

主動脈剝離急救後病人家屬之末期病情溝通 ～臨床倫理諮詢案例

整理 / 新竹臺大分院秘書室 陳盈錚

壹、案情簡介（本案內容已經過改編）

50多歲男性病人，某日清晨因突發劇烈胸痛被緊急送醫，診斷為急性A型主動脈剝離（Type A aortic dissection），合併左下肢灌流不良。病情危急，立即進行班特式手術（Bentall procedure）並接上葉克膜維生系統（ECMO）以維持生命。手術雖成功完成，但術後併發嚴重出血與心包膜填塞，醫療團隊於曾進行兩次床邊血腫清除。後續，病人又因左腿腔室症候群接受筋膜切開與清創手術，病情變化迅速，家屬幾乎無法反應過來。

由於腎功能快速惡化，病人出現少尿、高血鉀及代謝性酸中毒，醫療團隊於入院6日後啟動連續性靜脈-靜脈血液濾過（CVVH）。然病況未見起色，意識狀況急遽惡化，持續處於深度昏迷（E1M1VE）。腦部影像檢查顯示廣泛缺氧性腦傷及嚴重腦水腫，右半腦受損尤為明顯。經神經科會診後，評估病人為瀕臨腦死狀態。病人育有1子1女，分別為就讀小學中低年級。平時身體狀況良好，是家中經濟與情感支柱，面對突如其來的變故，病人太太及父母親情緒激動，無法接受，目前仍處於極度哀慟與否認階段，對於是否繼續維生治療或考慮後續醫療決策，尚未能做出明確回應。醫療團隊在維持基本生命支持的同時，也希望能協助家屬理解醫療現況並做出決策。

貳、倫理法律問題諮詢

- 一、面對病人已進入瀕臨腦死之狀態，如何協助家屬理解病情、預後並參與醫療決策？

二、在家屬難以接受事實且無法即時做出決定時，醫療團隊應如何平衡病人最大利益與家屬情感支持？

參、照會意見（張炳勳委員回覆）

一、依個案描述及病歷紀錄，病人目前意識嚴重受損，評估為瀕臨腦死狀態，預後極差。即使勉強維持生命，也可能長期依賴呼吸器、成為植物人，持續進行此類治療恐已不符病人最大利益，亦可能形成無效醫療。考量醫療資源的合理使用與分配公平性，建議醫療團隊應與家屬充分溝通，明確說明病情與預後，並在表達理解與支持的同時，於醫囑中指定撤除ECMO的時間點（建議可給予約一週準備期），協助家屬逐步面對現實並參與決策。

二、在說明病情進展已達臨終階段後，醫療團隊應調整溝通重點，聚焦於如何提供病人症狀緩解與善終照護。此時醫療團隊會盡量給予緩解症狀之治療，請家屬充分陪伴、完成道愛道別，聯繫親友，開始準備後事等，不要再做任何關於數值、治療選項等等說明。唯值班團隊可能對患者之家庭關係不甚了解，需有詳細之交班說明較不易有誤會或糾紛。

三、醫療團隊應主動開啟與死亡相關的溝通議題，使用明確、溫和而具支持性的語言，引導家屬進入生命末期的預備階段。這是重症照護中不可迴避的重要任務，透過提前討論，能減少死亡發生時的慌亂與情緒衝擊，並協助家屬建立對病情的真實認知。相關討論議題可包含：是否施行心肺復甦術（DNR）、是否繼續維生治療、期望的善終地點、是否考慮器官捐贈等。

四、整體溝通歷程建議依循以下步驟：

1. 整體溝通歷程建議依循以下步驟：
2. 釐清病人與家屬對病情的理解與認知；
3. 適時給予同理與情緒支持；
4. 謹慎地導入死亡與善終相關議題；
5. 提出緩和醫療作為重要照護選項之一。

同時可結合倫理諮詢、個案管理、社工或宗教師資源，讓家屬獲得更完整的支持與協助，逐步推動醫療決策的共識形成。

- 五、在壞消息的傳遞過程中，醫療團隊需高度覺察病人與家屬言語中的訊息背後可能是情緒反應而非純粹資訊需求。例如家屬可能提出預後或治療方式的問題，其實是表達否認、悲傷或尋求安慰。此時，跨領域團隊的合作價值尤為重要，有助於在會談中共同承接與處理家屬情緒。若急於進入下一個醫療議題，反而可能阻礙良好溝通。建議醫療人員可使用支持性語言表達理解與同理，例如：「我知道這對你們而言不容易」、「我們理解你們的不甘與憤怒」、「能多跟我們談談您的感受嗎？」、「這真的需要很大的勇氣」。除了語言，適時的沉默、遞張面紙、輕拍肩膀等非語言支持，也能協助家屬感受到被陪伴與理解。
- 六、在家屬尚處於否認與哀傷的初期階段，無法即時做出醫療決策時，醫療團隊的角色應聚焦於建立信任關係與情緒支持，在穩定關係基礎上逐步導入後續醫療選擇的討論。可安排階段性家庭會議，設定討論目標，並明確指出目前的處置為「維持時間、等待家屬準備」，而非無期限延長維生治療。此舉能避免家屬感受到被迫同意，同時保障病人利益不被忽視。

肆、後續追蹤

照會安寧團隊提供協助，並與家屬進行會談。由病人太太簽署DNR同意書，並於三天後移除ECMO。隨後病人心跳停止，宣告逝世。

文獻參考

1. 黃馨蓀、陳皇吉、蔡佩渝、謝雅琪、林楷煌、蔡兆勳：如何以家庭會議協助重症病人生命末期決策。安寧療護雜誌2014;19(3):268-281。

【上述案例之照會意見為新竹臺大分院於2021年提供，本次發刊內容有重新編修】