



讨论嘉宾

- 刘端祺 中国抗癌协会副秘书长、陆军总医院专家组
王杰军 中国癌症康复与姑息治疗专业委员会主任委员
上海长征医院肿瘤科
樊碧发 中国医师协会疼痛科医师分会会长
中日医院疼痛科
宁晓红 北京协和医院老年医学科
方红 北京大学第一医院肿瘤化疗科
陈钊 北京大学肿瘤医院中西医结合科暨老年肿瘤科
陈小燕 北京市顺义区医院肿瘤内科
褚倩 华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤科
刘波 山东省肿瘤医院肿瘤内科
刘勇 东南大学医学院附属徐州医院 /
徐州市中心医院肿瘤内科

当事医生质疑

呼吸机辅助通气是否是应用吗啡的必要条件？

张医生认为，没有任何治疗规范要求应用吗啡时必须要有“呼吸机辅助通气”。以此来解释应用吗啡“不够慎重”，从而对一个晚期广泛转移癌症同时出现急性心梗的患者要承担“轻微因果关系”之责，理由难以成立。设想一下，如果医生使用吗啡还要用呼吸机“配套”，全国的医院将会呈现一番怎样的景象。

患者明显缺氧时是否可以应用吗啡？

急性左心衰导致严重呼吸困难、口唇紫绀，属于吗啡的适应证，此时患者已明显缺氧，应用吗啡是正确选择。

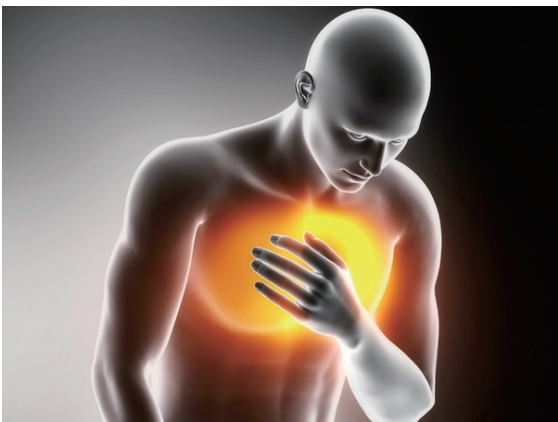
针对患者的病情，吗啡是否属于用药禁忌？

盐酸吗啡注射液的说明书“适应证”中有“心肌梗死而血压尚正常者，应用本品可使患

者镇静，并减轻心脏负担”“应用于心源性哮喘可使肺水肿症状暂时有所缓解”。而“急性左心衰晚期并出现呼吸衰竭”在禁忌症中并无记载。因此医方的用药不属于禁忌。

医方应用吗啡，是否对被鉴定人的病情发展产生了不利影响？医方应用吗啡对被鉴定人造成了哪些轻微的损害？证据是什么？

本案没有应用吗啡使被鉴定人受到伤害的证据，应用吗啡并没有对被鉴定人的病情发展产生不利影响，相反，患者还曾从中获益。而鉴定结论“应用吗啡，医方用药不够慎重，可能会对病情的发展产生不利影响，医方存过错”，“可能”这两个字用在严肃的医疗鉴定结论里不够严谨，而且无视了患者因使用吗啡使呼吸困难得以缓解的事实。



关键词 吗啡临床应用

吗啡是缓解呼吸困难的有效药物

王杰军：本例患者开始使用吗啡曾经取得了疗效，后来应用又间隔了足够长的时间，应用的还是常规剂量，怎么会抑制呼吸成为死亡原因呢？

在此案中，患者血氧饱和度在使用吗啡前后分别为 88% 和 92%，去世前为 70%，说明患者并未到呼吸衰竭程度，并未出现明显呼吸抑制。这么危重的患者，随时可能死亡，造成死亡的原因也可以有很多，为什么要怪罪吗啡呢。看来，洗刷吗啡污名的的工作还要继续做下去。

刘端祺：权威的《美国 NCCN 关于成年人癌

症疼痛治疗指南》和《美国 NCCN 关于癌症患者的姑息治疗指南》中，自 20 世纪 90 年代即明确规定，针对癌症晚期患者的呼吸困难可以应用吗啡治疗，对急性进展的呼吸困难还需要考虑增加吗啡的剂量和滴定速度；国内外对此早已达成共识。另外，急性心梗、心源性哮喘也是吗啡使用的适应证，被写入教科书已数十年。

