

OHCA 病人器官捐贈予家屬之倫理探討

～內科加護病房倫理討論會

臺大醫院內科加護病房 / 蔡承恩、柯宗佑、葉志凡、古世基
整理 / 倫理中心 江翠如

壹、案情簡介（本案內容經過改編）

62歲男性，過去無抽菸、飲酒習慣，亦無其他已知病史。某日於家中突然倒地不起，由救護車送抵急診時已呈現院外心跳停止（OHCA）狀態。到院後持續施予心肺復甦術，並完成氣管內管置入與呼吸器支持，並緊急接上葉克膜（ECMO）以維持循環支持。儘管如此，病人仍發生頻繁的惡性心律不整（VT/VF），需不斷給予抗心律不整藥物與反覆電擊治療。

病人經診斷為急性心肌梗塞（AMI）後，緊急安排經皮冠狀動脈介入治療（PCI），於嚴重狹窄的冠狀動脈病灶置放支架，並置入暫時性心臟節律器（TPM）試圖穩定心律。儘管完成PCI、TPM置放、調整鎮靜劑及ECMO流量，病人仍發生心臟電氣風暴（Electrical Storm），惡性心律不整難以控制，需反覆進行電擊。病人送院急救後第6天，頭部電腦斷層顯示長時間低灌流造成嚴重腦傷，腦部有大範圍缺血性損傷，神經學顯示預後不佳。

鑑於病人意識持續呈現深度昏迷（E1VTM1），臨床病況惡化、對治療反應有限，影像檢查顯示預後不良，醫療團隊多次向家屬說明病況。家屬在充分理解相關資訊後，主動向醫療團隊詢問是否可撤除維生醫療；同時亦表達器官捐贈之意願，並進一步提出希望將腎臟「指定捐贈」予目前已列於器官移植等候名單上的女兒。

貳、問題討論

- 一、病人是否符合撤除維生醫療的「末期」條件？
- 二、病人是否可進入器官捐贈流程？又可否將腎臟「指定捐贈」給家屬？

參、資料查考及臨床應用

一、十類非癌症重症末期病人

病人的病情持續惡化，神經與心臟預後不佳，此狀況應符合我國《安寧緩和醫療條例》第3條對於末期病人的定義：「指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。」。

為擴大非癌症重症病人的安寧照護資源，衛生福利部中央健康保險署（前身為中央健康保險署）自2009年9月起，於「安寧共同照護試辦方案」新增給付八類非癌症重症末期病人。於2022年12月再次調整，將非癌症重症末期病人的範圍擴增至十類，涵蓋範圍如下：「1.失智症。2.其他腦變質。3.心臟衰竭。4.慢性氣道阻塞，他處未歸類者。5.肺部其他疾病。6.慢性肝病及肝硬化。7.急性腎衰竭，未明示者。8.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。9.末期骨髓增生不良症候群（Myelodysplastic Syndromes，MDS）。10.末期衰弱老人」。綜合本案病人的臨床表現（急性心肌梗塞後的心臟衰竭、長時間低灌流造成的大範圍缺血性腦損傷），其診斷應符合上述十類非癌症重症末期病人之「其他腦變質、心臟衰竭」兩項。

二、器官捐贈與指定捐贈

依據我國《人體器官移植條例》中明定，醫師自屍體摘取器官施行移植手術，必須在器官捐贈者經其診治醫師判定死亡後方可為之（第4條）；且執行死亡判定的醫師不得參與後續的摘取或移植手術（第5條）；此外，器官摘取亦須經死者最近親屬以書面同意（第6條）。

在器官的分配上，屍體器官原則上不得指定捐贈，以維護公平性。然而，《人體器官移植分配及管理辦法》第9條為「屍體器官指定捐贈」設定了例外途徑。包括待移植者須為有效登錄狀態，且與捐贈者為五親等以內的血親、姻親或配偶。最關鍵的是，同意捐贈的器官數必須大於指定數，並需經醫院醫學倫理委員會審查通過，方能例外進行指定捐贈。

