

(上接第2版)

研讨嘉宾

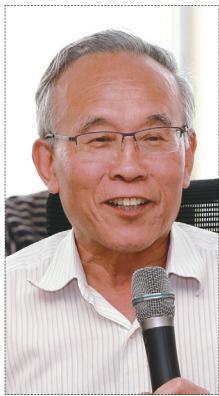
韩济生 中国科学院院士
齐学进 中国医师协会副会长
刘端祺 中国抗癌协会副秘书长、陆军总医院专家组
樊碧发 中国医师协会疼痛科医师分会会长、中日医院疼痛科
田卫星 中国麻醉药品协会秘书长
王雁鹏 《医师报》社长
张艳萍 《医师报》常务副社长兼执行总编辑
李玲 郑州市第九人民医院副院长
张宏艳 陆军总医院肿瘤科负责人
张建伟 陆军总医院肿瘤科、当事医生
陈钊 北京大学肿瘤医院中西医结合科暨老年肿瘤科
刘勇 徐州市中心医院肿瘤内科博士
邓利强 中国医师协会法律事务部主任



韩济生 院士



齐学进 副会长



刘端祺 教授



樊碧发 教授



田卫星 秘书长

关键词：吗啡临床应用

吗啡使用：要大胆 要规范

消除恐惧 理性看待
多方共促吗啡使用法律支持

我国人均使用吗啡水平国际排列第 88 位

自 90 年代初，国家卫生部正式下达文件，要求实行世界卫生组织推荐的“三阶梯癌痛治疗原则”。经过 30 多年的学术推广，癌痛的治疗有了很大的提升。但是，我国在使用吗啡和癌症患者镇痛方面的水平与国际先进水平相比，还是存在很大差距。理性看待以吗啡为代表的阿片类药物，开展对吗啡类止痛药物使用的多中心研究，成为本次研讨会与会专家最大的呼声。

吗啡该用不用的典型

田卫星：人类使用阿片类药物治疗疼痛已经有几千年的历史。自 20 世纪 90 年代开始，我国引进三个阶梯治疗癌痛的方法，经过 30 多年的学术推广，癌痛治疗有了很大提升。

尽管如此，我国在使用吗啡和癌症患者镇痛方面的水平与国际先进水平相比，还有很大的差距。根据国际麻管局的相关报告，2015 年，吗啡在美国的消费量是 19.6 吨，加拿大 4.2 吨，奥地利 1.8 吨，法国 1.7 吨，中国 1.6 吨，德国 1.5 吨，英国 1.4 吨。这意味着，中国在占世界人口 20% 的情况下，吗啡的医疗使用比例只有 4%。另外，把其他所有重度疼痛止痛药加在一起，中国人均消费此类药品在全球的排名仅列第 88 位，远远落后于中国的 GDP 水平和综合国力，说明中国在对患者的人文关怀方面还有很大上升空间。

如今，中国在阿片类重度镇痛药品方面品种齐全。但是，中国在姑息治疗方面才刚刚起步。据不完全统计，2016 年用于癌症镇痛的阿片类药物销售额为 15 亿，而中国医药市场销售额已达到 18000 亿，也就是说，镇痛药仅占 0.08%。

韩济生：中国是吗啡该用不用的典型，在全世界 123 个国家的吗啡用量统计中，中国位于 107 位，处于非常低的水平。

从某种角度上来说，吗啡在中国使用率较低有着诸多原因，一方面源于

公众对于吗啡的误解，一听到吗啡，就想到鸦片战争，并由此产生抵触心理；另一方面，国家层面一直以来都在严格控制吗啡用量，民间也对吗啡侧目相看，认为最好不用。

从医学角度来看，吗啡有止痛镇静之用，是可以给患者带来幸福感、舒适感的天使；在追求享乐上，吗啡则立刻变身魔鬼。吗啡到底是天使还是魔鬼，就看大家为何使用以及如何应用了。

吗啡使用有据可查

张宏艳：实际上阿片类药物用于治疗呼吸困难有上百年的历史，最初主要为终末期慢性阻塞性肺病的患者减轻痛苦。到 20 世纪 90 年代，开始针对终末期癌症患者的随机对照实验，2008 年、2012 年发表 2 篇吗啡治疗肿瘤相关性呼吸困难的系统综述，结果发现，吗啡能够明显缓解终末期肿瘤相关性呼吸困难，且优于吸入氧气。世界卫生组织（WHO）与国际临终关怀与姑息治疗学会（IAHPC）的姑息治疗药物基本目录中，把吗啡列为治疗疼痛和呼吸困难的基本药物。NCCN《姑息治疗指南》自 2005 年便指出，对终末期肿瘤患