褚倩：由于目前在中国还没有关于晚期肿瘤患者呼吸困难的治疗指南或专家共识，只能参考现有的国际权威的 NCCN

姑息治疗指南和国际临终关怀与姑息治疗学会（IAHPC）制定的基本用药目录。在 NCCN 指南和 IAHPC 基本用药目录中，吗啡都是治疗呼吸困难的推荐用药。特别值得一提的是，在 IAHPC 颁布的 33 中基本药物中，呼吸困难的唯一指定药物即是吗啡。这个患者使用吗啡是有依据的。

刘勇：很遗憾，目前对吗啡在呼吸领域的研究并不像在疼痛领域那么透彻，但实践证明，它的确是缓解呼吸困难的有效药物。最新版的 WHO 国际临终关怀与姑

息治疗学会各种共识和指南都反复确认，大量临床经验证明使用，吗啡治疗疼痛是有效且安全的，并且鼓励使用。

刘波：在我复习的 20 多份文献中，40 余家姑息治疗中心，18 家非治疗中心，1700 余例吗啡治疗呼吸困难的临床案例（不只是癌症，还包括慢阻肺疾病、肺癌等相关疾病以及对老年患者呼吸困难的治），均证明呼吸困难时使用吗啡是安全有效的。有关吗啡对呼吸困难的治的法律滞后需要各位医生和专家的推动，不仅使患者获益，也保护医生。

给医生法律保障 让医生安心使用吗啡

王杰军：事实上，无论是医生还是患者，都对阿片类药物包括吗啡认识不足。今年 9 月，中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会发布了《全国百家医院癌痛合理用药情况调研》，该调研在全国 17 个省（区、市）175 家医院开展。调研发现，仍有 50% 中度癌症患者使用的仅仅是非强阿片类药物。影响阿片类药物使用的主要因素包括患者的顾虑，以及医生“重治癌，轻治痛”的错误观念。

褚倩：使用吗啡治疗晚期肿瘤患者的呼吸困难在医疗原则中是正确的，但需要更多的渠道教育医生，通过微信、视频

等远程授课的方式，使没有条件参会的基层医生、偏远地区医生随时听课。使基层医生敢于在现行法规的保障下安全地使用吗啡。

宁晓红：在医院层面，应该向医生开展吗啡临床应用的相关培训，使医生有能力和权利去帮助患者。吗啡的使用应该是每个临床医生最基本的技能。很遗憾，如今的医生仍然缺少有关麻醉处方权方面的培训。对于实施缓和医疗的医生来说，吗啡是帮助生命有限的患者平安度过生命最后阶段最有利的武器。应该给予医生权利，保证医生安全、有信心地使用吗啡。

陈小燕：有关吗啡使用的教育应该伴随在整个医疗行为中，从对医学本科教育到医生毕业后的继续教育，都应涉及肿瘤、姑息治疗的学习。

樊碧发：日本众议院成立了“慢性疼痛对策立法议员联盟”，召开立法听证会，专门就如何控制慢性疼痛的问题进行立法讨论。我应邀作了主旨发言，介绍了我国疼痛医学的情况。日方表示，在建立疼痛独立学科，以及多学科合作机制方面，中国超过了日本，日本应向中国学习。首相夫人参会，20 多名国会代表参加讨论，从政府角度表达了对控制慢性疼痛的支持。

由此我感到，慢性疼痛需要立法，无论是发达国家还是发展中国家，对慢性疼痛的关注都远远不够，始终是专家、学者、社会工作者在推动，而要将推动落实到行动上，则需要科技部、教育部、卫生部、财政部等共同努力。

刘端祺：呼吁各位医生不要光学习专业技术，还要积极参与有关民生的政策制定。我曾经向一位人大代表建议，希望他提一个让全民可以实现止痛药物基本免费的提案，可以先从最值得关注的癌痛患者做起。尽管目前还很难迅速实现这个理想，但总是要有人首先提出来，最终一定会实现的。