

彰化基督教醫院 倫理抉擇架構表

倫理議題簡述：病人簽署安寧緩和意願書，家屬執意撤回之倫理討論

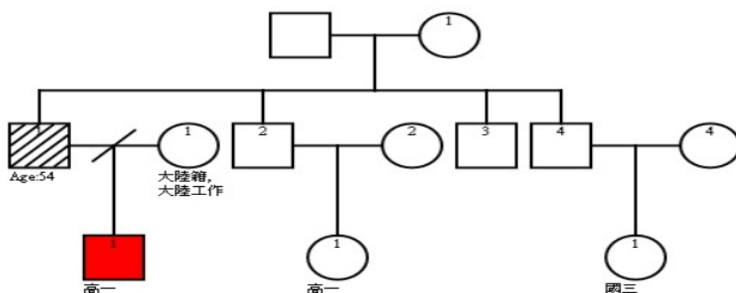
個案為54歲男性，與案妻分居，生育1男，與兒子同住，案父母及個案四個兄弟都是務農維生，過去病史：2016年診斷COPD、DM、C肝，抽菸史28年，每天一包，於彰化基督教醫院員林分院門診追蹤，個案自2020年呼吸喘費力、且活動無力，影響生活及工作，進而無從事工作。案妻為大陸人，長年在大陸工作，過年或案子暑假時才會回台灣與個案及案子相聚，個案及案子列冊為低收入戶免部份負擔，伙食費用由社工部政策性補助，主要醫療費用來源為案二弟，個案的相關醫療狀況由案母決策，住院期間醫療相關問題主要先連絡案二弟。反覆因呼吸費力，二氧化碳滯留至急診就醫，入院治療，住院期間常使用非侵襲性正壓呼吸器治療COPD症狀及代謝二氧化碳滯留。2022年醫師建議居家型非侵襲性正壓呼吸器長期使用。

2022年6月24日晚間個案在家睡覺使用NIV時，家人聽到房間有巨大聲音，到場時發現已跌落床下，意識不清，Call 119至彰基急診，當時GCS:E4M4V1，因呼吸費力於急診給予氣管內管置入，轉入加護病房照護，6月30日移除氣管內管，轉至病房續照護，身上鼻胃管留置，管灌飲食使用，存留導尿管留置，尿布使用，ADL3級，住院期間由案母於旁照護，案母年邁且不識字，學習照護技巧能力差，協助個案更換尿布及管灌飲食。期間個案以NIV及Venturi mask交替使用，反覆性有呼吸淺快費力情形，個案要求嗎啡藥物使用，主治醫師與個案解釋病情後，個案表示不願再插管治療，於2022年7月9日簽署不實施心肺復甦術意願書4項，以嗎啡及類固醇藥物控制COPD呼吸費力症狀。

8月13日個案GCS：E3M5V1，非侵襲性正壓呼吸器使用下，呼吸型態為air hunger，動脈血抽血報告為二氧化碳滯留，案子在旁陪同，對於個案呼吸費力及病情改變顯得不知所措，值班醫師電話連絡案二弟告知病情變化及依照個案先前已簽署不實施心肺復甦術意願書4項，提供病人安寧緩和醫療，給予病人安寧舒適照護，案二弟電話中表示之前插管治療後病情都會改善，故要求給予案個氣管內管置入，並且轉入加護病房積極處理病情變化，值班醫師了解後當天給予氣管內管置入合併呼吸器使用，轉入加護病房續照護。

