

重症加護病患照護之倫理議題

Ethical Issues in ICU Patient Care

蔡甫昌

臺大醫學院社會醫學科

重症加護病房中的病患是一群與死亡近身搏鬥的病患，有的屬於非末期之急性重症病患，希望經過重症加護照顧可以挽回寶貴生命，有的則是疾病進展已經到末期，希望藉重症加護醫療來延長其時日。然而由於這些病患通常病情較嚴重，因此醫療人員在照顧這類病患時，常會遭遇某些特定之倫理及法律難題，值得善加思考探討因應之道。

重症病患照護之倫理特殊性

1. 病患之治療目標可能隨病情變化而轉變：病患在 ICU 中可能接受各式各樣積極、侵入性、救命之醫療措施，然而隨著病情之進展，這些醫療介入可能逐漸造成負擔大於益處、或成為無效醫療(futile therapy)、或違背病患之自主選擇意願，此時治療目標便可能轉為安寧緩和療護，宜考慮將病患轉出 ICU。
2. 生命長度與生命品質間的交換(trade off)：有時候積極、侵入性、救命之醫療措施可能帶給病患重大之身心痛苦並耗用巨大醫療資源，所換得之治療效果或所延長的壽命卻可能極其微小有限。另一方面，為了止痛或緩解疾病末期之各種不適症狀而使用止痛或鎮靜劑，則可能縮短病人之生命或使病患陷入昏迷。此時生命的長度(quantity of life)與生命的品質(quality of life)兩者之間的取舍常是臨床決策上的難題。
3. 病患決定能力(capacity, competence)之判定：疾病時常會影響重症病患他們部分或全部的決定能力，病人的自主選擇可能因此受到影響或完全無法行使。因此判定病患是否具備決定能力是 ICU 照護中常見的問題，也是醫師必備之臨床技能；少數情形在判定上可能會產生疑

義，尤其當清醒的病患做出違背自己最大利益之決定時，此時可照會精神科醫師協助評估。

4. 病患失能時的決定：當病患昏迷或意識混亂而喪失決定能力時，如何為其做出醫療決定是一個重要的程序、倫理與法律問題。
5. 約束之使用：病患由於病情需要時常必須接受為身體帶來極度不適之治療，例如放置氣管內管、鼻胃管等，而病患在意識不清或痛苦難耐之時，時常會動手拔除這些維生裝置；此時約束病患變成必要的救命措施，然而意識混亂之病患可能反抗，意識清醒之病患更可能表示拒絕，形成「尊重病患自主」與「促進病患利益」兩者間之衝突，因而使用約束之時機及其倫理及法律上之正當性也時常造成疑義。

倫理原則及病患基本權益

Beauchamp 及 Childress 於 1979 年提出生命倫理學的四原則方法，二十多年來逐漸且廣泛被接受成為醫師照護病患時應考量並履行之倫理責任 [1]。這四個原則分別是：尊重自主、不傷害、行善、正義，其內涵簡述如下：

1. 尊重自主(respect for autonomy)：自主(autonomy)代表自我管理、自我規範，尊重自主便是承認個體擁有基於個人價值信念而持有看法、做出選擇並採取行動的權利。應用在臨床實務上，則肯認具決定能力(competent)的病患應有權選擇、決定其所偏好之醫療照護，醫師們則相對有尊重其決定的義務，而對於缺乏自主能力的病患則必須為其提供保障。尊重自主原則進一步延伸，則可導出誠實(truthfulness)、守密(confidentiality)、知情同意

(informed consent)等倫理規則(rules)。

2. 不傷害(nonmaleficence)：自希波克拉底(Hippocrates)以降，「不傷害」原則一直是西方醫學倫理的重要傳統。然而當醫療專業人員嘗試提升病人福祉時，無可避免地將可能傷害到病人，因此如何平衡利益與傷害以創造病患最大福祉，乃是不傷害原則最基本的考量。
3. 行善(beneficence)：除了不傷害他人，行善原則進一步要求人們關心並造福他人，這是某些道德理論的核心主題(例如效益主義)，也被視為道德本身的目標。在醫療專業與病人關係之範疇內，醫療專業有義務提升病患的健康福祉。
4. 正義(justice)：正義可被解釋為「公平(fairness)」、「應得的賞罰(desert)」及「給與應得的資格(entitlement)」。醫學倫理學者 Raanan Gillon 指出正義原則應用到醫療照護倫理時涉及了三個層次：公平地分配不足的資源(分配性之正義)、尊重人的權利(權利正義)及尊重道德允許的法律(法律正義)。正義原則基本上為追求對相衝突的主張提供合乎道德的解決方法，以達到對於社會上各種負擔、利益或資源能有公平合理的分配及處置。

