

◎案例摘要：

93 歲男性，因糖尿病腎病變併發腎臟衰竭洗腎約 4 年，另有輕微失智症、高血壓、痛風等慢性病診斷。病人於意識清楚時已經多次向家屬表明，若以後到了生命末期時，拒絕急救和放任何管子，並在健保卡註記 DNR（接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療-指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施）。

病人因肺炎於 7 月 26 日到本院急診求診，7 月 27 日轉入胸腔內科病房。住院中病人意識狀態不佳，逐漸無法進食，家屬討論後決定依照病人意願不放鼻胃管，簽署「拒絕鼻胃管切結書」，但因主治醫師問家屬『是不是要讓爸爸活活餓死』，導致家屬極大壓力，最後依照主治醫師的意見為病人插上鼻胃管。

8 月 19 日病人因血壓不穩定停止洗腎，會診家醫科後，家屬決定接受緩和醫療，待轉入心蓮病房，於 8 月 22 日在胸腔內科病房往生。

◎ 討論議題：末期病人於意識清楚時表明，若以後到了生命末期

時，拒絕急救和放任何管子，健保卡已註記 DNR；住院後病人無法進食，家屬拒絕鼻胃管。

◎ 參考法律條文：

『安寧緩和醫療條例』第三條（節錄）

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。

三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。

四、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

『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。

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。

◎處置討論及建議：

依據世界醫師會(World Medical Association)出版之醫學倫理手冊(Medical Ethics Manual, 2015年第三版)第二章病人權利宣言：病患有自決的權利，他們有權自由地作出與自己有關的決定。醫師會告知病患其決定之後果。心智上有自主能力的成年病患有權利同意或拒絕任何診斷的過程或療法。病患有權取得作決定時所需之資訊。病患應明瞭任何試驗或治療之目的、檢驗結果的意義，以及拒絕同意的意義。世界醫師會進一步說明：有行為能力的病人有權拒絕治療，即使拒絕將造成失能或死亡(Competent patients have the right to refuse treatment, even when the refusal will result in disability or death.)。

本案病人於意識清楚時表明拒絕生命末期狀態時插鼻胃管，已在健保卡註記DNR，並獲家屬認同，雖沒有依現行「病人自主權利法」之法定程序，獲得特殊拒絕醫療權的法律保障，建議醫療團隊應告知病人及家屬拒絕鼻胃管的後果，審酌病人已進入末期病人狀態之事實，會診家醫科或召開IPP跨團隊會議，取得第二位相關專科醫師對末期病人之診斷；後續召開家庭會議取得家屬共識及正式記錄，即可依照病人於意識清楚時表明之意願，尊重病人之自主權與善終權。必要時，亦可即時提出醫學倫理諮詢，以釐清誤解。

若病人狀況允許，可經由現行「病人自主權利法」之「預立醫療照護諮商」(Advanced care planning, ACP)，簽具「預立醫療決定書」(Advanced decision, AD)、註記健保卡等法定程序，獲得拒絕有效維生治療、侵入性人工營養及流體餵養之法律保障，亦可使醫療團隊及醫院獲得法律免責權，免除醫療團隊與家屬的決策壓力。本院流程為通知ACP個管師(分機8608，簡碼67820)評估病人及家屬意願，經評估適合者安排住院中「預立醫療照護諮商」。期許醫療團隊對現行法規及死亡識能有正確認知，實踐醫學倫理之行善、不傷害及尊重自主原則，守護病人之自主權與善終權；建議胸腔內科病房即時召開IPP跨團隊會議或醫學倫理個案討論會，以促進團隊共識。