

器官捐贈移植相關倫理議題與協助器官捐贈 20年經驗分享

～洪芳明醫師專題演講紀要

講者 / 亞東醫院外科暨創傷加護病房 洪芳明

整理 / 臺大醫院倫理中心 林劭璇、江翠如

2024 年 6 月 13 日臺大醫院倫理中心舉辦全院員工臨床倫理教育訓練，邀請亞東醫院外科暨創傷加護病房主任，同為器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心董事洪芳明醫師，演講「器官捐贈移植相關倫理議題與協助器官捐贈 20 年經驗分享」。洪醫師經歷豐富，自 2001 年升任主治醫師以來，不僅從胸腔內科轉任當時顯少人願意接手的外科加護病房，同時還被指派負責器官勸募這具挑戰性的任務，此外在醫院管理及資訊管理領域等也有學習與跨足。在此次演講中，洪醫師回顧了臺灣《安寧緩和醫療條例》的修正歷程，並從中分享了過去二十年參與器官勸募的心路歷程與倫理挑戰。以下是經講者確認的部分演講內容，供讀者參考。

壹、演講內容

2000 年，臺灣施行《安寧緩和醫療條例》，保障末期病人接受安寧緩和醫療、尊嚴善終及拒絕醫療的權利。條文明訂病人簽署的「意願書」與家屬簽署的「同意書」均具「不予」的效力，但尚未規範「撤除」。2002 年開始修法，規定末期病人簽署的「意願書」可阻止心肺復甦術的施行 (withhold)，並能「終止或撤除」 (withdraw) 已實施的部分，但家屬的「同意書」仍無法撤除。

2001 年，洪醫師開始被時任亞東醫院朱樹勳院長賦予協助器官勸募業務，並協助勸募到兩顆來自不同捐贈者心臟串聯在一起之三心人心臟移植，2004 年負責移植委員會運作，自此洪醫師幾乎全年無休，更加全心投入器官勸募的工作中，當時並透過大愛家屬的回饋言語「弟弟出開刀房時，我看到平時面像的他」，深刻感受器官勸募可挽救無數垂危病人的醫療價值。然而，器官勸募的過程並不容易，儘管 2002 年進行前述安寧法規的修法，實則仍存在許多限制，對於推動器官捐贈效益有

限。此外，洪醫師在器官勸募過程中也面臨一些倫理衝擊，首先即是關於腦死病人議題，腦死的病人會醒嗎？會活嗎？目前醫療技術無法使腦死病人醒來，但可以透過藥物和 ECMO 讓病人延續活著，那麼腦死病人是否仍能捐贈器官？究竟何謂死亡？腦死、心臟停止、呼吸停止、細胞死亡或基因死亡？

2005 年，洪醫師積極展開器官勸募的全院宣導，直至拍宣導短片中家屬的一席話「加護病房的主任對我（家屬）鞠躬，詢問我是否願意捐贈器官。」，讓洪醫師開始深刻反思自己過於專注在器官捐贈的表象，而忽略了應以病人為主的本質。洪醫師回憶道，2007 年因 2 歲半兒童是否能判定腦死及捐贈一事，曾與同僚面臨法律和倫理的衝擊產生歧異。洪醫師認為沒有明文規定就進行的話，即使病人家屬有捐贈意願，然醫師解釋不夠清楚時，即便仰仗生命倫理四原則，也無異如同是殺人罪。後來，該案提至衛生署（現為衛生福利部）召開專家會議，最終同意亞東醫院進行全國首例 3 歲以下幼童的腦死判定，並實現全國首例 3 歲以下幼童的器官捐贈。

