醫師對急救後缺氧性腦病變病人之末期判定 意見不同

～ 內科加護病房倫理討論會報導

臺大醫院內科加護病房醫師 / 周君穎、古世基
整理 / 倫理中心 江翠如

壹、案情簡介 (本案內容已經過改編)

病人為 55 歲女性，日常生活完全自理。03/18 因喉嚨痛至某醫院急診，電腦斷層顯示聲門上喉炎 (Supraglottic laryngitis) 併有深頸感染 (deep neck infection) 及上呼吸道阻塞高度風險。病人當日改入本院急診，病情進展時程如下：

抵達急診	E4V5M6，生命徵象穩定，未佩戴氧氣下血氧飽和度 (SpO2) 97%
第2小時	電話聯繫耳鼻喉科 (ENT) 醫師評估，建議支氣管擴張劑、類固醇、抗生素使用，安排後續住院及手術事宜
第4.5小時	1st IHCA，評估為上呼吸道阻塞所致
1 st IHCA後5分鐘	耳鼻喉科 (ENT) 醫師抵達插管失敗，當場開始進行氣管造口術
1 st IHCA後18分鐘	心跳停止經心肺復甦急救而重新建立自發性循環ROSC，接上呼吸器
1 st IHCA後31分鐘	2nd IHCA (hypercapnia於氣切後改善，但blood gas顯示嚴重代謝性酸中毒)
2 nd IHCA後8分鐘	心肺復甦及急救處置後，2nd ROSC

03/19 手術進行氣管造口修正和止血，術後轉入內科加護病房，因乳酸中毒 (Lactic acidosis) 開始進行血液透析。

03/20 病人意識 E4VTM2-4，家屬簽署 DNR 同意書 (除氣管內插管外，全拒，含拒洗腎)，由二位專科醫師 (胸腔內科、耳鼻喉科) 評估後判定末期。

03/22 更換照護主治醫師，後續有照會神經科回復「 EEG 顯示中度至重度皮質功能障礙 (moderate-to-severe cortical dysfunction)，非腦死，預後並不是最糟糕的...」。

03/28 照護主治醫師評估取消末期判定。

04/16 病人意識木僵、嗜睡，脫離呼吸器可行呼吸。

04/28 改轉一般病房 (感染科) 接續照護。

貳、問題討論

- 一、家人對於醫療處置有提出疑問 (包含緊急氣切時機，以及氣切後呼吸道產生出血合併症等)，此時身為急重症病房之照護醫師，應如何跟病家溝通及解釋病情？
- 二、後續病人從加護病房轉至一般病房，接手照護醫師評估病人病況不佳，因此對於加護病房醫師取消末期判定感到疑慮。此時，病家又提出拒絕洗腎的要求，接手照護醫師應該如何處理？

參、資料查考與臨床運用

- 一、在與病家進行溝通時，尤其是針對具爭議性的個案，建議醫療團隊需保持協調與一致性，並共同參與病家的溝通及病情解釋。此外，在溝通過程中，醫療團隊應了解並重視病家的期望與需求，特別是當病人或家屬對醫療錯誤的揭露有期望時，需謹慎處理，以避免加深彼此之間的認知差距。以下為與醫療錯誤相關的研究與文獻，應有助於提升醫療團隊的認知及溝通方式。

(一) 醫療錯誤的定義？[1]

1. 計劃中的行動未能如預期般完成為執行上的錯誤 (an error of execution)，或者使用錯誤的計劃來達成目標為規劃上的錯誤 (an error of planning) (Reason, 1990)。
2. 無意的、非預期的行為 (無論是遺漏還是主動作為)，或者一個未能達到預期結果的行為 (Leape, 1994)。
3. 偏離正常的照護方式，可能對病人造成傷害，也可能沒有 (Reason, 2001)。

(二) 病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法中的研究顯示 [2]：

1. 問卷調查發現大多數 (88-99%) 病人或家屬希望能「知道一切」(包括醫療錯誤如何發生的有關細節)，摘錄如下：
 - (1) 調查顯示，醫療人員認為應主動揭露的比率普遍低於病人或大眾，尤其對於沒有明顯傷害的錯誤，更傾向不揭露；在內容方面亦較有選擇性，願意揭露事故的比率高於承認錯誤，較傾向部份揭露。
 - (2) 根據 Kaiser Family Foundation 2002 年的調查，77%醫師贊成應要求醫師在發生可預防的醫療錯誤且造成病人嚴重傷害時要告訴病人。
 - (3) 假設性調查其中有發現，多數有主動揭露時，受訪者想要採取法律行動的比率

顯著低於未揭露時。不過研究也發現，即使有主動揭露，根據錯誤的嚴重程度，仍然有比例不等（3.8%-60%）的民眾或病人可能會尋求法律意見或提出告訴。

2. 病人、家屬與大眾對主動揭露的看法和期望：一項英國的調查直接詢問訴訟中的病人與家屬在醫療錯誤發生後有哪些行動或可避免訴訟。結果顯示，受訪者的回答包括：解釋與道歉（39.4%）、矯正錯誤（26.6%）、賠償（18.1%）、發生時作正確處理（16.0%）、承認疏忽（14.9%）以及懲處（4.3%）等。
3. 病家到底想要什麼？
 - （1）使用病家可以了解的語言，說明事情的真相：請告訴我醫療過程發生了什麼事，讓我有心理準備可以怎麼做。
 - （2）聽聽病家的聲音，同理病人和家屬的痛苦：面對未知或模糊的狀況，我很不安和焦慮，心裡面很害怕。
 - （3）提供一個明確院內醫病溝通的管道：事情發生但不知道找誰溝通，如何和院方溝通。盲目尋找可行的管道。
 - （4）釋放誠意：醫院主動連絡，了解病家真正的訴求與主張，協商後續的醫療處理。

