

請問醫師：

如果病人是你自己或你的親人，你會選擇插管麼？

● 陳榮基

人人追求「五福臨門」，「五福」包括「長壽、富貴、康寧、好德、善終」，「善終」是最重要的一環。不幸生老病死是人生必經過程，而死亡往往是一件非常艱辛痛苦的過程。

索甲仁波切在他的《西藏生死書》中呼籲：「讓全世界的醫師能夠非常認真地允許臨終者在寧靜和安詳中去世。我要呼籲醫界人士以他們的善意，設法讓非常艱苦的死亡過程盡可能變得放鬆、無痛苦與安詳。」

### 失焦的搶救行為

從前，當病人面臨無法治癒的末期疾病（即絕症）狀況時，醫師會與家屬陪伴病人，協助他安詳往生。自從一九六〇年代，心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation, CPR）出爐並且不斷翻新後，醫師開始扮演與上帝或閻王爭命的腳色，傾向與死神奮戰到底，努力用CPR來搶救病人，用各種維生醫療（Life-sustaining treatments, LST）的措施，如呼吸器（Ventilator）或葉克膜（Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO）來拖延病人的死期。醫師因為怕挨告「見死不救」，已經養成「見死必搶救到底」的習慣，對於臨終病人，要傾全力以CPR對付。

CPR包括「氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等緊急救治行為」。雖然對急性心肺衰竭的病人，可能救回生命，但也可能使搶救回來的病人成為植物人或終身依賴呼吸器。對於癌症末期或重大器官衰竭末期的病人，這種最後的搶救行為，可能壓斷肋骨、電傷皮膚、敲斷牙齒、引起大出血等痛苦傷害，而且只能拖延死期，讓病人多受折磨，家屬也悔恨抱憾而久久無法釋懷。不少家屬在經歷親人經過CPR的痛苦成為植物人或死亡後，都很後悔，早知是這樣的結果，一定不會同意醫師插管急救。

## 《安寧緩和醫療條例》立法通過

我國在二〇〇〇年經立法委員江綺雯等的帶頭努力，立法通過《安寧緩和醫療條例》（以下簡稱本條例）（也就是美國的自然死法案，Natural death act），賦予我國國民有選擇在臨終時接受CPR或拒絕CPR（即選擇不施行心肺復甦術Do not resuscitate, DNR）的權利。本條例訂定的宗旨乃為使末期病人得依疾病進程安然離世、尊嚴善終。

此條例實施十多年來，讓很多末期絕症病人，可以依其預立拒絕心肺復甦術（DNR）或預立選擇安寧緩和醫療意願書，不受插管急救的折磨，安詳往生。如果病人有預立DNR意願書，縱使被插管急救，當插管無效時（亦即插管後病人持續昏迷並無法自行呼吸），醫師可根據病人已經簽署的DNR意願書（二〇〇二年修訂），順利拔管，撤除所有無效的維生醫療措施、設施（如呼吸器或葉克膜等）。該意願在二〇〇六年開始經衛生署李明亮署長同意後，可以註記在健保IC卡內，其法律效力等同於意願書正本（二〇一一年修法）；本人是我國健保IC卡註記DNR意願的第一人。

但是，病人自己沒有預立DNR意願者（目前全國已經預立DNR意願者才十四萬人，大部分的人沒有預立此項給醫師的指示），如果不幸被插管無效，依二〇一一年修訂的法條規範，需要經病人的配偶、成年子女、孫子女及父母等四代親屬，全體簽署要求撤除無效維生措施的同意書，並經醫院醫學倫理委員會審查通過，才能拔管；實務上，很難辦到。大部分的病人及家屬，都要再受到好幾天的痛苦折磨，可憐病人，大多無法等到完成上述繁雜手續，病人自己心跳停止，在痛苦中走了。很多病人家屬，未能了解法條的規範，往往怪罪醫院或醫療人員沒有同情心，故意刁難，增加病人及家屬的痛苦。

### 無最近親屬、未立意願書者，也能接受安寧緩和醫療

感謝立法院楊玉欣委員及其夫婿臺大哲學系孫效智教授，全力推動，以及朝野各黨派委員的支持，終於在二〇一二年十二月二十一日，完成第三度的修法。

此新法第三條第二款：「末期病人：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。」（也就是俗稱的絕症病人）。第四款：「維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。」第五款：「維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。」第六款：「意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。」意願人同意時，此「意願書可註記於全民健康保險憑證（健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。」

最重要的修訂是第七條：「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。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，應於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。」

