

# 112醫學倫理議題討論

新興醫院院長

陳順福醫師

(112.04.12)

# 醫學倫理五原則

## 1. **Autonomy** 自主原則

「自主」一詞最簡單的解釋就是「自己作主」，醫學倫理上所指的自主原則就是尊重病人自主的原則，病人有權自由決定自身所受的健康照護方式，且醫療人員不得對病人進行其不想接受的醫療措施，並應促進病人對自身生命的掌握。任何醫療行為都必須尊重當事人或其家屬的自主性，所以必須以病人的「知情同意」為基礎。

## 2. **Beneficence** 行善原則

行善乃指「仁慈」或「善良」的德行，行善不僅是照顧病人的一個基本倫理原則，也是醫師對病人一種責無旁貸的義務。行善原則要求醫療人員關心並致力於提昇病人的福祉。醫療人員應保護無決定能力之人，避免其做出有害自身或在有決定能力時不會採取的決定。

### **3. Confidentiality 保密原則**

即醫師應尊重病人隱私(privacy)，不得無故洩露。若病人不能肯定醫師會對談話內容保守秘密，如何能說出自己病情的隱私？若病人對醫師保留自己病情，醫師恐怕難以做出正確診斷；當然，醫療人員守密的範圍僅限於屬於「秘密」的事項，如果病人的資訊並不具有秘密性，則醫療人員對於這些資訊並無守秘義務，即凡已進入公共領域的資訊即不再具有秘密性，不屬於守密義務的事項。又當屬於病人的資訊涉及公共利益或第三者的重大利益時，如果經過權衡可認為守密將造成公眾或第三者遭受更大損害時，則醫療人員可以免除守密義務，而將這些資訊提供予合法、適當人員。

## 4. Do No Harm(**non-maleficence**) 不傷害原則

不傷害原則乃意指不讓病人的身體與心靈受到傷害，此原則與古典西方醫療倫理格言「First, do not harm!」互相呼應。「不傷害原則」與「行善原則」可以結合在一起看，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。當然，若傷害是無可避免的時候，合倫理的行為必須是「兩權相害取其輕」，因此由「不傷害原則」又可衍生出「較小惡原則」。

不傷害原則包括以下概念：

- (1) 醫師必須有足夠的臨床知識與技術；
- (2) 不得給病人過度或不足的治療；
- (3) 治療過程中不再增加病人的傷害。

## **5.Equality(Justice) 正義原則**

正義原則意指基於正義與公道，以公平合理的處事態度來對待病人。正義原則應用到醫療照護倫理時，涉及以下三個層次：

- (1) 尊重病人的權利(權利正義)。
- (2) 尊重道德允許的法律(法律正義)。
- (3) 公平分配不足的資源(公平正義)。

# 醫學倫理個案摘要1

1. 病歷號:\*\*\*\*\* 2. 性別: 男 3. 年齡: 73歲

## 事件經過：

73歲的男性於109年11月8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腦，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109年12月30日進行安寧拔管(compassionate extubation)，並轉入安寧病房。

## 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】醫療處置考量(行善/不傷害原則)：

- 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】病人的意願考量（自主原則）：

- 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】生活品質考量：行善、不傷害與自主原則

- 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】其他情境考量：正義原則

- 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，使病人家屬了解疾病的嚴重度及預後，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。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：

- 甲員：拔管可能是對病人照護的選項之一。
- 乙員：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符？需進一步了解。
- 甲員：在美國由於醫療資源珍貴，當醫療人員看到簽屬DNR後，不會再詢問家屬的意見。
- 丙員：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。

## 醫學倫理個案摘要2：

王先生88歲，育有三子，病人因胰臟膿瘍併發敗血症，插置氣管內管轉入加護病房，治療期間因敗血性休克合併急性成人呼吸窘迫症候群(ARDS)、急性腎衰竭、腸胃道出血等多重器官衰竭現象，病人小兒子表示希望採取支持性療法，不希望病人受苦，故簽署DNR同意書，但大兒子表示除了不電擊、壓胸外，其他的醫療措施皆需要提供。

面對病況改變時，醫療團隊對於家屬間意見不一致，醫療團隊提供照護上應考量哪些？

## 一、討論議題：

1. 當您面對家屬間所提出的醫療意願不一致時，您會考量哪些層面？如何協助？
2. 家屬成員中已簽署DNR同意書，但其中有其他家屬反對，醫療團隊該如何協助？
3. 面對特別強勢的家屬，團隊該如何處理以避免產生醫療糾紛？
4. 對於此病人最近親屬應為配偶或是兒子？