此四原則普遍被接受為醫學倫理之基本原則，自然適用於重症加護之醫學倫理議題。除此以外，訴諸病患權益之「以權利為基礎之倫理進路(Right-based approach to ethics)」則在現代講究人權之自由民主社會中有愈來愈強之影響力；而有關病患權益方面，美國醫學會(AMA)於1994年便提出「醫病關係的基本要素」舉出病患的六項基本權益，要求醫師應促進之：

1. 病人有權利要求醫師給予相關資訊，並與之討論各種適合之醫療選擇的好處、風險及代價；病人應該獲得醫師的指引，以做出對自身最有利的醫療選擇。病人也有權利獲得自身醫療紀錄的影本或摘要，有權要求醫師回應其疑問；並應被告知其醫師可能有的潛在利益衝突，同時有權要求獲得中立的專業意見。
2. 對於醫師所建議的醫療措施，病人有權決定是否採取之；因此，病人得接受或拒絕任何醫療措施之建議。

3. 病人有權要求禮貌、尊重之對待、尊嚴、獲得回應，並得要求適時關切其需要。
4. 病人具有隱私權，醫師未經病人同意不得公開其晤談內容及病人資料，只有在法令規定或為保護個人福祉、公共利益而有需要的情況下才例外。
5. 病人有權要求持續受到醫療照護，醫師有義務與其他給予病人醫療照護的人員合作，以提供病人所需照護。只要醫學上顯示應給予進一步的治療，醫師便不得在未給予病人合理協助、未給予充分機會選擇其他醫護措施的情況下，中止對病人的治療。
6. 病人有獲得適當照護的基本權利，醫師及社會各界都應持續為達成此目標而努力。要實現這項權利有賴社會提供資源，以使任何病人都不會因為無法支付醫療費用而被剝奪必要的照護。醫師應該延續其「為無法支付基本醫護費用的病患承擔部分醫療花費」的傳統，並適時給予病患支持，以對抗第三人[2]。

這些「基本醫學倫理原則」及「病患權益聲明」，同樣說明了臨床醫師在照顧重症加護病患時必須盡力遵守之倫理及努力維繫之病患權益內涵。以下則針對醫護人員照顧ICU病患，時常面對之倫理問題進行探討。

不予急救醫囑

在七、八0年代之後，心肺復甦術已成為病人呼吸或心跳停止(respiratory or cardiac arrest)時的常規措施。然而當心肺復甦術的適用範圍擴大後，人們開始發現在許多情況下，急救帶來的幫助或「實益」相當有限，而且即便可暫時延緩死亡，生命「品質」也往往更加低落[3]。在此脈絡下，「不予急救醫囑」(DNR order, Do Not Resuscitate order)便應運而生。

無效醫療

不予急救醫囑和「無效醫療」(medical futility)的概念息息相關，「無效」(futile)意指某個處置無法為病患帶來益處，或是處置帶來好處的可能性極其微小、縱使有幫助也和帶來的痛苦或壞處不成比

例等等。在「無效醫療」的狀況中，「醫師必須盡全力救治病人」的初確義務(prima facie obligation)可以被凌駕[4]。

理想上，我們希望何者為「無效醫療」必須能夠依據相當客觀而準確的判準來作決定，然而「無效」這個概念的困難在於：「無效」的概念跟成功的「可能性」以及對什麼算是成功結果之「評估」有關，而對何謂成功結果的評估則跟生命的延長和品質有關。根據 Lo 的觀點，無效醫療可以區分為「嚴格定義的無效醫療(strict definitions of futility)」和「寬鬆定義的無效醫療(loose definitions of futility)」兩種。「嚴格定義的無效醫療」屬於醫師的專業判斷範圍，如治療目標難以達成，或是治療成功的機率極低等等。但由於在臨床執業過程中，疾病的預後往往不易預測，醫師之間對於成功率多低才算是「無效」，看法也常常有所不同，因此「嚴格定義的無效醫療」之判定，其實並無一套明確的標準。至於「寬鬆定義的無效醫療」，則涉及個人價值觀及資源分配等問題，無法由醫師單方面決定，必須與病患或代理人充分溝通，以達成共識[5]。

以心肺復甦術(cardiopulmonary resuscitation, CPR)而言，是否要對病患施以 CPR 常是臨床倫理爭議之所在。如果我們將病患接受 CPR 之後的生命品質納入考量，無疑將牽涉到病患或代理人個人的價值觀與主觀認知，此時，CPR 便屬於「寬鬆定義的無效醫療」認定的範疇。最理想的做法，是在病患仍有決定能力、而可預見這樣的情境發生時，醫師就事先與病患討論不予急救醫囑問題或請病患指定代理人，在日後代理其決定；而如果醫師無法在病患有決定能力時與之討論，那麼醫師便應與代理人交換意見、根據病患的價值選擇，做出決定。