2008 年，感受到如移植醫師遇到急需器官勸募團隊之情況，洪醫師認為移植醫師不應介入器官勸募事務，但就臺灣目前來看 8-9 成器官勸募業務都由外科醫師在主導，建議後續政策或許可以思考調整。洪醫師接續提到可用生命倫理四原則來化解兩端衝突，讓不論移植醫師或勸募團隊理解必須從尊重生命倫理的角度出發，確保符合「尊重自主」保障人的器官不會在非自願之下被摘取或利用；捐贈舉動或許真能救活很多人，但在「不傷害」的原則下，對於一個瀕死的人，不應提早結束其生命；須認知到「行善原則」與「功利主義」緊緊相扣，因此「好」或「壞」都要透過器官捐贈移植登錄中心的機制公平進行分配；最後一道道德防線，器官捐贈即使是「大愛」之舉，也絕不能放鬆對「絕對不可以」的堅守，任何放鬆都會不斷擴大模糊地帶，即使以挽救許多生命為初衷，依然違反了正義原則和不傷害原則。此生命倫理四原則從此注入成為亞東醫院的基因。

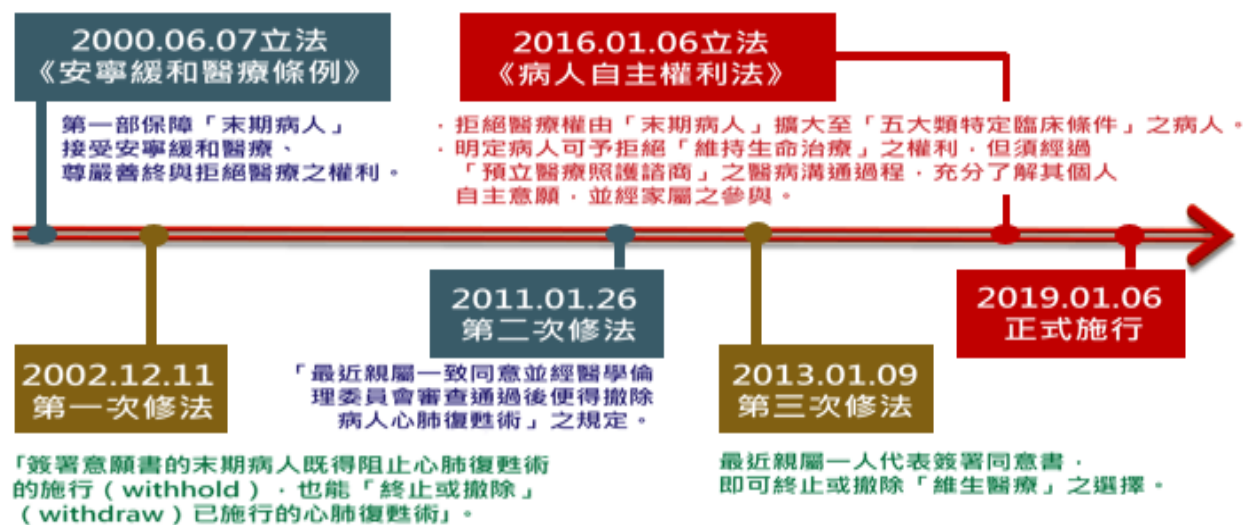
針對勸募團隊，洪醫師在投影片寫到「往往，人們總以為我們的守候，只為最後的剩餘價值。然而，彎腰鞠躬的剎那，才是沈重責任的開始」。彼時，在洪醫師的心中已經沒有器官勸募這檔事，而是將自己視為解釋病情的醫師。他強調，應該以維護病人權益和醫療倫理為核心來看待器官捐贈，並反對任何勉強勸募的行為。決定權應交還給病人及其家屬，讓他們在獲得充分資訊後自行做出選擇，醫療

團隊應尊重並支持他們的決定，避免將父權式的醫療觀點強加於他們，因為每個人對於善終和生命價值的定義都不同。洪醫師還引用《星空的立法者》來強調其過去對於器官勸募的執著，猶如克卜勒的老師堅持地球為中心，最後終其一生皆未能發現行星運動規律。當放下這份執著，視太陽為中心時，便能如同克卜勒發現第三行星運動定律。

洪醫師接續又以蘇格拉底、柏拉圖、亞里士多德，及特斯拉執行長伊隆·馬斯克所信奉「第一性原理 (First Principle)」，它強調一種層層剝開事物表象、探究本質，並從本質再出發的思考方式。洪醫師認為，第一性原理內化於他的醫療實踐中，就是「病人唯一」。他回顧 2009 年受薛瑞元醫師（前衛生福利部部長）邀請制定臺灣「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」時，其中有提供繼續治療、不進行心肺復甦術等急救措施、家屬陪伴、自行出院回家或者器官或組織捐贈等選項指引，其實就是回歸事物的本質——醫師應該解釋病情，讓病人或家屬充分了解並做出自主決定。

