

外籍人士在國情文化差異下對於DNR的決策

～ 臨床倫理諮詢案例分享

文 / 臺大醫院倫理中心 蔡芸禕、江翠如

壹、案情簡述

30 多歲非洲某國家男性，原在臺某醫學院就學，後因為該國與臺灣斷交故轉學至中國某大學繼續就讀。2019/1/21 來臺旅遊時於下榻旅館，因服用不明白色粉末感到身體不適，由女性友人陪同送入急診，到院前心肺功能停止 (OHCA)，予以急救置放氣管內管及呼吸器、安裝葉克膜 (ECMO) 入住內科加護病房 (MICU)，1 周後雖葉克膜移除但顱內出血進行手術，2/12 進行氣切，後續轉至亞急性呼吸照護中心 (RCC)。病人長期呼吸器依賴，無自呼及自咳能力，腦部功能幾乎喪失，評估意識恢復機率低，醫療團隊考量病人預後不佳，認為加護病房等積極處置已無效，3/12 轉至一般內科病房接續照護。

病人已婚育有未成年子女，妻子在該國就讀醫學系，母親已歿，父親高齡 70 多歲且為家族中最具決策者。因該國為法語系國家，醫療團隊當時是透過病人在臺之外籍友人，持續與其家屬視訊溝通病人病況，並請其家屬考慮是否放棄急救或撤除維生醫療。然而病人父親、妹妹 (曾來臺照護約 2 個月) 對病人病況仍抱有期待，希望醫療團隊繼續積極救治。4/12 病人妻子抵達臺灣，但即便召開家屬會議後，妻子仍無法做出決定，只能持續向非洲家屬進行溝通。此外病人處於無健保的自費醫療身分，且醫療費用和看護費用尚未支付，除本院曾經協助募集基金外，病人父親也表示將會透過募款籌措所需費用，並計畫安排病人返國或前往中國繼續接受治療。

貳、倫理法律問題諮詢

一、家屬希望積極救治，然而醫療團隊評估病人預後不佳，入住加護病房等積極處置應屬無效醫療，因此希望透過倫理諮詢建議。

- 二、病人預估意識恢復機率低，繼續維持目前維生醫療需龐大費用及看護費用，且轉外院機構亦有困難。撤除或不給予維生醫療是否適當？

參、照會意見（方震中及蔡甫昌委員回覆）

- 一、病人自1/21因OHCA入本院，治療後仍無法恢復意識，經醫師專業判斷後，認為病人之疾病狀態可能已屬末期，建議醫療團隊可參考本院「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」有關神經疾病標準進行末期判定（必要時可照會神經科、內科神經專家協助）。
 - 二、依病情不可能恢復的情況，加護病房之處置無異於一般病房之處置，且持續維生醫療並不符合病人本人最佳利益，應屬無效醫療，甚至可能在治療過程中，造成病人額外的痛苦。
 - 三、除此之外，龐大醫療支出亦造成病人家屬壓力和負擔。建議團隊和病人家屬溝通，未來不再給予積極、侵入性治療；若遇有緊急醫療情況時不施行心肺復甦術；另亦建議考慮終止或撤除目前給予之維生醫療。
 - 四、若病人處於永久植物狀態而家屬又不願簽署不施行心肺復甦術（DNR）或撤除維生醫療之同意書，表明要移送病人回本國，因可能涉及國際醫療與關係（雖已非友邦），建議還是須尊重家屬意見，協助其安排返國事宜，惟相關費用本院雖盡力協助、但家屬仍然有義務要付費，循本院一般病人欠費機制處理。
 - 五、外籍人士在我國住院接受醫療，相關醫療行為須適用本國法令，因此簽署DNR仍須依我國安寧緩和條例規定，有病人的意願或最近親屬的同意。
- 以上意見敬請參考。

