

心臟停止死亡後器官捐贈之倫理考量

文 / 臺大醫院倫理中心 杜俐瑩、蔡甫昌

壹、前言

近期國內器官捐贈爭議新聞引發社會關注，媒體報導北部某醫院執行器官捐贈的過程中，檢察官到場相驗時，捐贈者尚未撤除維生設備，家屬質疑醫療團隊在心跳尚未完全停止前，就將病人推入手術室進行相關準備。

器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心（以下簡稱器捐病主中心）澄清此案件在醫療、倫理與法律三面向皆符合法規與專業原則，心臟停止死亡後器官捐贈（donation after cardiac，DCD）程序依循衛生福利部（以下簡稱衛福部）「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」審慎執行，並符合死亡判定法規，唯在與司法機關初步聯繫階段，溝通過程容有精進空間，器捐病主中心爰召開專家會議，研議行政流程及相關機制，提供衛福部未來修訂相關作業指引之參考依據[1]。

貳、屍體器官捐贈流程的差異

現行臨床實務中，屍體器官捐贈的來源主要分成兩類，較為常見的是腦死器官捐贈（Donation after Brain Death，DBD），我國「腦死判定準則」共14條，須符合每一條準則，方能完成腦死判定程序，確認大腦包含腦幹功能完全且不可逆喪失，病人雖由機械通氣與藥物維持心跳，但已不具任何意識或自主生命徵象，關於腦死判定之探討，讀者可參閱本季刊第5期文章「器官捐贈腦死判定：法律、行政與倫理～劉治民醫師專題演講紀要」。

DBD的主要優勢在於摘取前可對器官功能進行完整評估，並將溫缺血的時間降至最低，器官品質相對穩定，受贈者長期預後良好。我國「腦死判定準則」具體明確，在醫學界已有廣泛共識，被視為目前最具可行性與成效的器官來源。然而，若從倫理與文化角度審視，DBD的推動仍面臨顯著挑戰，即便大眾對器官捐贈已有基

本認知，避談生死的文化仍常引發疑慮，尤其「腦死是否等同真正死亡」的爭議，使社會及宗教層面的接受度有限，在推廣器官捐贈時，如何兼顧病人自主與家屬意願，同時實踐挽救更多生命的行善原則，皆為核心倫理課題。

另一類屍體器官捐贈的來源為DCD，衛福部在2017年12月正式公佈實施「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，臺灣所開放執行的DCD為馬斯垂克分類中的第三類（撤除維生醫療）與第四類（維生中腦死病人心跳停止），屬控制下的DCD類型[2]。至於第一類「發現時已心跳停止（found dead）」及第二類「目睹其心跳停止（witnessed cardiac arrest）」均為非預期之心跳停止，分類上屬「非控制下（uncontrolled）之DCD」，我國之指引則尚未開放。當病人不再接受心肺復甦術或維生醫療，或已撤除維生醫療之病人，其心跳自然停止後，應有5分鐘之等候觀察期以確認無收縮性血壓或心搏性心率，醫療團隊才能判定死亡，方能讓負責移植的團隊進行器官摘取與移植作業[3]。DCD的核心在於時間上的急迫性：一旦體循環終止，器官立即進入缺血狀態，其功能迅速下降，尤其肝臟與腎臟對缺血極為敏感，因此，醫療團隊必須在極短時間內完成死亡判定並啟動手術，以最大限度保存器官功能，提升移植成功率。此一與時間賽跑的醫療情境，臨床操作上高度緊湊，也因此成為社會觀感與倫理爭議的焦點之一。

DCD短期移植成效與DBD相似，並有望擴大捐贈來源，可為更多等待器官的病人爭取到更多的機會[4]。在尊重末期病人自主權及善終前提下，醫療團隊應向家屬完整說明器官捐贈作業流程及病人可能之反應，撤除末期病人維生醫療之地點，得由施行醫院視捐贈者及醫院條件規劃，儘可能在撤除維生醫療前給予家屬與病人告別的時間[3]。

因此，無論執行DBD或DCD，器官摘取手術的前提皆是確認病人已經死亡，這兩類的差異不僅在技術流程，更涉及死亡判定標準、醫療行為的倫理邊界，以及社會對醫療制度信任的建構與維繫。從倫理的角度而言，任何器官捐贈的推行，必須在死亡判定嚴謹、溝通過程透明，以及尊重病人與家屬決策的前提下，兼顧醫療效益與社會正當性。

參、心臟停止死亡後器官捐贈（DCD）之倫理考量

關於DCD倫理議題，依據「生命倫理四原則」（The Four Principles Approach to Bioethics）分析如下：

一、尊重自主原則（Respect for Autonomy）

協助病人或家屬做出知情決定，尊重自主是核心，醫療團隊必須確保病人或家

屬充分理解DCD的程序、限制及與DBD的差異，清楚說明對病人可能的影響、風險以及對器官捐贈的益處，並尊重病人及家屬的決定[2]。

二、不傷害原則（Nonmaleficence）

DCD進行過程中，不因捐贈需求而對臨終病人造成額外痛苦或加速死亡，嚴格遵守我國DCD作業參考指引「心臟停止後觀察等候期」的規範，確保符合死亡判定流程，避免出現心臟尚未完全停止即摘取器官的爭議。

三、行善原則（Beneficence）

醫療團隊需在促進病人最佳利益與尊重捐贈器官心願之間取得平衡，器官捐贈可挽救等待移植者的生命，體現對他人福祉的促進價值，但仍須尊重並支持捐贈者及其家屬的自主決定。

四、正義原則（Justice）

確保DCD與DBD的器官公平分配，避免因捐贈來源不同而影響受贈者的公平性，同時亦須保障捐贈者及其家屬在決策過程中的權益，包括程序透明與法律保障。醫療資源投入DCD的效益，亦應與其他公共健康需求進行平衡，以落實分配正義。

肆、結語

DCD為現代醫療在拯救生命上的重要進展，但同時面臨宗教文化價值、國民對器官捐贈態度、與對醫療社會體系之信賴...等倫理挑戰。雖然臺灣社會已推動器官捐贈多年，但全屍入葬等傳統觀念仍深植人心，且家庭間缺乏事先溝通，家屬在面臨死亡決策時，尚須承受資訊不足與心理壓力。因此，社會對醫療制度與死亡判定的信任顯得格外關鍵，若缺乏充分理解，加以媒體聳動報導，可能削弱社會信任。

衛福部與器捐病主中心已制定DCD操作指引，使醫療團隊能有所依循，同時期盼能消弭民眾對於DCD的顧慮[3][5]，然而倫理實踐不僅止於程序合規，更需兼顧家屬的情感需求與文化期待，唯有醫療團隊在溝通與關懷上持續努力，並與媒體及社會共同推動信任建構，才能促進器官捐贈制度在技術與倫理層面的穩健發展。

參考文獻

1. 器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心：針對媒體報導「器官捐贈程序爭議」一案之說明，2025。<https://www.tosrpapc.org.tw/xm/doc/cont?sid=0P169331317214634886&xsmid=0P008623086253508127> 查閱日期：西元2025年9月22日。

2. 黃馨葆、蔡甫昌：循環停止死亡後器官捐贈之倫理與法律議題。台灣醫學 2019 ;23:413-24。
3. 衛生福利部：心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引，2017。
4. 蔡甫昌、周昱辰：新生兒器官捐贈倫理分析。台灣醫學 2025 ;29:510-6。
5. 鍾孟軒：台灣心臟停止死亡後器官捐贈（DCD）現況為生命與時間極限賽跑。植愛半年刊 2024 ;23:2-9。