而在另一方面，若病患已至疾病末期，或已施行心肺復甦術 30 分鐘而無效，此時的心肺復甦術便已能夠被認定為「嚴格定義下的無效醫療」，醫師可依其專業判斷做出不予急救或停止急救的決定[4]。

英美「不予急救醫囑」相關的規範

在醫療執業中，「救命」往往被視為必須追求

的善(good)，在緊急狀況之下，保全病患生命總是第一優先考量，這和一般處置需經由知情同意方能施行相當不同[6]。英國醫學會(BMA)的「心肺復甦術相關決定」(Decisions relating to Cardiopulmonary resuscitation)中規定：對於未明確表示意圖的患者，必須假定(presumed)為傾向接受心肺復甦術[7]；美國醫學會的倫理規範中也規定，除非和患者的意願或最佳利益相違背，否則應該施行心肺復甦術[8]。這些規範的目的，均在落實善(beneficence)原則。然而如上所述：人們逐漸發現在許多情況中，施行心肺復甦術即便有少許機會可暫時延緩死亡，卻無力逆轉病患短時間內將失去生命的事實，因此若將不傷害原則理解為「不應造成病人的痛苦」，也可作為證成不予急救醫囑的依據[7]。英國醫學會／皇家護理學會／英國急救委員會的指導原則(BMA/RCN/UK Resuscitation Council guideline)(2001)便指出，在下列情況下適合考量不予施行心肺復甦術：

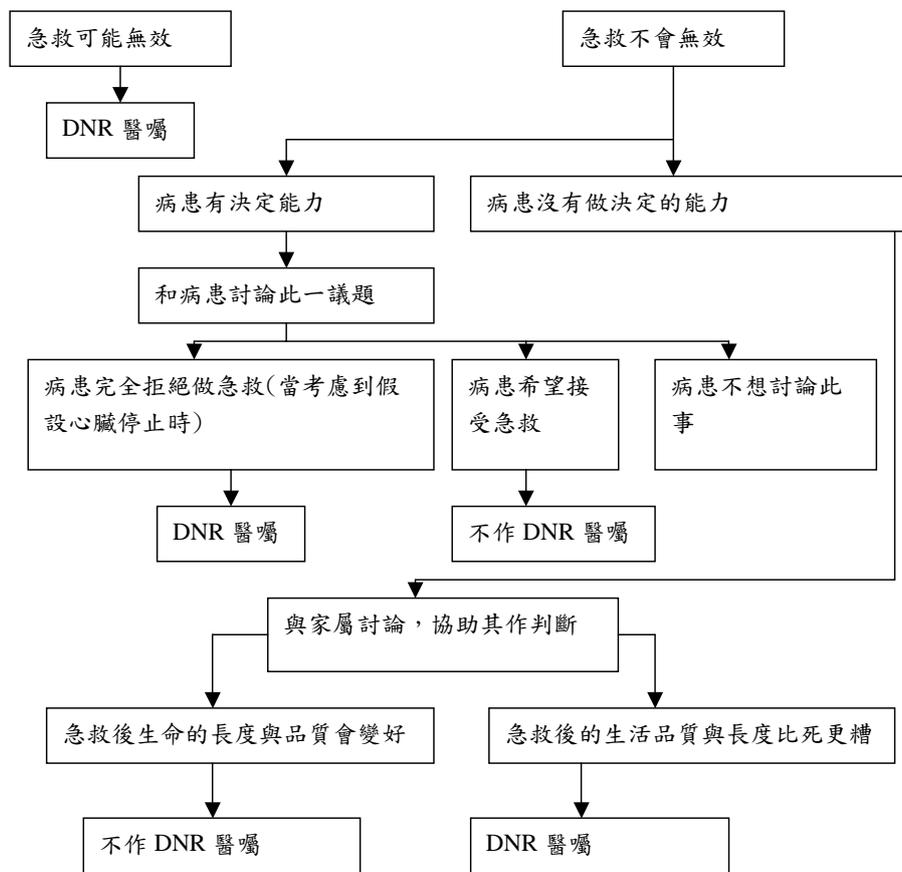
1. CPR 不太可能成功(無效)
2. CPR 不符合病患具決定能力時所表達意願之紀錄
3. CPR 不符合一有效的醫療預囑(生前預囑)
4. 急救可能帶來的生命延續和品質非屬病患的最佳利益

此外，Doyal 與 Wilsher 亦曾提出一套不予急救醫囑的處理模式，十分具參考價值(圖一)：

我國關於「不予急救醫囑」的法律現況

我國醫療法第 60 條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」在強調「急救」義務的同時，也留下「適當與否」的商榷空間，不過依照目前的執業常規，在沒有簽署 DNR 的情形下，儘管醫師私下可能認定為「無效醫療」，仍會在病危時施行心肺復甦術，以避免法律爭議[3]。

