

主旨：當遇到多重器官衰竭合併敗血症的末期病人，病況不好時家屬仍堅持急救，最後仍往生，應如何預防此倫理困境？

◎案例摘要：

- 74 歲男性，糖尿病、心臟衰竭合併腎衰竭，長期血液透析，此次住院乃因反覆肺炎及敗血性休克，合併呼吸衰竭，住院 2 個月過程中，因咳痰功能不佳，病況時好時壞，肺炎難以改善，並因呼吸衰竭給予插管治療，多次與家屬談論安寧緩和醫療，惟家屬仍堅持急救到底拒絕安寧(包括照會家醫科)，無簽署 DNR 同意書。
- 某日小夜班病人血壓下降，使用升壓藥物後仍無法改善，故開始心肺復甦術，並連絡家屬到場。因壓胸及給藥後 26 分鐘後，無法回復心律，經值班醫師對家屬們解釋，家屬們同意停止心肺復甦術。

◎ 討論議題：已插管之多重器官衰竭合併敗血症的末期病人，家屬拒絕安寧緩和醫療，血壓下降時家屬仍堅持急救，在加護病房被施予心肺復甦術後仍往生，應如何預防此倫理困境？

◎ 參考法律條文：

『安寧緩和醫療條例』第七條 (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。

『安寧緩和醫療條例』第三條第二項

- 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。

『病人自主權利法』第四條

- 病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。
- 病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

◎處置討論及建議：

1. 此病人心臟衰竭併腎臟衰竭、肺炎、敗血性休克併呼吸衰竭，施以心肺復甦術(CPR)不可能成功，CPR 應為無效醫療，故違反醫學倫理之不傷害及行善原則，實屬遺憾。本案無法得知病人本人意願，即由家屬代理決定於生命末期接受 CPR，需注意家屬未必是站在之病人最大利益決策，此決定有以下風險：
2. 醫師常在家屬的要求下對病人隱瞞病情，以巧妙的方法不告知或欺瞞病患，儘管醫師與家屬的考量是為了病人的利益，然而其最大的問題是違反了「尊重病人自主原則」：

- (1) 醫師受病患之委託授權以對其進行檢驗及診斷，而有相對的義務必須告知病患診斷的結果，除非病患本身拒絕知道。
- (2) 病患病情在未經病患本人同意的情形下即由醫師告知他人，基本上違背了對病患隱私權(privacy)的保障及對病患託付之資訊保密之責(confidentiality)。
- (3) 病人在未被充分告知病情的狀況下，沒有確實的資訊為依據，以做出基於個人價值判斷及好惡的選擇，難免留下遺憾。甚至家屬是為了家屬自身利益的考量，而有不良動機，如此一來病人或第三者的權益就可能受損。
- (4) 醫師以不確實之病情資訊告訴病人，雖然動機善良，惟仍恐有欺騙、失職之虞，可能觸犯法律。

(資料來源：蔡甫昌編譯，臨床生命倫理學，2018 年 9 月第 3 版；Peter A. Singer，Bioethics at the bedside)

3. 在面臨呼吸衰竭當下，若醫療團隊無法事前對本人解釋病情，得知本人生命末期意願，只能依家屬意見施予 CPR，很可能侵害病人之自主權，並因急救過程造成病人身體之傷害。若事後有其他反對 CPR 之家屬出現，對醫師或醫院提起侵權傷害訴訟，醫師或醫院的敗訴機會很高。
4. 因此，建議醫療團隊於病人病程惡化，三年內存活率小於 50%時，或預估存活時間小於 6 個月時，儘早與病患本人及家屬開始討論 CPR 及生命末期善終意願，明白告知臨終前 CPR 的風險及傷害，協助病人做出符合個人價值觀的決策。須注意，如前文台大醫院蔡甫昌教授提醒，家屬可能因潛在利益衝突(退休金或遺產分配)，而犧牲病人之福祉。因此，協助病人表達想法，做出符合個人價值觀的決策至為重要，可考慮在病程較早期時請社工師協助，以家庭會議、預立醫療照護諮商(簽署 AD)、事前提出醫學倫理諮詢、電話諮詢醫學倫理委員會等方式，積極與病人及家屬溝通，以避免醫療團隊陷入倫理困境。