

# 醫學倫理委員會

## 醫學倫理個案摘要(1)-108 年第 4 季(公開版)

### 個案 (由 00 科提報案例)

1. 病歷號:

2. 性別: 男

3. 年齡: 73 歲

#### 事件經過:

73 歲的男性於 108 年 11 月 7 日下午 4 時與家人聊天到一半突然頭痛，失去意識倒下，因此送到本院急診室。經電腦斷層發現右側大片腦出血，會診神經外科醫師，於放置腦室外引流管進行腦壓監測後入外科加護病房。追蹤腦部斷層發現水腫，經家屬同意後病人接受腦室腹腔分流術。醫師解釋可能需長期依賴呼吸器，家屬拒絕氣管切開術，之後轉入呼吸照護中心(RCC)。因為意識狀態無恢復，雙眼瞳孔無光反射，呼吸狀況也不理想，經會診安寧共照團隊後，家屬同意於 108 年 12 月 30 日進行安寧拔管(compassionate extubation)，並轉入安寧病房。

以醫學倫理觀點討論議題:

#### 1. 以 4 box method 進行倫理問題分析及討論:

##### 【I】醫療處置(Beneficiency/ nonmaleficence):

- 什麼病/ 診斷 / 預後? 急性/ 慢性 / 危險/ 會好嗎?
- 治療的意義為何? 有用嗎? 萬一治療失敗該怎麼辦?
- 如何醫療處置對病人最好?

分析:

1. 診斷: Spontaneous right hypertensive ICH, brain stem, basal ganglion and IVH with brain death
2. 會好嗎? 不會好
3. 治療的意義為何? 經由解除症狀、疼痛與受苦，維持或改善生活品質

##### 【II】病人的意願 (autonomy):

- 病人喜歡接受這種治療嗎?
- 病人了解這相關危險性，或好處嗎? 病人同意嗎?
- 病人有辦法做決定嗎?
- 病人表達過意見嗎? 預立醫囑?

分析:

1. 病人喜歡這種治療嗎? 無法評估
2. 病人了解相關的危險性或好處嗎? 無法評估
3. 病人有辦法做決定嗎? 沒有辦法
4. 病人表達過意見嗎? 病人媳婦表示: 病人之前照顧中風長期臥床的母親，曾表示自己”不願插管急救”，家屬皆有共識盼能遵照病人想法不要受苦

##### 【III】生活品質:

- 病人若治療 (或不治療) 會面對什麼樣的生活品質?
- 醫療人員對上述之預測準確嗎(有 bias 嗎)?
- 病人之身體、智力、社會功能會留下後遺症嗎?

分析:

1. 病人若治療 (或不治療) 會面對什麼樣的生活品質? 長期呼吸器依賴，不時會有肺炎、泌尿道感染、褥瘡等併發症，生活品質非常差
2. 醫療人員對上述之預測準確嗎(有 bias 嗎)? 預測準確

#### 【IV】環境因素：

- 個人專業/ 家庭背景/ 醫護人員會影響病人之醫療決定嗎?
- 有無社會經濟、法律、政治、宗教文化上的因素?
- 會威脅到個人隱私嗎?

分析：

1. 個人專業/ 家庭背景/ 醫護人員會影響病人之醫療決定嗎? 病人意識不清，無法做主，藉由醫護團隊詳細解釋，使病人家屬了解及病的嚴重度及預後，進而選擇對病人最好的醫療決定
2. 有無社會經濟、法律、政治、宗教文化上的因素? 如果長期需要呼吸器，以及全天候看護(例如入住呼吸照護病房 RCW)，長期會有一筆不小的費用

#### 2. 結論：

在決擇撤除維生設備時，應建立完善的撤除維生設備前、中、後照護計畫，且須經過嚴謹的醫療評估與倫理面、法律面作為考量。同時，希望在維護病人的「善終權」時，也能保障醫師免於刑責或醫療糾紛。

病人透過醫療服務提供者及親屬溝通，討論專屬的預立醫療指示(Advance Directive, AD)，並可指定醫療委任代理人，在病人意識不清或昏迷時代為醫療決策，才能使病人得到善終、家屬善生。

#### 3. 討論：

- 委員 1：拔管可能是對病人照護的選項之一。
- 委員 4：個案病人已腦死，家屬已於 11/17 簽屬 DNR，然 11/23 又為何在詢問家屬後再次插管，此做法是否與安寧緩和條例的相關規範有所不合之處? 需進一步了解。
- 委員 1：在美國由於醫療資源珍貴，當醫療人員看到 DNR 後，不會再詢問家屬的意見。
- 委員 4：國內和國外有明顯的不同，醫療法有許多地方規定的不清不楚，遇到問題趕快救，同時有親等的區分，具有醫療上的特殊性。在台灣，即使病人或家屬已簽署 DNR，但還是會做其他的急救。
- 委員 5：目前已通過同婚法，未來人在老的時候，在親屬上應如何認定?
- 委員 4：依據大法官的解釋，同婚婚姻是否適合民法，有法官認為並不足。在醫療法中規範，家屬、親屬、同居人還是可以簽署，醫療法主要在於治病，只要家屬來簽署即可，性伴侶亦可。另依據病人自主權利法，著重病人的自主，DNR 簽了以後，即應走下去。
- 委員 1：胸腔內科、ICU、RCW 醫師對於需要的病人主張用氣切方式進行治療，惟家屬常認為氣切後無法再恢復或無法吃東西，而反對氣切。
- 委員 1：台灣和美國很不同，有一年不老騎士到美國其中一位不幸中風，送到美國醫院 ICU，醫師經評估要撤除維生器，並告知家屬遵守相關規範後進行拔管。文化背景不同。
- 委員 3：從社會文化去看，美國醫療成本很貴，保險需付錢，他們不做不需要的治療，然台灣醫療資源便宜到不做不行，論情理法，台灣以情擺第一，理擺在第二，是不同的情況，是由於台灣就醫時人際關係複雜所致。另第一個個案拿國外的案例做科學的例證可能需謹慎。
- 委員 1：醫師不僅需懂救命，還需懂放手；要懂生，也要懂何謂死，要很老實誠懇和家屬說明病人的實際情況，醫病關係的建立格外重要。
- 委員 4：參考林醫師剛才簡報中某醫院流程圖的例子，簽 DNR 找家屬來討論可能會很冗長。近期某醫院一個醫糾個案，是家屬拿醫院有關專業醫療功能的廣告功能(會哪些專門手術)，攻擊醫院為何不找專業的醫師來診治其家屬。因此，設立流程圖要很小心。

#### 決議：

1. 此個案以 4 box method 討論醫學倫理。本院已盡到充分尊重家屬及病人的意見，病患目前仍繼續接受治療與照護。
2. 事前的醫療溝通及諮商很重要，醫倫委員會應實際發揮其功能，有相關醫療問題，醫倫委員會有輪值委員可協助進行諮商。