

家屬對末期病人DNR之決策態度反覆

～ 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 / 沈庭安、錢穎群

整理 / 倫理中心 黃昭惠、江翠如

壹、案情簡介 (本案內容已經過改編)

病人為 36 歲男性，多年前診斷為去分化脂肪惡性肉瘤 (dedifferentiated liposarcoma, DDLPS)，目前病情已發展至肺、胸膜、及腸道瘻管等多處轉移，有在持續接受治療。近幾個月病人完全喪失生活自理能力，需仰賴他人協助。5 月中，病人因血中二氧化碳過高 (CO₂ retention)，入院使用 BiPAP 呼吸器。期間召開家庭會議，病人完成 DNR 簽署 (全拒、拒洗腎)。隨後病況稍有改善，於 6 月底出院。

【第一次撤除急救】

8 月底，病人因呼吸困難、昏迷及血中二氧化碳過高再次從急診入院。病人家屬 (母親) 要求撤除病人先前所簽署之 DNR 意願書，醫療團隊只好緊急進行氣管內管放置，病人隨後恢復意識。經腫瘤科評估，病人腎功能不佳需洗腎，且轉移至肺部的腫瘤在接受多種抗癌治療下仍持續惡化。雖然已經不建議再繼續腫瘤的治療，但若要进一步積極治療，因病人脫離呼吸器機會不高，需進行氣切，且須視氣切後呼吸改善狀況而定。若沒有預期效果，建議考慮安寧照護以減緩病人不適。隨後，病人仍完成氣切手術，並繼續接受化學治療及血液透析。

【第二次撤除急救】

9 月初，在安寧團隊與病人及家屬訪談後，病人再次簽署 DNR 意願書 (不壓、不電，保留插管、急救藥物、人工呼吸及洗腎)。9 月中，召開家庭會議，告知病人及家屬預後不良且生活品質差，並討論是否繼續化療。然而，家屬對於 DNR 及停止化療仍感到猶豫。9 月底化學治療引發低血壓，開始持續使用強心藥。隨後幾天，病人出現化療後血小板減少 (thrombocytopenia)，咳血，低氧血症及心動過緩，在醫療團隊進行 40 分鐘的心肺復甦術後病人死亡。

貳、倫理法律問題

- 一、病人於昏迷前已有簽署 DNR 意願書，家屬可以在病人昏迷時表示要撤除先前病人所簽署的意願書嗎？

二、家屬可否宣稱自己為病人代理人，以代理人身分主張撤除病人已簽署的 DNR 文件？

參、資料查考及臨床應用

一、安寧緩和條例相關法條介紹

本案例發生了家屬對於病人所簽署之 DNR 表示反對及態度反覆之狀況。因家屬情感上的不捨，在病人昏迷的狀況下，家屬的決定違反了病人在昏迷前所表達之意願，導致醫護團隊配合進行了第一次急救。隨後，病人意識恢復住進加護病房接受照護，加護病房照護團隊及腫瘤科及安寧照護團隊，積極與病人及家屬召開家庭會議，除了讓病人及其家屬充分瞭解其癌症末期狀況，也希望透過有效的溝通，促使病人及家屬在 DNR 的態度能達成一致共識。以下為我國安寧緩和條例中有關文件簽署、代理人等相關規範，有助釐清此案件爭議之處[1]，整理如下，供參考。

條項款目	條文摘錄
第4條	1 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。 2 前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署： (下列事項列略)
第5條	1 成年且具行為能力之人，得預立第四條之意願書。 2 前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。
第6條	意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。
第7條	1 不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定： 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。 2 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。 3 末期病人無簽署第一項第二款之意願書且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。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。 <u>同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。</u>

依據我國安寧緩和條例，本案病人於意識清楚時已簽署 DNR 意願書，此外，且病人未事先立下「醫療委任代理人委任書」以書面指定代理人。因此醫療團隊及其家屬應當尊重病人於昏迷前所表示有關生命末期決定之意願，即便是病人的母親也不得宣稱自己作為病人之代理人、就要撤銷病人先前所簽署之意願書。

