

● 追踪 · 医生观点

无人敢用吗啡 谁之过？

呼吁“吗啡缓解憋喘”写进说明书

符合诊疗规范却被判为过失？

▲ 河南省许昌市中心医院肿瘤科 王鹏远

11 月 3 日,《医师报》微信号发表了一篇名为《一个由吗啡引发的医疗纠纷(一):如果判决成立,医生将不敢再用吗啡止疼》的文章。很快,这篇文章被转发到“许昌肿瘤论坛”微信群,引起了医生们的热烈讨论,大家表现出恐慌、困惑和强烈的质疑。

有人提出:“以后终末期患者都不敢收了,结局肯定是个死,但有的人居心叵测(图 1)。”不少人表示,如果判决院方有错的话,岂不是所有的呼吸困难患者都不能用吗啡了?肿瘤晚期患者的止痛治疗怎么办?难道肿瘤科要常规为每位终末期患者准备

呼吸机吗?

大家的恐慌并非毫无根据,因为针对肿瘤晚期患者,医生可以做的只有姑息治疗。这些患者多数有疼痛和呼吸困难,而吗啡正是针对这种病情的有效的、甚至唯一的药物治疗。

大家恐慌后又陷入困惑:肿瘤晚期患者出现呼吸困难,应用吗啡治疗是完全符合相关指南和规范的啊!大家纷纷找到了相关的证据。

自 11 月 3 日《医师报》刊出有关吗啡引发医疗纠纷的系列报道,引发了业界的广泛热议。有些医生在《医师报》微信公众号中留言,讲述自己遇到的医患小故事;有些医生在微信群和论坛里热烈讨论,阐述自己的观点;更有医生自发给《医师报》来稿,希望发表自己的见解。本期将这些精彩观点整理,以飨读者。

证据一

国家卫计委制定的《中国原发性肺癌诊疗规范 2015 版》中指出:呼吸困难是晚期肿瘤患者最常见的症状之一,晚期肿瘤患者中 70% 可有呼吸困难,肺癌患者死亡前 90% 有呼吸困难。呼吸困难是主观的呼吸不适感,患者的主诉是诊断的金标准。呼吸困难临床表现为呼吸频率、节律和幅度的改变,严重者还有濒死感,恐惧和焦虑均会加重呼吸困难。还指出,(对于呼吸困难)吗啡是首选药物,治疗呼吸困难时的使用方法与镇痛治疗一致。

证据二

孙燕院士主编的《临床肿瘤学高级教程》中指出:阿片类药物不仅可改善患者的主观感受,还能减低机体对低氧和高碳酸血症的敏感性,使呼吸频率和组织器官耗氧量下降,是治疗癌症患者呼吸困难的最常用药物。还特别说明:一些医生担心阿片会致呼吸抑制,甚至呼吸衰竭,从而导致死亡。但是系统性回顾性研究发现,接受阿片治疗的呼吸困难患者,血二氧化碳分压并未显著升高。研究发现,及早给予阿片类药物治疗呼吸困难,可减少患者的心理和生理负担,有益于延长生存。

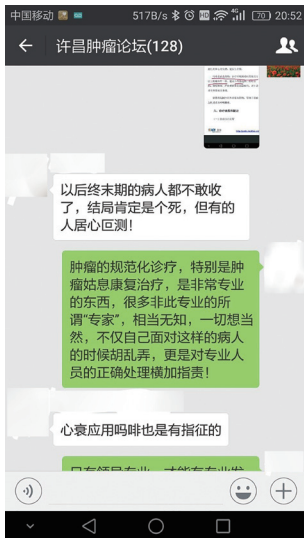


图 1 微信截图

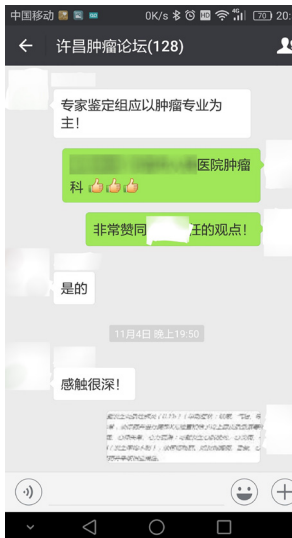


图 2 微信截图

紧接着,大家对鉴定提出了质疑(图 2):无论根据国家卫计委的诊疗规范还是权威书籍,医生给患者应用吗啡治疗均符合诊疗原则,且应用后患者症状得到较明显缓解,也没有出现呼吸困难加重、呼吸变慢、血压下降等疑似吗啡过量的情况。根据“三级医院评审标准”,要求在急诊科、麻醉科、ICU 等“重症医学”部门配备呼吸机,而普通病房由于条件限制,是不能够

配备呼吸机的。该医疗鉴定专家组竟因医院没有普通病房为应用吗啡的患者准备呼吸机,而判定与患者的死亡有轻微因果关系,这实在令人难以理解。基层医院的肿瘤规范化诊疗工作在卫计委的推动下正轰轰烈烈地进行,基层医生付出了许多努力。如果此判决成立,将颠覆基层医生对国家级诊疗规范的信心。我们盼望有更多专家领导关注此事,早日给大家一个公正明确的说法!

