

好活 到最後

一部日本卡通的情節浮上腦海。一個未滿三十歲的青年立志要當廚師，結果一次騎機車買完菜回餐廳的路上為了閃躲一隻小狗而翻車往生了。但他的靈魂一直沒有離開人世，卡通的主角告訴他：「你已經死了，不要再留戀世間。」但他還是不離開，因為他覺得不能接受，「我這輩子最後說的一句話居然是『高麗菜』。」太荒誕、不光采了，應該是一句發人深省、非常有意義的話呀。另一件還未完成的事，則是沒有親口對弟弟說抱歉和

謝謝，自己只顧追求理想而弟弟不得不接手家業，不能朝興趣發展……小學生著迷於卡通裡的招數比劃，一旁陪著的大人看出「高麗菜」拋出的問題——「我有機會決定我生命最後一刻將講出口的話嗎？」

把問題延伸，「如果能夠，你希望死亡是突然就來，或是給你多一點時間準備，死亡再現前？」如果不能保證老天爺會不會給我最後多一點時間，我們是不是可以自己提早準備？

無人可免的死亡 醫護如何說出口

七月一日早晨，在花蓮慈院一場學術研討會主題是「生命停看聽——無效醫療的倫理兩難(The ethical dilemma of medical futility)」，由護理部王淑貞督導主持；衛生署楊志良署長發表

——談醫療極限與生命善終

文 / 黃秋惠

的「醫療環保——對生命真正的尊重」一文引發媒體與社會大眾一番討論，慈濟醫院同仁也針對相關主題深入研討。

王淑貞督導在研討會一開始，說明她訂下主題為「生命停看聽」，是為提醒醫療從業人



員，在面對眼前的生命時，停一下、思考一下，尊重每個病人的選擇。在切入討論之前，督導說著，雖然楊署長的一番發表引發了多方意見，但進入網頁的討論區會看到，絕大部分都是同意的，其中許多是醫療從業人員。

名為「醫生」，是救人的職業，「病人死在自己手上」莫名地被連結成身為一名醫生

基於救人的天職，每位醫護人員受命照顧病人後，無不想盡全力讓病患可以康復出院。攝影 / 李玉如

最大的恥辱。但是，誰的手上沒有病人死亡呢？誰能抵擋得住生命的自然法則呢？而護理師，越資深也代表著可能見到或經歷更多病人的死亡，在重症加護單位工作的護理師，如何對待剛往生的病人，如何處理遺體、為遺體淨身……都是必要的工作，甚至也不可避免地成為常規之一。

在醫學倫理上，出現很多相關的討論，西方醫學甚至已經出現一個專有名詞——「medical futility」（無效醫療）的討論。隨著工作資歷的加深，一次次的病人死亡衝撞著醫護人員的心靈，強迫他們思考死亡的問題，也強迫他們接受死亡的必然；只是，相對於救人的歡喜，該用什麼樣的方式與態度，接受醫療已經束手無策的狀態？

每一次的死亡發生，或是醫療上已經用盡方法也無法改善病況了，醫護人員就需思考：「死亡是什麼？」、「怎麼樣才算活著？」類似這樣的問題，但臨床工作的忙碌，以及這個問題的難度，可能都讓大家在一番掙扎過後就忘了，等著下一次掙扎的時刻來臨再煩惱。



在重症病房工作的醫師，更需拿捏醫療的尺度，讓病人獲得最適當的治療。攝影 / 李玉如

何時該放手？接受生命終點的事實

一位七十歲的太魯閣族女士，有肺氣腫、心衰竭及肺癌的病史，過去兩年來反覆入院，經多次急救後再度返家。這次又因意識不清、呼吸困難與肺炎入院。這次住院時，醫師判斷她的病情已經惡化到末期的階段，建議她簽署不急救同意書，但病人拒絕，家屬也只能尊重病人的意願。後來的六個月期間經三次急救，最後在第四次急救無效之後，病人在醫院往生。

在《追逐日光——一位跨國企業總裁的最後禮物》一書中，作者尤金·歐凱利提及他岳父在臨終當天還是沒有接受死亡的到來，不願跟家人道別，還是對家人說：「我的病很快就好了！」結果彼此都錯失了結束關係的最後時刻。所以尤金在得知自己剩下三個月生命時，把握時間跟與自己有關係的人道別，除了親人，還有同事、朋友……不讓自己的生命有遺憾。

