

植物人倫理議題探討

林沅萱
經國管理暨健康學院護理系講師

摘要

本文從區辨植物人與腦死、台灣植物人的現況到四大倫理原則等，最後並舉一實例，以 Jonsen 等學者的四主題方法論來進行分析，重新思考植物人存在的意義及價值。當在思考倫理議題時，藉由對於醫療處置上的瞭解，以提供進一步的方向進行倫理決策，更能深入辯證立場，拓展對於植物人議題的深度與廣度。在醫療環境中，所有的執行處置與抉擇，都是應以病患為最大利益來思考，也須同時考量不適當醫療及醫療資源問題，以整體觀及四面向評估之思維來看待每一個個案，站在倫理思考下，提供最不具爭議之醫療考量。而建構好的長期照護機構及制度，才是讓植物人的生命更有尊嚴的方法。

關鍵詞：植物人、倫理、倫理原則



Ethical issues of persistant vegetative state

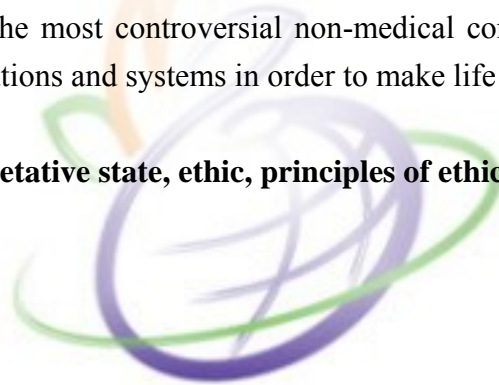
Yun-Hsuan Lin

Lecturer, Department of Nursing, Ching Kuo Institute of Management and Health

Abstract

This article discriminate persistant vegetative state and brain death, persistant vegetative status of Taiwan to the four ethical principles. Finally, an example of both, with four other scholars Jonsen theme methodology to analyze and rethink the meaning and value of vegetative existence. When thinking about ethical issues, with respect to the disposal of medical knowledge, to provide further direction of ethical decision-making, more deeply dialectical stance, expand the depth and breadth of topics vegetative state. In the medical environment, disposal and execution of all decisions, all should be thinking about the best interests of patients, although at the same time should also be considered inadequate medical care and medical resources to the overall concept of thinking and evaluation to look for every case, in ethical thinking, the most controversial non-medical considerations. Constructing a good long-term care institutions and systems in order to make life more dignified.

Keywords: persistant vegetative state, ethic, principles of ethics



一、前言

根據衛生福利部統計處資料顯示，至 2013 年為止，全台共有 4,213 位植物人⁽¹³⁾。以創世基金會估計植物人每月花費約四至六萬元⁽¹⁸⁾，全年估計全國花費約 20 億到 30 億。照顧一個植物人所需的開銷並不是一般家庭負擔得起，且所承受的精神壓力與負荷更大，而健保制度下的經濟消耗更是一筆龐大的負擔，因此照顧植物人無論對家屬或社會成本而言皆是一個沉重的負擔⁽¹⁰⁾。在台灣有非政府組織創世基金會，給植物人妥善的「安養」，並沒有因為他們沒有知覺，而放棄他們應該享有人的基本權利。但事實上，目前安養人數比率仍低，尚有九成以上急待救援⁽¹⁰⁾，因此更突顯出植物人議題之重要性。

在物競天擇說中，人一旦體弱多病不能自我照顧時，只有聽天由命被淘汰，但科技的進步，以現代醫療技術超越天擇，以非自然的方法來讓生命延續⁽¹⁷⁾。因此，人類必須在科技急速往前推進下，再次思考生命到底是什麼？而人有生的責任及死亡的權力嗎？因此，在談及植物人議題前，不免要就生死來做區辨；「活著，就是有生命」，學者為生命所下的定義包括：生物的生命，所有動植物屬之，能成長，有生命的本能；傳記的生命，生命事件的總和，不但能與他人發生社會關係，也有記憶與慾望，這是人類本能的生命；認知的生命，是一個能思考、能判斷的生命，也是「我思故我在的生命」，是具有理性思考與推理的能力。而死亡呢？傳統對生死的瞭解就是心肺停止，但若以外物維持生命徵象，算不算？若以宗教與哲學觀點來定義就是靈魂與肉體分開，另一個是因應科技進步對人類帶來倫理價值挑戰所下的定義：腦死，個體生命的終結，沒有生物的、生理的、社會的反應；但對於全腦已受損沒有恢復功能的可能，但腦幹還有功能，個體能呼吸有心跳，此為大腦皮質死亡，而植物人就是屬於此類⁽²⁰⁾。

