

● 行业观察

“安乐死”大讨论提示
疼痛科医生大有可为

▲河南省肿瘤医院疼痛科 谢广伦



谢广伦主任（右一）为患者查房

近日，台湾地区知名体育主持人傅达仁因不堪忍受胰腺癌折磨，赴瑞士实施“安乐死”的视频曝光，从而引发整个中国对“安乐死”合法化的讨论。作为一名肿瘤专科医院的医生，我对他的选择表示理解，也感到遗憾和不值。如果有疼痛专科医生来为他解除疼痛，或许，他就不会选择这种“极端”的方式。

癌痛治疗首选药物治疗。WHO推荐的三阶梯药物治疗可以使80%的癌症患者的疼痛得到控制。阿片类药物（如曲马多、美施康定、奥施康定、芬太尼透皮贴、吗啡片等）治疗是癌痛治疗的主要药物，但阿片类药物的常见不良反应如恶心呕吐、便秘以及患者对成瘾的顾虑等因素在一定程度上也限制了单纯药物治疗对疼痛的控制程度。有大约10%~20%的患者，药物无法控制，或者因为严重不良反应而使患者难以接受，对于胰腺癌等对阿片类药物不完全反应、且胃肠道不良反应严重的腹部肿瘤更是如此。

然而，当胰腺癌患者面对吗啡这样的强效止痛药物都缓解不了的疼痛时，难道就无法可治，就只能痛苦一生，甚至被迫去选择“安乐死”吗？有没有更好的方法？我的答案是：有！而且还不止一种！

胰腺、胆管、胃以及十二指肠等上腹部器官的感觉传导主要是由腹腔神经丛来支配，因此，第一种抑制癌痛的方案是通过腹腔神经丛毁损技术，使胰腺癌发出的疼痛信号不向大脑传递。患者的疼

痛就会得到良好控制，应用的阿片类药物剂量也会大大减少，甚至有时可以停用止痛药物，恶心呕吐、便秘等症状也因此而大大减轻。

第二种方式是鞘内药物连续输注镇痛。这种方式治疗难治性癌痛效果更好，即使许多患者药物治疗一点效果都没有，它依然能够发挥良好的镇痛作用！鞘内药物连续输注镇痛，就是将一个非常细的特殊柔软导管经过腰部穿刺植入到患者脊柱包绕的蛛网膜下腔，另一端埋置到皮肤下面，外面接一个电子镇痛泵，通过很细的针头与皮肤下的导管连接，持续给予止痛药物，止痛药物可以通过这个特殊导管直接进入脑脊液，通过脑脊液循环到达患者的大脑中枢起到止痛作用，具有止痛效果好的特点，同时由于应用的止痛药物剂量只有口服的几分之一（理论上鞘内应用1 mg 吗啡就可以达到口服300 mg 吗啡的效果），因此胃肠道刺激、恶心呕吐和便秘等不良反应也大大降低。所以特别适合那些口服或者静脉药物疼痛控制不佳或者不良反应重的患者使用，可以达到长期止痛效果。

中国没有“安乐死”。而我们疼痛科，则能通过多种手段，让癌痛患者选择“安乐活”，不但能够减少痛苦，提高生活质量，而且能够活的更好，而且活的更长！希望更多的癌痛患者，不要像傅老先生一样，遭受这么多的疼痛折磨。要尽早和疼痛专科联系，我们可以帮助癌症患者更好地解除痛苦。

时评

《医师报》时评版欢迎广大读者赐稿。欢迎大家对医药卫生体制改革、医师执业环境、医患关系、医师职业道德建设等行业热点问题展开评论，投稿邮箱：ysbzgy@163.com。

● 社评

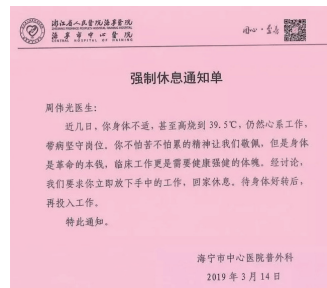
医生强制休息权
应成法治共识

▲《医师报》评论员 张广有

“周伟光医生，我们要求你立即放下手中的工作，回家休息，待身体好转后，再投入工作。”3月14日，带病上班的海宁市中心医院普外科周伟光医生，收到一张强制休息通知单。

见惯了医生“白加黑”“5+2”甚至带病上岗的透支型工作模式，忽然看到这样一份充分尊重对医生休息权、健康权的强制休息通知单，跟很多医务人员一样，我不由得为该院的人性化管理而点赞。

