

# 臨床倫理病案討論

*Case Discussion in Clinical Ethics*

蔡甫昌 編著



孫思邈論太醫精誠凡太醫治病必當安神定志無欲無求先發大慈惻隱之心誓願普救含靈之苦若有疾厄來求救者不得問其貴賤貧富長幼妍媸怨親善友華夷愚智普同一等皆如至親之想亦不得瞻前顧後自慮吉凶護惜生命見彼苦惱若已有之深心悽愴勿避嶮巇晝夜寒暑飢渴疲勞一心赴救無作工夫形跡之心如此可為蒼生太醫反此則是含靈巨賊

# 目 錄

推薦序	侯勝茂	I
推薦序	陳慶餘	II
推薦序	賴其萬	IV
作者序	蔡甫昌	VI
1. 病情告知	吳佳穎 蔡甫昌	1
2. 病患隱私與愛滋病	曾韻如 蔡甫昌	7
3. 知情同意	楊孝友 蔡甫昌	13
4. 病患的決定能力	吳柏毅 蔡甫昌	23
5. 醫師的行善義務	詹佩欣 蔡甫昌	33
6. 醫病溝通	潘恆嘉 蔡甫昌	41
7. 家屬要求隱瞞病情	毛愷民 蔡甫昌	55
8. 臨床道德兩難的解決	陳振業 蔡甫昌	61
9. 病患拒絕醫療	戴逸承 蔡甫昌	75
10. 疼痛控制	劉澄玓 蔡甫昌	85
11. 病患拒絕輸血	顏似綾 蔡甫昌	95
12. 不恰當的檢查及醫療要求	林季緯 蔡甫昌	105
13. 醫療傷害與錯誤的告知	汪宗哲 蔡甫昌	113
14. 癌末病人的疼痛控制	張至寧 徐微婷 蔡甫昌	123
15. 不予急救醫囑	黃宣穎 蔡甫昌	137
16. 失能病患的醫療決定	洪凌鈺 蔡甫昌	147
17. 無效醫療	王維慶 朱怡康 蔡甫昌	163
18. 撤除維生治療	林泉洋 朱怡康 蔡甫昌	177

## 知情同意

楊孝友 蔡甫昌

### 案 例

---

黃女士今年45歲，因子宮肌瘤經主治醫師安排住院要進行子宮全切除手術，邵醫師是婦產科第一年住院醫師，負責照顧黃女士。黃女士在住院時曾詢問邵醫師可否只將肌瘤的部分切除而將子宮保留，並詢問麻醉方式的選擇及術後止痛的危險性。由於邵醫師只是新進的住院醫師，對於手術的成功率與風險尚未十分了解，對於病人是否可以採用保留子宮的術式也無法作主，因此邵醫師嘗試與主治醫師聯絡，想請病人直接和主治醫師討論。不過一直到黃女士開刀前，都還聯絡不上她的主治醫師。為了手術前的準備工作，黃女士在護士小姐的催促下簽署了手術同意書。

### 前 言

---

在醫療照護與醫師訓練的制度中，住院醫師乃是在主治醫師的指導下負起照顧住院病人的責任，如果病人需要進行侵入性檢查或手術，時常是由住院醫師完成手術說明及同意書取得之工作。然而年輕的住院醫師在訓練過程剛開始時對於手術的方法、步驟、成功率、併發症往往並非完全了解，對於「知情同意」的醫學倫理觀念與實務也往往認識不深，於是經常看到醫師

或護士小姐把同意書拿給病人後，要求病患立即簽名繳回，甚至於說：「你要記得把同意書拿給你兒子簽喔！」就走了。

傳統的醫病互動比較是屬於「醫療父權主義 (medical paternalism)」，病人將自己的健康交託給醫師，由醫師做一切決定，醫師較少就醫療過程與病人討論。安排檢查或治療措施時也不見得會事先詳細地告訴病人診治的目的、方式，更遑論告訴病人他們有權接受或拒絕該治療或檢查、其他替代措施及其利弊，以至於手術或檢查同意書的填寫常流於形式，病患的「知情同意」權並未受到重視。然而現代社會由於醫療環境日益複雜，病人自主及權利意識抬頭，醫療糾紛層出不窮，醫病雙方開始注重同意書的取得與先前的告知過程。

然而與知情同意及手術同意書簽立的相關實務及倫理問題很多，例如在邵醫師的例子裡，病人雖然已經在同意書上簽了名，但她其實對手術的必要性、麻醉方式的選擇、風險大小、預後及可能會產生的併發症一知半解。她的疑問反映出她對於子宮全切除手術仍存有疑慮及顧忌，卻沒有從醫療團隊得到做成決定所需的資訊與協助。病人甚至於可能因為住院醫師缺乏經驗的處理方式或主治醫師一開始就沒有和病人有充分的討論而充滿焦慮甚至胡思亂想，例如心想主治醫師開刀前為何都不來看她、住院醫師為何丟給她一張同意書要她簽名就走了，問她能否不要切除整個子宮也說不知道，還要自己明天到開刀房時再和主治醫師討論，這是不是因為自己沒包紅包的關係？

