

追踪·律师观点

吗啡的合法合情合理使用

▲北京市华卫律师事务所 聂学

11月3日,《医师报》刊发文章《一个由吗啡引发的医疗纠纷》,并随后连续三期刊载相关领域专家对此的看法,引起读者们的广泛关注。大家通过各种形式表达了对此事的观点及意见。

案例中,一晚期胃癌患者,全身多发转移,合并间质性肺炎、急性心梗、深静脉血栓。在患者出现心率增快、快速房颤、呼吸困难时,院方为改善患者呼吸、缓解患者痛苦,给予吗啡皮下注射,症状缓解。但最终,患者仍因病情过重于翌日去世。鉴定意见认为,医方使用吗啡存在呼吸抑制风险,遂认定轻微责任。为此当事医生甚为苦恼与无助,甚至不敢再用此类药物。(案例详情,请扫描二维码)

吗啡等阿片类药物的使用不仅仅只是伦理问题,更为严峻的还是法律问题。那么作为医者,尤其是姑息领域的医者,应当如何合法使用吗啡呢?



图片来源/360百科

本案鉴定意见存在不当

鉴定意见以“吗啡能够抑制大脑呼吸中枢的活动,使呼吸减慢,甚至导致呼吸中枢麻痹、呼吸停止而死亡,急性左心衰竭晚期并发呼吸衰竭属于忌用范畴”;“在被鉴定人明显缺氧和没有给予呼吸机辅助通气的情况下,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”;“与被鉴定人的损害后果有轻微因果关系”,认定医方使用吗啡对患者死亡承担轻微责任。

事实则是:本案患者胃癌晚期,随时可能出现呼吸循环衰竭死亡。家属提出要求翌日出院,说明家属对患者处于终末期是明知的,家属也没有采取有创治疗延长生命的

想法。

13日和14日,患者出现两次呼吸困难,家属对不良预后知情,希望减少患者痛苦。院方为改善患者呼吸,分别给予吗啡10毫克静脉滴注和皮下注射等治疗,呼吸获得改善。

14日白天,患者病情继续进展,于14:05、15:42分别给予吗啡10毫克皮下注射等,病情无缓

解,22:42去世。

鉴定意见要求使用吗啡时需要呼吸机辅助通气的设备,不但有悖常理,而且和现行医院管理规定相悖,因为在等级医院评审条件中规定,需要常规配置呼吸机的只有ICU、CCU、急救科、麻醉科等科室。为防止过度治疗,肿瘤科是不要求配备呼吸机的。

本案患者是吗啡使用的受益者

患者死亡与使用吗啡之间不存在因果关系

本案患者的呼吸困难症状符合心源性哮喘,而心源性哮喘符合应用吗啡的适应症。

14日当天皮下注射吗啡10毫克三次,使用方法和剂量符合《麻醉药品临床应用指导原则》要求,也取得了疗效。因此,医院使用吗啡的行为符合上述指导原则,不存在过错。实际上,本案患者是千千万万吗啡使用受益者之一。

吗啡皮下注射、肌

肉注射吸收较快。皮下注射30min后即可吸收60%。肌肉注射吸收良好,15~30min起效,45~90min达高峰,作用可持续3~6h。血浆蛋白结合率约35%。血浆半衰期为2~3h,每次用药可持续4~6h。

患者于14:05、15:42分别给予吗啡10毫克皮下注射等,未见吗啡中毒症状,于最后一次使用吗啡7个小时后的22:42去世,此时吗啡作用已经消失,其死亡是其自身胃癌晚期、深静脉血栓脱落、间质性

肺炎、急性心梗等导致,与使用吗啡之间不存在因果关系,医院使用吗啡不应当对其死亡承担责任。

这是一个“和谐”鉴定意见

鉴定意见认定“在被鉴定人明显缺氧和没有给予呼吸机辅助通气的情况下应用吗啡,医方用药不够慎重”,“对患者死亡承担轻微责任”。

这个意见脱离临床实践,超出医学规范要求和国内外吗啡使用惯例,不

可能实行,也不是科学的意见。如果照此办理,将给全国吗啡用于危重患者的抢救造成混乱,势必损害广大患者的利益。这是一个受社会因素影响所导致的“和谐”意见,但它带来的是大量危重患者抢救的延误,医患关系的紧张与不和谐。

