

文／葉子久 同仁醫院心臟內科主任

理想的轉診制度在那？

醫師是孤獨的小王子，據守在他小小的地球上。他期盼著許多的病患上門，為他帶來名聲及財富。然而，醫師的星球卻不遵守萬有引力定律。只要一家醫院名聲大噪，其他的醫生只好遠離它的勢力範圍去執業，免得因為優勝劣敗而患者越來越少。

也有某地區整條街都是醫院診所。這又是甚麼道理？這些醫院診所的醫師一定是比較普通，才有訓練出來的學弟在隔壁另起爐灶來挑戰師兄，強奪老患者。偶也會有遠來的強龍硬要來壓地頭蛇，就是要在你對面開家同科診所打擂台分杯羹。總結起來，醫生館遵守著物理學的互相排斥、保持距離為原則，分布在社會裡的每個角落，為能招來最多患者而奮鬥著。

因為同行相忌相輕之故，台灣的基層醫師鮮少合作，更別提聯合門診。醫師忙著互挖病人，怎麼可能互相轉介？也就因此，健保局搞的基層家庭醫師照護網，也只能附庸在各大教學醫院或區域醫院底下，讓有閒的開業醫師來大醫院裡占個門診班；大醫院也樂得可以向健保局請一些行政經費花用。至於真正的全家照護、日夜諮詢電話值班，就只見報表作業。而患者轉診、轉檢、轉住院，還是一樣的填表了事。醫師不負責協調工作，實際上還是得患者自己跑各家大醫院門診急診排隊看診。一旦轉院住院，家庭醫師也只是一邊涼快的份。

一位轉診患者

今年3月，一位60歲男性患者前來筆者心臟內科求診。比較特殊的是，他是經由他的家庭醫師，一位胃腸科醫師所轉診來的。這位醫師發現患者心電圖異常，所以當天轉至筆者門診複查。

患者沒有高血壓、高血脂、糖尿病或抽煙等心臟病危險因子，天天規律運動，體重標準，從來不會想到自己會得心臟病。自上週以來，患者每日照

往常同樣運動，才一開始就發生前胸腹鬱悶感，有些反胃。如果患者繼續運動，這種鬱悶感竟會慢慢改善。也就因此，患者拖了一個禮拜，才被太太逼來看病。

看診時，患者自行走進，神色平靜毫無病狀。筆者一看患者帶來的心電圖，就知道病情非常嚴重；再經由超音波心圖清楚地看到患者左心室前壁的心肌，已經不太會動了。這種心臟急症，稱之「居間性冠動脈症候群，或稱不穩性心絞痛」。照道理，此時患者應該是陣陣胸悶、臉色蒼白、渾身冷汗直冒才對；但是患者神色自若，坐在那裡一點都不像一位重病的人。

「你得了重病，心臟的冠狀動脈群，4大條至少塞了1條。還好你常運動，冠狀動脈之間培育了比較多的側副循環分支；主要的血管阻塞了，還有較小的血管在撐著用。但是如果考慮住院治療，以後這塊心肌就報廢了，下一個後遺症就是心臟衰弱症。到這個階段，閣下的日子就不好過啦！每天吃藥、行步維艱、氣喘噓噓甚至氧氣筒不能離身。」

患者本來只以為自己得了胃病，這會兒竟成了心臟重症，有可能出人命。他心中頗為懷疑，使出國人一貫的太極拳「醫生，我覺得還好，先吃藥看看。」「吃藥是你自願當然可以，但是可以恢復功能的心臟，放任著不去治療，實在太可惜。」「我能不能光住院不開刀？」「不成，大醫院急重症床位都是保留給需要積極性治療的患者；要住院就得有必須手術的心理準備。」

信我者得再生

患者考慮了3分鐘。睿智的他已經做了決定，願意把他的生命交給一位才見面不到30分鐘的醫師手上。這真跟宗教佈道具有相同的性質：「信我者得永生」；接受了筆者的建議，才能讓生命繼續健康的存活下去。真是「信我者得再生」。但是這沉