民國九十一年十二月修正的安寧緩和醫療條例，進一步將得以放棄積極治療的條件類型化與明確化，第五條規定「二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。前項意願書，意願人得『預立醫療委任代理人』，並以書面載明委任意旨，於其



圖一：Doyal 與 Wilsher 不予急救醫囑的處理模式

無法表達意願時，由代理人代為簽署。」第七條規定「不施行心肺復甦術，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。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時明示之意思表示相反前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、直系血親卑親屬。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦

術前以書面為之。末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。」第八條規定「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。」

本條例的立法目的中寫道：「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例」，由此可知，我國法律在精神上除了行善與不傷害原則外，仍強調病患自主權的伸張以及知情同意的重要性[3]。然而，安寧緩和醫療條例所留下之爭議也不少，例如對於何謂「不可治癒末期病人」的定義，醫護人員、病患、家屬、社會大眾便可能有不同之觀感，因此在判斷某病患是否適用安寧緩和醫療條例便可能產生爭議，另外如果病患不屬於該法定義下之不可治癒病人，而病患卻表明不願

接受積極急救措施，那醫護人員在緊急情況下可強行施予急救嗎？這些常見難題所涉醫療人員之倫理法律責任，都有待進一步釐清。然而，就尊重自主原則而言，具決定能力之病患是有權利拒絕醫療人員所提供之任何檢驗或醫療的，即使這樣的拒絕會為他自己帶來傷害；病患也有權利隨時中止與醫師或醫療機構之醫病關係，辦理違背醫囑自動離院 (Against advice discharge) 而去。因此，臨床上碰到這類清醒而具決定能力之病患，拒絕必要之治療時，醫師是無法強迫病患的，惟有回到良好醫病溝通、瞭解病患拒絕之原委，善加疏導勸告以期保障其利益。

此外我國由於傳統社會習俗忌諱談論死亡、親屬也常參與或介入病患之醫療決定，甚至向醫護人員施壓力，因此常見到病患本人根本無法自己決定有關不予急救醫囑相關事項，或者 DNR order 常是由家屬代為簽立，這些情況一方面也是由於傳統家庭倫理之文化使然，一部分卻是由於醫師不習慣或拙於主動、直接和病患討論不予急救醫囑事宜，然而卻顯示我國病患對於自己醫療決定的參與及自主權所受到的尊重，仍有值得改善的空間[3]。另外常見的情境還有：對於某些未簽署 DNR order 之不可治癒末期病患，其病情突然轉危、或正在急診處或病房接受急救而(有些)家屬未及到場，為了讓正趕來的家屬見病患最後一面，所以希望予以急救，以暫時延長生命；此時醫師可以基於同理心而提供幫助、依法「予適當的急救」，但應注意這類急救若屬嚴格定義之無效醫療，則非屬醫療常規，醫師並不必須施行[4]。然而若是病患事前已完成 DNR order 之簽署，此時則應該尊重病患之自主決定及該 DNR order 之法律效力，不應進行無效之急救程序，否則可能會違反安寧緩和醫療條例；然而此時必須以同理心來安慰關懷家屬，進行溝通以求達成共識，避免無謂之爭議。

失能病患的醫療決定[9]

當失能病患面臨需要救命性(life-saving)的醫療措施時，如何做成其醫療決定是格外重要的，因為這時拒絕治療很可能意味著死亡，而一味地積極救治則不必然恰當。Lo 指出當病患喪失決定能力

時，根據美國長久法律案件所建立之標準，有三項為其做出醫療決定的判準，分別是「預立醫囑」(advance directives)、「替代判斷」(substituted judgments)及「病患的最佳利益」(best interests of the patient)，而此三判準間有一定的優先順序：根據「預立醫囑」所做的決定一般應比根據「替代判斷」做成的決定來得優先，而根據「替代判斷」做成的決定又應比根據「最佳利益」做成的判斷優先。這是因為「預立醫囑」是病患本人在尚具有決定能力時對其未來醫療規劃所為之意思表示，「替代判斷」是由與病患親近、因而可能最瞭解其心意的人來推斷病患於特定情形中可能採取的醫療選擇，「病患的最佳利益」則是根據一般經驗對於某醫療措施之利弊的認識，評估何種醫療選擇最符合病患的利益[5]。以下，我們將對這三個判準做一簡介。

預立醫囑(advance directives)

「預立醫囑」(簡稱預囑)或「預立醫療指示」是病患在有意識、有決定能力時，為了避免日後失去決定能力時，會遭受不符合自身期望的醫療處置，而事先用口頭或書面的方式來表達自己的意見。內容包括指定醫療決定的代理人，或指示在特定情況下，自己希望接受和不希望接受的處置。預立醫囑的做法是根據「尊重人格 (respect for persons)」的倫理原則；同時，也可以減輕家屬為病患做決定的困難和壓力。其形式大致可分口頭及書面兩種。