對於一位醫師，要親口對病人說出類似：

「所有能試的都試了」、「很抱歉，癌細胞對藥物沒有反應……所以，可能時間不多了」、「你還剩下三個月的生命」的話語，而沒有心理上的愧疚感，也需要對於生死的透澈才能做到。而如果確定已經無法可用，再做任何醫療也只是徒增健保負擔，但病人卻還是向醫護求救命，這時候，醫護人員除了配合，還能做些什麼嗎？

在臺灣的臨床倫理網絡的網站上，列出幾個問題給醫療從業人員思考？例如：何時會發生無效醫療的倫理衝突？答案是：「當醫師被要求盡一切方法救治病人，而實際上對病人而言，已經無法滿足其生理與品質目標時，撤除醫療處置才是最好的方式。」所以，面對很多無法接受死亡即將降臨在自己身上的病人，醫護人員也多了一項任務，那就是幫助病人與家屬接受事實，把握生命有限的時間，完成心願。

尊重決策個別性 豐厚的生命更有意義

一個星期六清晨，耳鼻喉科陳培榕副院長在慈濟的志工早會上分享，一位口腔癌病人在生命剩下不到兩個月的時間來找他，在口腔手術完成後幾天，陳副院長才了解，這個病人動這個手術是為了參加女兒的婚禮，不希望自己的外觀引人側目；至少病人在往生前，完成了這個心願，如願見到女兒嫁人。一次無法延長生命的手術，卻順了病人的心願；一次次的醫療行為，都是獨立的，不能互相比較的，也因此，讓末期的醫療判斷變得更加困難。當然，在聽聞這個病人的故事之後，證嚴上人提醒大家，就是因為生命有限，別忘了要將小愛化為



在救治病人的過程中，常使用許多管線儀器幫助病人，另一方面，侵入性的管線也常讓病人感到痛苦。攝影 / 李玉如

大愛，付出愛的範圍應該從家庭向外擴散，多幫助他人，讓生命的意義更能彰顯。陳副院長也分享，在臺大醫學生的年代，指導教授總要他們每日去探望住院中的杜詩綿教授，也就是花蓮慈院的創院院長，然後回來報告病況，雖然杜教授已是肝癌末期，但他跟學生們說，人生最後這幾年（幫慈濟創辦醫院）很有意義。陳培榕

副院長跟大家分享，這也是他住院醫師訓練後就來到花蓮慈院服務的主要原因。

拔除管路的迷思 善終的可能

一位八十五歲的阿公，有失智症的病史已經好多年了，後來又二次中風，這次是因為家人見阿公快喘不過氣了趕緊來掛急診住院治療。急診診斷有敗血症症狀，會腦神經外科檢查出腦部有雙腦室膿瘍。醫師建議可以手術治療腦部症狀，但家屬商討後決議採取保守療法，並簽立不急救聲明書。住院期間，接著呼吸器、鼻胃管及中央靜脈導管輸液，經醫師與家屬討論，告知若阿公不接受腦手術，也沒有更積極的醫療處置了，所以家屬決定讓阿公留一口氣回家。在家屬同意下，拔除氣管内管(ET tube)終止呼吸器並拔除鼻胃管及中央靜脈導管裝置。管路移除後二天，阿公在家往生。

王淑貞督導將這個案例故事提出來，討論的重點在於：醫護人員習慣於幫病人接上了所有的管路，維持他的生命跡象；但當病人的管路一條條的被拔除時，醫護人員反而會因為管路撤除而不捨，阿公是不是等於被餓死的？

過去所學救護病人的技術好像都派不上用場了，在面對末期病人顯得束手無策。

章淑娟主任在美國進修的老師Pedicuff教授，曾經來院演講，就有提到醫護人員及家屬想要為病人餵食，是因為他們認為無助的病人就由如小孩一般需要給與進食，但是對末期病人而言，其實還有很多可以做的。事實上，對末期病人的照護，可以將重點放在幫助病人獲得舒適感，拔除鼻胃管之後，可以幫病人做口腔護理，拔除靜脈導管裝置之後，可以用藥物或非藥物的照護減緩不適的症狀。

