

護理部

臨床倫理案例分析

日期:109年3月19日

案例:

病患 52 歲女性，與前夫育有 1 女，離婚 2 次，因肺癌轉移腦 1/1 因左腦大片中風送急診 E4V1M4，預後差，原案二妹想積極急救，1/4 女兒(18 歲)訴病人之前曾說不想要插管，家屬考慮及溝通後，1/5 案妹協助簽署 DNR 全拒，1/6 案姊表示案母雖曾希望病人可以彌留返家至新竹山上老家，但考量到病人曾表示不想要回山上老家，想待醫院，1/13 家屬聯繫轉新竹分院的安寧病房，續給予安寧照護。

醫療適應性:行善與不傷害原則

醫師覺得醫療對病人生命之延續及品質並無意義，與案長姊、案二妹討論後，案二妹表示了解目前病況及疾病預後差，案長姊表示從病人罹癌以來很辛苦。也很努力了，現在狀況不穩，不想讓病人再受苦。安寧共照師給予安寧相關資訊，故想安排安寧照護。護理人員給予協助與資源安排轉安寧病房。

生活品質:利益行善、不傷害與自主原則

由於病人已癌末及重症末期，無法回到正常生活，加上女兒正在就學，無法負擔龐大照護費用，考量病人與照顧者之生活品質，故放棄延命治療的計畫，給予嗎啡治療減少痛苦。

病人意向:尊重自主原則

由於病患已失能，最適當之代理人為女兒、案母，由醫師向家屬詳細解釋病情後，讓家屬了解病人狀況及後續處置，並尊重女兒、案母知決定簽署 DNR 全拒。

情境特徵:守信與公正原則

有關病人治療上之決定，案二妹原本想積極急救之方向，經醫師與家屬共同會談後，案二妹考慮 1 天後可接受放棄延命治療的決定，同意安寧照護。

醫療法律:

安寧和緩條例第 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。

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。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成年子女、孫子女。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

結論：

1. 安寧照護：尊重病人的意願並與家屬溝通後決定將後續照顧轉至安寧病房續給予安寧照護。
2. 彈性時間探訪給予家屬陪伴病人，提供心理支持。

神經醫學中心 神經重症加護科

日期:109年9月24日

案例:

9/22早上起床正常，於07:00左右太太目擊病人倒地，自行在家壓胸急救，救護車送醫院急診，入院時EKG:PEA，於07:31開始ACLS。給予急救措施，但病況持續惡化影響生命徵象。

醫療適應性:行善與不傷害原則

主治醫師與案妻及案妻姊姊會談，說明腦部受損狀況並提及曾急救壓胸，若再遇此狀況是否仍要執行急救措施，家屬表示事發突然，故仍抱持一線希望，期望奇蹟發生，無法立即決定是否仍要執行急救措施。

Q:急救擔心病人受痛苦，不救又難以割，病人未曾表達不急救，家屬應如何處理?

A:建議與家屬討論考量病人病況，姊事急救過程與利弊，予以陪伴、同理。

病人意向:尊重自主原則

個案意識清楚時未曾表達對醫療的自主想法。

Q:病人意識不清如何確認意願?

A:詢問主要照顧者確認個案意識清楚時是否瞭解醫療照顧目的，好處及可能的結果；且個案具備穩定和正確的思考能力，自由意願的能力與權利，和自由行動能力與權利，若未曾表達對醫療的自主想法依其案妻之意願。

生活品質:行善利益、不傷害與自主原則

個案育一女(小五)、一子(小三)，職業為象印電器維修員，為家中主要經濟支柱，病況極度不穩。

Q:病人未曾表達不急救，家屬應如何處理?

A:建議與家屬討論考量病人病況，予以陪伴、同理待會診社工，持續關懷，再做決定是否仍要執行急救措施。

情境特徵:守信與公正原則

病情持續惡化影響生命徵項目前使用升壓劑。

Q:家屬若簽署DNR是否立即轉出加護病房?

