

當安寧遇見器捐時

李明哲

臺北市立萬芳醫院 外科部、臺北醫學大學醫學院 醫學系外科學科

綜論

人的一生必經之路不必然包含生、老、病、死四個過程，但我們可以確信的是，出生與死亡的必然發生。每個人的人生觀會因時間、教育、際遇的不同而有不一樣的體會及轉變。或許不是每個人都能像存在主義的哲學思想家馬丁海德格（Martin Heidegger）一樣地了解「向死的存在」（Being-towards-death）的真正含義，但其學說中透露的生死觀卻是值得每一個人在世時須時時警惕的。他告訴了人們，不要恐懼死亡，因為死亡是隨時可能發生的。我們必須要了解，人生是一連串步向死亡的過程，在還沒到達終點時，你無煩惱自己會怎麼死，而是應該積極的去面對每一天，去了解生命存在的大意義，去歸劃自己的未來，這其中當然包含死亡的來臨 [1]。宗教家證嚴法師也曾倡導「人生只有使用權，沒有所有權」的概念，要大家善加利用有限的人生創造無限的智慧，造福人群。可見，死亡是個必經之路，也是普羅大眾必修的課題。但要如何讓眾人在海海人生中去體會生死大義，這不是課本能教我們的事。無怪乎，在臨床實務上每每遇見生命末期病患時，病人及家屬們的醫療決策是如此的煎熬！

時代的進步使得醫療技術突飛猛進，造福了許多病人免於病痛之苦，也進而延長其壽命。相反的，在許多嚴重疾病的情況下，醫療人員雖本於職責須盡力救治病人，然終究卻也無法改變病人最終

死亡的結果，但在這一段過程中卻讓病人的身心靈遭受極大的痛苦。有鑒於此，政府在民國八十九年通過了「安寧緩和醫療條例」，透過立法的保障，醫療人員可在末期病人自由意願或其最近親屬同意下，施予病人緩解性、支持性之醫療照護，以減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性的痛苦，進而增進末期病人的生活品質 [2]。故過去近二十年來，許多罹患嚴重傷病，在醫學上有證據，且經醫師診斷認為不可治癒，近期内病程進行至死亡已不可避免之末期病人，可選擇安寧緩和醫療。其中很重要的醫療決定即是不施行心肺復甦術及終止或撤除維生醫療。然而，為保障每一位心智能力完全健全者的自主與善終權利，政府更於民國一百零五年公告「病人自主權利法」（簡稱：病主法），並於民國一百零八年一月六日起正式施行。病主法是台灣第一部以病人為主體的醫療法規，也是亞洲第一部完整地保障病人自主權利的專法。其適用對象除末期病人外，更擴大至另四款臨床條件，包含：不可逆轉昏迷、永久植物人、極重度失智、及其他經主管機關公告的重症。在台灣，所有具完全行為能力的意願人可以透過預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）的程序，與親友和醫療機構討論自己的善終意願，並簽署預立醫療決定（Advance Decision, AD），選擇自己未來如面臨法定的這五種臨床條件時，是否接受、或如何接受任何醫療行為，同時也可以指定自己信任的人擔任醫療委任代理人（Health Care Agent, HCA），確保自己的善終意願在意識不清時仍能被貫徹執行。在病主

通訊作者：李明哲

通訊地址：台北市文山區興隆路三段 111 號

E-mail：110263@w.tmu.edu.tw

法的保障下，病人可自主的選擇其醫療方式，其中包含了施行與不施行的權利，例如：施行或不施行任何有可能延長病人生命的必要維生醫療措施與人工營養及流體餵養（Artificial Nutrition and Hydration, ANH）。而所謂的維持生命治療（Life-sustaining Treatment, LST）則包括：心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等 [3]。