而基於人道主義關懷，在此藉由植物人倫理議題之探討，從區辨植物人與腦死、植物人甦醒機率、台灣植物人的現況到四大倫理原則等，來看植物人存在的意義及價值。而 Jonsen 等學者的四主題方法論含括了四大倫理原則，不僅針對醫療面向，還包括了病人喜好、生活品質及其他情境考量等面向，故本文最後舉一實例，以 Jonsen 等學者的四主題方法論來進行分析⁽²⁵⁾，以系統的方式進一步探究相關事實及所呈現的價值。而尊重生命，是專業人員對人的基本信念與價值，當在思考倫理議題時，藉由對於醫療處置上的瞭解，以提供進一步的方向進行倫理決策，更能深入辯證立場與想法，使我們更加拓展對於植物人議題深度與廣度。

藉由本文深入生命倫理的辯證與省思。從探討過程中瞭解植物人雖無表達的能力，對外界聲音、指示的反應無法如一般人，但曾有植物人於昏迷多年後清醒的案例，所以對於植物人的狀態，是否真如其名，沒有反應如「植物一般」？而當面臨醫療抉擇時對於植物人的考量是否有別於一般病人？值得我們深思。

二、文獻查證

醫學上，認為「昏迷」是一種深度睡眠狀態，持續性閉眼，無法經由外界刺激而醒覺，而植物人則具睡眠週期，可能自發性張開眼睛或對刺激產生反射性反應，因此植物人並非昏迷，而是一種意識狀態的改變^(1,23,28)。而一般人常將植物人與腦死混淆，因此本文針對植物人與腦死的定義以及台灣植物人現況等作以下說明。

(一)植物人的定義與診斷方式

1.植物人的定義

Jennett 和 Plum 在 1972 年首先提出持續性植物人狀態 (Persistent Vegetative State, PVS) 這個名詞⁽²⁴⁾。美國神經醫學會 (American Academy of Neurology, AAN) 於 1995 年對「持續性植物人狀態」的定義為：「一種睜眼，但持續的無意識狀態；病人有覺醒以及生理上睡眠的週期，但病人絕對不可能對他自身及週遭環境有知覺。」⁽²¹⁾

1990 年以前依據我國「殘障福利法」，對於所照顧的殘障中並不包括植物人，而在經歷時空轉換後植物人現已被列為身心障礙人士之一類，植物人正式為我國承認⁽⁴⁾。依照「身心障礙者權益保障法」之法規，對於「植物人」及「植物人極重度」之定義為：大腦功能嚴重障礙、完全臥床、無法照顧自己飲食起居及通便、無法與他人溝通者。植物人因障礙嚴重，無論行動、溝通及維生皆需仰賴他人，應列入一級身心障礙，無法再分等級⁽²⁾。

總之，植物人並非是一種疾病，而是一種處於大腦功能受創之持續性的無意識狀態，對周圍環境無知覺，亦無言語表達功能，無法維持自己生活起居，無法翻身、起床，需要完全依賴他人才能生存下去^(1,2, 21, 23, 28)。

2.植物人診斷標準

美國神經病學協會 (American Neurological Association, 1993) 為植物人訂定一個嚴謹的診斷基準⁽¹¹⁾：

- (1)沒有任何證據可以看出病人對其自身或環境有知覺；而反射動作或自發睜眼可能存在。
- (2)檢查者與病人之間任何形式的溝通交談都不可能發生（眼球跟隨動作也許可以，但常不是有目的的注視），病人對言語不會有情緒反應。
- (3)病人無法發出有意義的文句。
- (4)偶爾可見的微笑，皺眉及哭泣動作，但不見得與外界刺激一致。
- (5)可以有「睡眠—覺醒」的週期。
- (6)腦幹與脊髓反射並不一定。吸吮、噉唇、咀嚼及吞嚥等原始反射可能保留。瞳孔光照反射、抓握反射與肌腱反射也可以存在。
- (7)只要是自主隨意的動作，不論再怎麼原始，都算是認知的徵兆，便不可以診斷為植物人。也不應有被視為學習或模仿的行為動作。給予痛苦或不適的刺激，也許可以看到原始的動作（收縮或姿位反射）。
- (8)血壓控制、心肺功能常是完整的，膀胱失禁則會存在。

3.植物人有無清醒的機會

美國神經學學會 (American Academy of Neurology) 為了臨床上診斷及治療所需，於 1995 年發佈了一篇文章，提供給神經科醫師作為參考。他們以文獻查證的方式