者出现呼吸困难时，治疗的重点是提高舒适感，使用阿片类药物是缓解症状的重要措施，吗啡是被推荐使用的首选药物。国家卫计委于今年 2 月颁布的《安宁疗护实践指南》对呼吸困难的处理规定：寻找诱因的同时应努力控制症状；呼吸困难最佳的治疗措施为治疗原发疾病；在不可能做到的情况下，阿片类药物是使用最为广泛的具有中枢活性的治疗此类呼吸困难的药物。

止痛药供应渠道不畅

杜文涛：在我居住的小区有一位 56 岁的肝癌晚期患者，上个星期因无法忍受癌痛而选择跳楼结束生命，这样的例子不在少数。我们经常会收到一些患者家属要求缓解患者疼痛的反映，有些朋友找我询问，哪里能开出药来给痛不欲生的癌痛亲人止痛用。这说明我们国家止痛药的供应渠道很不通畅，大多数癌症晚期患者都得不到有效的姑息止痛治疗，以至于在生命后期走得很痛苦。看到这些病例，我不禁要问——我们明明拥有帮助患者解决痛苦的治疗条件，为什么不能有效地应用到患者身上？有办法而没有进行有效地实施，我觉得这是社会的悲哀。



当事医生张建伟介绍吗啡案件相关情况

打破吗啡认识误区

韩济生：我不止一次地说过，社会公众应该用理性的眼光看待吗啡，减少或者消除吗啡在医学上应用的恐惧感，依照规则来使用吗啡。该用而不敢用，不是医生吃亏，而是患者吃亏。

我知道一位老年患者，癌痛使他非常痛苦，需要使用吗啡止痛，但是其老伴强烈反对，认为吗啡不好，会对身体产生影响。后来，医生把患者被癌痛折磨时的视频发给老太太看，这才同意使用吗啡。因此，我们应该打破对吗啡的认识误区，该用就得用。医生在行医过程中可以大胆执业，合理用药，无后顾之忧，这会使整个社会受益。

宣传要延伸到基层

田卫星：阿片类镇痛药物的临床使用确实需要全社会给予一定的关注和理解，需要媒体更合理地宣传，这是我们共同的使命。

我国医改的方向是医疗资源地下沉，我们要把宣传的触角延伸到基层，使基层医生能更好地掌握使用麻醉药品的方法，造福于人民，这是医疗特殊行业的使命与担当。

路临毅：吗啡是国际上癌痛治疗的首选药物，是衡量一个国家癌痛治疗水平的标杆药物，在用药过程中，医疗机构都有一个共同的责任——给予癌症患者更高水平的治疗，这也是体现医生“偶尔去治愈，常常去帮助，总是去安慰”的责任。作为全国唯一的吗啡原料药生产企业，我们也有责任生产出高品质的吗啡产品供临床使用，使癌症患者在生命的最后一段能够有尊严

地走向人生尽头。

建立宏观顶层设计

刘勇：为了让姑息治疗的理念和措施深入推广、让吗啡更加合理的管理使用，首先要有政府层面的支持和合理的管控。目前，早中期癌症治疗的管理做得较为规范，但终末期患者的姑息治疗还存在较大的差距。我国的晚期肿瘤管理工作如今正在发展进步的道路上，很多事情都需要先有宏观顶层设计，才能更好更快可持续性地发展。例如吗啡的使用管理，从解放初的限量供应到计划供应到备案制，再到目前的按需供应，政府和行业主管部门在其中发挥了巨大的引领、指导和推动作用。

其次是持续的宣传教育和培训。一定要做好阿片类药物使用前的异常用药行为风险筛查和预防。在这一点上可以参照美国的阿片药物管理经验，比如阿片评估及降低风险计划（REMS）项目。目前推荐的筛查量表包括 SOAPP-R、ORT 等，我国尚无专业的量表推荐，这也是今后学会和专业人员应该努力建立的。宣传需要媒体参与；教育需要相关专业人士的付出，而培训则需要专业学会的努力。

再次是加强医疗、法律、媒体多方的跨界合作。现如今，医患之间、医疗和媒体之间的交流已成为常态，但医疗界、法律界、媒体界交流的机会相对较少。我们在疾病治疗方面一直在强调多学科合作的原则，同理，增进医疗、法律界、媒体多方跨界合作有利于医疗的健康发展，也会促进社会的和谐和进步。（下转第 4 版）