

文／葉子久 同仁醫院心臟內科主任

可怕的脫水症

20多年前

當筆者仍是實習醫師時，健保制度尚未實施。醫院裡，躺滿了不得已才來住院的患者。就算是住的起醫院，也仍然必須量力而為，有多少錢做多少事。許多病危的患者，因為沒有錢，住不起加護病房，只好住在普通病房裡賭命。

某夜筆者值班，被護士小姐召喚至病房探視一位半天沒有小便的患者。這位不幸的先生，原本是好端端的一位，因為要做大腸檢查，醫生處方蓖麻油來清理腸胃。不料吃蓖麻油時，氣味難聞作嘔，大吐起來把蓖麻油吸進氣管發生窒息，缺氧造成腦部受傷。現在他躺在床上人事不知，全靠點滴、鼻管給予養分。

筆者按照無尿患者檢傷分類，給予甘露糖醇〈mannitol〉靜脈注射，2小時後，高濃度的甘露糖醇就把小便給帶出來了。甘露糖醇只能用於診斷無尿的原因，如果重複使用，只會惡化病情。

筆者確定患者腎臟基本功能正常，沒小便的原因是缺水。當患者急性腦傷時，可能合併腦水腫；所以護理患者的原則是限制飲水，以脫水來減輕腦水腫。但是這種治療，需要密切的護理觀察，通常患者應該移入加護病房內治療。

然而在當時，加護病房的收費是天價。只能住的起普通病房的患者，只好靠一晚需要照顧50床的夜班護士，抽空來看看患者有沒有排尿。如果沒尿，半夜裡，也只有尚未畢業沒有執照的實習醫師來視診。這種「醫源性脫水症」患者，不及時補充水分，就會產生急性腎衰竭，有機會永遠失去造尿的功能，成為永久性尿毒症患者。

20多年後的今日

台灣寶島施行號稱是全世界滿意度數一數二的全民健保制度。由於全民健保，人民不再懼怕生病付不出醫藥費的日子。一旦必須使用加護病

床時，也可以有全國性的調度中心來以最快的速度找到病床。然而筆者近日還是看到「醫源性脫水症」患者的發生。

問題居然出在大醫院的門診。我們的大醫院門診，不但看不好病，反而製造出「醫源性脫水症」。問題何在？患者到大醫院門診看病，血壓常常遠較在家中所測量者高出許多。這種常見的「白袍症候群」也就是門診焦慮症，最容易發生在患者擁擠、叫號燈飛閃、護士大聲吆喝、醫師兇巴巴的命令式看診態度所混合出的環境裡。

按照心臟內專科的制式訓練，未曾服過藥的疑似高血壓病患，應該觀察三四個禮拜，看看患者的血壓，是否可用非藥物性治療來控制。如果是已經服藥的患者，血壓仍高居不下，也要尋找各種可能造成血壓竄升的原因，而不是一味加重藥物劑量及種類。

到大醫院門診看高血壓病，隨便一種進口的血壓藥1個月的藥費都近千。如果醫師一次開3種高價降血壓藥給患者，藥費就可能突破兩三千元以上。這樣的營業額，對醫院對醫師，都有利益進賬。在業績導向的思維下，患者頭痛、血壓高造成的！頭昏、嗜睡沒精神、吃不下、睡不好、頸痛腰酸、夜尿、氣不夠、眼花，順手量一下血壓，只要矇到一個收縮壓超過140，醫生便可以「哦！原來你有高血壓。」「喀搭！〈鍵盤聲〉」最昂貴的進口的降血壓藥30粒開出給患者，1000元業績入賬。更狠的！「慢性處方3個月免錢開給你，3個月後再來回診！」

在每天服用最昂貴的血壓藥後，患者開始感覺到心跳加速及兩腳腫漲。患者回到醫生那裡詢問，醫生眉一皺，心裡知道藥物的副作用來了。如果減藥，收入就減少；如果換藥，就表示自己開錯藥，患者下次就不會來回診。頭疼醫頭、腳疼治腳。心跳加速及兩腳腫漲，只要加入控制心跳的藥及利尿劑就可以啦！請教醫生：一開頭你