收集了 754 病例，研究這些病人的預後，指出隨著無意識時間持續越久，其復原機率越低⁽²⁵⁾。

(二) 腦死的定義及其判定意義

「腦死」觀念的緣起包含了法律與醫學整體性的概念。當腦的思維取代了心臟的跳動，成為了定義生命的最重要元素，腦死的概念於是形成。

1. 法律層面

現代腦死的概念源於 1959 年的法國，至 1971 年芬蘭首先將腦死合法化，而這也影響到世界各國對死亡的觀念與器官移植的發展。1972 年美國 Capron 及 Kass 鼓吹腦死的立法，並定義為「不可逆的腦活動停止」，此法案於 1975 年通過。

在台灣，法律上亦採用「腦死即死亡」之定義，依據 76 年 9 月 17 日行政院衛生署公告「腦死判定程序」第二條之說明：腦死判定與傳統結果相同，「目前司法實務上，腦死判定僅為認定死亡事實標準之一」，「且僅適用於特定之範圍(如器官捐贈移植)」。而執行判定之醫師需具備神經內科、神經外科、麻醉科、急診醫學科或小兒科等專科醫師資格(且曾接受腦死判定相關研習之證明)二位和病人原診治醫師來共同參與⁽⁸⁾。

2. 醫學層面

1968 年，由醫師、律師、神學家及哲學家組成之哈佛大學特別委員會(Ad Hoc Committee)最早提出腦死之定義，其主要乃基於下面兩個理由：(1)減少家屬病人之負擔，避免醫療資源之不當分配；(2)避免獲取移植器官之困難⁽¹⁾。其所認為之腦死(不可逆轉之昏迷)，乃大腦及腦幹功能完全受到破壞之現象(全腦死)。其對腦死判定標準在醫學上簡述如下：(1)無自發性運動；(2)對痛覺刺激無反應；(3)無相關腦幹反射：如無角膜反射、嘔吐反射、呼吸反射及瞳孔對光刺激無反應等；(4)無自發性呼吸；(5)排除可逆性變化：包括使用藥物(鎮定劑，肌肉鬆弛劑)、低溫、缺氧、休克、代謝或內分泌失調等；(6)其它相關變化：包括腦溫低於肛溫，以及網膜動脈的病變等⁽⁵⁾。

至於「死亡」的部分，辭典指出死亡是永久的生命徵象的終止、生命的終點、死法、死狀^(7,27)。然，在現代醫學中，則認為「死亡乃一逐漸進行之過程」，而非一特定「時間點」。傳統上對於死亡的判定，也非等到身體所有細胞都死後才宣告。故在醫學上有「腦死即死亡」的觀念，而此一觀念並非推翻原有判定方法，只是將判定時間提前而已。延伸前文使「死亡」至少有了三種定義：心肺死、全腦死、腦幹死，而醫學對於死亡的定義亦隨著醫學的發展有所不同，如 1981 年美國提出傳統的「心肺死」與「全腦死」為臨床死亡之雙重標準，係指在臨床上經過嚴苛的測試與診斷後，當循環與呼吸呈現不能逆轉之停止⁽⁶⁾，或全腦部功能呈現完全不可逆的停止⁽²⁶⁾，兩種情況發生其一即可宣告死亡，失去生理上的主要功能謂之醫學死亡⁽⁶⁾。

(三) 區辨植物人與腦死

「植物人」是指腦部損傷後導致大腦全盤性功能喪失(如：思考、記憶、認知、語言及行為等)，但腦幹仍可維持正常機能及基本生命徵象(如：自發性呼吸與心跳及對刺激有反應等)，簡言之，植物人乃處於不可逆的昏迷(無意識)狀態之中，在行為上與認知上我們都無法確定他們對週遭狀態有何知覺，不過即使他們對週遭狀態毫無知覺，也有醒與睡的週期，這些植物人可能會笑、會哭，但對自己的行為並無所知^(1,9,23,28)。

然而，在腦死病人身上，係無法自行呼吸需要使用人工呼吸器方得以生存，若移除人工呼吸器大多會在兩週內因血壓下降、心跳停止而亡，二者之定義大不相同^(1,9)。

(四) 台灣地區植物人現況

1. 台灣植物人人口統計

台灣地區植物人共計 4,213 人，佔所有身心障礙人數之 0.371%，其障礙等級百分之百皆屬於極重度⁽¹³⁾。

2. 經濟成本面向

物價連番上漲，創世基金會照顧植物人成本亦隨之提高，根據基金會指出，每個月照顧成本約為四至六萬元⁽¹⁸⁾。也有統計指出，植物人的醫療照護成本一年超過 100 萬元，對家庭生計是一沉重負擔，平均照顧每位植物人的成本超過 8.4 萬元/月（未包含居家復健），一年基本支出為 100.8 萬元，若是包含居家復健，一個月支出就要 16 萬元，而植物病患如果未能清醒，其 10 年、20 年都將有可能終此一生，可惜目前健保所能給予的補助極為有限，此對植物病患家屬而言無疑是沈重的經濟負擔⁽¹⁶⁾。