2009 至 2010 年間，洪醫師通過生命末期臨終意願徵詢所收集的 300 份資料顯示，器官捐贈量並未顯著增加，但善終的比例卻大幅上升。這一數據也促使往後健保署開始支付緩和醫療家庭諮詢費，一年多後，發現外科加護病房的占床率也顯著下降。隨後，亞東醫院與臺大醫院外科加護病房共同針對生命末期照護評價所進行之研究發現，僅 14.6% 的病人曾被徵詢末期自主意願，家屬代理意願徵詢比例也僅達到 53.3%，顯示父權式的醫療忽視了病人和家屬的自主權利；此外研究發現家人在去世前的那一刻的狀況、能跟所愛的人說再見、能舒服的呼吸，其症狀的控制與瀕死前的準備是多麼的重要。

2011 年，《安寧緩和醫療條例》進行第二次修法，主要通過家屬簽署的「同意書」在十分嚴格的條件下，包括須配偶、成年子女、孫子女與父母一致共同同意，並經醫療倫理委員會審查通過，才得以「撤除」心肺復甦術。此修法卻導致全台所有醫院幾乎是窒礙難行，遂又向上級機關反映，展開了 2013 年第三次修法，將規定改為由最近的親屬一人代表簽署同意書，即可終止或撤除維生醫療。至此之後，該條例規範也漸趨固定，未再做大幅異動。2016 年更進一步通過《病人自主權利法》，將病人拒絕醫療權由「末期病人」擴大至「五大類特定臨床條件」。



圖片標題：安寧緩和醫療條例修正歷程（圖片來源：洪芳明醫師演講投影片，臺北市立聯合醫院人文創新書院 / 病人自主權利法暨 ACP 推動團隊提供）

貳、綜合討論

一、針對某些醫院的組織捐贈總量很高，但器官捐贈量卻一直無法提升，是否在捐贈端認為捐贈組織的傷害較小侵犯性較少，或者是否僅存透過組織捐贈以領取喪葬補助的心態？

（一）洪芳明醫師回答，此現象個人傾向歸因於醫院內部系統問題。以北區器官勸募網絡責任醫院為例，同樣的臺灣人、類似的人口結構和疾病診斷，某些醫院器官捐贈量較高，然而其他醫院的捐贈量卻幾乎沒有。唯一的變數可能在於醫護人員，尤其是急重症醫師的態度。許多急重症醫師不願意面對器官捐贈的問題，可能認為病人死亡是他們的失敗，或覺得器官捐贈的流程過於繁瑣。如果能改變急重症醫師的態度，讓他們願意幫助有捐贈意願的病人完成器官捐贈，那麼器官捐贈的成效應該有望提升。此外透過器官勸募獎勵金上的有感回饋，都是在鼓勵醫護人員做對的事情。

（二）蔡甫昌醫師回應，急重症醫師的過往養成訓練即是救死扶傷，此外原照護醫師轉變成進行器官勸募，醫師可能也會擔心產生利益衝突，因此在心態及觀念上轉換需要時間和學習。建議器官移植登錄中心可以考慮以急重症醫師為核心，從上而下推動相關政策，逐步改變醫界文化。只要急診和加護病房的醫師願意向病人解釋病情，並進行善終意願徵詢，相信器官捐贈的成效必定能有所提升。

二、蔡甫昌醫師提到英國在推行循環停止死亡後器官捐贈 (Organ Donation after Circulatory Death, DCD) 時，有個很重要的觀念，當器官捐贈是符合本人價值與意願，如此前提存在下，醫療團隊在照顧每位末期病人時，應同時也要照顧其器官，以確保病人能順利實現捐贈心願。洪芳明醫師接續補充，病人家屬在未決定捐贈前不會刻意進行器官保護，一旦開始表達意願，器官的保護將成為重要選項，而非等到簽署同意書後才著手開始處理。

(本案因篇幅有限，僅摘要部分內容進行分享)