



院內感染與醫療糾紛

涂醒哲醫師

嚴格來講，每一件院內感染都可以引發一場醫療糾紛。

醫療糾紛，是每一位醫護人員及醫院最不願意惹上的麻煩。醫療糾紛代表的不只是病人或家屬對醫療服務的不滿意，對醫護人員的尊敬及信心的喪失，有時更代表錯誤的醫療，甚至金錢、名譽不可彌補的損失。可想而知，醫護人員避之惟恐不及。可惜的是，隨着民權的高漲，病患知識的提高，醫療糾紛也愈來愈多，成為醫護人員不得不面對的難題。

同樣的，院內感染也是每位病患不想遇到而每位醫護人員竭力在避免的。病人住院的目的就是要解決其苦痛，如果住院的結果及而得到其他的病，使苦痛增加甚至發生危險，連帶也花費更多錢，你想病人會甘心嗎？換成是你會甘心嗎？消費者權益高漲後，誤診或原病治療效果不滿意就常興訟；住院中又得到其他的病，想必更無法令人接受了。

以往院內感染好像置身於醫療糾紛之外，為什麼呢？一方面是不懂，在國內各大醫院，開始了解及正視院內感染也不到十年，何況是病人呢！由於不懂因而視同理所當然。另一方面則是院內感染不易預防，其責任歸屬更難判定。由於病人住院時抵抗力最低，而醫院又是細菌病毒充斥，且因抗生素之濫用而抗藥菌種滋生，病人

作者簡介：美國加州大學洛杉磯分校公共衛生學博士。台大公共衛生研究所副教授，原省立桃園醫院院內感染管制小組執行祕書，消費者文教基金會醫療糾紛委員會召集人。

作各種侵入性治療後容易被感染。由於太容易了，見怪不怪，百分之五左右的院內感染率被認為是無需特別注意且公認是避免不了的。只有超過此值而有小型流行時，院內感染才會受到重視。

但最近某大醫院所發生的院內感染，卻造成了喧騰一時的醫療糾紛。案情開始是因為孕婦作羊膜穿刺檢查後，感染到一種較少見的細菌而致胎死腹中。這是明顯的「院內感染」且造成胎兒死亡，家長哀痛之餘四處申訴。由於在同一時段中，接二連三地發生幾次相同的羊膜穿刺感染事件，故婦產科醫師主動配合院內感染管制小組，展開偵察。結果發現所用麻醉劑中，竟然可以培養到該種細菌。本來想當然此事件理應就此告一段落，賠錢了事；想不到這時戲才剛開始精彩，只是演出有些走樣。由於麻醉劑培養出細菌，案件反而提升到究竟是醫師錯或是藥廠錯的認定上。而且因為決定對錯滋事體大，需由公正的主管機關出面，二造你來我往，各顯神通。但因後台並不喜歡演出太轟動，演員無法充分發揮，加上仲裁者又難下定論，遂讓受害者權益無法得到保障。

找出院內感染的來源是臨床流行病學的工作，其所用的方法是收集足夠的證據，推翻所有推翻得了的假說，然後暫時接受仍未被推翻的假說。根據哲學大師 Popper 的說法：「世界上並未存有可被證實的真理，有的只是一些暫時“否證失敗”的假說」。因此，任何結論均是可被質疑的。但這種作學問的態度並不能用在院內感染的醫療糾紛上，因為這是一個亟待解決的權益問題。

事實上這是一種「決定」，而非一項「研究」。決定是一種尊重未確定性且願意負擔風險的選擇。人生隨時隨地都要作決定，有時資訊充足確定性高風險低，有時資料不足因而風險高。仲裁者需要「下決定」時不可模擬兩可。

雖然決定是一種承擔風險（決定錯誤）的選擇，而研究是一種找出真理的過程；但如果以統計學的觀點來看研究結果，以尊重生物學上的個人差異來面對醫學有關的問題，其實研究結果的判定也是一種承擔風險的選擇，亦即和下決定是差不多的。行政官員常常要「下決定」，因為事情的處理常有其時限性。研究學者比較喜歡保留質疑，因為通常並無急迫到需要放棄對真理的執着，但也因而使得有事情發生時，比較無法下決定而躊躇不前。

研究也是一種有風險的判斷或選擇，已變成生物科學研究（至少是流行病學研究）的必然現象。人不是物理現象，無法在實驗室控制所有的變因，使結果變得清潔何信。人有個別差異在研究二個因素間的因果關係時（如本個案中的麻醉劑中的細菌作因，胎兒感染作果），有太多的因素難以掌握，就算是將大多數的干擾因素加以控制，總有一些不明的因素存在（人嘛！）這時只好祭出「統計學」的法寶，在假設個案的選取，及其他因素的分佈都是隨機（Random）的情況下，我們利用統計學的各种檢定工具，來「判定」發生這種結果的機會（by chance）有多少，一般如果發生的機會小於百分之五，我們就較有信心（百分之九五的信心）來「認定」我們原來的假說是對的。如果靠機會發生的可能性小於百分之一，那我們下結論的「信

心」就更大了。

以此來看，作研究時對結論的判定也是和以研究結果作誰對誰錯的決定一樣，存有不確定的因素、存有犯錯的可能。此種錯誤在統計學上稱為第一型錯誤（ α 錯誤），一般以百分之五或百分之一為大家可接受的範圍。因此，面對生物醫學上的問題，不管是對假說的檢定，或對一件事的作與不作下決定，均沒有辦法要求百分之百的肯定，都需要面對或多少的不確定性。因此表現出來的可能不是絕對的「對」或「錯」。而只是一種在某一種信心度（Confidence level $1-\alpha$ ）下的負責任的選擇。

大多時候情形很難斷定，故以保守地不作結論為結論。事實上不作結論也是一種結論，也就是暫時不接受原先的假說之意。一般人太注重第一型錯誤，在避開第一型錯誤時，無可避免地就犯了第二型錯誤（ β 錯誤）。當要求信心愈大， α 錯誤愈小時， β 錯誤也就愈大，在統計學上來說，也就是作該檢定的能力（即 $1-\beta$ ）愈低。

因此當我們面對一件醫療糾紛時，考慮到受害者的權益，宜拋棄學者追求完美的習性，接受可能犯錯的危險，負責的作一決定，以釐清責任的歸屬，早還苦主應有的公道。在判斷責任歸屬時，也應了解生物性的差異無法有百分之百的肯定或否定，只能在第一型錯誤及第二型錯誤的大小中，作一個讓自己較有信心的決定。

臨床流行病學對院內感染管制的幫忙，將不只是早期偵測可能爆發的流行，加以迅速撲滅。也包括對感染來源的診斷，並以專業的知識，幫忙決定責任歸屬，有助減少或迅速解決可能的醫療糾紛。