依據上述可知，對於植物人的照護雖有全民健康保險制度，但仍然是一項極具消耗的經濟負擔，若延伸至社會成本之考量，或許對於是否延續「植物人照護」將有所爭議。此外，若以社會福利的成本面向分析，植物人歸屬於身心障礙者之一，社會福利含括許多部份，其根本母法係近來修改後更名的「身心障礙者權益保障法」，其餘包含相關鑑定、教育、就業、經濟、體育等等，皆有所規範。但其中所有補助款項係由國家每年編列預算規劃支付，在民主政治的現實運作過程當中，國家預算的編列、審查與討論，不僅牽涉到國家有限資源的有效分配與合理運用，更攸關政府施政方針的走向與全民的福祉。

3. 衛生照護面向

植物人乃是因疾病或傷害發生後致腦部受損所產生之狀態，其可能發生植物人之疾病，有腦出血或腦栓塞、多發性硬化症、脊髓損傷及重大創傷等後遺症，該等疾病急性期接受醫療時若判定為植物人後，因無積極醫療，多轉入長期照護機構或安養中心給予生活照護。

一般來說，植物人所需多為支持性療法，給予最基本的生理需求，如：營養的提供、身體清潔的維護等，然而目前這些植物人在醫療與照護方面，可能面臨了「缺乏植物人整合型醫療照護模式」之問題：一位植物人的醫療與照護必須要有五位的專業人士所組成的整合團隊，包括醫師、護理、復健師（含護理與職能治療）、營養師及居家服務人員，而日本是目前在這方面作的最好的國家，其醫療照護整合型團隊就囊括神經外科、復健、心理、社工及營養科等，然而，國內缺乏完整的醫療服務體系，就連政府管理機制都呈現多頭馬車型態（內政部社會司、衛生署、退輔會），不像是日本是單一統合單位，以致於許多醫療服務之相關權責往往會產生互踢皮球的情況。

此外，對於研發使植物人甦醒的醫療上，臨床也有許多研究，如晶片植入法。由於現行對於植物人之醫療行為屬於非積極性，因此在美國與日本有法可循的「晶片植入療法」被提出，根據日本每兩年所開的植物人國際大會提出了關於「晶片植入療法」的實證：在日本利用晶片植入療法讓植物人清醒的成功率有 40%；而台灣方面，根據目前中

山醫學大學附設醫院所做的 12 位個案中，利用晶片植入療法已有 6 個成功案例，成功率為 50%，最快清醒的案例只需要 107 天，而日本則追蹤了最長的清醒時間為 7 年⁽¹⁶⁾。

4. 植物人家屬的心理反應

(1) 臨終曲線 (Dying trajectory)

植物人家屬常面臨病人頻臨死亡的威脅，有如慢性的臨終狀態。臨終曲線指臨終病人病程長短與病人及家屬的反應關係，曲線長短快慢和形式決定臨終的歷程；可能很快急轉直下，也可能慢慢拖延時間，或起伏波動時好時壞很難預測。臨終威脅若一再延長，家屬哀慟過久，心理負擔大，反而感到挫折與厭煩，甚至內心氣憤，好像病人或上蒼有意拖累折磨⁽¹⁵⁾。

(2) 心理壓力

植物人家屬最大的困擾是在長期的看護過程中感到心力交瘁。因為金錢、體力和精神的耗損，幾乎拖累整個家庭，同時要承受痛苦。家屬往往產生極矛盾的心理，有時欲其生，有時又欲其死，以免連累其他家人。而這種心理也會引起家屬強烈的內疚及罪惡感⁽¹⁵⁾。

三、四大倫理原則及反思

綜觀上述，在對植物人有一番了解之後，站在生命倫理我們需要思考的不應僅限於人數、醫療成本，而該省思對於生命的價值認定、意義認定，國外文豪海明威提出一個「機體主義」(organism)強調人與大地：「所有萬物息息相關，一切萬有環環相扣，所以人才能產生大愛。」，並且也提及「人並非一座孤立的島嶼，皆為整體的一部份，若有一部分被海沖走了，歐洲大陸便少了這麼一小塊，是以，任何人的死亡都將使我減少，因為我與人具有著切身的關係...」⁽⁹⁾，其言論與孔子所言：「未知生，焉知死？」皆顯露出對於生命的尊重，因此，植物人雖然對外界無法反應，但在他個體生命進展的過程中，仍然是一個具有生命的有機體，是生活世界中仍有著新陳代謝、心肺循環，可以自發性呼吸、自動心跳的一個生物體—其「生命」依舊存在。而談及倫理困境時不免就四大倫理原則及 Jonsen et al.(2010)的四主題方法論來進行思辨。Jonsen et al.(2010)的四主題方法論與四大倫理原則有相似之處，其「醫療適應症」相當於不傷害及行善原則、「病患之喜好」相當於尊重自主原則、「生活品質」則相當於不傷害及行善與尊重自主原則、「其他情境考量」則為公平正義原則等⁽²²⁾，下面就尊重自主、不傷害、行善及公平正義原則此四個面向來做思辨，並於各原則之後提出反思。