## 二、適切的觀點及看法：

- 1.若家屬已簽署DNR，卻有其他家屬反對，應先確定病人是否為末期病人，此DNR才具有法律效力。
- 2.當家屬間醫療意願不一致時，醫療團隊先**傾聽家屬的考量**，同理面對病人狀況改變的無助及必須作抉擇的兩難，**提供情緒支持**。應詢問家屬病人於意識清楚時對於生命或是醫療抉擇的想法為何，與家屬討論**尊重病人意願的可能**，若無法有共識，可以**尋求跨團隊協助**，如會診社工師、諮詢心理師或安寧療護，倫理諮詢。
- 3.當面對家屬對醫療決策或意願不一致時，醫療團隊應**安排家庭會議**，了解家屬決策背後的想法與考量，醫療團隊先說明病人目前病情及疾病可能的進展，醫療處置的選項，讓家屬充分了解利弊得失後，藉由醫療團隊之專業能力，充分評估並提供完整的醫療照護，幫助病人及家屬討論**病人自主及最大利益**

## 醫療適應性考量：行善與不傷害原則

1. 病人目前主要醫療問題是胰臟膿瘍併發敗血症休克合併ARDS、急性腎衰竭腸胃道出血等多重器官衰竭現象，危及生命的急症，無法確認疾病是否可逆。
2. 治療目標應為急性照護，控制感染與器官衰竭。
3. 敗血性休克升壓劑使用至極限，若仍無效果時不建議治療。
4. 胰臟膿瘍併發敗血症使用抗生素及升壓劑治療，可能有治癒的機會，但ARDS的死亡率一般仍高達**40%至70%**，死亡原因常見為多重器官衰竭。
5. 多重器官衰竭死亡率，依衰竭器官數目增加而增高，1個器官者的死亡率為30%，累積2個者的死亡率為**50%-60%**，累積3個以上者的死亡率為**72%-100%**。死亡率也與病人的年齡、病因和基礎病變等因素有關。插管治療或許可以暫時控制呼吸衰竭的情形，但無法遏止其他器官持續衰竭甚至死亡。
6. 病人可以受惠於醫療照護，並可能有治癒的可能性，但也可能出現須依賴呼吸器維生的狀況。

## 病人偏好考量：尊重與**自主原則**

1. 病人意識不清，且虛弱，無法清楚表達意願，故無法在被告知治療好處與風險及理解的情況下，接受治療。
2. 病人目前為失能狀態。
3. 病人在有行為能力時，未表達治療偏好。
4. 病人在喪失行為能力前，未表達治療意願。
5. 依據「安寧緩和醫療條例」第七條：末期病人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。因病人無行為能力，在有行為能力時，未表達治療偏好，**太太**為適當的代理人，可為失能病人做決定。

# 生活品質考量：行善、不傷害與自主原則

1. 接受治療後，病人可能需要一輩子依賴他人及醫療的持續性照顧。病人可能因缺氧而損傷腦部，無法表達也無法吞嚥進食，須接受管灌飲食，營養可能不容易吸收。修護能力變差，給予額外的營養素及抗生素，可能無益，器官可能日漸惡化，若須長期臥床者，翻身或移位必須依賴他人協助，日久可能會皮膚受損，增加病人不適。
2. 照顧者擔心病人面對不可回復健康狀態影響生活品質，而使病人受苦。
3. 病人因敗血症，引發休克合併多重器官衰竭，且病人在有行為能力前未表達治療意願，可經醫療團隊評估病人病情現況及未來狀況，做為**是否適用安寧緩和醫療條例**的判斷依據。
4. 病人生命可能因插管及醫療措施而暫時得到延續，獲得接受進一步治療的機會，但對於病程已無法逆轉的病況，無法拯救或增進其生活品質，反而可能使其受苦並增加病人及親屬的身心負擔。如果沒有適當的證據足以顯示失能病患的偏好，則應以**病人最大利益**作為醫療決定的基礎。
5. 無自殺的法律與倫理的立場。

## 其他情境考量：正義原則

1. 無專業、專業間、及商業上的利益，在臨床治療病人上造成利益衝突。
2. 無臨床人員關注治療決定。
3. 病人的守密不會因法定或第三者的利益會有所限制。
4. 無經濟因素造成臨床決策上利益衝突。
5. 無健康資源分配不足影響臨床決定。
6. 無宗教的問題影響臨床決定。
7. 影響臨床決定的法律問題為(1)必須有兩位與該末期疾病的相關專科醫師，診斷為生命末期，(2)得經醫療委任代理人或至親之親屬（包括配偶、子女、孫子女及父母）一致共同簽署「終止或撤除心肺復甦術同意書」。
8. 無臨床研究與教育的考慮會影響臨床決定。
9. 無公共衛生與公共安全會影響臨床決定。
10. 無組織與機構(醫院)之利益衝突會影響臨床決定與病人福祉。

