

心臟裡的「歌聲」

這天是內科學期中考第二天。

上午，主治醫師不疾不徐地完成上午的查房，按照慣例要分一到兩個「單純」、「典型」的病人給 Clerk 照顧。

「你去看這一床好了，老伯伯看起來滿愛說話的，你可以陪他聊聊。」

我的記性一向不太好，從剛才寫的速記暫時只能拼湊出以下資訊：81 歲男性，有高血壓病史，這次因為右膝蜂窩性組織炎合併 *S. aureus* 菌血症住院治療，沒有發燒或其他合併症。太好了應該不複雜，先唸書準備下午的考試好了。

下午五點，接連兩天的內科學期中考試讓我身心俱疲，一心只想趕快搭車回到宿舍睡大覺。既然是個穩定的新病人，明天再來認真看應該也不遲吧！我簡單詢問老伯伯這次住院的原由，他告訴我幾個禮拜之前清明節到馬來西亞祭祖，跪在地上好像有傷口沒發現，後來就變現在這樣了，在台北急診處理過後已經開始消腫，前幾天還有左邊大腿也會痛現在都沒事了。他一邊說一邊「嘿嘿嘿」笑著，大概是覺得這沒什麼，聽醫生的話頂多一兩周就可以出院了。我執行簡易的全身身體檢查，身體檢查的異常除了右膝的傷口外只有暗示貧血的結膜蒼白。我感覺老伯伯兩側的肺音比起同年紀的老人是很清澈的，我按照直覺稱讚他年輕的時候是不是很愛運動啊？只見他又「嘿嘿嘿」地笑。護理師這時例行測量血壓。「169，偏高喔。」老伯伯這時說自己有「白袍症候群」，看到醫生、護理師血壓就會升高。老伯伯雖然很配合我，但其實肢體和語言都略顯僵硬緊張，這樣看來他的說法也不無道理。我回到護理站完成病程紀錄結束這回合。

* * *

第二天上午例行的查房，主治醫師也對老伯伯做了聽診。

「喔，有 murmur！」

我愣了一下，然後箭步上前急著想確認我的疏忽。「怎麼會呢，昨天沒有聽到阿！？」當我心裡還正嘀咕著，老師伸手指正我聽診器膜面擺放的位置，稍微往外側挪動，那裡才是心臟雜音最大的位置。我靜下心來專注著，忽然間，S1、S2 之間明顯的 pansystolic murmur 開始重覆撞擊我的耳膜，grade 2~3。這是個難以忽略的心雜音啊！

接著老師又隨口講了他的觀察：「這裡有 petechiae，這邊有像 vasculitis 的 rash。」

「很可能是 IE，排 2D-echo 和 Gallium scan！」縮寫在專業間的傳達總是簡潔有力。

IE 不是那個我們用到抓狂的瀏覽器，而是感染性心內膜炎（Infective endocarditis）的縮寫。我們詢問伯伯並瀏覽過去的門診病歷紀錄，發現從來沒有人注意到過伯伯的心臟有雜音。感染性心內膜炎最可怕的就是瓣膜上會產生「贅生物」（vegetation），假如贅生物脫落，便可隨著血液循環到身體的重要器官造

成血栓。假如這真的是新出現的心雜音或者心雜音會變化，那就得更小心新生贅生物的可能性。

主治醫師非常警覺，決定馬上打電話通知家屬告知這個疾病的嚴重風險，包括可能會有突然發生血栓造成中風、心肌梗塞、肺栓塞等等可以嚴重到危及生命的情況。專科護理師學姊吩咐我一定要在病歷上留下告知的記錄，於是我用兩行簡潔的英文附上告知時間、對象與電話號碼，留下醫師「自保」的紀錄。

「家屬是女兒好像年紀比較小，很緊張聽不太懂我講的。」主治醫師請家屬務必來醫院，再做一次當面的解釋。

「回去查一下 IE。」主治醫師丟出 learning issue，結束今天的查房。此刻我的心情還隨著前一天遺漏的心雜音震盪不已。

* * *

傍晚時，我從護理站的電腦叫出 DynaMed 資料庫查詢 IE 的相關資訊，切到 History & Physical，期待等會兒去看老伯伯的時候可以認識一下所謂 Janeway lesion、Osler node 和 Splinter hemorrhage 等等 IE 常見的身體外觀表現。

我到病房的時候比較晚了，恰好遇到的就是今天主治醫師通話的那位小女兒前來探視。她戴著隱形眼鏡角膜變色片，有種令人摸不著頭緒的怪異感。不巧我是第一個被家屬遇到的醫師，只好獨自向她解釋目前主治醫師的評估和懷疑。她似乎有做過一些功課，我順著她的問題引導解釋我們懷疑感染性心內膜炎的理由：心臟雜音、菌血症、腳趾頭上的皮下出血。並且再次說明併發症的危險性，以及接下來要做的檢查。既然她的理解程度看似已經很足夠，我告訴她可以自己再多上 Google 查詢，她則急忙回答「尊重專業」。結束對話，我和老伯伯和女兒告別，走出病房準備回護理站完成病程紀錄。

想不到這時女兒追了出來，開始急切地詢問「我爸的心內膜炎是不是急性的？」「併發症發生的機率是多少？是不是真的很高？」「主治醫師有沒有講得比較誇大？」她表示接到電話之後自己哭了好幾次，我感受到他的焦急和不安卻不知如何安撫。實際上這些都是我沒有能力回答的問題，口罩遮掩我的不知所措，我只能再次表明我的見習身分以及經驗的缺乏，支吾說出「不能低估這些可能性，所以老師他才會通知你們一定要來」這樣的官話。關於「告知壞消息」，恐怕我要學的還有很多。