1. 口頭的預立醫囑

許多病患會以口頭方式告訴親友自己在特定情況下願意和不願接受的治療方式；當病患失去決定能力時，這類談話便常做為決策的一項依據。但是這類口頭預囑有很多限制，包括：(1)病患對他人醫療情形的感想，不見得代表他自己想或不想接受該醫療措施；(2)這種言論可能沒有經過深思熟慮；(3)旁人可能無法正確回憶病患的話，有時不同人記得的話還彼此相異。

另外一種口頭醫囑則是跟醫師討論，但沒有寫成正式的預囑。比起跟親人或朋友說的口頭醫囑，這種跟醫師說的醫囑多半會經過討論，醫師也比較有機會瞭解病患是不是在知情狀況下做成醫療預囑。

雖然口頭的預立醫囑常做為醫療決定的依據之一，但多不及書面預囑明確可靠；不同國家、地區對於是否承認口頭預囑的法律效力，呈現很大的差異。

2. 書面的預立醫囑

書面的醫療預囑是最廣泛獲得承認的，法律界一般認為：書面的預囑比口頭醫囑更為可信。在美國，幾乎各州都承認生前預囑(living wills)及醫療代理人(health care proxy)的法律效力。生前預囑的優點是明確反映病患本人的意願及喜好，缺點則是比較沒有彈性，而當遭遇預囑中沒有討論到的情境或治療選擇時，則無法提供明確的指示。醫療代理人則通常是病患的親人或密友，若病患除了簽定生前預囑外，也能指定一醫療代理人，以補充說明病患在不同情境下最可能的心願和決定，將是最完備的預立醫囑方式。

有關代理人如何做成醫療代理決定，見以下「替代判斷」和「病患的最佳利益」二節。

3. 「預立醫囑」本身的限制

就保障病患自主決定權而言，預立醫囑不失為一個良好的配套方案。然而，雖然預立醫囑的立意良善，但在運用方面，卻仍然可能產生一些問題。例如：病患在未充分瞭解的狀況下簽下預立醫囑、醫囑內容模糊不清、病患改變心意，或是預囑違反其最佳利益。在預立醫囑之醫病溝通上，也可能發生用語含糊、未充分瞭解病患決定理由等問題。此外，醫師和病患討論的情境往往趨於極端，例如常常討論永久無意識、瀕死或無止境住在加護病房的情形，或者像討論治療後可恢復健康的情形，不過，這些討論可能不是那麼實用，因為更常發生的實際情形可能是復原狀況難以預料或治療後有慢性殘疾，但醫師較少和病患討論這類困難的情境。

替代判斷(Substituted Judgment)

當病患立有具體明確的醫療預囑時，醫師及家屬應予以尊重；但有時病患只做過一般價值、喜好的表示，以致其喪失決定能力時，醫師、代理人無法直接依據其明確的指示做判斷，這時可訴諸的第二項依據，便是對病患喜好、價值、信念整體的認識。代理人根據他對病患的瞭解，推斷若病患尚

有決定能力，在此情形中會如何抉擇，便是「替代判斷」。

替代判斷的優點是在病患本人未做出明確個人價值信念的表達時，藉由可能最瞭解病患的人、以及病患過去零星表示過的看法來推斷他們可能採取的選擇，以延續對病患個體性的尊重(respect their individuality)。不過，它也會產生以下的問題：

1. 不一致：即使人們誠實真摯地推斷病患的心意，也可能因為訴諸病患不同的言行，而導出病患不同的喜好。
2. 不正確：替代判斷具有高度的假設性、推測性，在本質上就不如預立醫囑明確，而旁人根據病患言行的蛛絲馬跡來推敲其心意是很可能出錯的。
3. 推斷時根據的因素有疑義：有決定能力的病患可能因為不願成為家人的負擔、造成家人經濟重擔和壓力而做某些醫療選擇；但是如果病患沒這麼說過，當代理人說「病患不願成為我們的負擔、讓我們花太多錢、受太多壓力」而據此做成替代判斷時，有可能是為了自己的方便。
4. 與病患的最佳利益衝突：替代判斷有時可能會做出違背病患目前最佳利益的決定，若根據對其先前的瞭解做醫療抉擇，很可能做出有違其目前最佳利益的決定。

最佳利益

由於替代判斷充滿高度推測性，因此很多時候醫師、代理人根據病患的最佳利益做決定可能是比較好的。此做法係根據行善(beneficence)原則，亦即醫師須權衡醫療措施對病患的利弊，以促進病患的最大福祉。主張以「病患最佳利益」作為醫療決定之判準者認為：失能病患先前所表示的醫療喜好，與後來的實際狀況往往大不相同，因此病患先前所表示的意願與此刻並不相關。