為甚麼不用控制心跳的藥及利尿劑來降血壓呢？控制心跳的藥及利尿劑合起來藥錢不到200元。如果開便宜的藥，我看一個病人，賺到的錢比賣饅頭水煎包還少。

於是患者開始服用3種藥來控制所謂「高血壓病」。然而他的症狀，不但沒有好轉，反而越來越不舒服。大醫院醫師已然開處3個月的慢性處方，意思是：「你已經穩定Ok啦！固定吃我的藥，3個月後再來看我。在期間，如果症狀變壞了，自己沒來回診，與我無關。」

根據健保局善意的規定，3個月慢性處方簽必須分3次提領，以防範期間的病況突變或藥物副作用的突發。然而大醫院抱持著討好病患或殺雞取卵的心態，竟放任其藥局，大膽違紀的一次把2、3個月慢性處方簽的藥一股腦塞給患者，讓他自己提1斤的藥回家分包分袋。當患者服藥後，感到越來越不對勁。患者很想再去大醫院回診，然而藥還沒吃完，怕被罵。只好就近請住家附近老醫生看看。老醫生給患者抽血檢驗腎功能，哇！比正常值大5倍，夠格去洗腎啦。

曾經是起因於醫療資源不足所造成的「醫源性脫水症」，竟然重現21世紀。患者因為使用強力的降血壓藥物，造成微血管擴張，下肢血管內的水分無法完全保留在血管內而逸出至皮下，產生水腫現象。血管內的血量過少，患者交感神經會自動調節，增加心跳以對抗過少的血量，所以患者感到心跳加速。此時醫生如果給予控制心跳的藥及利尿劑來減少症狀，就會壓制交感神經的自救機轉，同時更進一步把血管內已經不足的水分，借腎臟抽吸，產生尿液排出體外。血管內水分不足，惡化到危險程度，好比地下水位下降，到最後連腎臟也抽不到水，尿毒症就來臨了。

檢討與改進

20年前因為嘔吐把蓖麻油吸進肺裡，造成窒息發生缺氧性腦病變的案例，如果發生在今日，可以至藥害救濟基金會申請救助金。然而，如果因為服用過多降血壓藥物，害患者終身必須洗腎渡日，藥害救濟基金是不會予以救助的。因為藥害救濟基金主要是救濟原因不明

無法防範的藥害。而「醫源性脫水症」的致病原因很明確。

「醫源性脫水症」會發生在門診患者身上，完全是診療醫師的醫德及醫術不良或過於繁忙造成疏失。而這類醫師醫德不良的通病，是惡質的健保給付申報制度，壓低問診費只重藥費檢驗費，所促成的。筆者提出的這個案例，只是千百個案例中其一。滿街的洗腎中心，眾多每兩天報到一次的尿毒病患者中，不知多少是「醫源性脫水症」的受害者。

健保現制容許醫師們不分科別都可以開處降血壓藥物。對降血壓藥物的副作用毫無認知，卻捨不得將患者轉診的非內科醫師們，只依憑藥商廣告中的基本教育，就大膽的在門診處方出強力降血壓藥物給患者。這種開藥不分科的怪現象，每科都有。你不管我開你的藥、我不干涉你開我的藥、家醫科醫師更是所有的藥全都可以開。反正最後倒霉的不是學問不足的醫師，而是不知情的病人。

健保當局近日又突發奇想，計劃把高血壓患者的藥價改採定額申報制度。這種只求減少健保總支出的下策是萬萬不可行。少數惡德醫師，面對這種制度，只需要把患者的降血壓藥方，不論體質合宜或病情輕重與否，全改開蛇根鹼及利尿劑等最便宜的藥，就可以坐享定額申報收入。得不到適確治療的患者，還一樣是最終的受害者。

高血壓症乃自然現象，以常態分布發生在人群中。一部分患者，用一點藥就控制得宜，不需要使用到最貴的藥品。想要稽核醫師濫開降血壓藥物，很簡單。只需將一個醫師，每個月所申報的高血壓案例予以統計列表。每一患者的降血壓藥費為縱軸、該藥價患者申報人數為橫軸，所得統計曲線，應該是標準的鐘型曲線；亦即有部分患者藥費低、部分患者藥費高。如果一位醫師，所申報健保給付的降血壓藥處方，大部分患者的藥價均在偏高價的一邊，而患者並沒有同時申報其他疾病用藥；這位醫師的用藥原則便有值得檢討之處。

變來變去的全民健保制度，如果無法防範這些濫用藥物的少數惡德醫師繼續魚肉下去，患者只好自求多福啦！