第七條第四項：列有親屬代表優先順序，依配偶、成年子女、孫子女、父母、兄弟姐妹等之順序，確定決定權之先後。

第七條第五項：「末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之。」

此2012年底修訂後的法條，允許插管急救無效的末期病人，也就是插管後病人持續昏迷而且無法自行呼吸者，當兩位專科醫師，確認此末期病人已經無法挽回生命時，可根據病人自己簽署的意願書，或由一位家屬代表，簽署撤除無效維生醫療措施的同意書，授權醫師撤除所有無效維生醫療措施，讓不幸被插管急救無效的病人，可以順利拔管，安詳往生，不再繼續受苦，拖延瀕死過程。

對於沒有最近親屬，自己未曾立下意願書的病人，新法責成醫師「應於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。」亦即對於沒有家屬的



photo credit: tanakawho (http://www.flicr.com/photos/28461088@N00/2233526817)

臨終末期病人，主治醫師應該照會安寧緩和醫療團隊前來協助評估，如果判定沒有CPR或沒有繼續無效的維生醫療措施的意義，主治醫師應可做出DNR（即不插管急救）或撤除無效醫療措施（即拔管）的醫囑，並據以執行。其實醫師本來就應該以病人的最大利益為最高指導原則，勇敢地做出DNR或撤除無效維生醫療的決定；但是，因為有些家屬努力控告醫師未盡急救的責任，使得醫師努力以CPR給末期病人送終。

雖然有人認為，除非有證據顯示病人生前曾經做過不插管或不做維生醫療的表示，醫師沒有權利剝奪病人的生存權；然而，此時醫師所做的是：不再無意義地延長病人的痛苦的瀕死期。畢竟，醫師如果不做插管急救，病人的疾病本來就已接近終點，醫師應以他的智慧與愛心，做出對病人最好的決定，協助病人安詳往生。如果主治醫師自己無法決定，可以照會安寧團隊、甚至於請教醫學倫理委員會，共同商議，提出建議。

### 自行簽署「預立安寧緩和醫療意願書」

為了減少家人簽署同意書的心靈交戰與意見分歧，或避免年老時可能身邊沒有親屬能夠簽署同意書，我們最好自己在健康時就簽署上述意願書；此意願書可向各醫院索取，或到蓮花基金會、安寧照顧協會、衛生署等網站下載列印使用，並將正本委託醫院或自行郵寄到衛生署或安寧照顧協會（新北市25160淡水區民生路45號），註記於健保卡。如果將來各地超商能夠放置此意願書，供民眾便利索取，將是一大功德。

家屬在與醫師諮商了解病人已罹患絕症（末期疾病）時，尊重病人的意願，不要再給病人CPR插管急救；如已插管無效（即病人未能恢復意識及呼吸功能時），在場家屬可在與醫師諮商討論後，由一位代表，要求醫師拔管撤除無效的維生醫療措施，協助病人安詳往生。

有些人覺得一位親屬代表作決定，責任太大。其實家屬可共同與醫師及醫療團隊舉行家庭會議，仔細討論後，以病人的最大利益作考量，作成共同決定，再推派一位代表簽署同意書。（如果在場家屬要一起會簽，應該也可以。）維護病

人的善終權，應是我們共同努力的目標。

有人擔心簽了DNR意願書，如果車禍、溺水或心肌梗塞送到急診，怕醫師會不予急救？其實醫師不作CPR，是針對末期病人，如果病歷上找不到末期病人的證據，醫師還是要搶救到底的。如果醫師判定病人還未到末期狀態，當然也應極力插管搶救；而於搶救無效後，再考慮拔管。

又有人懷疑，目前長期使用呼吸器的病人或植物人，是否適用此法？植物人並不是末期病人，無法適用本條例；長期使用呼吸器的病人，如果不是末期病人，也無法適用本條例。

醫療人員應該秉持醫學倫理及法律的規範，以愛心救治病人，以慈心協助病人善終。醫院應推廣預立選擇安寧緩和醫療意願書的簽署並做健保卡註記，醫師診治臨終的末期病人，應慎重評估，以同理心與家屬商量，共同決定插管與否，及適時拔管。

## 把握善終的抉擇

當醫師拋給家屬做抉擇的重任時，家屬如果無法選擇，不妨請問醫師：「請問醫師：如果病人是你自己或你的親人，你會選擇插管麼？」

大孝與大愛並非不計親人痛苦代價的搶救到底，而是親切的陪伴末期病人的親人，協助他坦然接受疾病，減少他身、心、靈的痛苦，協助他放下萬緣，安詳往生。人生終須一死，絕症病人的死亡，並非醫療的失敗；未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗。

活著，是最好的禮物；善終，是最美的祝福。我們應該以安寧緩和醫療的理念及作為，維護病人的善終權力，保障末期病人的最大利益。🕉

作者曾任臺大醫院副院長、恩主公醫院創院院長、慧炬佛學會理事長、臺灣安寧照顧協會理事長等職，現為佛教蓮花基金會董事長



photo credit: Manel (<http://www.flickr.com/photos/manel/5609389847/>)