A:若有重症照護需求，在入重症單位期間可以協助家屬進行轉出前準備(行善原則)，不需重症照護時則轉出，以維醫療資源公平分配。

結論:

個案目前病況持續惡化亦影響生命徵象，案妻表示擔心病人受苦痛，但事發突然，仍抱持一線希望，希望奇蹟發生，無法立即決定是否仍要執行急救措施，不論 DNR 或撤除維生設備同意書，家屬在填寫實不容易接受~填寫同意書背後的意義代表死亡腳步近了，此時較適當的照護是告知目前狀況並等待家屬回應，萬不適合催促家屬做決定。

泌尿部

日期:105年4月13日

A. 案例

(1) A先生是一位85歲的男性，平時須照顧家中患有阿茲海默症的妻子，自己則有一顆8.5公分的腹主動脈瘤。三個月前他去了CVS OPD且這位醫師建議他開刀切除腫瘤，但另一位醫師卻說他若接受手術絕無存活機會；結果A先生決定不開刀主要是他希望對妻子的照顧不受中斷，但他也同意之後再來和這位CVS醫師討論。然而在下次回診前，他就因為腹痛休克被送至急診室，SBP:50，意識不清，腹部摸到一個搏動壓痛腫塊，醫師診斷為AAA rupture，需緊急開刀，然而這時卻連絡不到他的家人。

B. 何謂同意？

1. 同意是指「個別病患對所受一醫療干預的自主授權」。病人有權對自身所受醫療照護方式作決定，並獲知相關訊息。

2. 雖然同意一詞意謂著接受治療，但它的概念同樣適用於拒絕治療

3. 同意三要素

(1) 告知(Disclosure)：醫師以病人可以了解的方式提供其相關資訊

(2) 能力(Capacity)：病人了解相關訊息及其決定可合理預見後果的能力

(3) 自願(Voluntariness)：病人有權不受生理約束、心理威脅與不當之資訊操控，而自由地做出決定

4. 同意表達方式

(1) 明白表示：口頭或書面方式

(2) 不明確暗示：用行為表達其接受，例如：病人伸出手臂，即意謂他同意接受抽血檢查

C. 為何同意很重要？

1. 倫理層面

(1) 病人自主權：病人有權自由決定自身所受健康照護方式

(2) 尊重人格：醫護專業人員不得對病患進行其不想接受的醫療措施，並應促進病患對自身生命的掌控

2. 法律層面

(1) 法律規定要取得病人對所受醫療照護的同意，未取得病人同意逕行對其治療即構成傷害罪(Battery)，而治療雖已取得病人知情同意但同意過程有瑕疵則構成醫療疏失(Negligence)。

3. 政策層面

(1) 加拿大醫學會(CMA)：「知情抉擇」的政策要點：對病患進行醫事、治療及診斷程序前，應取得其有效同意，為醫師盡其對病患義務的基本步驟。

4. 實驗性研究

(1) 許多meta-analysis指出取得病人同意的過程可能是良好醫病關係的重要因素

(2) 有效的醫病溝通可增進正面情緒、緩解症狀、提升生理機能、生理檢查結果，使疼痛控制更有效

(3) 事先告訴病人他們在接受一令人緊張、疼痛的醫療程序時可能產生的感覺及所受的遭遇，都能減少其負面感受

(4) 醫師提供病患相關訊息的做法會微幅地提高了病人對治療的滿意度及配合度

D. 日常執業中應如何進行「同意」的過程？

1. 問題的解決及作出決定

(1) 解決問題：確認病人所發生的問題與提出各種可能的療法

(2) 作出決定：在各種可能療法中做抉擇，病患易受醫師的建議影響

(3) 讓病人隨其意願地參與解決問題的過程，才算是獲得有效的同意

2. 例外情形

(1) 對失能病人的緊急救治為「取得同意」的例外

(2) 但當醫師有理由相信病人在有表達、意識能力時體拒絕該治療，就不得在未取得病患同意時，對其進行緊急救治(Ex: 耶和華信徒)

(3) 取得代理人同意

(4) 無需取得同意：某些特定情況可違反病患的意願而逕行治療(Ex: 精神病患、傳染病)

E. 家屬代替病患決定及同意

1. 常發生於病患被診斷有不治之症，而要求隱瞞，此時若醫護人員無法確切的「告知」病情，病患沒有獲得充分的醫療資訊或所獲得的資訊根本是錯誤的，其後對於各種治療之「決定」與「同意」便可能有所偏失。

2. 告知的過程出現倫理瑕疵，其同意便會失去法律效力。

3. 當病患本身還是勝任自主的(Competent)，是不接受代理決定。

4. 我國醫療法63、64條有明文規定病患對於「手術」及「侵入性檢查或治療」的同意權：醫療機構實施手、侵入性檢查或治療時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬說明，並經其意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。同意書之簽具，病人為未成年或無法親自簽具者，得由其法定代理