針對本案病人，由於並非符合《腦死判定準則》第6條（需確認無腦幹反射及無自主呼吸），而是屬於《安寧緩和醫療條例》下的末期病人，因此評估需依循心臟停止死亡後器官捐贈（DCD）的流程。根據2017年衛生福利部發布的《心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引》，醫療團隊在撤除維生醫療的過程中，必須詳實記錄一系列時間點，包括：撤除維生醫療的時間、溫缺血

(SBP \leq 50mmHg) 開始時間、血氧濃度 (SpO₂) 降至50%之時間、體循環停止時間 (心跳自然停止時間) 、五分鐘等候觀察期之起迄時間，以及最終的死亡宣判時間。

三、器官勸募小組 (Organ Procurement Organization , OPO)

本案病人為OHCA後送醫，考量DCD之適用性，爰請器官勸募小組探訪病人及家屬，並提供專業建議如下。本案家屬經充分說明與醫療人員討論後，最終選擇以眼角膜捐贈方式進行。

- (一)病人住院期間仍保有自主呼吸，尚未符合腦死判定條件；即使觀察合適進入腦死評估流程後，亦難以確保腎臟功能能維持至適合捐贈之狀態。
- (二)本案病人為OHCA後送醫，若主治醫師無法開立死亡診斷書，依法須具備檢察官相驗或相關證明文件。依《心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引》第四點，病人為非病死或可疑為非病死者，應停止器官捐贈作業，但捐贈眼角膜、皮膚、骨骼或其他組織項目者，不在此限。
- (三)若病人經安寧評估判定為末期，並選擇撤除維生醫療，於過世後仍可捐贈至少一項器官或組織以遺愛人間。依據2014年修正之《人體器官移植分配及管理辦法》相關規定，其捐贈行為得嘉惠捐贈者之配偶或三親等血親，使其於器官移植等候名單中往前調整等候順位。

肆、蔡甫昌教授回應

- 一、器官捐贈與死亡判定的獨立性：在倫理上，器官捐贈必須建立於死亡確定之後，兩者為獨立事件。其目的在於避免因器官移植需求而影響死亡判定，或產生「為取得器官而促成死亡」的動機疑慮。因此，需先完成末期或死亡的醫學判定，再進行器官捐贈程序，以維持倫理正當性。
- 二、指定捐贈的規範：我國法律對於活體與屍體器官捐贈之規範有所不同。活體器官捐贈須採「指定捐贈」，且僅限於五等親以內；屍體器官捐贈原則上不得指定，以避免器官買賣或約定捐贈之風險。惟因應實務需求，後續修法允許「先大愛、再指定」之作法，即捐贈者所捐出之器官數須大於指定數，方得於其中指定部分器官捐贈予親屬，以兼顧分配公平性與家屬期待。
- 三、心臟停止死亡後器官捐贈：依國際通例DCD分為「可控制型 (Controlled) 」與「非可控制型 (Uncontrolled) 」。我國目前僅開放可控型DCD，即在病人經

確定末期、撤除維生醫療並於可控環境下確認死亡後，始能進行捐贈。非可控型（如院外意外猝死）則因涉及檢察官介入與死因判定，仍未納入正式規範，僅採個案性討論。本案雖屬OHCA病人，但因病人急性心肌梗塞、腦部缺血性損傷病情明確，且後續有恢復生命跡象並進入末期照護階段，應可視為「可控型心死器捐」個案，符合DCD條件。

四、捐贈順位與倫理審查：依現行規定，若家屬完成捐贈，其親屬可於器官分配中獲得優先順位。此設計有助於提升捐贈意願，但亦可能引發動機上的倫理疑慮，例如家屬是否因期待優先受惠而推動捐贈。因此，必須透過嚴謹的死亡判定、倫理審查與法律把關，確保捐贈動機與過程符合正當性。

【本文於2025年9月內科加護病房倫理討論會中討論】