拜醫療科技進步之賜，過去認為不可治癒的末期器官衰竭病人可透過有效的器官移植手術來挽救生命並提高生活品質。然而，器官來源的短缺卻是一直以來無法滿足此一重要醫療目的很重要的因素。雖然台灣早在民國七十六年就頒佈了「人體器官移植條例」，但受諸多因素的影響，器官捐受之間數目差距的鴻溝卻越來越大。為有效推廣器官捐贈風氣，政府也於民國九十一年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」，期望能透過專責機構的努力推廣，達到提升器官捐贈數目的目的 [4]。然而器捐數目受許多因素的影響，其中一重要因素即是有效的立法策略。目前台灣在器官捐贈的法律上採行所謂的自願捐贈制（Opt-in Law），亦即病人須於生前表達捐贈器官意願使得為之。但大多數的民眾於生前少有公開表達意願之機會，致使許多家屬於病人腦死時裹足不前，無法為其做器捐決定。探究其原因乃是，病人或許生前曾簽屬具法律效力的器捐同意書，並於健保卡中註記其器捐意願，但因此類決定並未透過預立醫療照護諮商的程序，與親友深入溝通自己的善終意願後而簽署的預立醫療決定，所以當病人臨終時最終仍以家屬的意願為醫療依據。在病主法施行後，民眾能透過合法的程序自主表達面臨生命末期時的善終意願，相信這類讓家屬難以決定的痛苦抉擇必然會減少，也能讓醫療人員於臨床實務上更能幫助病人完成其善終心願。

但，有許多人認為在生命末期時，如接受器官捐贈手術又如何能善終呢？我想這是大家對「善終」定義的不同而導致的迷思。善終的真正意義並不單純來自執行的手段及過程如何讓病人得到身體的舒緩，更重要的是如何讓病人在這一生中的最後階段亦能「成就心願」，達到身、心、靈的解脫。

臨床實務上對於定義「腦死即死亡」的認知雖然仍然存著許多爭議，但多數人卻也同意腦死病人即屬生命末期範疇。如何能讓腦死的生命末期病人有尊嚴地走完人生，做法應與其他生命末期病人的臨終照護並無二致，亦即遵循生命末期臨終照護的六步驟，從一開始的討論生命末期的來臨、擬定治療及照護方針、提供不同面向的全方位醫療照護、協助尋求必要的社會資源、徵詢個人臨終意願、乃至往生後的告別及遺族關懷等 [5]。其中的生命末期臨終意願徵詢就是成就心願的重要步驟，讓病人及家屬能在關鍵時刻了解他們可能的選項，同時也能完整地提供必要的協助，成就他們的心願。更重要的是在現今的臨床實務上，我個人認為只有器官捐贈的生命末期臨終照護才是真正的完成了生命末期臨終照護這六大步驟，因為往生告別及遺族關懷亦是器官捐贈步驟中很重要的拼圖。如果每位從事器官捐贈過程的醫療人員都能善盡職責地一一完成每一步驟，我想應該大家都會相信，器捐與善終精神不應該是背道而馳的。可惜的是，臨床實務上的病人預立自主選擇醫療方式似乎缺少了死後器官捐贈的說明，這也讓我們這群長期從事器官捐贈宣導的個人及團體感到惋惜的地方。未來如能於預立醫療照護諮商的程序中同時進行死後器官捐贈的說明並徵詢其意願，讓民眾能自主決定死後是否願意（或不願意）器官捐贈，如此當能讓醫療人員為末期病人進行有效且必要的醫療措施，而不至於需在極有限的時間內做困難的器官勸募工作。此外，對於符合撤除維生系統條件的病人，也可考慮於其心臟停止後施行「心臟停止死亡後器官捐贈」。當然這類的器官捐贈行為，病人必須在符合法規的條件下以及在特定的機構中施行。在病主法的保障下，依據病人自主意願施行器官捐贈，亦當可減少其在醫學倫理上的利益衝突。

所以吾人如深知，器官捐贈不但是一種揚善利他的行為表現，也是末期病人善終的一項選擇的話，我們就應該充分的保障民眾「知」的權利。當醫療人員在執行預立醫療照護諮商時也能認真地與民眾討論死後器官捐贈這項重要議題，如此，安寧緩和醫療及病主法當更能符合其當初的立法精神：

尊重病人醫療自主、保障病人善終權益。對於臨床上執行生命末期病人照護時，也能將潛在的腦死器捐者納入照護範疇，並且確實執行生命末期臨終照護六大步驟，讓善終三法（安寧緩和醫療條例、病人自主權利法、人體器官移植條例）能真正落實。

參考文獻

1. Avakian S: 'Being towards death': heidegger and the orthodox theology of the east, Berlin, Boston: De Gruyter, 2021.
2. 全國法規資料庫：安寧緩和醫療條例。2023。Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=l0020066>
3. 全國法規資料庫：病人自主權利法。2023。Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
4. 全國法規資料庫：人體器官移植條例。2023。Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020024>
5. Cumbria Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust: CNTW(C)49 - End of Life Care Policy -V02.6. 2020. Retrieved from <https://bit.ly/3PD3I1s>