不過，由於病患最佳利益的評估必須考慮病患主觀的想法和感受，因此仍會面臨與「替代判斷」相同的問題：旁人對病患心意喜好的推測可能出錯、可能變成是方便自我。根據「最佳利益」去權衡利弊時，除考慮病患主觀感受外，也必須考慮客觀事實，如果某醫療措施只能延長病患極短暫的生

命，但是會造成極大的痛苦，則縱使病患可能會視生病為淬礪心靈的過程或者就是想延續性命，基於其此刻的痛苦與醫療只能延續極短性命的考量，經過全盤利弊衡量的結果，將會做成不提供這類醫療的決定。

台灣有關預立醫囑、代理決定的法源與現況

我國安寧醫療緩和條例已確立了「預立意願書」及「預立醫療代理人」制度。衛生署亦公布了「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「選擇安寧緩和醫療意願書」、「預立不施行心肺復甦術意願書」、「不施行心肺復甦術意願書」、「不施行心肺復甦術同意書」及「預立醫療委任代理人委任書」六種格式。醫護人員應尋求在適當的時機提供給病患，病患則可依自己狀況及意願選擇，意願人也可以隨時反悔，自行或由代理人以書面撤回緩和醫療的要求。

惟以上意願書或預立意願書都限於疾病末期的情形，因此單是罹患阿茲海默症、肺炎或是敗血症，都不符合「末期病人」的定義，此外，若病患選擇在非疾病末期時拒絕接受救命性的治療，醫師應不應該施以治療？對此，雖然倫理上仍有討論的空間，但依我國現行法律，醫師應仍有施以緊急治療的法律義務。醫療法雖要求舉凡手術、麻醉、侵入性治療檢查都必須取得病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人之知情同意，但情況緊急者不在此限；而該法第 60 條亦要求「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」

撤除維生醫療^[10]

醫療的進步不斷改寫「死亡」的定義，但「自然死亡」與「謀殺」之間原本涇渭分明的界線，在某些時刻卻也因此變得模糊。在病患生命危急之時，呼吸器、心肺復甦術、電擊、升壓藥、強心藥物等之使用，雖然有時能讓病患生命暫時得到延續，並因此獲得接受進一步治療的機會，然而對於病程已無逆轉可能的病患來說，這些醫療其實並無法拯救或增進其生活品質，反而可能只是徒增其受苦並增加病患及親屬的身心負擔。在無益於病情的

狀況下，維生醫療所做的是「延長壽命」抑或「拖延死亡」不無疑義。以下，我們將從維生醫療的界定著手，討論撤除維生醫療的相關倫理、法律議題。

維生治療(Life-Sustaining Treatment)之界定

「安樂死(euthanasia)」、「醫師協助自殺(physician-assisted suicide)」及「撤除維生醫療(withdrawing life-sustaining treatment)」的類似之處，在於三者皆是以作為或不作為之方式，讓已無復原希望的病患終止生命。雖然三者的目的可能都是要減輕病患的痛苦，然而他們在倫理上的爭議性卻有相當程度的差別。一般而言，依倫理學之「雙果律」(doctrine of double effect)的檢驗，可將「撤除維生醫療」與其他兩者間劃出界線，「雙果律」認為一項行為必須符合以下四個要件，在倫理上才是善的：

1. 行為本身並非道德上不允許的；
2. 壞結果只是可預見的(to be foreseen)，但並沒有被意圖(to be intended)；
3. 壞結果不能與好結果不相稱；
4. 壞結果並不是達成好結果的手段^[11]。

不管基於任何動機或理由，安樂死與醫師協助自殺基本上的意圖是在結束病患生命，而撤除維生醫療之意圖卻不是意圖病患死亡(雖然死亡是可預見的)。目前「安樂死」及「醫師協助自殺」在絕大多數國家仍屬非法行為，只有荷蘭及美國俄勒岡州通過立法，而「撤除維生醫療」的概念則已普遍獲得接受，在我國的安寧緩和醫療條例中，亦明文訂立了不施行心肺復甦術的要件^[10]。

英美醫學會對撤除維生醫療的看法

病患的自主與利益是撤除維生系統與否的最重大考量。就尊重自主方面而言，在病患尚具決定能力時，他們應有權為自身的醫療照護措施做出決定；而在病患失去決定能力時，應由他們的代理人依照病患的意願與利益為其做出決定；而在病患利益方面，若維生醫療無法讓病情獲得改善，卻會為病患帶來更大痛苦，則維生醫療並非必要之舉。

