



安寧緩和醫療條例修法

—— 維護病人善終權利 ——

文／陳榮基醫師

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。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1960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，但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。

我國在2000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），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 Donot 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，醫師可根據病人已經簽署的DNR意願書，順利拔管撤除所有無效的維生醫療措施(Lifesustainingmedicalmeasures)(如呼吸器或葉克膜等)。該意願可以註記在健保IC卡內，於各醫院都有法律效力；筆者是我國健保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，依現行

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。

感謝立法院楊玉欣委員及其夫婿孫效智教授，全力推動，朝野各黨派委員的支持，終於在2012年12月21日，完成第三度的修法，2013年1月公布修正條文。

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。」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：「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或撤除無效醫療措施的醫囑，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。

為了減少家人簽署同意書的心靈交戰與意見分歧，我們最好自己在健康時就簽署上述意願書。而且年老時可能身邊沒有親屬，可以簽署同意書。（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（新北市淡水區民生路45號），註記於健保卡。

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，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舉家庭會議，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。

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。

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，維護病人的善終權利，保障末期病人的最大利益。

（本文作者為蓮花基金會董事長，僧伽醫護基金會董事，恩主公醫院創院院長）