希望广大医务人员不要被“和谐”鉴定意见左右而违背医学法律伦理,相信广大医务人员能够学法用法,合法合情合理使用吗啡等麻醉药品。

多部法律法规规范麻醉药品使用

吗啡属于麻醉药品。这类药品具有明显的两重性,一方面有很强的镇痛等作用,是医疗上必不可少的药品,同时不规范地连续使用又易产生依赖性,若流入非法渠道则成为毒品,造成严重社会危害。

我们对于麻醉药品的医疗和科学价值给予充分肯定;同时对于滥用麻醉

药品必须采取严格管制措施,以避免滥用可能导致的公共卫生、社会和经济问题。

为加强对麻醉药品的管理,我国先后颁发了多部法律法规,规范麻醉药品的生产、运输、储存、使用等。包括《中华人民共和国药品管理法》《中华人民共和国执业医师法》《麻醉药品和精神药

品管理条例》《处方管理办法》《麻醉药品临床应用指导原则》等。

随着社会的发展,科技的进步,麻醉药品在生产、经营、使用、管理等各方面都发生了新的变化,促进了医院麻醉药品管理的法制化和规范化,提高了疼痛治疗的效果,使很多癌症患者摆脱了疼痛的折磨,提高了生活

质量。另一方面,医院麻醉药品管理的形势日趋严峻。

具体为:麻醉药品品种和剂型不断增加;麻醉药品用量急剧增加;因用药引起的医疗纠纷日趋增多。值得注意的是,近年来我国非医疗目的滥用麻醉药品、精神药品问题日益严重,吸毒人群不断扩大。

吗啡使用有章可循

《麻醉药品临床应用指导原则》中对可卡因、吗啡、羟考酮、美沙酮等麻醉药品的适应症、应用原则、禁忌症等均进行了明确的规定。具体到吗啡,《麻醉药品临床应用指导原则》规定如下:

适应症

- ★ **镇痛**: 短期用于其他镇痛药无效的急性剧痛,如手术、创伤、烧伤的剧烈疼痛;晚期癌症患者的三阶梯止痛。
- ★ **心肌梗死**: 用于血压正常的心肌梗死患者,

有镇静和减轻心脏负荷的作用,缓解恐惧情绪。

★ **心源性哮喘**: 暂时缓解肺水肿症状。

★ **麻醉和手术前给药**: 使患者安静并进入嗜睡状态。

应用原则

- ★ 吗啡为麻醉药品,必须严格按国家有关规定管理,严格按适应症使用。
- ★ 疼痛原因未明确前,不使用吗啡,以防掩盖症状贻误诊断。
- ★ 吗啡连续使用3~5日即产生耐受性,1周以上可致依赖性,仅用于疼痛原因明确的急性剧烈疼痛且短期使用或晚期癌症重度疼痛。对于晚期癌症患者重度疼痛,按世界卫生组织三阶梯止痛原则,

口服给药、按时、按需、剂量个体化,一般不会造成成瘾。

★ 吗啡缓释片和控释片只用于晚期癌症患者的镇痛。

★ 吗啡过量可致急性中毒,成人中毒量为60mg,致死量为250mg,吗啡长期用药可导致耐受,对于重度癌痛患者长期慢性用药,其使用量可从低剂量逐步递增超过上述剂量,且无最高剂量限制。

使用方法

- ★ **成人口服给药**: (1) 对于首次用药和无耐受性病例,常用量为5~15mg/次,15~60mg/日。极量为20mg/次,60mg/日。(2) 重度癌痛应按时、按需口服,逐渐增量,个体化给药。首次剂量范围较大,3~6次/日。(3) 缓释片和控释片应根据癌痛的严重程度、年龄及服用镇痛药史来决定,个体差异较大,首次剂量范围较大,3~6次/日。
- ★ **成人静脉注射**: 镇痛的常用量为5~10mg/次,对于重度癌痛首次剂量范围可较大,3~6次/日。
- ★ **成人硬膜外注射**: 极量为5mg/次,若在胸段硬膜外用药减为2~3mg/次。
- ★ **成人蛛网膜下腔注射**: 单次0.1~0.3mg,不重复给药。
- ★ **老年人用量酌减**。
- ★ **儿童不宜使用吗啡**。

常用量为5~15mg/次,15~40mg/日。极量为20mg/次,60mg/日。

★ **成人静脉注射**: 镇痛的常用量为5~10mg/次,对于重度癌痛首次剂量范围可较大,3~6次/日。

★ **成人硬膜外注射**: 极量为5mg/次,若在胸段硬膜外用药减为2~3mg/次。

★ **成人蛛网膜下腔注射**: 单次0.1~0.3mg,不重复给药。

★ **老年人用量酌减**。

★ **儿童不宜使用吗啡**。