內外科醫師對心臟衰竭病人之末期判定意見不同

～ 臨床倫理諮詢案例分享

文 / 臺大醫院倫理中心 江翠如

壹、案情簡述 (本案內容已經過改編)

75 歲女性，7/20 搬重物時從二樓梯摔下。救護人員抵達時，病人仍有脈搏，但在救護車上發生心跳停止並進行心肺復甦術 (CPR)，抵達急診後，隨後在家屬同意下為病人裝置葉克膜(ECMO)，並轉至心臟加護中心由內科主治醫師接手照護。急救後儘管恢復自發性循環 (ROSC)，但病人意識仍呈現 E1VTM1。電腦斷層檢查顯示無顱內出血 (ICH)，心臟檢查顯示三條血管阻塞 (3-vessel disease)，懷疑心肌梗塞，並因心臟驟停導致雙肺感染和發炎。本案當時有照會心臟外科醫師，並與家屬討論心臟繞道手術及心導管的可行性，但家屬因經濟考量拒絕。由於心臟內科醫師評估病人預後狀況極差，遂於 7/22 照會家庭醫學科醫師共同評估後進行末期判定。當時各方立場摘要如下：

- 心臟內科醫師 (主責醫師)：認為病人已錯過黃金救治期間，根據內科的臨床經驗，即便進行手術也是風險很大，心臟預後不好。
- 心臟外科醫師 (照會醫師)：認為病人仍有接受手術救治的機會，不太認同末期判定，並指出家屬因經濟因素拒絕手術不應成為決策的理由。建議應先減少病人的鎮靜藥物劑量，若病人能恢復清醒，則需確認其自主意願，否則無異於非人權國家。建議應照會倫理諮詢委員獲取意見。
- 病人家屬：無力負擔醫療及後續照護費用，因此需花費的醫療項目都不希望再提供，並已完成簽署不施行心肺復甦術 (DNR)。
- 社工師：本案屬於連健保費也無法負擔非常弱勢的家庭，此次就醫已協助恢復健保，但即便本院能提供部分醫療費用補助，資助仍然有限。

貳、倫理法律問題諮詢

心臟內科醫師與心臟外科醫師對於本案病人病情是否達末期意見不同，心臟外科醫師認為應還有手術選項，且應徵詢病人自主意願，因此希望透過倫理諮詢委員給予建議。

參、照會意見 (蔡甫昌及韓吟宜委員回覆)

- 一、若病人無法自主表達意願時，經醫師綜合評估尚未能判斷末期，若經醫療評估該項治療為符合病人最大利益，而家屬卻拒絕該項治療，此時仍應以病人自主意願為主，協助讓病人在意識清楚狀態下（例如降低鎮靜用藥等）表達自己的意願，否則將有剝奪病人自主權利之倫理疑慮；倘若有危及或緊急狀況，則醫療人員可逕行依醫療法60條、63條之相關規定，採取必要之緊急醫療處置[1]。
- 二、本案病人之家屬已簽署不施行心肺復甦術（DNR）選擇不體外心臟按壓、不心臟電擊、不裝心律調節器（Pacemaker），尚能接受維生醫療（洗腎）措施，7/22由主要照護之心臟內科及家醫科二位專科醫師完成末期判定，本院電腦portal系統已完成末期病人註記。倘心臟外科醫師認為不應剝奪病人自主權利，應停掉鎮靜用藥讓病人清醒以便進行決策，建議應先釐清可提供對疾病治療或預後有幫助之醫療選項，如此提供機會讓病人進行決策才具有意義。
- 三、本案據主要照護團隊心臟內科評估，病人已錯失心臟救治黃金期間，又病人75歲已有相當年紀，即便進行手術心臟衰竭也應呈現不可逆狀況，基於無更佳治療選擇項目下，本案病人末期判定應是確定，降低鎮靜劑讓病人恢復意識進行決策應無甚意義，甚至會徒增病人的痛苦和不適，建議往瀕死善終方向進行準備。

肆、後續追蹤：07/23上午病人死亡。

參考文獻

1. 中華民國法務部：醫療法第 60 條、第 63 條。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020021>。 Accessed October 1, 2024.