(一) 尊重自主原則

每個生命都有其自主權，應該能為自己的未來作決定，故應尊重有決定能力的人有權力選擇與決定其行為。但植物人並無決定能力，因此在作醫療決策時，應考量其先前的意願，尊重其法定代理人之決定^(14,23)。代理者須對自己提問：「若病人於此狀況之下，他會想要什麼？」，亦即需根據病人先前意願表述而作決策，並且考量「個案本身而非他人的生活品質」為其最大利益判斷以作決策⁽²²⁾。

反思：然而，植物人狀態何時發生？係無法預期。若知病人先前的意願，應讓病人享有尊嚴死亡權；但若病人先前未表達其意願時，代理人需盡力理解病人的意願方得以決定，此即為困難之處。故我們應思考代理人是否以病人的最佳利益為考量？而植物人的生存權該由第三者來操控嗎？

(二)不傷害原則

死亡是不可逆的，若不治癒性的治療會危及生命，因此我們應關心病人的福祉，預防傷害病人，且在醫療處置時，應先衡量其利弊得失，必要時應進行危險和利益分析，其好處多於害處方得執行^(14,22)。且世界三大宗教（佛教、基督教、回教）都明定不殺生是首列第一的戒規，可知不傷害無論在醫療或宗教上都是最首要的。

反思：但在不傷害原則之下亦需考量到義務性醫療及非義務性醫療所衍生出來的問題，而義務性與非義務性醫療並無絕對的分野，可能隨病人個別的狀況而定⁽²²⁾。而當植物人與一般人面臨選擇性的醫療時，是否該以相同的標準來看待？因此考量生命品質的觀點，進一步思考「不予或撤除維生治療與是否違反不傷害原則」以及「非必須與必要性的治療之合宜性」。而當我們選擇不治癒性的治療時是否會產生「蓄意安排死亡的正當理由」，而這些協助是否適當、自主權是否適當解釋了協助死亡的行為？

(三)行善原則

行善的原則亦是建立在不傷害的基礎上，不僅是不做對病人有害的事，更進一步是以發自內心的善意將利益加諸於病人，此外，並須明辨積極的不傷害與消極的不傷害及積極的施益與消極的施益⁽¹⁸⁾。

回歸至醫療層面，當植物人的診斷是由擅長神經學檢查及診斷技巧的醫師確定後，照顧病人的醫師們，有責任和家屬或病人之代理人討論，且告知病人逐步恢復或持續在植物人的可能性。植物人應接受合宜的醫藥上、護理上或家庭的照料以維持其個人的衛生及尊嚴⁽¹⁷⁾。如果植物人的診斷確定，則醫師及家屬宜共同討論，並就如何治療病人進行合理的決定，這些決定則關係下述醫療的使用與否：1.藥物及常用醫囑；2.氧氣之使用及抗生素；3.如透析治療等較複雜的維持器官功能之治療；4.給予血液及其製劑；5.水份及營養。如果由臨床推斷植物人極有可能已達持續性或永遠性，則不予急救醫囑（do-not-resuscitate, DNR），不予急救包括呼吸及心肺性急救。呼吸急救包括氣管插管及氣管切開手術，心肺急救則包括急救性心臟按摩術及心臟電擊術，使用抗心律不整藥劑及提高血壓藥劑等⁽¹¹⁾。如果病人有預立醫囑（advanced directive），或病人的合適代理人及照料病人醫師（們）的同意時，也可以在植物人病情稍早之時先下不予急救醫囑⁽¹¹⁾。

反思：若出於「善意」與生活品質觀點考量，不再選擇治癒性的治療，但試問植物人的生活品質應由誰來判定？我們無法得知植物人的生存意願與感知痛苦的可能性，亦無法判定植物人的生活品質。我們又何以知道如何做能減少植物人的痛苦呢？

(四)公平正義原則

在醫療照護上，公平原則意謂基於正義與公道，以公平、合理的處事態度，來對待病患與有關的第三者，後者包括病人的家屬、其他病人，以及直接或間接受影響的社會大眾^(14,18)。公平原則在醫事上多涉及醫療資源的分配問題，在一般狀況下其實並沒