## 一、知情同意的倫理考量

---

在討論「知情同意」前，首先須瞭解以下幾個名詞的定義：

1.「**答應 (assent)**」與「**同意 (consent)**」：有學者將答應 (assent) 定義為是種被動的授權方式，病人本身並無機會參與決定的過程，只能被動選擇接受或不接受醫療團隊所決定的醫

療處置。「同意」(consent)則指病人在充分知情的狀況下參與醫療決定，經醫師告知做成決定所需的相關資訊後(例如各項選擇醫療處置的優缺點)，由病人決定採取某項醫療處置。

**2.知情同意 (informed consent)：**強調醫師要告知病人做某一醫療決策所需的相關資訊，並讓病人主動參與臨床上的決定、同意該醫療決定之進行。

**3.共同決定模式 (shared decision-making model)：**共同決定一詞源自於1980年代，強調醫生要與病人相互尊重且「共同參與」醫療決定。在此醫療模式下，醫師有義務幫助病人獲得足夠的資訊，協助病人積極參與自身的醫療決定。醫師也應本於「促進病人健康」的理由給予病人適當的建議。

**4.自主授權 (autonomous authorization)：**「自主行為」(autonomous action)是指病人在有意願(intention)、對所面臨的問題有充分了解(understanding)且能在不受他人不當干擾(freedom from undue influence)的狀況下所做之行為。在临床上，當病人的決定是經「知情同意」的「自主行為」，才可視為獲得病人的「自主授權」。

## 知情同意的目的

「知情同意」的最終目的是希望藉由提供病患所需資訊，促使病患積極參與自身的醫療決定。它是建立於「尊重人格」(respect for persons)、「尊重自主」(respect for autonomy)及「促進病人健康」(promotion of patient well-being)等相關的倫理原則之基礎上。所謂「尊重人格」是指醫師在照護病人的過程中要處處表達對病人的尊重，包括主動邀請病人參與醫療的決策；「尊重自主」則是指尊重病人有權決定自己所要的健康照護方式；而「促進病人健康」則指醫生必須本於行善原則(beneficence)，盡其所能去評估病人的需求並提出對病人最好的建議。

## 有效的知情同意

一個有效的 ( valid ) 「知情同意」需包含以下幾個要素：

**1.病人具有決定能力 ( decision-making capacity )：**「決定能力」是指「了解與醫療決定相關的訊息」及擁有「做某一決定，可合理預見其結果」的能力。醫師在一般情況下可先假定病人具有決定能力，然而也必須察覺病人是否因為特殊狀況，導致失去決定能力，例如，當醫師遇到急診室裡譫妄 ( delirium ) 或昏迷的病人時，或者病人有精神病或心神喪失、是心智未成熟的孩童等情形；這時候醫師必須尋求代理人來做決定。

**2.病人能獲得足夠的資訊：**擁有充足及正確的病情資訊是病人進行判斷及選擇的基礎，醫師不應該以忙碌為由而忽略對病患的說明，或者只提供片面、簡略、不清楚的告知，也不應該只是給予一堆專有醫學名詞或概念，不顧慮病患能夠理解的程度。

**3.病人做決定時沒有受到操弄 ( manipulation ) 或脅迫 ( coercion )：**醫師須儘可能客觀地陳述各種治療的選擇並尊重病人的決定。有些醫師會自動過濾他們認為會引起病患不必要憂慮的資訊，好讓病患接受他所建議的治療或檢查措施；這麼做可能使病患只獲得片面的資訊，反而妨礙了病患的知情同意權，一旦將來發生醫療爭議或不幸時，醫師也將因為告知上的瑕疵而產生法律上的責任。此外有些醫師在其建議不為病人所接受時，會跟病人說：「你既然不相信我，就去找別的醫生吧！」，這種以中止治療關係、叫病人出院的方式來恐嚇病人的措辭，便是在脅迫、影響病人的自主選擇，一定要避免。

**4.病人能「充分理解」自己所面對的決定及醫師所提供的資訊：**有時候醫生說了一大堆，但病人可能聽得一頭霧水，這時醫師可以問病人：「您可以了解我的意思嗎？」、「您可以把我剛剛講的用您自己的話再說一次嗎？」，以確定病人確實理解醫師所提供的資訊。