小轶事

几十年前,野战医院在处理一批美军的单兵急救包时惊讶地发现,每个急救包内除必备急救用品外,竟然全部还配有吗啡片,后来我们把没有过期的吗啡全部销毁了。

如今回想起来,感到十分可惜。我们之所以这样做,是因为对吗啡没有正确认识,将其视为“毒品”。而美军为每位士兵配备吗啡的做法沿用至今。记得有篇文章曾提到,对越南战争期间伤兵中遗留的瘾君子进行调查。结果发现,他们没有因受伤止痛使用吗啡(有些长期使用)而上瘾,而是因为从黑市购买毒品。个人经历提供给年轻的同行们,希望能提供一些参考。——民航广州医院退休主任医师 郝正渭

应用吗啡要先沟通

▲ 山东省邹城市人民医院 刘长民

五年前有位乳腺癌晚期骨转移、双肺弥漫转移的患者。她呼吸困难,表情很痛苦;持续吸氧,应用甲强龙、地塞米松、茶碱等都不管用;使用平喘药物也无效。

家属为了尽快缓解患者的疼痛,主动要求用止痛药。考虑到患者有既往口服吗啡缓释片的病史,为了避免呼吸抑制,只用了半只吗啡(5 mg)皮下注射,患者很快入睡,家属终于松了口气。后来,患者醒来只要憋喘,就使用吗啡,

这种状态维持了 2 d 后患者死亡。家属对治疗表示理解,他们只希望晚期癌症患者走的时候不要备受折磨。

笔者认为,在应用吗啡平喘时,要看清患者复杂的家庭关系,了解家属的治疗目的。如果家属只要求缓解患者的痛苦,就可以使用吗啡;如果家属要求延长患者生存时间,那就准备气管插管和呼吸机,转重症病房。为了避免纠纷尽量不要使用吗啡,即使患者死的很痛苦,但如果患者是经过积极抢救后死亡,以期家属理解。

此外,吗啡虽能缓解憋喘症状,但说明书上没有该适应证,而医疗纠纷中,法官是不认可指南的。因此,希望吗啡说明书也能进行相应修正,补充上“吗啡可用于癌症晚期患者的平喘治疗,缓解患者的痛苦”,以减少医生的用药负担及医疗风险。

药品管理应以患者无痛为目的

▲ 中国医科大学附属盛京医院 王玉梅

作为临床一线医生,深感麻醉性止痛药管理是一个复杂的问题。既牵涉到法规的执行,又牵涉到药理学、伦理学及人文理念的认知,绝不是“严字当头”四个字轻易解决的。须知,药品管理应以患者无痛为目的,无视患者疼痛的管理是缺乏人文关怀的“恶管”。

每当医院吗啡用量出现快速增长时,管理部门就会检查医院行政部门和药剂科,并要求给予说明和解释。这自然是责任所系,无可厚非。但问题在于,管理人员不了解阿片类药物的临床指南和用药规定,使得医生与其沟通困难,给医生制造了许多工作障碍,造成很大的心理负担。因此,很多科室不愿收治剧痛需要使用大剂量吗啡的患者。如果管理人员关于吗啡应用的落后理念得不到纠正,谈吗啡即色变,这些在痛苦中挣扎的患者只能在折磨中离去,何谈生命的尊严和生活质量的提高?

按现行《处方法》规定,住院患者阿片类药物每天只能开当日量,而外科手术后的镇痛泵和用于癌痛治疗的吗啡自控镇痛泵都是一次性的,不可以追加给药。临床上,为减轻患者经济负担(泵是自费的,1 个泵 300 元左右)和方便使用,配制完成的泵可应用 2-3 d,安全、经济、有效。若照搬《处方法》规定,患者的负担将会明显升高,临床工作的难度也大幅增加。癌痛的不可预测性导致很难精确地给出每日用量,造成剂量过多或不足的现象,增加了患者的经济负担。

我们呼吁,管理人员需要加强学习,与时俱进,熟练掌握并灵活运用相关法律法规,在实践中多听取临床专家的建议,不断修正和调整相关政策。过多的限制只能导致越来越多的医生为了少惹麻烦而远离癌痛治疗,这是有悖于医学伦理的,首当其冲受到损害的是痛不欲生的癌痛患者。