對於一般人來說，身上沒有任何管路才是一個正常的人，八十五歲的阿公算是高壽了，可謂古人所說的壽終正寢。如果接著管路、呼吸器，靠著人工的方式活著，這樣算是活著嗎？

感染科專長的王立信副院長經手救活許許多多瀕臨死亡邊緣的病人，他提醒：「大家不是扮演上帝的角色。」他接著說，「但是，如果病人想要活，我們就要試過所有的努力。」王



每一次的醫療行為都是獨力的，每一位病人，花蓮慈院內科加護病房黃寒裕主任都會與團隊討論，找出最適合的治療方式。攝影 / 李玉如



每個躺在重症病床上的病人，都是家屬心中最大的不捨與牽掛。
攝影 / 沈健民

副院長的一番談話，讓無效醫療的定義瞬間又變得模糊了。但他也提醒大家一個重點：「每一個病人，我都花時間陪伴，所以我會直接看著病人的眼睛，直接問病人，他的想法。」病人肯定想要一搏的答案，給醫護同仁絞盡腦汁創新處置的動力。也就是說，「尊重病人的自主權」代表著醫護同仁對生命的尊重。

放棄急救的意願 要家人認同

臨床上，也不乏發生病人已經簽了不急救同意書，但遇到狀況將病人送急診，情況非常危急，一被醫護人員問：「要不要CPR(心肺復甦術)?」如果平常沒有準備好，家屬可能第一反應會說：「要。」但是看到CPR在眼前實際上演，通常會嚇呆、震驚不已。雖然醫護全力搶救的精神很令人感動，但是，「他(病人)本來說不要急救的，他會不會很痛？」

或者是，病人簽了不急救同意書，但是沒有告知家屬他的心意，或是家屬太多，沒有一一告知；即使已經將同意不急救的選擇註記在健保卡上，家屬說要救，醫護同仁還是只能全力搶救，這時候，顧不得病人本身的意願了。

負責醫學教育的劉鴻文副院長也與花蓮慈院

同仁們分享他與醫學生的對談討論。他在課堂上分享一個案例：七十多歲、中風多次的老先生，有氣切口、接著鼻胃管、躺床，孝順的兒子提早退休照顧父親，還另聘了一位外籍看護，但是並無法改善老人家的生活品質。劉副院長與學生們討論了很久，還是沒有答案，但是，「醫療人員的角色就是要盡力去救，沒有放棄的理由。」當醫療已經無法改善時，這樣的醫療，延長的將是「痛苦」。

負責花蓮慈院內科加護病房的黃寒裕主任最常面對家屬的疑問與不解，甚至質疑，而不同家庭，不同家屬，意見更是可能南轅北轍。他提及最近兩次對比的經驗。

一次是一位具醫療背景的女士歇斯底里地來問他，上一次媽媽來急診靠著非侵入性的呼吸器就可以治療肺炎，為什麼這一次來就要插管接呼吸器？剛好兩次急診都由同一位急診醫師處置，急診醫師回答：此次病人有咳血，且喘的狀況較上回嚴重，所以才插管接呼吸

器，而此次處置時女兒不在場，是看護在。另一個家庭，病人是九十多歲的阿公，咳痰能力很差，出院隔一天又因為發燒入院。黃主任委婉地建議家屬，阿公年紀大了，人生最後的階段是不是不要插管，減緩阿公的痛苦？但因為阿公的家屬人數眾多，最後還是採用急救措施。

雖然家屬百百種，但是，身為內科加護病房大家長的黃寒裕主任還是會苦口婆心地跟每一位家屬分享安寧緩和醫療的觀念。也希望大家可以將不急救的意願註記在健保卡上，讓醫院透過系統立刻就明瞭病人的意願。

安寧緩和醫療條例 末期舒適好品質

今年六月，行政院衛生署

公布二〇〇九年度十大死因，依序為：癌症、糖尿病、事故傷害、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、慢性下呼吸道疾病、自殺、腎病症及病變。除了事故傷害及自殺之外，其餘的八大死因多半為慢性重症。臺灣已經立法通過「安寧緩和醫療條例」，但其實此條例並非針對癌症病人的安寧照護，而是指回歸古早中國人說的「善終」——「自然死亡」。

西方醫學對於無效醫療的接受度日漸成熟，在歐美的老人安養中心的重症老人，較少接鼻胃管、呼吸器依賴及氣切口，而是回歸自然的接受醫療有極限的事實。其中最大的差別，包含對於「不急救同意書」的簽定，以及「醫療委任代理人」機制。