英國醫學會(BMA)指出：醫學的目的在恢復或增進病患健康，俾使其獲得利益或減少傷害，如果

無法達到這個目標，治療的正當性便隨之消失，停止或撤回治療並不違法，也不違背倫理原則。無視治療的品質與代價，不計後果延長生命，並非醫學的適切目標[12]。

美國醫學會(AMA)對撤除維生醫療決定的建議是：有決定能力的成年病患，可對自身失能時是否希望撤除維生醫療做出預先同意，也可依據州法指定決定代理人；若接受維生醫療的病患不具決定能力，則可尋求其決定代理人之意見；若病患事先並未指定決定代理人，則病患家屬可以為其做出代理決定，而且「家屬」的範圍也包括了與病患密切相關的人。醫師在這個過程中則應提供決定代理人相關醫療資訊，以利代理人為病患做出替代判斷，意即：依照病患的偏好與價值觀，在這樣的情況下病患會希望怎麼做？如果沒有適當的證據足以顯示失能病患的偏好，則病患的最大利益應是醫療決定的基礎[2]。

而在另一方面，美國醫學會也提出了四種具有爭議性的情境，建議在這些情境之中，若無法透過倫理委員會解決爭議，則應訴請法院審核或裁決[2]：

1. 沒有家屬願意做代理決定人；
2. 家屬意見分歧，而且病患並未於預立醫囑中事先指定決定代理人；
3. 醫療照護提供者認為：病患若具有決定能力，絕不會贊同家屬的決定；
4. 醫療照護提供者認為：基於病患最大利益，該決定並不是合理判斷。

此外，由於美國曾經發生護理人員不贊同醫師撤除維生醫療的決定，因此向法院控告醫師謀殺的案例，在做出撤除維生醫療決定時，決策過程也應更為細膩。

特殊議題：撤除人工餵食

在廣義上來說，呼吸器、心肺復甦術、電擊、強心劑皆可納入維生醫療的範圍，然而這種種治療措施在倫理上的爭議性，卻未能一概而論。過去倫理學界常見的做法之一，是將維生醫療措施區分為「一般(ordinary)照護」與「特殊(extraordinary)照護」，前者為醫護人員有義務提供的服務(如保持病患身體清潔、供給營養與水分)，後者則是可能造

成患者或親屬沉重負擔，卻未必能讓病情得到改善的治療(如對臨終病患施以心肺復甦術)。然而，這種區分本身也並不是毫無疑義，例如美國總統倫理委員會便對此區分持保留態度。

在各種維生醫療措施中最容易引發爭議的，或許仍是撤除人工餵食，80年代美國克魯森(Nancy Cruzan)案中，反對撤除人工餵食者便常以「餓死」一詞表達對此的反感[13]。無論這種描述在醫學上是否合理，在倫理層面卻的確引發了許多共鳴。目前美國醫學會對於撤除人工餵食尚未特別提出建議。而在天主教方面，教廷雖然認可病患拒絕無效且將造成自己及家人過重負擔的醫療，但對於人工供給營養與水分，仍視之為對病患最基本的義務[11]。此外，英國醫學會也在一篇論及撤除維生醫療的報告中特別指出「我們承認對於許多人而言，人工供給營養與水分跟其他醫療措施之間有很大的不同，因此英國醫學會建議：任何涉及撤除或保留這項醫療的決定，都應該通過正式的臨床審查，在某些案例中，也有必要尋求法院同意。」[14]。在實踐上，為永久植物人狀態的病患撤除人工供應營養及水份，在英格蘭、威爾斯和北愛爾蘭都需透過法院審核，在蘇格蘭則並無此要求，但雖然蘇格蘭法院已授權為永久植物人狀態的病患撤除人工供應營養和水分，許多醫師在做出這項決定之前仍會尋求法院的確認[12]。

撤除維生醫療的我國法律層面

我國安寧緩和醫療條例目前將「安寧緩和醫療」界定為「為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術」，基本上已排除了安樂死及醫師協助自殺等目的在加速病患死亡的選項。條例內容基本上規定：「二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書，或預立決定代理人。若病患經醫師診斷為末期病人，且陷入意識昏迷或無法清楚表達意願，其意願書得由最近親屬出具同意書代替，但同意書不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。當最近親屬意思表示不一致時，則依配偶、子女、父母、兄弟姊妹、祖父母、曾祖父母或三親等旁系血親、一親等直系姻親之順序，決定是否要終止或撤除心肺復甦術。」此處宜

