

圆桌讨论



中国医师协会天士力医维基金
救助热线：4000 630 586



北京市华卫律师事务所协办
咨询热线：010-62111516

执业中无处不在的法律问题

▲ 本报记者 杨萍 耿璐

案例回放



北京协和医院
内科 ICU 翁利

患者男性，45岁。既往体健。车祸发生时，身处副驾，右侧面撞击，2 h后入院。

入院后初步诊断为肝破裂。行急诊剖腹探查：右肝裂伤。后行缝合修补术，术后回ICU（00:00），此时为麻醉状态：去甲肾上腺素 $0.2 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ ；HR 110 bpm，BP 110/50 mmHg， SpO_2 100%，HgB 80 g/L；凝血酶原时间 19 s，乳酸 4 mmol/L。

次日 5:00：HR 130 bpm，BP 95/60 bpm，

SpO_2 100%，RR 35 bpm，HgB 65 g/L（术后ICU输血RBC 6U）。5:20，外科查房，病情尚稳定。08:00：HR 135 bpm，BP 88/55 bpm， SpO_2 100%，RR 35 bpm；HgB 55 g/L（再次输血RBC 4U）。8:30，外科查房认为手术难度大，继续内科治疗。10:00：与家属沟通后使用凝血Ⅶ因子。此后病情稳定。

ICU第7天，呼吸循环稳定。12:00：躁动明

显，突发呼吸困难， SpO_2 75%，动态血压 60/30 mmHg，右肺呼吸音消失。诊断为张力性气胸，由于胸外科 15 min 内无法赶到，ICU 张大夫紧急放置右侧胸管。13:00 自行拔出气管插管后，出现喉鸣， SpO_2 50%，困难气道，反复尝试插管失败。由于耳鼻喉科 20 min 内无法赶到，ICU 李大夫紧急气管切开。术中心跳骤停，复苏 10 min 后恢复自主心律。

ICU 第 15 天，继发腹腔感染，急性肾功能衰竭。家属了解病情进展，要求复印病历（包括病程记录+化验）、封存病历原件，无过激行为。

ICU 第 16 天，仍为继发腹腔感染，急性肾功能衰竭。家属了解预后极差，提出拔除气管插管，撤除一切治疗。经与家属反复沟通，暂维持目前治疗。

ICU 第 19 天，患者死亡，死因为休克。

案例分析

医疗纠纷案例，矛盾多由于医生超说明书用药、医师超范围执业等引起，而在纠纷解决过程中，患方申请复印病历及临终放弃治疗的选择，因法律规定不明确，也是医患双方争论的焦点。



北京积水潭医院
医患办 陈伟

超说明书用药 医生不一定有错

北京卫生法学会患者安全专业委员会制定的《规范超说明书用药行为专家共识》指出：

☆药品说明书是重要的用药参考文件，但并不等同于诊疗规范，不作为对医师处方权的绝对限制。

☆超药品说明书使用药物，需要提供可信依据证明其合理性。
☆超药品说明书使用药物的行

为是否合理，应当由包括临床医学、药学等方面的专家根据法定鉴定程序作出评判。



北京协和医院
医务处 刘宇

应将多个科室都用到的诊疗手段视为通科技术

《执业医师法》第 14 条规定执业医师可以“按照注册的执业地点、执业类别、执业范围”执业，但是，具体某个执业类别的医生的具体执业范围却很难界定。以 ICU 医生为例，为实现危急重症患者抢救可能需要进行气管切开，而通常气管切开都由耳鼻喉科医生完成，但耳鼻喉科医生并不常驻 ICU。

紧急情况下，ICU 医生自行完成气管切开算不算超范围执业呢？

这一疑惑不仅 ICU 大夫有，在其他科室也很常见。例如泌尿外科医生可以不可以给肾性高血压患者开降压药，肿瘤内科医生能不能给合并糖尿病的患者开降糖药等。如此细节的问题，无法在法律文件中找到相关规定，但临床实践又要

求拿出清晰的答案。于是，问题的解决还是要回到立法的本源：为什么要限制医师的执业范围？答案只有一个，为了患者安全。既然如此，我们在具体事例中唯一需要做的就是评估怎么做对患者最有利。

因此，我们对执业范围不能做过于机械的理解，应将多个科室都会用到的诊疗手段视为通科技术，

允许所有具备执业医师资质的人应用，只对操作风险很大的专科技术进行限制。但 ICU 医师有一个特殊情况需要注意，那就是，由于 ICU 是非常年轻的专科，很多医生来自外科系统、内科系统或由其他专科转来，这样的医生在 ICU 执业，必须将其执业范围变更为重症医疗专业，否则很容易引发资质争议。



北京市国源律师事务所 吴俊

患者复印病历 建议院方大方点儿

最新版《医疗机构病历管理规定》指出，医疗机构可以为申请人复制体温单、医嘱单、住院志、手术同意书、检验报告等客观病历，至于主观病历能否被复制，用“等”字概括。而在实践中，除极个别医院外，多数医院并不允许患方复印主观病历。

而恰恰是由于患方见不到主

观病历，所以医院是否有责任、责任究竟有多大，患方完全不清楚。甚至一些人会抱有“你不给我就是你有问题”、“你不给我是不是还要偷偷改病历”等想法。

倘若患者无论何时都看不到完整病历也罢。然而，一旦患方不满足当前掌握的证据或矛盾的处理方式，用一纸诉状将医院告

上法庭，按相关规定，医院必须“乖乖”上交完整病历。因此，确有一部分人为获得完整病历，而去状告医院。故此，我认为不允许患方复印主观病历的规定毫无意义。

在实践中，由于事先患方拿不到完整病历，所以在司法部门要求查阅完整病历时，原被告双方经

常就病历真伪、是否被篡改、是否如实记录等问题进行长时间质证，这无疑增加了诉讼成本。而这争议点，也确实属于人为制造。为减少医患矛盾发生，我多次倡导有关部门修改相关规定，允许患方复印完整病历。如果病历能像买卖合同一样，双方各执一份，估计患方意见会少很多。

规范“放弃治疗行为”专家共识

就放弃治疗行为，北京卫生法学会患者安全专业委员会召集多学科专家，形成基本共识。共识指出，以下任何一项原则均为实施放弃治疗行为的

必要而非充分条件：

☆ 患者自身疾病预后极差，且病情已恶化到不可逆转状态；
☆ 治疗之放弃与患者当时或曾经做出的任何意愿表示不

相违背；

☆ 患者清醒时，放弃治疗的要求只能由患者本人提出；患者不清醒时，放弃治疗的要求只能由患者的直系亲属提出；

☆ 在患者直系亲属的范围内没有任何人提出异议；

☆ 提供食物与饮水，或以静脉输液方式维持水和电解质平衡，不属于放弃治疗的范畴；

☆ 患者签署授权委托他人代为行使知情同意权的文书，不能作为被授权人代替患者本人做出放弃治疗行为的依据。

（陈伟 刘宇）