復健科梁忠詔主任分享，「具有醫療背景的我們，真的很幸運！」能夠幫助親人及自己下盡可能正確的決策。但他也提醒大家，「做了決定，就不要後悔！」如果簽了DNR（不急救同意書），就不要臨時變卦，如果決定相信主治醫師，就全權授權。梁主任以自己母親住院及至往生的過程，至今還是感謝加護病房黃寒裕主任與當時的醫療團隊。



醫師對病患家屬應善盡告知病情的責任，並隨時更新治療過程的狀況，才能讓家屬親人有時間可以思考對應方式。攝影 / 李玉如



非癌症的末期病人也可入住安寧病房，接受安寧緩和醫療照護。這是臺北慈院心蓮病房空中花園一角。攝影 / 高金傳

癌症為臺灣的首要死因，過去的安寧緩和照護僅針對末期癌症病人提供，現在也擴及非癌症病人，希望提供末期病人的生活品質。衛生署在二〇〇九年九月公布，非癌症的末期病人也可以入住安寧病房，接受安寧緩和醫療的照護。不過在臺灣似乎還不為民衆所知。

根據粗略統計，花蓮慈院二〇〇九年全年，

病人往生前一日所住的病房單位，多半還是在加護病房：急性腎衰竭往生的病人，百分之七十五在加護病房，百分之二十一在一般病房，百分之四在安寧病房；慢性腎衰竭，百分之八十八在加護病房，百分之十二在一般病房；肝硬化，百分之六十五住加護病房，百分之二十在一般病房，百分之十五住安寧病房；充血性心臟衰竭，住加護病房的佔百分之七十七，百分之十七在一般病房，住安寧病房的佔百分之七；慢性阻塞性肺疾病的病人，往生前往加護病房的佔百分之五十二，百分之三十六在一般病房，百分之十二住安寧病房……。相對來說，癌症末期病人在往生前往安寧病房的的比例約六成左右。

安寧緩和條例，並不代表要病人放棄生命，醫護人員也必須自我提醒，如果病人簽署了不急救同意書，並不等於「不用管他」、「他不想活了」而是病人願意接受生命終點即將來臨的現實，願意在有限的時間裡減少疾病帶來的疼痛，提高舒適度，擁有較好的生活品質。

第一願

在我無法做出醫療決定時替我作主的人

第二願

我希望或不希望接受的醫療方式

第三願

我想要的舒適

第四願

我希望別人對待我的方式

第五願

我想對心愛的人說的話

擬定五個願望 生命將更豐厚

生命終點的方式，現在先決定。一九九六年左右，美國佛羅里達州一個非營利組織「尊嚴老去」(Aging with Dignity)發起一份「五個願望」手冊(Five Wishes)，同時有生前預囑與醫療授權書的功能，且有詳細的條列，至今獲得廣大的迴響，且已流通到全球，也值得我們參考與推動。

預立選擇安寧緩和醫療意願書

本人_____若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，願依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（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、人工呼吸或其他救治行為）。

【附註】

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。

「預立選擇安寧緩和醫療意願書」可上網下載或至醫院及相關單位索取，需本人簽名，並有兩位見證人簽署。正本寄至「台灣安寧照顧協會(臺北縣25160淡水鎮民生路45號)轉送健保局以完成IC健保卡註記。

很多時候，在看著臥床無法言語的老人，有些甚至不是老人，揣想，「他的心裡現在在想什麼？」、「他現在有感覺嗎？」、「如果早知道會這樣，他先前會做出不一樣的決定嗎？」

藉由「五個願望」的擬定，能夠讓你的家人、朋友和醫生知道，在你病重的時候希望受到什麼樣的對待；家人不必猜測你的願望，例如，第二個願望就能事先決定，萬一病程走到末期，不可避免地陷入昏迷或預期不會醒來，要不要接受管灌、CPR、大型手術……等等的維繫生命的醫療手段；而不會將難題留給家人。

在開明的二十一世紀，大家應該能夠公開談生死，因為每一天睡著都是小死，每個人每天都朝死亡更靠近一點；早一點預想生命終點的場景，留給自己生命最後階段真正的尊嚴與舒適，也能讓家人「有所適從」，預知生命終點，也將提醒人人將生命更豐富，活得更有意義。