家族樹如下圖

主陪: 母親
重要關係人: 母親, 二弟
主要經濟來源: 二弟



問題：

1. 怎樣的醫療方向對於此病人才能做到合乎倫理原則
2. 在醫療照顧上可以增加哪些行為，使病人與家屬的決策合乎倫理原則

<p>1. 已知事實（決策所需）</p> <p>(1) 醫療適應性：</p> <p>(2) 病人偏好：</p> <p>(3) 生活品質：</p> <p>(4) 情境特徵：</p>	<p>→個案2016年診斷:COPD，反覆因呼吸費力，二氧化碳滯留至急診就醫，入院治療，使用非侵襲性正壓呼吸器治療COPD症狀及代謝二氧化碳滯留。2022年醫師建議居家型非侵襲性正壓呼吸器長期使用。住院期間病人以NIV及Venturi mask交替使用，嗎啡藥物使用。</p> <p>→住院期間個案以NIV及Venturi mask交替使用，反覆性有呼吸淺快費力情形，嗎啡藥物使用，主治醫師與個案解釋病情後，個案表示不願再插管治療，於2022年7月9日簽署不實施心肺復甦術意願書4項，以嗎啡及類固醇藥物控制COPD呼吸費力症狀。</p> <p>→個案自2020年呼吸喘費力、且活動無力，影響生活及工作，進而無從事工作。身上鼻胃管留置，管灌飲食使用，存留導尿管留置，尿布使用，ADL3級。住院期間由案母於旁照護，案母年邁且不識字，學習照護技巧能力差，協助個案更換尿布及管灌飲食。</p> <p>→個案與案妻分居，長年在大陸工作，生育1男，與兒子同住，個案及案子列冊為低收入戶免部份負擔，伙食費用由社工部政策性補助，主要醫療費用來源為案二弟，個案的相關醫療狀況由案母決策，但住院期間醫療相關問題主要先連絡案二弟。個案已簽署不實施心肺復甦術意願書四項，但於病人病情改變，意識不清時案二弟要求給予案個氣管內管置入，案二弟對插管治療會改變病情有所期待，並且轉入加護病房積極處理病情變化，此醫療決策選擇違背了：尊重病人自主權。</p>
<p>2. 未知事實（決策所需）</p> <p>(1) 醫療適應性：</p> <p>(2) 病人偏好：</p> <p>(3) 生活品質：</p> <p>(4) 情境特徵：</p>	<p>→個案已COPD末期，家屬是否了解這些插管治療對於病人是否有效？此次on Endo是否可以再脫離成功？</p> <p>→不知個案是否有與家人討論且表達自己的安寧緩和意向？</p> <p>→是否此次插管可成功脫離呼吸器？生活是否恢復可自理，是否能不再依賴他人照護？</p> <p>→家屬是否了解後續醫療與經濟問題，否能繼續負擔醫療費用？家屬是否因不捨病人當下呼吸費力而決定插管治療？</p>
<p>3. 有利害關係者（決策攸關其權益）</p> <p>之一 媽媽（請說明其價值或利害關係）</p> <p>之二 案二弟（請說明其價值或利害關係）</p> <p>之三 病人（請說明其價值或利害關係）</p>	<p>→案母為主要決策者，但又需要依賴案二弟介入，無法獨立做決定，住院期間為主要照顧者，年邁不識字且學期照護技巧差。</p> <p>→為主要醫療費用來源，為醫療次要決策者。</p> <p>→本人簽署不實施心肺復甦術意願書四項，病情改變時意識不清，根據自主原則，應該照著病人意願不再給予插管治療</p>