肆、後續追蹤

- 一、05/07病人妻子承受多方壓力，包括病人家屬、病人女性友人及住院醫療和看護費用。此外，家屬對病人OHCA原因感到困惑，經毒物科檢查病人尿液中常見毒品和代謝物均為陰性；送法醫檢驗的白色粉末顯示含有yohimbine壯陽藥成分。
- 二、06/17病人妻子表示有持續不斷與病人家屬溝通情況，並提到非洲家屬已開始考慮停止繼續救治，但不知道何時能做出決定。
- 三、07/05病人父親正在等待該國政府是否給予捐款，因此遲遲無法做出決定；病人弟弟則不同意父親的做法，有意願代替簽署DNR或撤管同意書。
- 四、08/15翻譯法文版的DNR回傳給非洲的家屬。

五、08/30病人父親表示同意不予急救，願意授權病人妻子簽署DNR同意書。

六、09/12撤除病人呼吸器後過世。由該國政府出資將病人遺體運回國。病人住院期間的醫療費用約300萬餘元，後續則依本院的病人欠費機制處理。

伍、後記補充

一、國情與文化的差異：

由於非洲該國的醫療體系尚未與國際醫學倫理原則接軌，缺乏簽署不急救同意書（DNR）以及撤除維生醫療的相關法律概念及醫療選項。然而外籍人士在我國住院接受醫療，相關醫療行為仍是須依照我國法律而行，因此本案由於國情及文化因素，病人家屬無法適應DNR或撤除這種選項，再加上語言不通等因素，致使醫護人員難以與家屬達成共識。

其實臨床倫理的挑戰往往在於需要面對不同國情、不同文化、不同種族，並須尊重其多元性。因此建議臨床醫護人員重視族群差異提升文化敏感度，在致力於溝通和理解下，依據本國法律和人道精神來執行職務。

二、代理人問題、產生溝通誤解：

本案曾一度是透過非法居留之外籍友人（英文）及短暫來臺照護病人之妹妹，協助翻譯（法語）給在非洲的家屬，溝通中傳達本院將病人轉至RCC，認為是醫院放棄對病人的治療，懷疑是否有種族歧視，甚至曾一度傳出器官販賣等錯誤訊息，造成家屬的敵意與誤解，直至病人妻子來臺與醫護團隊溝通後，才澄清與消弭此誤會。

在世界醫師會《醫學倫理手冊》有提到，醫療團隊和病人之間溝通的兩大阻礙是語言及文化上的差異。如果醫療團隊與病人說的是不同的語言，就需要一位口譯員。事實上在大部份的醫療環境中，都沒有稱職的口譯員，所以醫療團隊就必須找出在當時最適合該任務的人選[1]。由於家屬在代為傳達溝通資訊上，往往容易參雜個人情緒或想法，影響醫療團隊想要表達的原意。因此建議是類個案，應儘量尋找照護團隊與病人親朋等以外之合格第三方翻譯，且最好曾受過拒絕施行心肺復甦術及撤除維生醫療等攸關生命議題的相關教育訓練為宜。目前臺大醫院有多國語言志工來協助臨床居中翻譯溝通。

三、末期醫療判定：

本案在病人住院11週，曾照會神經科協助進行腦死判定，然而由於病人仍有自發性肢體抽動，未能符合腦死判定準則第五條的條件。有關該準則是依據「人體器官移植條例」第四條第二項規定訂定，現行條文為行政院衛生署（現為衛生福利

部) 於2012年12月17日修訂版本。

由於該準則主要用於器官移植判定，並非完全適用於末期病人的狀態判斷。因此，關於末期病人的判定仍須依據安寧緩和條例，由兩位相關專科醫師進行醫療專業判斷。建議可按上述照會意見所提參考本院「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」神經疾病標準進行判斷，詳細內容可參閱本季刊第1期文章針對此指引之簡介。

【上述案例之照會意見於2019年3月15日及4月12日提供，於2024年6月13日略做文字編修以納入本期季刊。由於案例涉及許多議題，因篇幅有限，僅就部分倫理議題進行分享】

參考文獻

1. 中華民國醫師公會全國聯合會。世界醫師會醫學倫理手冊第三版 (2015)。
<https://www.tma.tw/ethical/index03.asp>