特別注意的是，末期病人出具之文件稱為「意願書」，最近親屬所出具的文件稱為「同意書」，兩者之名稱有所區別、順位亦不同；只有當末期病人「陷入意識昏迷或無法清楚表達意願時」方得由最近親屬出具「同意書」，而親屬出具之「同意書」不得違背病患本人之選擇意願，因此病患「意願書」應該優先簽立，有「病患意願書」則不須簽署「親屬同意書」。親屬簽立之同意書更不可違背病患本人先前之意思表示。這點在我國現行醫療常規中時常被忽略，實際作法亦與法令規定有所差距。許多不施予急救之「同意書」往往是在病患尚未意識昏迷或無法清楚表達意願時，由醫師接洽家屬所出具，並未事先徵詢病人簽具「意願書」，如此其實是違背倫理與法律的。與末期病人討論是否施予急救也許令醫療人員覺得難以啓口、認為對病患而言是「情何以堪？」，然而協助病患及家屬一起面對現實，以追求病患最後自主選擇意願之伸張，其實才是真正尊重、保障病患的權益。這一點在我國仍有賴終末照護倫理理念之推廣、醫療人員觀念及溝通技巧之加強及全民生死（死亡）教育之推廣來逐步改善。

此外，安寧緩和醫療條例將「末期病人」界定為「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」，因此經診斷為永久植物人狀態的病患，並不在適用對象之列；而另一方面，安寧緩和醫療條例第三條也將「心肺復甦術」的內容則限定於「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、人工呼吸或其他救治行為」，並未提及人工餵食，而人工餵食是否屬於「其他救治行為」則可能存在爭議。因此，對於末期病人撤除人工餵食也許對於少數案例在倫理上是可以接受（例如基於生活品質考量及病患強烈之自主意思表示），但是在我國法律基本上是並未明確許可。

而上述法令定義下之心肺復甦術等急救措施，根據安寧緩和醫療條例七條第三項規定「末期病人符合第一項（應由二位醫師診斷確為末期病人）、第二項（應有意願人簽署之意願書）規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。」

醫師協助自殺

前節中已經討論「撤除維生醫療」與「安樂死」、「醫師協助自殺」的倫理分野，依照美國醫學會的定義，「醫師協助自殺」是「醫師提供病患為終止生命所需的方法及/或資訊，以加速其死亡」，[2]與目的在於減緩病患痛苦的安寧醫療或撤除維生醫療有所不同。目前世界上只有荷蘭及美國奧勒岡州通過立法核准醫師協助自殺，其他各國的態度依然十分保留。由於目前安寧醫療已能解決大多數末期病患的痛苦，醫師協助自殺亦引發「遭受濫用」、「混淆醫師角色」等的倫理疑義，我國安寧緩和醫療條例並未予以納入。此外，醫師若協助病患自殺，亦構成刑法第 275 條前段規定的「幫助他人使之自殺」，將受一年以上七年以下之有期徒刑制裁。因此，在我國法律上並不容許醫師協助自殺。

結語

重症加護病房中的醫療工作，往往是醫護人員自死神手中救回病患之最後一道防線，因此也充滿生死攸關之倫理抉擇，問題複雜而且多樣，由於篇幅所限本文僅討論幾處重點。然而醫護人員在面對這些倫理難題時，思考「如何促進病患之最大利益」及「尊重病患之自主選擇、價值觀與人格尊嚴」，並探索如何在實際臨床工作中，以人性化的醫療方式來實踐，卻是歷久彌新之醫學倫理核心思維，並且是每一位醫療人員之神聖職責與挑戰。

致謝

本文為蔡甫昌醫師國科會科教處專題研究計畫之部分成果，作者謹此向國科會致謝。也感謝專任助理朱怡康先生對本研究之投入與貢獻。

參考資料

1. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 5th Ed. New York: Oxford University Press, 2001
2. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, Code of Medical

- Ethics: Current Opinions with Annotations (1996-1997 Edition) (Chicago: AMA, 1996), pp. xxix-xl.
3. 黃宣穎、蔡甫昌：不予急救醫囑。當代醫學 2005;32: 62-7。
 4. 王維慶、朱怡康、蔡甫昌：無效醫療。當代醫學 2005;32:542-9。
 5. Lo B: Resolving Ethical Dilemmas – A Guide for Clinicians. 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2000, Chapter 8 & 9, p. 94-110.
 6. Cotler MP: The ‘do not resuscitate’ order; clinical and ethical rationale and implications. Med Law 2000;19:623-33.
 7. BMA: Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. 2002.
 8. AMA: E-2.22 Do-Not-Resuscitate Orders. AMA Code of Medical Ethics. [http://www.ama-](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8461.html)
[assn.org/ama/pub/category/8461.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8461.html)
 9. 洪凌鈺、蔡甫昌：失能病患的醫療決定。當代醫學 2005;32:798-806。
 10. 林泉洋、朱怡康、蔡甫昌：撤除維生醫療。當代醫學 2005;32:11:893-8。
 11. 艾立勤：維護人性尊嚴-天主教生命倫理觀。台北，光啓文化，2001。
 12. BMA: Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making BMJ Books, 1999.
 13. Jonsen AR, Veatch RM, Walters L ed: Source Book in Bioethics: A Documentary History, Washington D.C. Georgetown University Press, 1998.
 14. BMA: End of Life Decisions-Views of the BMA: Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment, 2000.