<p>之四 醫療人員</p>	<p>→與案二弟解釋病情及病人之前立下的意願書，案二弟無法接受，因為案母捨不得病人可能會因此離世，二弟對於病人插管治療後，期待能改善病情。故當日值班醫案師遵從案二弟意見，給予個案氣管內管置入，因為值班醫師也會擔心後續若未進行插管病人死亡，後續會有醫療糾紛。</p>																					
<p>4.可能解決方案</p> <p>之一 積極插管治療</p> <p>之二 維持DNR</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="584 344 794 439">倫理原則\解決方案</th> <th data-bbox="794 344 1118 439">方案一：積極插管治療</th> <th data-bbox="1118 344 1422 439">方案二：維持DNR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="584 439 794 607">不傷害原則</td> <td data-bbox="794 439 1118 607">(V) 插管治療能改善呼吸困難，可能能依賴呼吸器延續生命。</td> <td data-bbox="1118 439 1422 607">(V) 減少侵入性治療，避免受到醫療傷害。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 607 794 775">自主原則</td> <td data-bbox="794 607 1118 775">(X) 違背自主原則</td> <td data-bbox="1118 607 1422 775">(V) 依照病人簽屬不實施心肺復甦術意願書 4 項。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 775 794 981">行善與施益原則</td> <td data-bbox="794 775 1118 981">(V) 積極治療病情，可能可持續維持生命</td> <td data-bbox="1118 775 1422 981">(V) 病人意識不清時，醫療人員盡力與家屬解釋討論，避免違背自主原則。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 981 794 1234">效益原則</td> <td data-bbox="794 981 1118 1234">(X) 增加醫療費用及經濟負擔。</td> <td data-bbox="1118 981 1422 1234">(V) COPD 末期病人接受安寧緩和醫療可減少醫療資源的浪費，降低家庭醫療費用經濟負擔。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1234 794 1301">公平原則</td> <td data-bbox="794 1234 1118 1301">NA</td> <td data-bbox="1118 1234 1422 1301">NA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 1301 794 1464">誠信原則</td> <td data-bbox="794 1301 1118 1464">(X) 違背病人意識清楚時 DNR 意願。</td> <td data-bbox="1118 1301 1422 1464">(V) 能遵照病人意願，維持 DNR，給予 COPD 末期病人善終照護</td> </tr> </tbody> </table>	倫理原則\解決方案	方案一：積極插管治療	方案二：維持DNR	不傷害原則	(V) 插管治療能改善呼吸困難，可能能依賴呼吸器延續生命。	(V) 減少侵入性治療，避免受到醫療傷害。	自主原則	(X) 違背自主原則	(V) 依照病人簽屬不實施心肺復甦術意願書 4 項。	行善與施益原則	(V) 積極治療病情，可能可持續維持生命	(V) 病人意識不清時，醫療人員盡力與家屬解釋討論，避免違背自主原則。	效益原則	(X) 增加醫療費用及經濟負擔。	(V) COPD 末期病人接受安寧緩和醫療可減少醫療資源的浪費，降低家庭醫療費用經濟負擔。	公平原則	NA	NA	誠信原則	(X) 違背病人意識清楚時 DNR 意願。	(V) 能遵照病人意願，維持 DNR，給予 COPD 末期病人善終照護
倫理原則\解決方案	方案一：積極插管治療	方案二：維持DNR																				
不傷害原則	(V) 插管治療能改善呼吸困難，可能能依賴呼吸器延續生命。	(V) 減少侵入性治療，避免受到醫療傷害。																				
自主原則	(X) 違背自主原則	(V) 依照病人簽屬不實施心肺復甦術意願書 4 項。																				
行善與施益原則	(V) 積極治療病情，可能可持續維持生命	(V) 病人意識不清時，醫療人員盡力與家屬解釋討論，避免違背自主原則。																				
效益原則	(X) 增加醫療費用及經濟負擔。	(V) COPD 末期病人接受安寧緩和醫療可減少醫療資源的浪費，降低家庭醫療費用經濟負擔。																				
公平原則	NA	NA																				
誠信原則	(X) 違背病人意識清楚時 DNR 意願。	(V) 能遵照病人意願，維持 DNR，給予 COPD 末期病人善終照護																				
<p>5.你考慮採行的決定： 維持DNR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.會診安寧專家，鼓勵案子、案二弟、案母及病人共同面對面討論，開立全人病情討論，讓家人了解病情進展及病人選擇安寧緩和醫療之意願，讓家人一起商量，避免延伸出醫療糾紛。 2.會診社工，提供補助醫療費用補助。 3.與醫療團隊討論，使用嗎啡、止痛藥物，減少病人呼吸困難及病人不適狀態，降低家屬焦慮及不捨之情緒，並給予家屬的心理支持及哀傷撫慰。 4.增加安寧緩和醫療教育課程，避免醫療人員面臨醫療決策困境時兩難。 																					
<p>理由（倫理上的依據）</p>	<p>1.自主原則：是自己做主，醫學倫理上指自主原則就是尊重病人自主原則，病人有權力自由決定自身所受的健康照護方式，且醫療人員不得對</p>																					

病人進行其不想接受的醫療措施，任何醫療行為都必須尊重當事人或其家屬的自主性，仍也須考量到家屬預期性哀傷，所以在醫療上能介入給予的幫助，應以心理的照護為主，因此尋求社工及關懷師的介入，才能更適切的協助個案及家屬走出傷痛。

2.不傷害原則：指不讓病人的身體與心靈受到傷害，亦即是醫療行為應該造福病人，其所帶來的傷害不應大於其所帶來的好處。傷害所指並非單指身體傷害必須延伸至心理及物質層面(戴，2011)。在照護COPD末期個案的護理過程中，依病情的進展不同，對個案的照護方向也不同。醫療團隊應考量到個案的身心靈層面和家屬病情及治療方式，提出最佳的建議及解決方法，均以不傷害個案為出發點。彙整各科意見，讓家屬了解，認同不是一昧的延長病人的生命，就是對病人最好，適時的放下，對病人及家屬而言也不一定是錯的。