這天晚上我從網路上找到最新一期《NEJM》正好有一篇名為〈Infective endocarditis〉的文章。這篇文章介紹了 IE 的病生理學、流行病學和死亡率、臨床表現、併發症、診斷準則（Duke criteria）、診斷工具、手術時機和抗生素、抗血栓治療等等資訊。太好了，這樣我對 IE 更有認識了。

* * *

第三天上午，老伯伯的家人都來了。原來這是個高知識份子家庭，大女兒念的是第三類組的植物學系，還到美國進修、二女兒讀商、小女兒是位律師……慢著，原來小女兒是現代醫生最怕的高材生律師！這顛覆了我前一天的第一印象，也瞬間了解為何她要強調「尊重專業」。他們積極向我們試探是否可以取得醫療

圖像和報告，而主治醫師的態度似乎偏向口頭解釋病情，最後再一併讓他們取得紀錄。

一如往常，我習慣在老師查完房後再去看一次病人。這次我遭到全家人的「圍攻」。對於家屬的疑問，我戰戰兢兢，以貧乏的知識一一解釋。「細菌有抗藥性嗎？」大姊十分關心這個問題，最後我用 MSSA（非抗藥性金黃葡萄球菌）這個令人安心的「名詞」才解除她在這方面的擔心。他們積極而好奇地想要知道我們診斷的醫學名詞為何，例如造成老伯伯貧血的「MDS」。他們對我做的身體檢查也十分好奇，例如心臟的雜音是什麼樣的雜音，我詳細從心臟的構造開始解釋：「心室收縮房室瓣關閉造成第一心音、心室舒張主動脈肺動脈瓣關閉造成第二心音，當房室瓣沒有關緊逆流時，就會造成亂流與雜音……」雖然我好像抓錯重點了，這位大姊看來心領神會，還幽默地提議可以把敲診和聽診的聲音譜成音樂！他們甚至想要閱讀我手上拿的《NEJM》文獻。雖然我盡力提供他們原文的資訊，但我心裡知道一般人閱讀醫學文獻是耗時、不易抓到重點，而且容易產生誤解的。

其實他們都想為目前的情況做些什麼吧，因為對父親的愛，想要在依賴醫生未必可靠的專業之外找到其他方面的協助，尤其這家人擁有的管道似乎比一般人多。我想起在胸腔科見習時，周百謙醫師曾經隨口講了一句「我們當醫生，就是要做到最好，不然不如不做。」既然是一門專業，就要足夠細心周延，如此才能得到相應的信任感。

比起家人的緊張和擔心，事實上這幾天以來，老伯伯沒有表現出太多對病情的緊張。這裡有幾個有趣的例子。老伯伯過去有周邊動脈阻塞的問題，最嚴重時走 210 公尺就會劇痛，據家人表示他曾經說過「換什麼人工血管，去買水管接上去不就好了？」另外這次住院過程中，密集靜脈注射抗生素治療，意外引起水分滯留，在肺部造成輕微的肺水腫和肋膜積水。他竟然天真地說「積水，抽出來不就好了？」（手指著嘴巴）也許在他的理解中，人體也許是十足的「機械」結構，很大的程度是在人類掌握之中的。這是一種科學的樂觀，但如同人類文明一樣，總有一天要面臨自然的限制。希望在他心中，這兩者能夠取得平衡。

另一方面，家人的基督教信仰是令他感到不屑的，是夫妻之間隱藏的衝突。在老伯伯的科學觀裡，世上怎麼可能會有神呢？縱然如此，因為有信仰，想必總能在失落的時候找到力量。住院過程中，老伯伯的妻子全程陪伴，想用「愛」融化他。不管老伯伯是不是如他的妻子所說「離上帝只差一步」，也不論上帝是不是存在，我所見到的是那位上帝已經在人間起了實際而美妙的作用。

這家人平時團員的機會不多，老伯伯雖然平常有在跑大醫院，追蹤高血壓、周邊動脈阻塞疾病（Peripheral arterial disease, PAD）和骨髓化生不良症候群（Myelodysplastic syndrome, MDS）等問題。他對自己的病情熟悉，對服用的藥物倒背如流，但平時都獨自前往看診，家人對其中細節了解很有限。這次住院的過程就成了我幫他們回顧伯伯過去病史的特別經驗，也對老伯伯奇特的生平有進一步認識。他可是從澳洲墨爾本大學畢業，熟悉工程、數學、商業和歷史的頂尖學生呢！

* * *

第四天，發炎掃描和心臟超音波的結果出爐，發炎掃描結果顯示左心室有很強的訊號，核醫科的報告認為這可以是心內膜炎或其他「生理情況」造成。心臟超音波則沒有看到心內膜炎最可怕的「贅生物」，之後的經食道超音波顯示一樣的結果。太好了！原來先前的心雜音只是原本未被發現的瓣膜逆流造成的，這是暫時不須手術的心內膜炎，接下來的治療就跟菌血症一樣只需要繼續注射抗生素。

後來我在心臟科，遇到另一位阿公罹患真正的心內膜炎，合併的是嚴重主動脈瓣逆流、三尖瓣逆流，再加上主動脈瓣的「贅生物」。在贅生物的高度風險，以及心臟衰竭表現越來越嚴重的情況下，他需要開心手術做矯正。

這些不可忽略的心雜音，已經留聲在我的腦海。未來我會更加仔細，用心聆聽每個人心臟裡的「歌聲」，希望能讀懂他們所要訴說的故事。