5.病人必須是出於自願的（voluntary）、有表達自己意願的機會：這一點很重要，因為病人若無法表達自己的看法，可能表示他沒有聽懂醫生的話，或者他不是真的自願；若是病人並非真正出於自願，其往後的遵醫囑性與對醫病關係的滿意度也通常都會比較差。

## 同意書的簽署

很多醫師以為病人簽了同意書便是已經得到病人的自主授權，或者認為日後若發生醫療糾紛時依此同意書便可以免除責任，這是錯誤的觀念；單是讓病人簽署同意書並不等於得到「自主授權」，同意書也不是護身符或免死金牌。同意書簽立的倫理及法律要求旨在提醒醫生和病人對所面臨的醫療決定進行討論、病人主動參與自身的醫療決定、在充分知情的狀況下，以同意書之簽署來授權醫師進行醫療措施。只有當醫生能充分告知病人各種可行醫療處置的優缺點，病人也能充分瞭解所面臨的各項選擇，且不受他人不當影響的情形下，出於自願地做出決定，這時醫生才能宣稱其醫療行為已得到病人的自主授權。

## 二、醫師應該告知病患多少資訊

---

然而與醫療決定相關的醫學資訊可能很多或很複雜，醫師究竟應該告知病患多少資訊才算善盡告知的倫理及法律義務呢？有關「醫生應提供病患多少資訊」之標準一般而言有以下幾種理論，第一是「專業執業標準（professional practice standard）」，主張告知的內容是「一般其他醫師在類似情況中認為應該讓病人知道的資訊」。然而，這種標準可能會產生一些問題，例如對某些病人所關心的訊息，醫生們可能會認為不重要而加以忽略，造成病患資訊不足而判斷上有所誤差。因此，有人主張應採第二種「理性人標準（reasonable person standard）」，這是指「醫生必須告

知病患一個和其處境類似的理性人為了做出決定所須知道的一切資訊」。在「理性人標準」下，病患知的權利能獲得較多的保障；不過它也有缺點，例如，我們要怎麼客觀地定義一個「理性人」所需要知道的資訊？而且，每個病人想知道的資訊不見得相同，受該醫療決定的影響也大不相同，醫生是否應該針對各個病人的個別需求，考慮他們不同的生活情況來提供資訊，而非比照抽象的「理性人」標準來告知呢？鑑於此，有些人主張應採用第三種「主觀標準 (subjective standard)」來提供資訊，亦即「醫師提供病人資訊的種類與多寡應視病人個人的需求與要求而定」。Brody 則提出另一套標準稱為「透明標準 (transparency standard)」，這是指醫生向病人明說自己做醫療決策的思考模式，在醫生解釋他的想法給病人聽的過程中，病人自然可以得到有關各種不同醫療選擇及其優缺點的資訊，進而做出自己的判斷。相較於其他標準，「透明標準」在臨床執業上應該有助於醫病溝通及共同決定，也可以讓病人得到所需的資訊。

此外，醫師對病人應做多詳盡的「告知」可視醫療決定的複雜程度而定，有學者將醫療決定的複雜程度分為三級：所謂「簡單決定」(basic decision)是指風險性、複雜性及爭議性均低的決定，例如例行性的抽血檢查便屬於這類。「複雜決定」(complexity decision)是指涉及侵入性檢查或其他風險性、複雜性及爭議性均高的決定。介於以上兩者之間的醫療決策則屬於「中等複雜決定」(intermediate decision)，例如開立藥物時醫師須和病人解釋藥物適應症及副作用，但不需要獲得病人書面同意。這三類決定所需做到的告知程度如 (表 1) 所列。

## 醫療法規的要求

---

法律大都規定醫生在進行手術、麻醉或侵入性檢查前，有義務跟病人詳細解釋，並取得同意書。不過，很多醫生以為只要病



表 1：需要告知的範圍

	簡單 決定	中等複雜 決定	複雜 決定
1. 鼓勵病人共同參與醫療決策	需要	需要	需要
2. 討論病情與目前面臨的醫療決策	需要	需要	需要
3. 告知所有可供選擇的醫療處置		需要	需要
4. 告知病人各種醫療處置的優缺點		需要	需要
5. 告知醫學上的不確定性			需要
6. 評估病人了解的程度		需要	需要
7. 詢問病人最後的決定	需要	需要	需要

人填了同意書就沒事了，而忽略填寫同意書的主要目的是要促進病人了解並主動參與有關自身的醫療決定，以至於很多病人簽完同意書後對自己要進行的手術其實還是一知半解。然而醫生如果沒有確實提供病患所需的醫療資訊，或者對病患隱瞞病情甚至提供錯誤的資訊，那麼患者對於各種治療的「決定」與「同意」便可能因為誤判情勢而有所偏失；醫師在告知的過程產生瑕疵，病患的「同意」便可能是無效的，臨床醫師不可不慎。另一方面，法律明確規定需取得書面同意的醫療行為大多限於手術、麻醉或侵入性的檢查，常規性檢查或一般治療雖然不需取得書面同意，醫師仍然應該就檢查或治療的目的、方式、替代方式及其利弊向病患做說明，以獲得病患之知情同意。