## 建議與處置

1. 當家屬間醫療決策不一致時，醫療團隊應召開家庭會議，除了說明目前病況及預後，亦可讓家屬彼此溝通，減少決策過程中產生的衝突。【行善不傷害與自主原則】
2. 醫療團隊除了治療病人外，也要了解家屬的想法或是擔心，除了解釋醫療相關治療外，應會診社工師或安寧團隊作為醫療團隊和家屬之間溝通橋樑，而醫師也要向家屬表達在其商量討論期間會盡其所能提供照護病人，為病人做出最適當的醫療措施。  
【行善與不傷害原則】
3. 避免醫護人員面臨類似個案無所適從，應安排倫理與法律相關議題在職教育，如推廣預立醫療自主計畫、實際案例討論，分享經驗，加強緩和醫療及倫理概念。【行善與不傷害原則、自主原則】

### 三、總結：

- (一) 面對不同家屬所提出的醫療期待不一致時，應能先了解家屬對於疾病的認知及做決策的考量。
- (二) 藉由團隊會議達成醫療團隊人員彼此間的共識，再與家屬安排家庭會議了解每位家屬的想法及擔心，提供同理並說明或許可以澄清誤解，也可以讓家屬在做決策時有更周全的考量，才能提供一個較圓滿的決策。。
- (三) 藉由醫療團隊之專業能力，充分評估並提供完整的醫療照護，幫助病人及家屬討論病人自主及最大利益。。

# 醫學倫理個案摘要3：

## 病人自主由口進食之倫理議題討論

(自主原則、不傷害原則)

### 一、案例說明：

劉先生 3 年前罹患胃癌且脊髓損傷。11 月 14 日因三天未解便、發燒、全身虛弱、尿量少、薦骨 4 度壓痛及輕度腸阻塞入急診。

11 月 16 日轉至 MICU。11 月 27 日轉病房。11 月 28 日因血壓下降，轉 SICU 繼續治療。11 月 14 日至 12 月 31 日住院期間，病人輾轉於本院 ICU 及 RCC 進行臨床的照護。

治療過程病人常主訴肚子餓，於意識清楚情況下表達想由口進食與保留鼻胃管(虛弱時可用)，由口進食情況良好且呼吸平順，無嗆咳。

會客期間家屬前來探視，主治醫師向家屬說明病人血壓穩定且由口進食，家屬 A(醫師身分)質疑未會診復健科進行吞嚥訓練，由口進食是否有吸入性肺炎的風險？(因先前住院期間發生 2 次吸入性肺炎)

期間醫師及家屬談論氣氛不愉快，主治醫師表示家屬質疑就改回鼻胃管灌食並請病人與兒子(醫師身分)直接溝通。

倫理困境：

- 1、個案意識清楚，主訴想吃稀飯，經醫師評估確實可依病人自主意願由口進食，但因家屬間決策者眾多，且意見不一致，致家屬與主治醫師談論氣氛不愉快。未來如遇有相關情況，於臨床上應該依病人自主意願亦或家屬意願給予進食選擇？
- 2、家屬(醫師身分)質疑本院未會診復健科進行吞嚥訓練，本院目前確實未有相關機制，是否須適時加入跨團隊會診？

倫理爭議：

本案病人曾主訴想吃稀飯，然家屬為避免吸入性肺炎風險仍希望插鼻胃管，是否已違「病人自主原則」？

## 決議及建議：

應妥善處理醫病關係，在病人意識清楚下，如雙方仍無法達成共識，將以病人意見為準。

本院備有跨團隊會診機制，是否適時加入會診部分，需尊重臨床醫師判斷，如認為已有足夠能力處理、無需會診，應確實向家屬與病人說明，進行雙向溝通。

**108.1.6**起施行的《病人自主權利法》，目的為尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧。

「**預立醫療決定**」，必須具備法定條件即一定程序：  
**條件**方面必須是具「**完全的行為能力之人**」，才可以預立醫療決定（《病人自主權利法》第8條第1項）。  
**程序**必須符合：

1. 經醫療機構提供「**預立醫療照護諮商**」，並經其於預立醫療決定上核章證明；
2. 經公證人公證或具完全行為能力者二人以上在場見證；
3. 經註記於「全民健康保險憑證」（《病人自主權利法》第9條第1項）。

找「見證人」時，也應注意不得有下述消極資格之情事，即意願人的「醫療委任代理人」、**主責照護醫療團隊成員**、意願人的受遺贈人、**意願人遺體或器官指定的受贈人**，及其他因意願人死亡而獲得利益之人都不得擔任「見證人」（參見《病人自主權利法》第9條第4項）。