3.行善原則：指在不傷害他人之外，進一步關心並致力提升病人的福祉。所有醫療行為一切應以病人的利益為前提。在照護COPD末期病人的過程中，採安寧緩和治療並不是意圖加速病人死亡，但死亡卻是可預見的，病人是死亡疾病的自然進展歷程，藉由醫療團隊和家屬間的溝通，讓家屬了解依個案意願並讓安寧緩和團隊介入，提供適當的緩和治療，讓病人安適的走完最後一哩，家屬適時的放下，完成病人的遺願，同時也不要讓家屬感到遺憾，對病人及家屬而言都是一種行善及施益。

4.效益原則：病人選擇安寧緩和治療，病人可能積極的面臨死亡，但讓病人常有呼吸喘、費力、盜汗等不舒服的症狀，對病人而言不一定是最好的，但對醫療人員而言，協助其做最完整的治療，不要讓病人處於不舒服的狀況下，符合效益原則，同時也為健保省下呼吸器使用的費用，對社會大眾而言也是一種效益。

5.誠信原則：病人意識清楚時，醫療人員秉持誠信「說實話」原則，向病人分析安寧緩和治療的利弊得失，讓其充分了解簽署不實施心肺復甦術意願書4項。在病人意識不清時醫師應遵從誠信原則維持病人意願，加強與家屬溝通，並且藉由關懷師及社工的協助，陪伴家屬面對死亡的不安及惶恐，讓生死兩無憾。

6.行動及影響評估

1. 倫理的議題沒有所謂的對錯，只有比較好的選擇與作法。針對此案例，病人已面臨生命末期，重複插管治療，生活品質降低，尊重病人的決定，不給予相關急救措施或許是較適切的選擇。然而團隊成員應該關懷家屬是否能夠接受，透過真誠的溝通讓病人平安、家屬心安是醫護團隊可以做到的。

2. 尊重病人的抉擇，減少病人痛苦，協助病人依願安詳往生。畢竟大孝與大愛並非不計親人痛苦的搶救到底，而是親切的陪伴末期病人的親人，協助他坦然接受疾病，減少他身、心、靈的痛苦，協助他放下萬緣，安詳往生，並減少醫療資源的浪費，是符合醫療倫理的行為。也是尊重病人拒絕醫療的權利。

3. 臨床工作經常面對疾病末期照護醫療決策的思維，如呼吸衰竭需面臨插管的必要時，而當病人病情惡化時，若病人有簽署DNR，醫療團隊就會直接面臨該不該CPR的問題。在病情急速下降前，醫療團隊應透過全人照護，對於全團隊進行溝通討論，與會安寧專家、關懷師、社工，輔導關懷家屬的心靈，讓病人平安、家屬心安，透過每一次的觀念溝通，在面臨病情改變決策時，同仁及家屬能有共識的決定，對於安寧全隊能有更大的助益。
4. 醫護人員自身需加強安寧緩和療護及DNR之再教育，深入了解其意涵，及其各項立法與條例，如有無法釐清之事項，必要時可會診相關專家；落實醫院醫學倫理委員會之運作，當面臨倫理兩難情境可以幫助醫療團隊協助病人選擇最適當之醫療照護，維護病人善終的權益。

參考文獻：

- 吳春桂、林宏茂、林芳如、林亞陵、蔡紋苓、廖婉伶、鄭博文、黃勝堅(2011)·重症生命末期照護之新趨勢·*台灣醫學*，15(1)，37-47。
- 李瑞全(2019)·《病人自主權利法》之倫理、法律、社會與政策意涵：引言·*應用倫理評論*，67，1-3。
- 張惠雯(2010)·慢性阻塞性肺病的末期醫療照護·*安寧療護雜誌*，15(1)，81-93。
- 陳冠蓁、姚孟昌、董道興、王嫻婷、劉榮宏(2011)·病患最大利益原則之法規與倫理觀點·*醫事法學*，18(1)，46-51。
- 陳柚綾、黃采薇、陳妮婉(2017)·慢性阻塞性肺病患者接受安寧療護相關因素之探討·*澄清醫護管理雜誌*，13(1)，46-54。