二、延伸議題：如何評估病人知情同意的能力

本案另一議題為如何評估病人具有充分知情同意的能力。經諮詢本院精神科醫師建議一般可參考“Assessment of patients' competence to consent to treatment”[2] 評估表，以進行臨床判斷(如 Table 1)。此表使用時需由病人本人自主地用口語表達，然而加護病房病人往往因為病情較嚴重，無法依據該表單之檢視方式進行回應，此時可考慮進一步照會精神專科醫師，尋求其專業評估、以判斷病人知情同意能力。

Table 1. Legally Relevant Criteria for Decision-Making Capacity and Approaches to Assessment of the Patient.				
Criterion	Patient's Task	Physician's Assessment Approach	Questions for Clinical Assessment*	Comments
Communicate a choice	Clearly indicate preferred treatment option	Ask patient to indicate a treatment choice	Have you decided whether to follow your doctor's [or my] recommendation for treatment? Can you tell me what that decision is? [If no decision] What is making it hard for you to decide?	Frequent reversals of choice because of psychiatric or neurologic conditions may indicate lack of capacity
Understand the relevant information	Grasp the fundamental meaning of information communicated by physician	Encourage patient to paraphrase disclosed information regarding medical condition and treatment	Please tell me in your own words what your doctor [or I] told you about: The problem with your health now The recommended treatment The possible benefits and risks (or discomforts) of the treatment Any alternative treatments and their risks and benefits The risks and benefits of no treatment	Information to be understood includes nature of patient's condition, nature and purpose of proposed treatment, possible benefits and risks of that treatment, and alternative approaches (including no treatment) and their benefits and risks
Appreciate the situation and its consequences	Acknowledge medical condition and likely consequences of treatment options	Ask patient to describe views of medical condition, proposed treatment, and likely outcomes	What do you believe is wrong with your health now? Do you believe that you need some kind of treatment? What is treatment likely to do for you? What makes you believe it will have that effect? What do you believe will happen if you are not treated? Why do you think your doctor has [or I have] recommended this treatment?	Courts have recognized that patients who do not acknowledge their illnesses (often referred to as "lack of insight") cannot make valid decisions about treatment Delusions or pathologic levels of distortion or denial are the most common causes of impairment
Reason about treatment options	Engage in a rational process of manipulating the relevant information	Ask patient to compare treatment options and consequences and to offer reasons for selection of option	How did you decide to accept or reject the recommended treatment? What makes [chosen option] better than [alternative option]?	This criterion focuses on the process by which a decision is reached, not the outcome of the patient's choice, since patients have the right to make "unreasonable" choices

* Questions are adapted from Grisso and Appelbaum.³¹ Patients' responses to these questions need not be verbal.

肆、蔡甫昌教授回應

一、法規規定及簽署認定

1. 根據《病人自主權利法》第 4 條第 2 款：「病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫醫療選項決定之作為。」[3]。此法已明定病人有權利表達是否接受特定的醫療處置，並且在其表達意願後（例如完成簽署 DNR 或預立醫療決定〈AD〉），關係人不得隨意更改或撤回，除非病人有新的明確指示。家屬的情感因素可能會對病人意願之執行產生干擾，但法律已明確要求醫療團隊應尊重病人先前表達之意願，即使家屬表達強烈不捨，醫療人員也不應違背病人先前之決定。
2. 倘若病人無法表達意見且無事先以書面文件委任代理，根據《安寧緩和醫療條例》第 7 條第 3 項：「末期病人無簽署第一項第二款之意願書且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。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。」[1]。此條文強調在病人昏迷、無法表達意見時，應優先考慮病人事先明示之意思。若無事先指示，應根據病人的最大利益進行決定。如果家屬反對病人所表達之意願或選擇之處置，醫護同仁應透過緩和醫療家庭會議進行溝通，先對家屬之心情表達同理與共感，並委婉說明我國現行之法律對病人自主之重視與保障，勸說家屬應尊重本人意願。
3. 我國法律上雖未對家屬行為設置罰則，但明確規定病人的意願不得被違背。這意味著，如果病人已經做出了決定且有書面紀錄，醫療團隊有義務予與尊重，即使家屬因情感因素出現態度反覆。實務上，為避免家屬在病人昏迷時作出與病人意願相反的決定，醫療團隊應提早進行家庭會議、與家屬進行充分溝通，並且在心理層面上給予支持，協助家屬理解與接受病人選擇。