想做「預立醫療決定」的條件之一，必須有「醫療機構」提供「預立醫療照護諮商」。其乃指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行的溝通過程，商討當病人處於「特定臨床條件」、意識昏迷、或無法清楚表達意願時，對病人應提供的適當照護方式，以及病人得接受或拒絕的維持生命治療與人工營養及流體餵養（《病人自主權利法》第3條第6款）。

病人進行前述的「預立醫療照護諮商」須注意以下三點：

1.須有「醫療委任代理人」參與。「醫療委任代理人」乃指接受意願人書面委任，於意願人**意識昏迷或無法清楚**表達意願時，代理意願人表達意願之人（《病人自主權利法》第3條第5款）。

2.「醫療委任代理人」資格方面，可分積極資格、消極資格；**積極資格必須是20歲以上具完全行為能力之人**，始得任之。

3.另下列者，除意願人的繼承人外，不得為擔任：意願人的受遺贈人、意願人的遺體或器官指定的受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益的人（《病人自主權利法》第10條第1項、第2項）。

**預立醫療自主計畫（Advance Care Planning，簡稱ACP）**：是比預立安寧緩和醫療意願書更全面的臨終自主意願表達，其中除了我們熟知預立選擇安寧緩和醫療以外，也包含了「表達在心跳呼吸停止時，是否施行CPR」、「是否接受醫療維生設備維持生命的措施」、「是否需要經由靜脈點滴或口、鼻或腸道插管灌食人工營養」、「照護的場所或死亡地點的選擇」、「選擇醫療指定代理人」、「是否同意器官捐贈」等意願。**因此包含：**

- 1.急救意願表達（安寧緩和意願書、健保IC卡註記）**
- 2.維生醫療抉擇**
- 3.預立醫療委任代理人**：必須是**20歲以上具完全行為能力之人**，始得任之。當意願人**意識昏迷或無法清楚**表達意願時，代理意願人表達意願之人（《病人自主權利法》第3條第5款）。
- 4.預立醫囑**

## 病人自主權利法 SOP



具完全行為

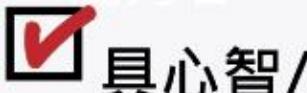


預立醫療照護



簽署預立醫療

醫療機構：意願人、二親等家屬、  
醫療委任代理人（若有）



具心智/

意識能力者



特定臨床條件



接受/拒絕

何種治療



見證人/公證



核章



註記

## 臨床條件



末期病人



不可逆轉昏迷



永久植物人



極重度失智



其他公告重症

## 《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》的差異？

三大不同	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
理論基礎 不同	1.保障末期病人的善終權益。 2.病人簽具意願書，亦可由最近親屬簽具同意書為之(但實務上多由親屬為之)。	1.保障每個人的人格尊嚴、自主與善終權利，僅心智能力健全者可自己簽署預立醫療決定。 2.以病人為核心，保障其知情、選擇與決定權。 3.搭配各種程序保障機制：預立醫療照護諮商(ACP)、預立醫療決定(AD)、醫療委任代理人。
適用對象 不同	1.末期病人only	1.末期病人 2.不可逆轉昏迷 3.永久植物人 4.極重度失智 5.其他經主管機關公告的重症
適用範圍 不同	1.心肺復甦術 2.只能延長瀕死過程的【維生醫療】	1. <u>任何有可能延長病人生命之必要醫療措施</u> ：心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等。 2.人工營養及流體餵養

若病人本身意識不清、年齡過高、太虛弱、不識字、或無法了解本身病情，該如何簽署DNR？

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，前述意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。所謂的**最近家屬**是指病人的**配偶**、**成人子女**、**孫子女**、**父母**、**兄弟姐妹**、**祖父母**、**曾祖父母**或**三等旁系血親**（叔伯、阿姨、姪女、外甥等）、**一等直系姻親**（如**媳婦**、**女婿**、**公婆**、**丈人**等）。

依據：「安寧緩和醫療條例」第七條。

承上題，若家屬間對於DNR與否的意見不一致時，該聽誰的？

由最近親屬出具同意書選擇DNR時，只要由其中一人簽署即可。若親屬間意見不同時，則依前題所說明的家屬先後定其順序，也就是**病人配偶的意見優於其成人（子女、孫子女）**，餘此類推。若同輩份（病人的父親與母親、或兄弟姊妹之間）的意見不一致，其中一人出具同意書者，即為同意不施行心肺復甦術依據：「安寧緩和醫療條例」第七條與施行細則第五條。

Ps: 「**前妻**」與病人已非法律上的親屬，無權代替病人簽具DNR同意書。「**乾媽**」也不是法律上的正式親屬。「**養子**」若有經過正式的法律收養流程，視同婚生子女。

依據：民法第四編親屬第一千零七十七條