安寧緩和照顧提高了病人就醫的舒適度，擁有較好的生活品質。攝影 / 李玉如

醫療的省思

文／程慧娟

花蓮慈濟醫學中心家醫科主治醫師

一名三十四歲女性，與先生育有四個小孩，平日做清潔零工貼補家用，因營建業不景氣，先生到處接工地臨時工，小孩最大才十歲，最小的僅三歲。病人於一年前診斷出四期大腸癌，合併腹膜腔轉移，經連串緩和性化學治療，一度腹脹症狀有所緩解。但不幸近日出現嘔吐情形，每日達七至八次，身體更形虛弱，已經無法下床，雖然禁食已經四天，仍然不時有噁心感。家屬擔心病人長時未進食，要求外科醫師一定要開刀處理腹腔轉移問題，希望病人可以重新開始進食。外科醫師向家屬解釋開刀可能的風險後，家屬仍堅持盡一切可能救到底，安排外科手術切除阻塞部份的大腸後，病人更加虛弱，於一個月後因敗血症合併器官衰竭，經急救後往生……

醫療基本原則 尊重病患自主權

治療用在病人身上基本上，效果在不同病人不同狀況下有不同的結果，效果判定必須仰賴醫療人員



長期接觸安寧療護的程慧娟醫師與醫護人員討論病歷。她認為醫護人員心中要有一把尺，才能做出對病人最有利的治療。攝影／沈健民

作經驗判斷。醫療處置有多少機會可以幫助病人呢？以上述的病患情況而言，當醫療人員思考醫療處置權衡利弊時，假如預期存活期間已為有限、如果對病人的傷害多於好處，除應停止不必要的醫療處置，更沒有逕行治療的正當理由。醫療人員也必須清楚了解——拒絕傷害生活品質的醫療是病人的「自主權力」，因此醫療人員在施行醫療行為之時，一定要善盡病情告知之責，告知內容必須包括所有醫療處置的利弊得失，提供病人或家屬決策參考。

以「不施行心肺復甦術」(DNR, Do Not Resuscitate)為例，病人如因末期癌症等不可治癒之疾病面臨死亡，此時心肺復甦術已屬無效，則不應施行心肺復甦術。依照台灣現行安寧緩和療護條例，必須由病人或家屬簽署意願書或同意書。然而國內預先規劃身後事的風氣並不普遍，有時醫療人員也沒能預先說明病情讓病患與家屬從長計議，往往到了生命交關之時始與家屬討論，往往家屬在匆忙慌亂天人交戰之下，會覺得簽署不急救同意書無異是「放棄」病人，事後卻又因讓病人接受急救卻而悔恨不已；或是實際上常年照顧病人的家屬，因不忍病人繼續無端受苦，鼓起勇氣簽下DNR，卻被其他親屬嚴厲斥責，而出言斥責者卻未必是真正守候病榻親侍湯藥的人。

認識生命 全民課題

自從葉克膜的出現，讓有些民衆對於醫療科技抱著過度的期待。其實，維持病人的生命徵象並不等於延長有意義、有品質的生命；這不只是醫療人員必須具備的專業認知，也是全民都應該接受的生命教育。按照國內法令，必須

簽署意願書或同意書放棄急救；在國外，在法界、醫界、學界與民間諸多的討論之下，某些已開發國家出現了不同的做法。在英國與澳紐等地，如果病人入住醫院狀況惡化之時，醫療團隊認定任何醫療處置皆屬無效，可直接決定不予施行心肺復甦術或停止任何無效醫療處置。如果家屬持反對意見，醫療團隊得將案件送審醫院的倫理委員會討論，並知會家屬倫理委員會的結論。當善盡溝通之後，如果家屬仍然不予同意，則考慮改換照顧團隊。在香港的某些醫院行政當局也訂定了院方對無效醫療的處理政策與流程。

不論法律的規範如何，以救人為天職的醫療人員必須心裡都有一把尺，本著醫療的良心，依照醫學專業知識、參考病人狀況、考量病人自主與喜好，做出符合倫理道德要求的判斷。從死神手中拯救病人固然是醫療科技的莫大成就，但如病人死亡無可避免，並不意味失敗；當窮盡一切努力仍然無法跨越醫療極限時，勇於承認醫療極限，讓病人「好死」其實是更可敬的積極作為！