

《肺炎病人因曾簽署DNR，三度拒絕插氣管內管》

案例摘要

68歲女性，有糖尿病及高血壓病史。住院當天pm 20:04因發燒、咳嗽及喘，在急診被診斷為大葉型肺炎 (lobar pneumonia)，並有呼吸衰竭情況 (Room air SpO2 80%)。急診醫師當時雖有和病人及家屬說明應插管之適當性，因病人意識清楚，自述曾簽署DNR (但健保卡未註記)而拒絕插管，因此未幫該病患放置氣管內管。

pm21:20病患轉至加護病房治療，主治醫師亦告知呼吸衰竭應插管，但是家屬仍遲疑，因此仍未幫該病患放置氣管內管。

住院第二天至夜班會客時，值班醫師三度向家屬建議病患應放置氣管內管，但是家屬認為病患已入睡，要求等情況惡化再插管。

住院第三天am02:25病人主動告知護理師，自己喘不過來。通知值班醫師予以立即插管。am03:00插管後發生心搏過緩，隨之心跳停止。

討論議題

肺炎病人因曾簽署DNR，三度拒絕插氣管內管，是否延誤插管治療時機？應如何處置？



法源依據

◆『安寧緩和醫療條例』第7條

不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

◆『安寧緩和醫療條例』第3條第二項

- 二、「末期病人」：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。



處置討論及建議

雖病人意識清楚(有行為能力)並自述曾簽署DNR，醫療團隊應清楚告知目前罹患之肺炎並不符合「末期病人」定義，經插管抽痰及抗生素治療，有很大機率可以治癒拔管；由於未有二位相關專科醫師診斷確為末期病人，過去曾簽署之DNR並未生效。同時，醫療團隊應盡告知義務，清楚告知不接受插管治療之後果，及是否有其他治療之選項。

有時醫學上接受治療的好處(benefit)與風險(risk)很接近，醫療團隊可鼓勵病人接受「限時醫療嘗試(time-limited trial)」，即嘗試插管治療一段時間，若病情惡化符合「末期病人」定義，可考慮撤除無效之維生治療；若病情改善，自然可以拔管。出於行善與不傷害原則，先以「限時醫療嘗試」治療一段時間後觀察、判斷治療對病人確實無法帶來好處後，再決定「撤除(withdraw)」，可能比緊急時匆忙的「不予(withhold)」決定更符合醫療倫理的考量，可避免過早撤除治療而喪失治療機會，同時因尊重病人之自主權，有機會增加某些病人接受治療的意願。

若非末期病人仍有行為能力，也經醫療團隊告知並瞭解治療的益處與不治療的後果，出於自主意願(註)，仍堅持拒絕對其有益的插管治療，則必須讓病人簽署「拒絕插管治療同意書」，以解除醫療團隊的救治義務。然而臨床常見類似非末期病人因不了解DNR的法律要件(二位相關專科醫師診斷確為末期病人，同時有意願人簽署之意願書或家屬/代理人簽署之DNR同意書)而產生類似爭議，醫療團隊需盡一切可能與病人和家屬溝通，說明治療的益處與不治療的後果，提供限時醫療嘗試之選項，必要時召開家庭會議以清楚說明之。

- 註: 倫理上，有效決定的三要素
 - 1.告知(Informed)：醫師須以病人可以了解的方式提供其相關資訊-各個選項的好壞處，可能產生的後果；
 - 2.行為(決定)能力(Competent/Capable)：病人在說明過程中有合理的專注力；能了解醫師所告知的相關訊息，了解其決定可合理預見的後果，沒有受憂鬱或幻覺干擾；
 - 3.自主(Voluntary)：病人不受生理約束、心理威脅、與不當資訊操控，而自由地做出決定。