重的擔子，現在卻交付在筆者的肩上。

患者冠狀動脈群發生阻塞，現行的治療方式，是進行心臟導管術，找出阻塞位置，放入血管支架予以撐開讓血液得以流通；血管下游的組織才能得到足夠生存工作的養分。也有醫師先行以注射溶解血栓的藥物，來治療冠狀動脈突然堵塞的緊急病例。但是這種治療不能打通陳舊的血栓斑塊。患者遲早還是得接受心臟導管術檢查。少數案例，血管支架根本無法置入固定；或是阻塞點

過多放置支架的成本過高〈許多醫師只願意申報健保局給付一根支架，多放的要自費，收費非常昂貴〉，患者最後還是得考慮接受開心冠狀血管繞道手術。

就算心臟導管術，能找出阻塞位置，放入血管支架予以撐開讓血液得以流通；這些人工的金屬架子，以外力強迫把血管壁撐起擴大，多少對患者血管本身正常的內皮組織部分，有所損傷。一有損傷，就會有疤痕組織增生。也許幾個月過後，這些纖維組織就會把打通的血管內腔，再給堵塞起來。患者常常以為只要撐好支架，冠心病就永不復發，這真是太樂觀的想法。

不論如何，眼前擺明了阻塞的血管一定得打通。可是患者目前的情況太穩定啦！這樣穩定的病人，若直接到大醫院掛急診，大醫院急診室的小醫生一定不會優先收療。若是去門診掛號排隊看診，想必醫生護士都不會把他當一會事；把他轉來轉去，排一些門診檢驗，怕不要一個禮拜的功夫。到那時候，患者缺氧的心肌細胞，怕不早已死光無法

重生。

筆者平日不喜歡講關係，但是為了救患者的命，還是要動用私人關係。於是筆者打了通電話給一位精通血管手術的權威醫師，交待清楚病情；再把患者的心電圖、超音波檢驗的照片，傳真到這位專家的辦公室去。專家看了明確的証據，同意患者辦理住院。患者很快地等到床住進醫院，第二天就做了心導管手術，証實心臟最重要的左前降支冠動

脈極度狹窄，也做了支架手術。患者術後恢復良好，1週內就出院了。

一切都很完美。雖然患者不幸得到這種致命性的急症；然而經由3位參與其事的醫師的通力合作下，患者的身體，又重新回到了功能無損的狀態。而筆者所肩負的職責也終能卸下解除。

檢討現行制度

這個成功的案例，並不代表眾多其他心臟急症患者，在現行健保制度下，得到應該與本案例同樣的醫療照護。讓我們來檢討現行的制度下，同樣一位患者的情境，有可能的結局。

首先，一位胃腸不適的患者，在基層診所看診，可能要超過一個禮拜都看不好，醫師才會想到為患者抽血檢查心電圖〈還要醫師本人懂得看才會去做〉。因為急性病症，使用免審給付制，看一次診，健保給付一個定額。醫師想不虧本或多賺，就得少用藥、用便宜藥、不要給患者做檢驗。這種給付制度，就是存心把小病拖成大病醫。

當基層醫師面臨治療後病情膠著惡化的患者



時，由於他身處孤島，沒有後援，醫師大多採取裝不知道的態度。如果向患者坦承這個事實，就等於這一個禮拜的療程是白工，甚至是讓病情惡化。這在患者看來是不能接受的事。若是醫師承認自己的無能，患者離開診間可能四處宣傳，對診所的名聲有損。如果坦承自己沒辦法處理，將患者轉診；下一次患者有恙，就會直接去看高一階的醫療單位。這種擠爆大醫院門診的現象，目前除了提高門診自付額以外，健保局一點管制機制都沒有。

於是基層醫師治不好病，只好裝作沒事，繼續刷患者的健保卡開些於症無補的藥。反正大部分的患者，都會自力救濟。這家看不好換對家。等到患者終於死了，攤開健保看診記錄，居然附近的診所都看遍了。想要告那個醫師延誤病情，都找不出一個固定的對象。

