

中外大咖对话姑息医学

姑息关怀是社会文明与进步的标志

现代姑息治疗开始于 20 世纪 70 年代的英国，随后姑息治疗迅速在全世界传播，在发达国家及发展中国家逐渐形成了各自独特的姑息治疗模式。中国是一个使用吗啡非常谨慎的国家。20 世纪 80 年代初，全国一年吗啡的使用量只有约 4 公斤，人均吗啡使用量排名世界倒数第三，被视为止痛最不令人满意的国家之一。



Robert Twycross 教授



李金祥 主任

中英 对话 · 姑息发展

1981 年，我国开始实行 WHO 推荐的“三阶梯镇痛治疗原则”。经过 30 多年的临床实践，国家的努力已经初见成效，癌痛的治疗水平有了很大的提升。但是，我国在吗啡使用和癌症患者镇痛方面的水平与国际先进水平相比仍存在很大差距。四川大学华西第四医院姑息医学中心一年给晚期癌症患者和晚期呼吸困难的患者使用的吗啡总量超过 6.5 公斤，极大地缓解了患者临终前的疼痛和痛苦，一直很安全，惠及患者和家属数万名，该中心也是四川省卫计委关注和支持的姑息治疗培训基地之一。

Robert Twycross： 三阶梯到二阶梯 体现姑息关怀的本质

国际姑息医学创始人之一、前 WHO 姑息医学召集中心主席、英国牛津大学 Robert Twycross 教授表示，自 1986 年 WHO 颁布的“三级镇痛阶梯疗法”，癌痛的治疗有了很大提升。作为 WHO “三阶梯原则”的制定者，他指出：经过 30 多年的临床历程，姑息治疗领域获取了新的经验和认识。很多临床试验和证据支持“三阶梯”简化为“二阶梯”。其实，癌痛治疗原则的核心是根据患者疼痛程度制定治疗方案。这种“以人为本”的理念也是

姑息关怀的本质体现。Twycross 教授表示，“三阶梯”应用是考虑到 30 年前的药物种类，使用阶梯原则具有一定的灵活性。倘若遇到一个没有经验的医生，循规蹈矩地遵循着阶梯方案给药，可能会延误治疗，让患者在痛苦中煎熬。按照晚期癌症患者当前的疼痛强度选择用药。就好比是坐电梯直接到达想去的楼层，而不是一步一步地爬楼梯。

实际上，癌痛治疗过渡到强阿片类之前，首先应用弱阿片类药物没有药理学理论依据。WHO 已

不推荐可待因、曲马多用于成人 / 儿童的癌性镇痛第二阶梯。儿童 WHO “三级镇痛阶梯疗法”已简化为“二阶梯”。成人应用吗啡与弱阿片类的对比显示，低剂量（30 mg/24 h）的吗啡镇痛疗效更强，作用时间更快，不良反应无明显差异，舒适度更明显。因此，针对癌性中度疼痛（评分 ≥ 4 / 10 分）可以直接应用低剂量吗啡，传统的“癌性三级镇痛阶梯”的第二阶梯不再应用弱阿片类药物，如像可待因、曲马多、杜冷丁和右丙氧吩等。

李金祥： 重视吗啡的精准应用 引领姑息关怀

“姑息医学未来的路还很长，十分艰巨。”四川大学华西第四医院姑息医学中心主任李金祥教授表示，姑息关怀服务的开展是人类社会文明与进步的标志。建议政府将姑息关怀整合进入国家卫生系统，在不同层面的医疗机构都能够为患者提供姑息关怀服务，让人类生命的终结像他们来到世上一样受到重视。

为什么将吗啡作为晚期癌症患者疼痛缓解的一线药物？李教授指出，吗啡是最具代表性的强阿片广谱镇痛药，有镇痛、缓解呼吸困难、咳嗽和腹泻的作用；对癌痛具有无可

取代的地位。NCCN、EAPC、APHN、INCB，WHO 等权威国际组织都认可吗啡作为晚期癌症患者疼痛的治疗应用阿片类药物，将吗啡作为第一选择至今仍然是全球化的共识。吗啡并不可怕，吗啡功不可没！

