

帕金森氏症晚期病人植入永久性心律調節器的兩難處境

～ 內科加護病房倫理討論會

臺大醫院內科加護病房 / 吳任爵、古世基
整理 / 倫理中心 黃昭惠、江翠如、蔡甫昌

壹、案情簡介 (本案內容已經過改編)

一位 80 歲女性，喪偶，育有兩名子女，與長子同住，由外籍看護協助照護。病人因帕金森氏症晚期、慢性阻塞性肺病 (COPD)、糖尿病與高血壓，近年行動受限，過去一年臥床，意識狀態逐漸下降，近期評估為 E3V2M2，並有反覆泌尿道感染病史。

10 月中，病人清晨出現喘鳴併脈搏微弱，外籍看護立即施行心肺復甦術 (CPR)，緊急救護技術員經聯絡後迅速到場，經急救 20 分鐘後恢復微弱心跳，送急診插管與強心劑治療後轉入加護病房。經急救復甦後，病人對外刺激無反應、無自主活動。腦部影像顯示缺氧缺血性腦病變，腦電圖查顯示幾乎無腦電生理活動 (nearly no electrocerebral activity)。雖感染經抗生素控制，仍無法完全脫離呼吸器，需倚賴機械通氣，家屬也因此同意進行氣切手術。另也因急性腎損傷開始透析治療。

11 月初，病人突發心律不整，心電圖顯示高度房室傳導阻滯，數次心跳過緩，醫療團隊緊急會診心臟內科以暫時性經靜脈心律調節器 (TPM) 穩定心率，並討論植入永久性節律器 (PPM) 的可能性。

目前家屬意見分歧。長子認為母親一向積極治療，應植入節律器維持生命；次女則認為母親長期受病痛折磨，且無恢復意識跡象，應以舒適照護為主，避免額外侵入性治療。家屬尚未達成共識，醫療團隊正協助溝通後續醫療決策。

貳、問題討論

- 一、本案病人是否符合末期定義？
- 二、當將暫時性經靜脈心律調節器 (TPM) 的心率調整到到每分鐘 30 次時，病人多數時間呈現完全性房室傳導阻滯 (CAVB)，心室率約在每分鐘 35 到 45 次。綜合考慮病況，身為加護病房原照護醫師，您是否認為應依心臟內科醫師建

議，置入永久性節律器（PPM）？

參、資料查考及臨床應用

一、生命末期判定

由於本案病人非癌症末期病人，因此在末期病人判定上存在挑戰。有關確認是否符合末期的相關條件，可參考本院「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」[1]。經評估，本案病人已進入帕金森氏症晚期，長期臥床，心智功能嚴重退化，日常生活完全依賴他人照護。至於有關病人的神經學狀況，腦電圖（EEG）顯示已無明顯電生理活動、臨床評估無自主反應、深度昏迷（GCS 持續 3 分）等。此外，病人也合併多重併發症，包括無法穩定自主呼吸需要依賴呼吸器，合併急性腎損傷（AKI）且後續可能發展為慢性腎病（AKD）甚至需長期透析，倘若再發生嚴重感染或其他器官衰竭，將可能進一步影響其預後。

二、置放永久性心律調節器之適切性討論：以倫理四原則作分析

針對治療方針，家屬間意見存在分歧。長子傾向積極治療，希望考慮植入永久性心律調節器（PPM），而次女則認為應以緩和醫療為主。綜合病人當前的臨床狀況及家屬間不同觀點，關於是否應置放永久性心律調節器，產生了倫理困境。此情境可透過倫理四原則進行分析，以協助釐清最佳的醫療決策方向。

自主原則：依病人長子表示，病人熱愛生命，應該會努力積極想活下去，因此長子推測植入 PPM 才是符合病人意願。然而，其他家屬認為病人應該以不受苦的緩和醫療為主。

行善原則：PPM 雖能穩定心律，但可能屬於無效醫療（無治癒效果，延長瀕死過程）。若病人病況相對穩定，植入 PPM 可能有助於後續照護並提升將來 RCW 安置的可能性。

不傷害原則：放置 PPM 時可能之併發症風險需審慎評估其對病人的影響。PPM 亦可視為不予施行之維生醫療，避免延長瀕死過程或增加病人負擔。

公平正義原則：在資源分配方面，若病人預後不佳，是否應植入 PPM 則需考量醫療資源使用的公平及效率。若決定植入，選擇較合適的設備形式（如 single-lead pacemaker）可能是較適合的折衷方案。另一方面，植入 PPM 可能有助於將來 RCW 安置的可能性，方能提早將加護病房的床位資源重新釋出給需要的病人。

肆、蔡甫昌教授回應

一、非癌病人末期判定：參考本院「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」，

針對病人目前的狀況，臨床判斷已顯示其符合末期病人的狀態，包括不可逆轉的昏迷狀態、腦幹反射微弱或消失，以及心血管功能嚴重衰竭，這些均顯示病人生理機能已進入不可恢復的生命末期階段。

二、無效醫療概念：本案部分醫療人員認為對末期病人植入 PPM 並不適當；但有醫療人員認為此也屬於一種支持性療法，且若病人植入後病情穩定轉出加護病房，可釋放房床位給需要的病人，也符合正義原則。美國胸腔醫學會 (American Thoracic Society, ATS) 1991 年提出對於無效醫療 (medical futility) 概念的定義[3]，其中包括當病人已處於「永久植物人狀態」時，此時加諸於他身上的各種治療皆可被視為無效醫療，得予以終止或撤除。因此建議仍應考量病人整體狀況，以評估各該處置是否符合病人最佳利益 (包括生活品質及疾病狀態)。

三、末期病人的家屬溝通：由於本案長子將醫師所提出的醫療建議視為是對病人「放棄治療」，此認知可能影響其做出不符病人最佳利益的判斷。針對長子提到病人積極且不輕言放棄的個性，醫療團隊可採取的會談技巧是，首先不質疑其感受和認知、對此表達同理與關懷，向家屬解釋不放置永久性節律器並不代表就是放棄治療，然後引導家屬思考，依照病人積極的性格，當他瞭解自己已是接近生命終點時、是否還願意追加這些醫療儀器來延命？或者病人更希望能夠保有最後的生活品質與尊嚴。透過這樣的討論，協助家屬以病人的最可能的偏好作為衡量醫療決策的依據，進而做出適切的決定。

伍、後續追蹤

病人持續臥床，意識狀況不佳 (E1VTM1)。經醫療團隊評估後，移除暫時性經靜脈心律調節器 (TPM) 後，病人心跳仍可維持每分鐘約 40 下以上，經評估後，醫療團隊決定不再裝置永久性心律調節器 (PPM)。後續病人順利出院，轉至呼吸治療病房 (RCW) 繼續接受照護。

參考文獻

1. 臺大醫院內部資料：「啟動生命末期照護意願徵詢之建議-成人版」。
2. 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 March 4,2025.
3. American Thoracic Society.(1991).Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. American Reverse Respirate Disease. 144, 726-731.