

Unit 7 Text A

艰难抉择还是由医生来做吧！

在接受完外科手术培训不久，我便和一位年轻的医生一起工作。他是那种有感染力的人，不仅是因为他的临床经验，更是因为他对病人的专注。他身躯健硕有力，但他似乎从来不给病人居高临下的感觉，每当和病人说话时，他会出人意料地缩身下蹲，与病人平视。他会认真地倾听病人叙述病痛的每一个细节，每次问诊结束之前，总会询问病人是否还有他没解释到的问题。

有一天下午，看到他在一个护士站，用健硕的胳膊比划着向一名护士抱怨一位病人的家属，我很惊奇。这是位临终的病人，这位年轻的医生安排了和病人家属的病情通报会，商谈撤掉生命支持系统和药物治疗并着手开始临终关怀。在整个过程中家属一直喋喋不休地问问题，但最终拒绝做任何决定，也不撤除任何治疗手段。

“我一直在和他们说，我们要么继续给他们的亲人造成痛苦，要么可以让他走的舒服一些，”他说的同时手仍然在比划。“我告诉他们要么受罪，要么舒服，都要由他们做决定。但最终他们没有做决定就径直出了房间。”

医生和病人做医疗决定的方式在过去的 50 年里发生了巨大的变化。多少代人以来，这些决定都是医生的专属范围；病人即便参与，在做最终选择时往往也没有什么话语权。但是这种家长式的决策模式在上世纪 60 年代末和 70 年代开始发生改变。要求给病人授权的呼声在增长；医学伦理学家也开始清楚地阐述有关病人伦理关怀的原则。

临床医生们尤为拥护的一条宗旨是对患者个体的尊重。这一伦理原则已被应用于病房、诊所和手术室的工作中，也导致了一种新的临床理念的出现，即以病人为中心的医护。

但是，第二条伦理原则，即尊重每个人的自主权，与第一条密切关联，在医患关系上也起到越来越重要的作用。随着时间的推移，自主权将意味着让病人自己做决定。而且，这一诠释也渐渐进入医学院校的课程，也被写入联邦法律中，因为法律规定在治疗方式的选择上医生必须与病人进行讨论。

在接下来的 40 年里，要培养年轻的医生（我也包括在内），除非是急诊或者一些无足轻重的决定之外，我们要约束自己，不要越俎代庖，代替病人做任何决

定。

但一项新的研究表明医生受到的约束太多对病人并不一定就那么好，甚至也许是不道德的。虽然医生把让病人自己做决定等同于尊重病人，许多病人却并不这样看。事实上，对大多数病人而言，那些让他们自己做的决定，似乎从一开始就根本不是他们自己想要的。

研究人员在芝加哥大学调查了 8000 多位住院病人。当需要做医疗决定时，几乎所有的受访者都希望医生提供几种选择并提出他们的意见。但是大多数病人（三分之二）更希望让他们的医生根据自己的病情做最终的决定。

Farr A. Curlin 博士是一名芝加哥大学的医学助理教授，也是这项研究作者之一。他说，“研究数据明确显示大多数病人并不愿意自己做这些决定。”

很显然，在治疗选择显而易见时并非难题，但如果病人的最佳医疗手段不明确时则对病人及家属构成了挑战。在这种情况下，如果医生把做决断的责任推给病人或其家属，就会雪上加霜，让本已紧张的事态更为糟糕。Curlin 博士说，“如果一名具有丰富临床经验的医师都感到如此没有把握，试想一下，病人及其家属会感到的焦虑和困惑该有多么严重啊！”

病人及其家属也经常意识不到，他们的医生也许正为自己的事忧心忡忡。Curlin 博士指出，“医生们也许在想，‘我是谁呀，我怎么能自作主张，知道我的病人需要什么？’”医生也许不会直截了当明确自己的意见，因为他们担心自己的所做所为会超越伦理规范。一些医生会隐藏自己意见，以一种隐晦的方式指导病人做决定。虽然医生坚信自己是客观的和不带感情色彩的，但他们发出的多半都是利弊参半的信息。

例如，医生会告诉家属，是否从临终病人身上撤掉生命支持系统是他们的自主选择。但是医生也会使用具有价值取向的语言来描述这些选项。医生会把一个选项向亲属描述为“合情合理的”或者“舒服的”，而另外一个则是“有侵害性的”、“积极的”或“痛苦的”。

“这样，在我们交流的过程中便出现了一种很古怪的不诚实行为，” Curlin 博士说，“结果是，病人认为受到了操纵而终止交流并坚决拒绝做任何决定。”

那么对医生而言，保护病人自主权，亦即以病人为中心的医护理念的关键不在于是否让病人独自做决定，而在于尊重他们的意见并和他们共同负起责任。在

病人需要毫不隐瞒地知悉病情并寻求帮助之时，像我那位年轻的同事，诚然还有我自己在内的年轻医生就需要对下面的问题更加深思熟虑：病人是否希望与医生分享治疗信息、是否需要医生提供指导性意见、是否希望医生把做决定的责任移交给病人。

“我们必须停止在病人及其家属周围画一个圈，将其隔离，” Curlin 博士继续说，“我们不要逼着他们走向孤独的境地，让他们背负自主权的负担。相反，我们要跳进那个圈，他们并肩战斗，对抗疾病。”