有太大的爭議，而以稀有醫療資源的分配，該如何決定誰有資格使用及使用多少較有爭議。

只要是一個人，即使是植物人，就因享有生活的權利，在道德上應享有人類相同的對待；植物人也是活生生的人，應該要受到別人的照顧及保護。而照顧一位植物人，每個月的開銷數萬元，並不是一般家庭負擔得起，而所承受精神傷害更大，植物人需要二十四小時的照顧，每隔兩小時翻身、拍背，避免褥瘡的滋長，每隔一天幫植物人洗澡一次，四小時餵食一次。所以，要照顧植物人會耗費相當多的資源，家人為了照顧植物人，必須花費許多金錢和時間，可能放棄工作，無法照顧好家庭，而造成家庭經濟崩解⁽⁵⁾。就國家整體醫療而言，長期醫療費用的消耗，恐會造成健保不堪負荷及影響其他慢性病及殘障醫療資源的分配，故需審慎考量。然而，根據中華民國憲法第 15 條，人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。因此植物人的生存權亦該重視與保護。而此時我們應該思考，是以「人」作為考量還是以「醫療資源與開銷」作為考量？

反思：考量在社會資源有限的情況下，選擇盡一切努力來提供舒適、支持及尊嚴的照顧，但不必再奮力要延長其性命。但試問，每個個體不都有接受治療的管道與相同機會嗎？人的存在價值是依其效益考量嗎？如果放棄了，是否會產生滑坡效應？

當我們在考量要不要提供病人醫療的狀況下，也當嚴肅思考對於社會是否會產生滑坡效應，若植物人不予積極搶救被合理化，社會大眾是否會效仿？而此為我們所不願看到的，雖然植物人恢復的機會微乎其微，但生命是無價的，因此植物人的生命意義及價值是值得我們去省思的，所以在探討植物人的相關議題時應回歸到植物人生命的意義與價值，站在生命的觀點來看，而不流於表淺的利益評估。因此在做醫療決策時更應審慎評估、權衡其利害關係，以對病患的最佳利益為考量。

四、案例分析

(一) 案例

陳伯伯於車禍中腦部受到重創，經過幾次手術仍成為植物人，自加護病房出院後直接轉往安養中心，這一待就是七年，陳奶奶已過世，其他家人(長子及媳婦)常去探視他、跟他說話、並播放美國親友的相片，但陳伯伯始終漠然。七年來，案子常想爸爸是否活得毫無尊嚴，加上安養院沉重的經濟負擔，讓他十分難受。近日陳伯伯又因呼吸衰竭入住加護病房，醫生已發佈病危通知，但他始終沒有勇氣簽下放棄急救的聲明書，因為他不願給予父親一張通往死亡的門票。

(二) 倫理困境

1. 對陳伯伯而言，長達 7 年的植物人狀態，此次又因呼吸衰竭而入院，是否需再給予治癒性的治療？
2. 繼續積極搶救治療，是否等同於無效醫療？
3. 對於病況恢復機率甚低的植物人，予治癒性的治療是否牽扯醫療資源分配的問題？
4. 執行放棄急救的政策，是否真的給了陳伯伯一張通往死亡的門票？

(三) 倫理分析

醫療環境所面對的是多元複雜的生命倫理問題，其中牽扯個人的價值觀、良知、日常道德，甚而是法律、守則或公會誓言等，故只考慮單一面向的道德觀點，有時並無法解決臨床上所發生的倫理困境，因此，本文以 Jonsen et al.(2010)的四主題方法論，包括「醫療適應症」、「病患之喜好」、「生活品質」和「其他情境考量」⁽²⁵⁾，使能有系統地掌握特定個案的相關細節、事實與所反應的價值。以下便逐一介紹這四個主題：

1. 醫療適應症

要做出合理的道德判斷，首先要有正確的臨床判斷為基礎，因此，依據病人病史、診斷及預後結果分析，陳伯伯呈植物人狀態已長達七年，又稱為永久性植物人，亦即甦醒或成功治療的機率微乎其微，此為慢性、不可逆的醫療問題。故在病人病危時，是否需再給予治癒性的治療？或積極搶救是否等同於無效治療呢？首先，在界定病人醫療是否無效時，應先考慮三個問題：(1)死亡是否即將來臨；(2)如果治療成功，最好的結果是什麼；(3)得到最好結果的可能性是多少。而我們雖無法預知植物人確實的死亡時間，但由文獻中得知其生命的期望值在二至五年之間，存活超過十年的個案已是很少，存活超過十五年的機率更是僅剩一萬五千到七萬五千分之一，而陳伯伯已臥床超過七年，且即使急救成功，他仍僅回復植物人的狀態，卻無法使其意識好轉或身體狀況有任何改善，故所採取的急救措施亦可稱為無效醫療，而且基於「行善」、「不傷害」原則，醫師並無義務提供病人無效的治療處置，因此非但不能提供助益，有時還會增加病人的痛苦，所以筆者認為陳伯伯的治療目標應讓他在最後旅程，獲得舒適及尊嚴的照顧，而非執著於延長生命。