人、配偶、親屬簽具。由此可見，若病患可勝任作決定之狀態時，家屬卻逕行代簽同意書是不恰當的。

5. 安寧緩和醫療條例中亦強調對病患自主權的尊重，其中規定對末期病人，醫師應將病情明確告知病人或家屬，具病人有權預立意願書拒絕接受心肺復甦術。

F. 案例回顧

1. A先生失去意識及表達能力，且又為醫療緊急狀況，亦無代理人可決定時

(1) 若先前無明確表達拒絕接受此緊急救治的意願，醫師即可在無病人同意下進行緊急手術

(2) 若先前曾拒絕呢？

a. 是因為想照顧妻子才拒絕，但他現在應接受緊急手術才有機會繼續照顧妻子
=> 可無同意下進行手術

b. 若是考慮過緊急手術的情形並予以拒絕時 => 沒有權利施行手術

G. 反思

1. 在行醫這條路上，告知病人取得同意是我們每天都在做的事，尤其是在現在的醫療環境下，我們更必須主動充份說明每一項檢查及治療之必要性，好處及風險。另外醫師也應建立良好之醫病關係以促成雙方充分之信賴，進而減少不必要之糾紛。而現在正在推動的病人自主權利法就是讓病人可以在意識清楚時決定自己未來醫療的法律，先請病人、家屬以及醫師共同參與預立醫療照顧計劃，並簽署「發生某種狀況時，我想要善終、不想接受某些治療」的指示，配合指定醫療委任代理人，來貫徹「拒絕醫療」的意願。這些都告訴我們現在愈來愈尊重病人的自主權，遇到家屬要隱病的也要盡力去跟家屬溝通，讓病人可以參與治療的決定，這才符合現行法律的規定。

腫瘤醫學部

日期:109年9月29日

案例: 64歲女性患有晚期大腸癌，多線藥物治療後腫瘤控制效果不佳。跌倒後因骨頭轉移無法開刀且長期臥床，吞嚥功能下降，患者於清醒時拒絕放置鼻胃管，本次住院因嗆咳導致肺炎，待謝性酸血症及，進行至敗血性休克、代謝性酸血症及呼吸衰竭，病人意識昏迷。

針對本案，分四象限討論

醫療適應性:行善與不傷害原則

1. 醫療問題:

急性—敗血性休克(SBP 70 mmHg WBC 17800/cumm, seg91.6%, CRP 31.92)，急性腎衰竭(Cr 6.21, anuria) 高血鉀 (K 6.1)

慢性—大腸癌及骨癌末期，歷經開刀、化療、電療、標靶藥物治療及免疫療法，疾病已不可逆

2. 治療目標:

維持生命尊嚴減少病人痛苦 vs 延長生命

3. 治療選擇:

- (1) 針對敗血性林克使用後線抗生素、大量輸液及使用升壓劑積極治療
- (2) 針對急性腎衰竭及高血鉀可考慮血液透析
- (3) 針對癌症進行化療、電療或標靶藥物治療

4. 其他治療選項: 支持性療法

5. 不治療的後果:死亡

病患意向:尊重與自主原則

1. 病人及家屬已被告知接受積極治療的好處及風險，並在理解的狀況下，同意接受支持性療法
2. 病人於意識混亂(失能)前即表達不願接受侵人性治療來延長無生活品質的生命，拒絕電擊、胸外心臟按摩、氣管插管及強新技之使用
3. 病人現意識不清，法律上為失能，其主要決策者及醫療代理人為兒子(獨子)
4. 重要家人皆能理解並尊重病人之決定

生活品質:利益行善、不傷害與自主原則

1. 接受積極治療與否，病人回到正常日常生活之可能性極低，即使急性病症治療成功(如敗血性休克、腎衰竭、高血鉀等)，病人為癌末，仍處於失能狀態，需終身臥床、依靠鼻胃管灌時及留置導尿管
2. 減少侵人性治療(如使用高劑量升壓藥、置入透析管路或鼻胃管)可提高病患臨終生活品質，但可能引發「有異常而不作為」之疑慮情境特徵:守信與公正

原則

1. 病人有一兒子及姐妹，定期探視並關心病人，並有二位看護 24 小時陪伴，人住單人房，支持系統尚稱完整
2. 應無商業、經濟因素、健康資源分配不足、宗教、臨床研究及教育、公共衛生與公共安全、組織與機構之利益衝突影響臨床決策

檢討改善方向

醫療法律：

102年1月10日立法院三讀通過，1月26日公告實行「安寧緩和醫療條例部份條文修正案」將安寧緩和醫療、心肺復甦術及維生醫療三者分別定義。

鰽 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施于緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

鰽 心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施于氣管內插管、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。

鰽 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。

The patient did not receive intubation or vasopressors. A morphine pump was used to soothe her dyspnea and death rattles. Her family members, including her son, two sisters, accompanied her during her death. =>達到尊重病人自主權及符合安寧緩和核條例。