樣都能精確地測量與預測，也因此我們不能只是客觀的旁觀者，我們必須投身於病人的病痛與治療中。

最後他提到哥德爾（Kurt Gödel）在二十五歲就發表的影響科學界甚鉅的數學論文：〈論數學原則及相關學說形式上不明確的命題〉，他指出，「邏輯的一致性並無法保證其結果一定是正確的」，這也可以引申出，同一張心電圖可能會有不同的解讀，並不一定是人類詮釋科學的失敗，而是科學詮釋人類的失敗。

這三位科學大師對醫學的貢獻是，他們提醒了我們，不應該盲從於醫學的科學權威，而小看了醫學的藝術層面。作者別有用心地舉出最近的文獻報告指出，一九九〇年代美國在電腦斷層與磁共振造影的大量使用以及新藥的問世，結果所達到的只不過是，每一萬六千人有一人因此而延長生命或治癒，然而，一九九九年的統計報告指出，美國一年有四萬四千人到九萬八千人因為醫療錯誤而過世，這樣的換算就是說，每四千人就有一人因為醫療錯誤而過世。從這些數字來看，我們可以說，這些科技的發展帶來四倍的死亡，這種發人深省的數據也不由得使我們自問「為什麼？」，而使我們由科學萬能的錯覺中驚醒。

作者最後說，我們由醫學鼻祖「希波克拉底」開始，學會以病人為中心的照顧，曾幾何時，我們卻被科學的神奇所震撼，而科學角色的提升，無形中腐蝕了醫師與病人的關係，而導致病醫雙方誤以為彼此的「連結」（bond）不再是奠基於互信，而雙方愈離愈遠。作者在此呼籲，「希波克拉底」所主張的「重視病醫之間的『連結』」、「對身體與心理兩者並重」、「確定病人是我們醫療工作的中心」的這些重要理念都是我們當今醫療需要回歸的方向，而惟有這樣的新思維

才能拯救目前每況愈下的醫療。他說，「歷史總是最好的嚮導，且讓我們擁抱一個既古老又新穎的典範。」

我鄭重推薦這本書，是因為我非常同意作者對美國目前醫療困境所做的分析以及諄諄告誡病醫雙方的用心。台灣在全民健保以後，病醫關係江河日下，醫療資源嚴重濫用，引起諸多嚴重問題，希望作者提出的「典型在夙昔」可以帶給台灣的病醫雙方及時的當頭棒喝。我衷心期待這本書可以早日介紹給台灣的醫界以及社會大眾，讓我們重溫兩千年前的希臘宗師「希波克拉底」的古訓，在病床邊好好聆聽病人對病痛的敘述，仔細做好身體檢查，而醫療不再迷失於高科技的牛角尖。

我非常喜歡作者的文筆，但有些寓意深奧的好句子，有時雖然完全了解他的含意，但卻很難以另一種語言傳神地翻譯出來，這也是我常勸學生除了中文、台語之外，一定要學好至少一種外文能力，才能更貼切地欣賞好文章。譬如在本書的「前言」裡有一句話，真正道盡了行醫之道的真諦，我一再吟誦玩味，非常同意，謹將這佳句抄之於下，與大家分享：

The essence of medicine is a profoundly human, beautifully flawed, and occasionally triumphant endeavor. (譯注：醫學有著深刻的人性，或有些美麗的錯誤，偶爾也可以見到成功的創舉。)

( 本文原刊登於《當代醫學》月刊 98 年 2 月號第 424 期 139~143 頁 )

## 十二、前言

前言

### 揭開醫療背後的祕密

從今天的標準來看，希波克拉底實在是個怪得不得了的醫師。這個醫學之父經常嚐病人的尿，看是什麼味道，會從病人身上採取膿汁、耳屎，也會聞病人糞便的氣味。他評估病人汗水的黏性，也會仔細研究病人的血液、痰、眼淚和嘔吐物。他很了解病人的個性、家人和家庭生活，也研究他們的臉部表情。在思考最後的診斷及決定採行何種治療法之時，希波克拉底也會記錄並考量季節、風向、水源、病人的飲食習慣，甚至房屋座落的方位。他不放過任何蛛絲馬跡，不厭其詳地為病人檢查並做紀錄。

今日醫師聽聞希波克拉底診斷的種種，不免退避三舍，甚至搖搖頭。一般人則有完全不同的反應：天底下怎麼有這麼好的醫師？他們希望自己的醫師也能像

希波克拉底一樣。本書主題就在探討這種兩極化的態度：從古希臘的科斯島到今日科技進步的醫學中心，這二千四百年來，病人和醫師有如分道揚鑣，所關注的以及想達到的目標大不相同。可能一開始只有一點小小的分歧，醫師的選擇與決定也都用心良善。無論一開始分歧原因為何，但此後雙方漸漸走向不同的道路，最後有如相隔好幾個光年。