2. 病人之喜好

隨著醫療環境的變遷，病患的自主意識及自我決策越來越受重視，亦即病人本身的價值觀與主動參與已成為醫療決策的一份子，故此部分的倫理考量即在於秉持「尊重自主」原則。在民法上，陳伯伯是具完全行為能力者（年滿 20 歲），但其是否同時具有決定的能力呢？答案是否定的，因其生活無法自理，呈無意識狀態已長達 7 年，可謂是永久性植物人，故其為無決定能力者。而依醫療決定的優先順序，配偶為第一順位代理人，但陳奶奶已過世，家中其他的親人皆遠在美國，是以長子為適當的代理人，而陳伯伯先前也未陳述過治療的喜好或預立醫囑，因此醫療決策是由長子主權，他雖心疼父親過著沒有尊嚴的生活，但對於放棄急救，其心中除了不捨，又背負著「我讓爸爸死了」的沉重心情，故仍希望能再繼續救治父親。基於尊重自主的原則，醫師是應尊重其代理人的決策，而繼續搶救陳伯伯的生命，但這不顧治療的效益而一味的搶救，雖能撫慰家屬的心靈，但是否只是徒增病人的痛苦，故站在病人最大利益的考量下，醫療人員應再繼續與家屬或代理人溝通，慢慢的讓他們將緊握的手放開，也讓陳伯伯能夠享有尊嚴的死亡權。

3. 生活品質

生活品質是個人對客觀因素及個人期望的綜合感受，是個人對生活事件中自覺重要部份的滿意程度，意即非由他人代為判定，而是病人主觀的感受。因我們也無法了解植物人的生存意願與感知痛苦的可能性，而無法判定其生活品質為何，但以陳伯伯的情況分析，無論是否積極搶救，其回復到正常人生活方式的可能性微乎其微，雖死亡是不可

逆的，若選擇放棄急救，是屬於「不作為」，將使陳伯伯步入死亡，此即違反了不傷害原則；但即便是積極搶救成功，最佳結果僅是讓他維持永無知覺意識的生命狀態，其生活仍完全無法自理，終生需要他人照顧，且日後隨身體狀況越差，其生命也變得更難以忍受，而健康照顧者即是基於行善原則，站在病人預後及治療所造成的傷害為最大考量。故筆者認為放棄積極搶救所造成的傷害，給予安適、支持的緩和醫療，才是讓病人感到舒適的照護計畫。

4. 其他情境考量

公平正義原則為追求對相衝突的主張提供合乎道德的解決方法，以達到對社會上各種負擔、利益或資源能有公平合理的分配及處置，而應用到醫療照護倫理時則涉及三層次：公平地分配不足的資源、尊重人的權利及尊重道德允許的法律。而繼續使用高科技的醫療措施，也只能延長病人無意識臥床的生命，但卻浪費許多醫療資源，並可能使得醫療品質下降及資源分配不均；且根據創世基金會 2006 年統計資料顯示，每位植物人每月平均需花費 4 至 6 萬元，即每年約 48-72 萬元，植物人照護基本支出約每人每年 100.8 萬，這樣重的經濟負擔已使得家屬越來越無法負荷⁽¹⁶⁾。

但即使有這麼多的負面影響，站在公平與正義原則的立場，每個個體均有接受治療的相同管道與機會，而在社會資源有限的情況下，病患也應該獲得基本的健康照護，而非依效益考量其存在的價值與否，社會亦有照顧弱勢與少數群體之基本責任。且在台灣，對不可逆的植物人狀態，法律上並沒有允許不予或撤除醫療是合法的。目前只有對「腦死」的病人繼續給予醫療可被視為無效醫療，而安寧緩和醫療條例第 7 條也提及，對末期病人可不施行心肺復甦術，且須依循病人及家屬之意願；而憲法亦保障每位人民有其生存權，故若醫師逕自對植物人撤除或不予無效的治療，其仍是有爭議的，在法律上也未必能站得住腳，而我們是否又有權決定「讓其生或讓其死」呢？故筆者認為基於法律及個體生命權的考量，放棄治癒性的治療仍值得我們再三思。