二、及早啟動生命末期照護討論

1. 當家屬情感上難以接受病（親）人為末期或即將死亡的事實時，可能出現哀慟反應（Grief Process）之各種階段（否認、討價還價、憤怒、憂鬱、接受），醫療團隊應理解「病人」與「家屬」都可能處於哀慟反應之各階段，並且可能會反覆發生。應對這種情況，醫療團隊需加強與家屬的溝通、給予其時間來調適，並適時地提供心理支持或尋求社工同仁的協助。
2. 面對對末期病人及家屬的情感困境，醫療團隊應儘早啟動溝通、並與家屬建立

信任關係，幫助他們了解病人的意願並尊重病人的自主權。及早的 ACP (預立醫療諮商) 可以減少後期的爭議，並提高家屬對醫病關係的滿意度。亞東醫院張厚台醫師博士論文研究顯示，及早討論 DNR 比延遲討論 DNR 更能夠提高醫療照護的滿意度，進而能降低醫療成本 [4]。因此醫療團隊應該在病人病情較穩定時，就與病人及家屬進行討論，以避免病人在生命末期時承受過度與無效之醫療、徒增急救過程之痛苦，這不僅符合病人的最大利益，也有助於提高醫療品質和成本效益。

三、臨床實務中的挑戰

1. 當家屬的情感和病人的意願產生衝突時，醫療團隊應秉持病人自主的原則，協助病人及家屬進行溝通。可適時提出「倫理諮詢」以尋求倫理法律觀點之支持，若遭遇溝通無效或者有特殊需要時可進一步尋求上級主管、法務部門或倫理委員會的協助，藉此幫助家屬理解尊重病人自主乃受到法律之規範與保障。如此，除了可避免病人的意願被違背，也可保護醫療團隊免於法律風險。
2. 在專業導向的醫療生態體系中，各專科有其不同專業領域屬性與表現，「臨床試驗」常為腫瘤科醫師病人照護過程考量之一環，而病人接受臨床試驗時總是抱著一線希望，家屬和醫療團隊可能基於讓病人繼續懷抱希望而避免討論 DNR。此案例中，腫瘤科醫師已積極維持病人接受治療權益，或許提前與家屬進行較開放性之末期照護討論，告知家屬臨床試驗的可能結果以及病人的末期照護之各種選擇，可儘早協助病人及家屬做好心理準備，並避免瀕死過程時承受過度之醫療。

伍、總結

我國法律已明確規範保護病人之醫療自主權，但在臨床實務中，醫療團隊需要同時面對病人及其家屬，可能面對各樣情感、倫理與法律之衝突。早期介入、有效的溝通，並充分納入倫理與法律之觀點，對於病人和家屬的福祉至關重要。醫療團隊在照護病人過程中，若遭遇家屬與病人之意見不同，甚至於家屬意見欲凌駕於病人自主之上。此時只有回歸良好的醫病溝通、表達對於家屬心情的同理共感、並說明尊重病人自主意願之重要性，必要時可尋求倫理諮詢、以及心理師或社工師之協助，來處理複雜的情感與倫理困境。

參考文獻

1. 法務部全國法規資料庫：安寧緩和醫療條例。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066> /Accessed November 15,2024.
2. Paul S. Appelbaum.Assessment of patients' competence to consent to treatment. The New England Journal of Medicine.2007;357(18):1834-40.
3. 法務部全國法規資料庫：病人自主權利法。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189&kw=%e7%97%85%e4%ba%ba%e8%87%aa%e4%b8%bb> /Accessed November 15,2024.
4. 張厚台：治癒到療護-以醫師及家屬觀點建構成功的加護病房生命末期家庭諮詢會議。臺大公共衛生學院健康政策與管理研究所。2018。147p(學位論文： 147p 指此論文之總頁數)