在西元前四百年，希波克拉底帶領科斯島的醫學研究社群記錄和病人接觸的經過，將醫學的藝術傳授給學生，最後完成《希波克拉底全集》。希波克拉底不知道他就此為未來兩千多年的醫學理論建立了基礎。雖然今日的醫師立誓依循希波克拉底的教誨而行，但希波克拉底也許不同意我們對醫學藝術的詮釋。

希波克拉底在為病人治療之時，他的著眼點是整個人，至於今日醫師則常把目光放在解剖結構及生理知識，至於整體平衡的問題則交給同事去處理；希波克拉底非常著重客觀經驗，現代醫師與病人接觸的時間多半很少，實在很難培養出高超的觀察技巧；希波克拉底善於溝通，今日有很多醫師則拙於溝通（這點問病人就知道了）；希波克拉底會將心比心為病人設想，今日醫師則寧可與病人保持距離，美其名為「科學」、「客觀」。如果希波克拉底是醫學藝術之父，做兒子的我們就像自我中心、彷徨、叛逆的青少年。

任何最近去看過病的人都可感受到醫師和病人之間有道無法跨越的鴻溝。這種現象使得醫病溝通有如雞同鴨講，很難互相了解、協調。無怪乎病人會誤會醫師，認為他們冷漠，自成一團體，和社會上其他的人格格不入——最主要的原因就是醫師有很多祕密不可與外人道也。

我寫這本書，目的就在揭露這些祕密，呈現醫師的真面目。這說來容易，做起來實在困難重重。雖然有的祕密顯而易見，有些則深藏於醫師的內心，難以觸及。有的雖然明顯到無人不知的地步，卻少有人提出來討論。有的極為常見，在每一次醫師與病人的互動中都看得到，有的則在碰到某種疾病、症狀或某種特殊的情況下才會出現。醫療文化中的祕密何其多也，本書只是先試圖揭露一部分的面紗。

我真誠地希望每一位醫師都能好好看看這本書，知道我的目的不在攻擊個人或某個團體。事實上，現代醫學的祕密是在傳統、群體思維和制度的保護下逐漸生成的，不容質疑和自我反省。這些祕密深植於老師教給我們的假設、思考模式及我們依賴的種種想法。換言之，這些祕密已是醫學傳承的一部分，進而影響今日醫師行醫的方式。

這種情況其實很複雜。教我們的老師不是有意欺騙。大抵而言，醫師不但是社會菁英，也對救人濟世懷抱熱忱。但在醫學教育養成的路上，面對現代醫療的種種矛盾和怪異現象，我們不得不漸漸妥協，有時只能告訴自己算了，有時則只好壓抑自己的好奇，不去窮追猛打。由於很多問題老早就存在，若要我們去補救，

除了立場尷尬，也不太公平。

沈恩（Samuel Shem）用尖刻、諷刺筆法所寫的醫學小說《上帝之屋》（*The House of God*），堪稱經典，醫師因而也常以「醫學之屋」來比喻現代醫學世界。就我專攻的急診醫學，這個領域就在醫學之屋的門口，介於屋裡（醫院）和屋外（外面的世界）中間。急診醫護人員就站在醫院大門，在第一時間治療生病和受傷的病人。急診的醫護人員不只是要和外面的人互動，也要和其他科的人員密切合作。急診醫學是個相當新的學門，也是最近才加入「醫學之屋」的成員——急診專科一直到一九七九年才成立。這個新成員的加入為我們帶來新的視角：由於急診人員隨時都得應付突發狀況，創新和應變能力因而特別重要。在時間的壓力之下，墨守傳統思維必然會阻礙思考，無助於問題的解決。因此，我們必須經常重新評估常規作法、我們的次文化，以及我們的社群。對我們而言，用全新的目光檢視不只是有其價值，而且是絕對必要的。

本書大都是我在急診看到的故事。由於我長年在急診工作，我想以此呈現我的經驗和視角。此外，我也提到我在醫學院求學的往事、當急難救護員時碰到的事，以及在伊拉克野戰醫院當軍醫的經驗。急診是現代醫學與人的交集之處。這個地方也常顯露現代醫療體系的強處和弱點。為了保護病人隱私，本書故事主角的名字和一些場景，我都做了更動，然故事本身則是百分之百真實。

醫學有著深刻的人性，或有些美麗的錯誤，偶爾也可以見到成功的壯舉。這些都是醫師和一般人必須了解的。我絕非勸大家不要看醫生，也不想動搖大家對現代醫學的信心。我希望藉由此書打開溝通管道，照亮陰暗的角落，讓「醫學之屋」裡的人都覺得自在。而我這麼做的初衷則是對醫學藝術的熱愛。醫學這個知識領域浩瀚無窮，我每天學到的不只是一點點東西而已。我相信真誠、開放的互動是絕對有益的。由於我對醫學的尊敬，我相信現代醫學即使有很大的缺陷，也是可以彌補的，總有一天能走出陰影。

### 十三、原版書得獎或銷售記錄

### 十四、可搭配銷售的書

《實習醫生》