假設家庭醫師，察覺了患者心臟的症狀，也做了心電圖，他該不該教患者直接去大醫院掛急診？萬一是虛驚一場，豈不是花錢勞師白忙？患者事後會不會怨他是「神經病醫生」？

一個基層的內科聯合門診，若能由胃腸科、心臟科及神經內科的三位醫師所組成，乃是黃金三角陣容。應付所有的內科檢傷分類，應該是頗為足夠的。這樣的聯合門診，提供患者的會診或醫師間的直接諮詢，能減少誤診、強化醫師信心及避免延遲治療。

然而目前健保局所試辦的家庭醫療網，要求5位以上的醫師才能組成一個網來申請行政補助。這純粹是綁標的作法。試問，5位同質性的家醫科醫師齊聚，如何互補？如何避免病患重疊？如何避免惡性競爭？

好了。患者被轉診到一位基層心臟科醫師的門診，診斷確定患了「不穩性心絞痛」必須立即入院治療。下一步呢？只能開張轉診單叫患者自己去鬧「緊急醫療體系」。

若在轉診期間，患者突發心室心搏過速而死，算誰的責任？算他命不好嗎？多少患者突然倒下在門急診的候診室，救治不及。有的天人永別，有的終生心臟衰竭，有的腦缺氧成爲植物人要在床上躺下半生。這些可以挽救而未顧及的案例的確發生了！這除了怪制度，還能怪前手及後接的醫師嗎？

「不穩性心絞痛」患者，必須立即進入「緊急醫療體系」治療。最好在最短的時間內，進行心臟

導管術，找出阻塞位置，放入血管支架將受阻的血流恢復。被納入「緊急醫療體系」內的醫院，應該在醫院內建立心臟急症後援熱線，提供院外醫師的後勤支援。

健全轉診制度

當基層醫師發現問題，可以利用熱線向值班的主治醫師請教。值班專家可以檢視電傳來的心電圖及其他資料，決定是否應該立即收療。當患者被轉至急診室時，等待他的是心臟加護病房的空床，及值班主治醫師的特屬資深住院醫師。

在極短的時間內，主治醫師就可以決定是要積極的心導管檢查或暫時觀察。在需要血管支架置入術時，也必須由親手執行的專家，以其主治醫師的身分來爲患者解釋，爲甚麼除了健保給付以外，還要自付那些項目。自付的醫療耗材，有那些優點及可能的長短期併發症。

患者手術後回到病房，負責追蹤治療及出院前評估的，仍然是同一位主治醫師。這是基層醫師們對理想醫學中心的真正期望。事實呢？

有限的服務量，有利於形成醫院黃牛。有錢有勢，才有門路享受到合理的醫療服務。急診是住院病患的重要來源。醫院裡有醫術沒醫術的醫師都想分杯羹，卻又不愛晚上爬起來真正服務。於是搞個平頭主義，由主任起人人輪值，卻人人都在家睡覺，叫資淺的學徒整夜奔忙。

也許有許多醫學中心，已經施行主治醫師值班制度。但是絕大多數的主治醫師值班，都是二線隱藏式值班。這種值班法，是逃避式值班法。最好沒辦法找到我；找到我先推一線總醫師搪塞；最後找上我的大案重案，這才心甘情願該我上場。但在這段捉迷藏過程，多少類似「邱小妹」的患者，就莫明其妙的給搓掉了。理想的轉診制度願景，是只有VIP人士才能獨享的。

大家都對現行的轉診制度不滿意，但是健保當局爲什麼不強制賺了最多健保大餅的醫學中心改善其主治醫師值班制度？筆者以爲這跟「修憲」是一樣的道理。修來修去，都得合立法委員的利益。健保轉診制度，改來改去，都得合醫學中心掌權的主管階層的利益。出錢納稅的消費者，何時才能獲得最合理的轉診制度？