有關知情同意的法律義務，我國醫療法第 63 條規定：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」

醫療法第 64 條規定「醫療機構實施中央主管機關規定之侵

入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」醫療法第81條則規定：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」醫師法第12條之1規定：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」

依國內的習俗，老年病患的同意書時常是由病人的配偶或兒女來代為簽署，這樣的做法到底正不正確？按醫療法63、81條的條文並沒有很明確地規定同意書一定要由病人本人來簽署。但是基於「尊重自主」的倫理原則，醫生還是需要與病人做詳細的討論，以取得病患本人的同意。除非在緊急情況、病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，才可直接由其代理人出具同意書。

過去由於國內各醫院手術同意書格式不一且內容普遍簡略粗糙，衛生署於民國92年8月已公告統一修正「手術同意書」之格式以供遵循。內容包括擬實施之手術、醫師之聲明、病人之聲明三部分。該同意書明確規範需為病人詳細解釋實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性、手術併發症及可能處理方式、不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式、預期手術後可能出現之暫時或永久症狀。

對於末期病患意識昏迷或無法清楚表達意願的情形，又應如何取得病人的「同意」？安寧緩和醫療條例第7條對不施行心肺復甦術的規定是：當末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，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前明示之意思表示相反。而所謂的「最近親屬」，其順序依次為配偶、成人直系血親卑親屬、父母、兄

弟姐妹、祖父母、曾祖父母或三親等旁系血親、一親等直系姻親。至於有必要立即為這類病患施行其他醫療措施時，則宜先徵求病患親屬同意，並於病患恢復決定能力後補徵求其同意。

#### 四、案例回顧

---

本案黃女士最後還是進行子宮全切除手術。不過，因為醫師手術前並沒有提供病人充分的說明以及其他治療方法的資訊，病人最多只能說是「答應 (assent)」該醫生的建議。醫師其實沒善盡「知情同意」的倫理與法律責任，病人在沒獲得充分資訊下所簽署的同意書也不代表醫生已經獲得病人的「自主授權」，日後若發生醫療糾紛則對醫師相當不利。邵醫師雖然是新進的住院醫師，在沒有把握回答好病人詢問的情況下，應該嘗試聯繫主治醫師，請主治醫師在手術前與病患討論及確認其接受手術的意願；聯絡不上主治醫師時，邵醫師至少必須請病房中較有經驗的住院醫師或總醫師協助解答黃女士的疑問，護士小姐此時也不應該不明究裡、當作例行公事地催促病患簽署手術同意書，否則是一種操控或脅迫病患的行為，在醫病雙方原本資訊與地位不對等的情況下，傷害了病患的自主。現代的醫病互動過程中，每一位醫護人員皆應該重視對病患告知、溝通與討論的過程，促進病患能真正了解自己所面臨的選擇，好讓病患能在充足、正確的資訊下，根據自己的意願、價值觀與健康福祉做出醫療決定。

#### 參考文獻

---

1. Sugarman J : 20 Common Problems-Ethics in Primary Care, chapter 19, Informed consent, pp. 239~254, New York : McGraw-Hill Company, 2000.
2. Singer PA 編著，蔡甫昌編譯：臨床生命倫理學。台北，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，第一~五章，2003。

國立中央圖書館出版品預行編目資料

臨床倫理病案討論 (Case Discussion in Clinical Ethics)

／蔡甫昌 編著。

初版。-- 臺北市：橘井文化，民 96

面； 公分。-- (當代醫學大庫：39)

ISBN 978-957-9201-37-7 (平裝)

1.醫學倫理—個案研究

198.41

96010506

當代醫學大庫39

## 臨床倫理病案討論

### Case Discussion in Clinical Ethics

著者：蔡甫昌 編著

發行人：廖運範

出版者：橘井文化事業股份有限公司

台北市瑞安街 23 巷 4 號 2 樓

電話：2708-5993 · 2709-8627

傳真：2709-8627

郵政劃撥：0577866-4

網址：<http://www.medtoday.com.tw>

電子信箱：[medtoday@medtoday.com.tw](mailto:medtoday@medtoday.com.tw)

承印者：久裕印刷事業股份有限公司

中華民國九十六年七月初版

行政院新聞局出版事業登記證

局版臺業字第 2815 號

定價：350 元

版權所有·翻印必究