

醫學倫理教案 (2)

議題：末期癌症病人及家屬對臨終照護的猶豫

病人是一名 69 歲阿伯，與妻子居住於鄉下。因患有第四期肺癌規則於門診追蹤及接受化療。此次因為呼吸短促住院，檢查發現大片惡性肋膜積水，胸管置入後症狀改善許多，但進一步檢查發現腫瘤進展且合併新發生的骨轉移。主治醫師表示目前只剩下標靶治療可以試試看，但成功機會不大且需要自費。

病人不太能接受自己的病況，主治醫師每次跟他明病情及表達希望了解他的想法時，病人都表示不想討論這個議題。因病人已在疾病末期狀況，住院中有照會安寧團隊，但案妻對安寧療護反應激動，且表示自己無法做決定。

住在遠地來探視病人的子女們表示尊重父母親的決定，提到自費標靶治療表示有困難，對安寧亦不敢做決定。

病人狀況暫時穩定且已經移除引流管，醫療團隊與病人和家屬討論出院的規劃及後續的照護，但家屬因為病人居住地較偏遠，擔心返家後由病人妻一人照顧會有困難，要求再住久一點。但目前醫院病床吃緊，急診已經塞滿急需住院的病人，但病人又遲遲無法決定後續治療動向。

本案例的學習重點是當病人對自己的醫療計畫無法作出決定時，醫療人員該如何面對。

處理倫理案件首先考量的是法理，再來處理人情。但在考量法、理、情之前，最優先要做的事，就是要確認病人和家屬是否完全了解情況，以及醫病之間是否沒有誤解。許多所謂倫理議題常常是溝通問題，故在與病人家屬討論比較困難的治療決策時，宜採用共享決策（shared decision making）的 three-talk model 方式與家屬懇談。

首先是邀請家屬參與討論如何選擇（choice talk），然後向家屬詳細解釋各個選項的優點和缺點，並逐項探詢家屬對這些優點和缺點的看（option talk），在真正了解家屬的價值觀和偏好之後，一起做出決定（decision talk）。若經過充分的溝通之後醫病間仍無法得到共識，此時才進行倫理分析及執行行動計畫。

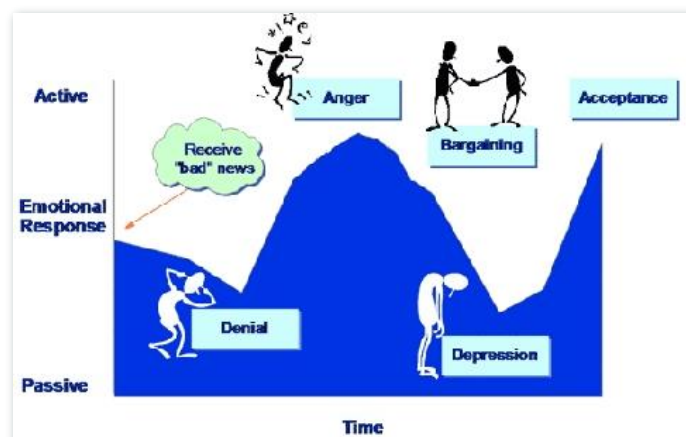
最為簡易且廣為世人採用的倫理抉擇方法是西雅圖華盛頓大學 Jonsen 等人發明的 4 格法，本案例也採用這個方法來列出需要考量的情況：

Medical Indication	Client Preference
病人已到生命末期，且因惡性肋膜腔積液導致呼吸短促，雖經治療暫時緩解，但預期症狀必然復發且後續將會出現更多不適症狀，安寧療護有其必要性。	病人避談癌末照護，太太對安寧療護反應激烈，兒女不願負責決定。
Quality of Life	Contextual Features
安寧療護有助於改善生活品質。	居住在偏遠鄉間，就醫不易。 家境清寒，無法負擔標靶治療。

從四格表所填寫的狀況得知，本案例涉及生命倫理四原則的「尊重自主」及「行善」兩個原則。依據「行善」原則，無論是 Medical Indication 及 Quality of Life 均指向安寧療護是合宜的，故應予安排。再來思考「尊重自主」原則，病人、太太和兒女均不作決定，導致決定是否安排安寧療護及規劃後續照護受到阻礙。

因此，處理本案例的關鍵是要獲得病人（及家屬）的知情同意。知情同意涉及三個條件：（1）理解要做決定（選項：同意、不同意、延後決定）所需知道的內容；（2）將所悉事物作合理分析；（3）為自己的最佳利益作出決定。

本案例首先要做的是讓病人和家屬了解病情。案例中，病人避談癌末照護，太太對安寧療護反應激烈，其實都是可預料的事。正如美國精神科醫師 Elisabeth Kübler-Ross 在 1969 年出版的暢銷書“On Death and Dying”所述，人對待哀傷與災難過程中在心理上有 5 個縮寫為“DABDA”的獨立階段：否認（denial）、憤怒（anger）、討價還價（bargaining）、憂鬱（depression）和接受（acceptance）。因此，病人和太太對於病情的了解選擇「退縮」避談，正是因為他們對於「癌症末期」在心理上還未能調適到「接受」的階段。



Elisabeth-Kübler-Ross 的 DABDA 五階段心路歷程

當病人或家屬得知壞消息後，心理上的衝擊若還未到「接受」階段（無論是其他四個階段的哪一項），操之過急的說明都是沒有好處的。此時需致力和對方溝通，用心聆聽及理解對方潛在內心深處的真正情緒，給予善意且合宜的回應（包括表達認知及認同對方的感受），並承諾且履行陪伴與支持。在建立醫病情誼之後，引導病人和家屬進入「接受」階段，才能開始知情同意，或進一步的共享決策。病人和家屬經由「充分知情」、「周延分析」和「明確抉擇」之後，問題便可以迎刃而解。

ELIZABETH
KUBLER-ROSS
THE FIVE STAGES OF
GRIEF