在權衡上述四大主題的利弊關係下，放棄積極搶救，提供其舒適或支持性的治療，讓其平安而有尊嚴地走到生命盡頭，似乎才是對其生命價值的尊重。然而，基於尊重自主與法律層面的考量，仍需積極的與家屬或代理人溝通，期待決策者能以病人最大利益為考量。

五、結論

在醫療環境中，所有的執行處置與抉擇，都是應以病人為最大利益來思考，雖然也須同時考量不適當醫療及醫療資源問題，以整體觀及四面向評估之思維來看待每一個我們照顧之病人，站在倫理思考下，提供最不具爭議之醫療考量。而植物人安養的問題，不是只由民眾的一張張發票或是創世基金會或者由家人獨自負擔，建構好的長期照護機構及制度，可以讓生命更有尊嚴，讓植物人安心的靜待更新的醫療喚醒他們。

參考文獻

- 王道還 (2006)，〈植物人有沒有意識〉，《科學發展》407，頁 80-81。

2. 全國法規資料庫 (2013, 6月4日), 〈身心障礙者權益保障法〉, 2014年7月28日取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050046>
3. 邱浩彰 (2004), 〈腦死判定: 法律與醫學倫理〉, 《台灣醫學》8:4, 頁590-596。
4. 法源法律網 (2007, 5月23日), 〈法規類別〉, 2014年2月5日取自 <http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT0201.asp>
5. 洪素寬 (2004), 〈從史懷哲敬畏生命探討植物人安樂死的問題〉, 未發表的碩士論文, 嘉義: 哲學研究所。
6. 胡文郁 (2005), 〈從健康科學看生死〉, 於鈕則誠、趙可式、胡文郁著, 《生死學 (2版)》, 台北: 國立空中大學。
7. 朗文出版公司辭典部 (2002), 《朗文當代高級辭典》, 香港: 培生教育。
8. 陳俊鴻 (2005, 1月), 〈腦死之判定及其意義〉, 2014年2月5日取自 <http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/9401/5.htm>
9. 陳順勝 (1996, 8月5日), 〈從醫療的觀點談植物人〉, 2014年2月5日取自 <http://bbs.nsysu.edu.tw/txtVersion/treasure/kaompa/m>
10. 財團法人創世社會福利基金會 (無日期), 〈關於創世〉, 2014年7月25日取自 <http://www.e-genesis.com.tw/>
11. 馮滄祥 (2005), 《中西生死哲學》, 台北: 學生書局。
12. 游惠瑜 (2005), 〈生命議題的倫理思考〉, 《哲學與文化》32:6, 頁89-108。
13. 衛生福利部統計處 (2013, 8月30日), 〈身心障礙者人數〉, 2014年2月5日取自 <http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/DisplayStatisticFile.aspx?d=31923>
14. 盧美秀 (2005), 《醫護倫理學》, 臺北: 五南。
15. 賴明亮 (1996), 〈死於安樂乎〉, 《通識教育季刊》3:3, 頁51-73。
16. 賴士葆 (2005年, 5月13日) · 拯救植物人-晶片植入療法與推動長期照護保險制度刻不容緩 · 2006年12月3日取自 http://www.abao.org.tw/meet_0513.asp
17. 戴正德 (2005), 〈讓其生或讓其死〉, 《健康世界》233, 頁100-102。
18. 戴正德、李明濱 (2000), 《醫學倫理導論》, 台北: 教育部。
19. 蘇孟娟 (2007, 10月31日), 〈創世鬧錢荒 17校大專生募發票〉, 2014年2月5日取自 <http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/oct/31/today-love15.htm>
20. 嚴久元 (1999), 《當代醫事倫理學》, 台北: 橋井
21. American Academy of Neurology. (1995). Practice parameter: Assessment and management of patients in the persistent vegetative. *Neurology*, **45**, pp1015-1018.
22. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
23. Gray, K., Knickman, T. A. & Wegner, D. M. (2011). More dead than dead: Perceptions of persons in the persistent vegetative state. *Cognition*, **121**(2), 275-280.
24. Jennett, B., & Plum, I.(1972). *Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of a name*. *Lancet*, pp734-737.
25. Jonsen, A. R., William, M. S., & Winslade, J. (2010). *Clinical ethics : A practical approach to ethical decisions in clinical medicine (7th)* . New York: McGraw-Hill.
26. Lazar, N. M., Shemie, S., Webster, G. C., & Dickens, B. M. (2001). Bioethics for clinicians: 24. Brain death. *Canadian Medical Association*, **164**(6), pp833-836.
27. Merriam-Webster Online Dictionary(無日期)·2014年2月5日取自 <http://www.m-w.com/dictionary/death>
28. Nachev, P., & Hacker, P. M. S. (2010). Covert cognition in the persistent vegetative state. *Progress in Neurobiology*, **91**, 68-76