如何精准化使用吗啡是医学界乃至社会都特别关注的问题。李教授强调，晚期癌症患者口服吗啡治疗一定要注意细节。如果能做到科学、正确和合理的滴定剂量，呼吸抑制和中枢抑制也是个临床上可忽略不计的问题。所谓给癌痛患者应用吗啡会成瘾，纯

属误导。但是，以吗啡为代表的强阿片类镇痛药不是“万灵药”，应该联合应用非阿片类和（或）辅助类镇痛药物，对生命末期的顽固性疼痛 / 痛苦强阿片类与镇静药物的联合应用能够将患者的痛苦减到最低，最大化地维护患者的尊严。

不同强阿片类的转换要考虑不全交叉耐受，转换的新阿片类应减少 25%~50% 的剂量。应用吗啡镇痛治疗中，还需注意便秘、出汗和倦怠嗜睡将伴随应用吗啡的全过程。长期应用高剂量的吗啡引起谵妄，需要酌情进行姑息性镇静治疗。

亚太 对话 · 临床实践



亚太地区生命末期 / 姑息关怀网络组织主席 Cynthia Goh 教授（左一）来到四川大学华西第四医院姑息医学科病房，与李金祥教授（左三）一起查房，探讨了如何为患者提供规范化的姑息医学诊疗。

中美 对话 · 吗啡应用

2016 年患者家属以使用吗啡过量“导致患者呼吸衰竭”死亡为由，将陆军总医院告上法庭。随后，司法鉴定医方“应用吗啡不够慎重”，存在过错。2017 年 5 月，经过《医师报》长达 1 年的媒体搭台、专家引领和行业声援，法院判决某司法鉴定所的鉴定意见不予采信，驳回原告诉讼请求。



David Hui 教授



张宏艳 主任

Daivid Hui： “双刃剑”吗啡治疗癌症患者呼吸困难

“虽然吗啡是把双刃剑，对缓解生命末期患者的呼吸困难有确切疗效的同时，如果滴定的剂量和方法不当也可能引起呼吸抑制。”美国德克萨斯大学 MD 安德森癌症中心姑息医学科主任 David Hui 教授指出，从临床实践来看，

吗啡引起呼吸抑制的发生率很低，除非采用不恰当的滴定速度。应用吗啡缓解癌痛时，如果医生科学、合理地滴定吗啡的剂量，极少或不会引起呼吸抑制。对呼吸困难应用吗啡缓解痛苦，并不会引起具有临床意义的呼吸

抑制。只要认真地滴定吗啡的剂量，并密切地观察病情变化，即使发生呼吸抑制，患者出现呼吸频率下降、嗜睡、瞳孔缩小等症状，也易于发现和诊断。使用拮抗药物纳洛酮解除呼吸抑制，快速安全也非常有效。

张宏艳： 依法厘清是非 回顾“吗啡诉讼案”

“吗啡引起的诉讼之所以一波三折，原因的确很多。”陆军总医院肿瘤科张宏艳主任表示，安宁疗护工作面对生死，事涉生命，仍有许多问题界限不明，缺乏立法

保障，限制了安宁疗护工作的推广，也是社会认知度低的重要原因。张主任表示，不分青红皂白地反对医生超说明书用药是对医生权力的阉割，弱化医生对

患者负责的职业精神。人命关天，药物关法，不能有任何疏漏，打铁必须自身硬。张主任表示，医生不仅要掌握医理、药理，还要了解法理、伦理，维权时才能有理可讲。



自 2016 年《医师报》举办“晚期肿瘤患者吗啡使用的临床和法律问题”专家研讨会之后，针对吗啡案前后发布了 16 次报道，其胜诉得益于医疗界专家的奔走呼吁、法官的公正、法院和媒体的担当等方方面面。

02 关注

一个由吗啡引发的医疗纠纷