二、當時接手照護一般病房醫師選擇向倫理諮詢小組提出照會，並就其疑慮與看法與倫理諮詢委員討論。該醫師表示對加護病房醫師取消末期判定感到疑惑，認為病人狀況不佳應已達到末期。另外也提出是否在沒有做末期判定的情況下，可依據病人家屬所簽署的「拒絕治療（洗腎）切結書」，不再進行洗腎治療。倫理照會意見回復如下：

- （一）病人如尚未被判定為生命末期，且意識清楚可表達意願，病人本人可以拒絕治療、並簽署「拒絕治療切結書」；若病人尚未被判定為生命末期，且無法自主表達意願時，經醫師綜合評估可能會存活一段時間（例如超過半年以上），倘若該治療（例如洗腎）評估為對病人有益處，而家屬卻拒絕該醫療、簽署拒絕治療切結書，欲中止病人維生醫療，則將形成代理人之決定不符合病人之最大利益、有剝奪病人生命權之疑慮。
- （二）若病人已經兩位專科醫師進行末期判定，依據安寧緩和條例可以選擇終止及撤除維生醫療。目前本案病人是否已完成末期判定，必須先釐清。臨床上由於病人病情時常有所變化、病人與家屬之意見也可能改變；原照護團隊跟後來照護醫師對於末期判定可能見解不一致。此時建議可參考本院「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」進行末期判定、並進行團隊內部意見之溝通。

(三) 倘若病人狀況不佳，雖有洗腎需求，但洗腎效果不好，醫療團隊可基於醫療理由進行評估，並可於病歷中敘明：1.病人病情病況為何，是否已接近末期狀態，2.洗腎對病人效果是否有限，產生的風險為何（如生命跡象不穩等），3.家屬是否已表達拒絕治療，並完成「DNR 同意書」簽署。經醫療專業評估如果判定洗腎已屬無效（futile）或無益（non-beneficial）醫療行為，則醫師可決定不啟動洗腎此項維持生命治療。

肆、蔡甫昌教授回應

- 一、雖然本案當時有受理倫理諮詢照會，但直到參加本次加護病房的倫理討論會時，方知案情全貌以及病家所提出的疑慮。從全案來看，無論是否涉及醫療錯誤或病情合併症等，建議在面對病家質疑的情況下，應及早通知並啟動醫療糾紛關懷小組，以促進醫病（家屬）雙方的良好溝通。
- 二、本案從 3/22 神經科醫師的回覆意見「EEG 顯示中度至重度皮質功能障礙，非腦死，預後並不是最糟糕的...」來看，由於病人並不進行器官捐贈，因此無須判斷是否為腦死，建議照會神經科的目的可聚焦於協助評估病人是否已達疾病末期或進入植物人狀態，與加護病房醫師共同進行綜合判定。從後續病人生命徵象漸趨穩定，並已脫離呼吸器維生系統，似乎應為缺氧所致的腦部損傷。

伍、後記補充：臺大醫院倫理諮詢小組會議紀錄摘錄

一、本案後續追蹤結果：

04/29 由二位感染科專科醫師完成末期判定，病家完成簽署 DNR 同意書（除氣管內插管外，不施行心肺復甦術項目全拒，維生醫療則為拒洗腎），住進一般病房後即開始提停止洗腎治療。

05/20 意識木僵 E2M3VT，呼吸平順，四肢水腫，抽血指數尚可（BUN 18.9 mg/dl, Cr 1.30 mg/dl，Na 143 mmol/l，K 3.0 mmol/l）。

05/22 出院轉至長照機構。

二、理論上腦傷後功能是否恢復，就判定末期部分仍需要一段觀察時間。本案病人僅就腦傷部分來看，第一次判末時間就在病人 IHCA 後的 2-3 天內，是由胸腔內科與耳鼻喉科專科醫師判定，判定時機似乎略嫌過早，後續由接續照護主治醫師評估後取消判末；本案病人第二次判末，是由病房二位感染科專科醫師判定，就安寧緩和醫療條例規定，判末醫師應具有相關專科醫師資格，倘若病人

是因感染問題造成應是無虞，惟本案病人主要應是腦損問題，建議應由神經專科醫師協助共同判定較為妥適。

三、有關非癌症病人之腦損病人末期判定：

- (一) 本院啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版中，有針對嚴重中風病人訂出判定參考時機「(1) 腦中風急性期，合併下列情況：意識昏迷或植物人狀態超過三天，出現不正常或無腦幹反應、無語言反應、對疼痛無退縮反應、無法經口進食維持生命。(2) 長期腦中風，合併下列情況之一：FAST $\square$ 7C、Karnofsky $\square$ 50%、嚴重營養狀況不良」[3]。
- (二) 有關判定病人是否為植物人狀態，建議可參考病人自主權利法施行細則第 11 條規定略以：「...不可逆轉之昏迷狀況，指因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之持續性重度昏迷：一、因外傷所致，經診察其意識超過六個月無恢復跡象。二、非因外傷所致，經診察其意識超過三個月無恢復跡象。三、有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識。前項診察及確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之」[4]。

參考文獻

1. Grober ED, Bohnen JMA: Defining medical error. Can J Surg 2005;48(1):39-44.
2. 邱淑媿：病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法 - 對實證文獻之回顧。2007。
3. 蔡芸禕、江翠如、蔡甫昌：啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版。臺大醫院倫理中心季刊 2024;1:29-34。
4. 中華民國法務部：病人自主權利法施行細則。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020199> Accessed October 1, 2024。