

《九十歲高齡且有共病症病患討論及簽署DNR的時機》

案例摘要

高齡九十歲女性，有糖尿病、高血壓、巴金森症、乳癌10年前手術無復發等病史。

- **9/12** 因呼吸喘至急診求治，診斷肺炎合併呼吸衰竭，放置氣管內管後轉至加護病房。
- **9/20** 家屬簽署DNR(但排除氣管內管及急救藥物)。
- **9/22** 因病情改善，移除氣管內管，轉至一般病房。主治醫師曾和家屬提及DNR，討論到病患有再次插管之風險，但家屬沒有回應。
- **10/03** 癲癇發作意識改變，且無自發性呼吸和脈搏。心電圖為心房頻脈(VT)，急救後，再次放置氣管內管轉至加護病房照護。
- **10/24** 轉呼吸照護病房(RCC)，**11/17**意識半昏迷(E4VtM4)，且無法脫離呼吸器(T piece use，家屬拒氣切)。
- **12/04** 轉外院長期呼吸照護病房。

討論議題

高齡病患且有共病症，討論及簽署DNR的最佳時機應在何時？如何讓病人可以善終？



法源依據

◆ 『安寧緩和醫療條例』第7條(節錄)

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。

末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

◆ 『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

醫療團隊可以「驚訝問題(surprise question)」初步檢驗病人病情是否已進展至「末期病人」：如果此病人在六個月內死亡，醫療團隊是否感到驚訝？若是多數醫療團隊對此預測並不會感到驚訝，則可能病人病情已進展至「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」的階段，應該開始與病人與家屬討論DNR。

有學者提出以下三個時機點，應該開始與病人與家屬討論DNR(註)：

1. 末期病人或患有不可治癒疾病，預估3年內存活率小於50%的病人；
2. 所有急性且可能威脅到生命之狀況；
3. 所有要求作此討論的病人。

若病人已無法與醫療團隊討論，則應與其代理人(家屬)開始討論DNR。

對預後極差、多重共病的高齡病人，醫療團隊應適時了解病人對善終的偏好與想法，依照『安寧緩和醫療條例』，若病人仍有行為(決定)能力，能理解醫療團隊對病情、治療選項與預後的解釋，則病人本人明示的偏好意願是第一優先，其次是由其最近親屬出具同意書代替之。若是確實無最近親屬者，方可經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。醫療團隊應注意，同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

家屬可能因對病情及預後的不了解、不知道CPR過程中可能對病人造成之傷害、文化因素(孝順就是要盡一切努力救到底)，誤解DNR就是放棄病人的治療，甚至是因為潛在之利益衝突(遺產分配、退休俸等)而對DNR有所遲疑，可適當增加溝通強度，照會社工師以了解家屬真正的想法，必要時應召開家庭會議討論以取得共識，以達成醫療團隊、病人與家屬三方的共識。

註: Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ.: Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Eighth Edition. New York, NY: McGraw-Hill; 2015.