医院是最难请假的地方，也是劳动法中的休息权迟迟不能惠及的地方。2018年中国医师协会发布的《中国医师执业状况白皮书》显示，三级医院的医生平均每周工作51.05小时，二级医院的医生平均每周工作51.13小时，都大大超过40小时的法定工作时间。此外，仅有不到四分之一的医生能够



休完法定年假。繁重的工作与不健全的劳动保障体制，使得医生没有时间照顾好自己的身体。他们经常无法按时吃饭、休息，无法陪伴家人，因为他们把时间都奉献给了患者。

然而，医生毕竟是血肉之躯，不是不知疲倦的“机器人”。近年来时有发生医生因过度劳累而猝死的事件，令人肃然起敬的同时，更多的是扼腕痛惜。我们的医生培养、成长的周期十分漫长，每一名医生都是国家和人民的宝贵财富。任何一

位医生的积劳成疾甚至英年早逝，都是个人、家庭乃至国家难以承受的损失。面对那些带病上班的医生，我们要用制度保护好他们的健康权益，用实际行动体现对医生健康的尊重。

所以，我们不能仅仅满足于医院的一张“强制休息单”，要想从根本上解决400万医生所面临的超负荷工作问题，这不是靠一张“强制休息单”能解决的，必须从制度和法律层面进行解决。因此，我们呼吁立法机关就医生的休息权保障问题立法或在修订《执业医师法》时考虑进去，同时，从制度层面建立医生加班、值班后的强制休息保障机制，医务人员的休息权才可能得以实现。

英国有一句谚语：健全的身体比皇冠更有价值。我们需要爱岗敬业的好医生，更需要不疲劳、健康的好医生。

回音壁

《声音·责任 | 医界代表委员：健康领域还要做这些大事！》

◎ 小灰狼 支持西苑医院徐凤芹副院长取消中西医结合人才执业范围限制的建议！目前，国内中西医结合医师执业范围受限、晋升空间受阻、各省政策不一的问题亟待解决。明明是中西结合，却被认为“不中不西”，执业中处处碰壁，不仅极大地影响了广大中西医结合医师的积极性，也浪费了宝贵的医疗资源。

《医生不是“药神” 政府才是！》

◎ 田文平 好人受伤，是对恶人最大的奖赏，恶人得逞，那就是对所有善良人的惩罚！真正可怕的是，面对无耻之徒，行善的人居然会如此孤单……

《药品注册慢、评审水平差怎么办？医保欺诈骗保怎么管？听代表委员这么说！》

◎ 瑞气千条 呼吁有关部门整治一下药品过度包装吧！吃一天的药就要剩下一块聚氯乙烯板和金属铝箔袋，还有带塑料覆膜的纸盒，产生大量的垃圾污染环境。

● 两会医声

防治心源性卒中 建立心脑血管疾病同防同治体系

▲全国政协委员、阜外医院心律失常诊治中心主任 张澍

我国脑卒中疾病负担严重，具有高发病率、高致残率、高死亡率、经济负担重的特点。尽管在脑卒中的筛查与防治方面，国家相关部门做了大量工作，取得显著的成绩。但是，当前的卒中防治仍然存在一个重要问题，即防治对象主要是由脑血管疾病引起的卒中，忽视了由房颤等心源性疾病引起的卒中，即心源性卒中的防治。研究报道，心源性卒中占据了所有临床诊断卒中的30%~40%，

其发生率随着人口老龄化的加剧呈现明显上升趋势，且致死率、致残率、再发率显著高于其他类型的卒中，亟待规范化防控。

我国是卒中大国，对于心脏疾病引起的卒中类型，即便是医生的认识也远远不足。然而，卒中是可以预防的，使用目前规范的治疗，可使卒中的发病率下降三分之二。心源性卒中的源头在心脏，心脑血管病同治可能会成为未来的一个临床医疗模式。在此提出以下建议：

第一，国家卫健委领导和组织启动专项工作，整合资源，多学科合作，合力推进心源性卒中防治及心脑血管同治工作。

第二，试点在有条件的医院建立心脑血管同治学科和病房，并培养专门人才。

第三，组织相关学会和专家在全国范围内，尤其是基层地区，开展心源性卒中高危人群的全面筛查项目。房颤患者是心源性卒中防治的关键人群，且卒中的严重程度与房颤的类型显著相关。然而，

目前房颤检出率较低，需要推广房颤的筛查手段，如体表心电图记录、有创性的电记录仪等，以提高在普通人群中房颤的诊断率，对心源性卒中进行早期预防，对老人和卒中的高风险患者应纳入常规体检和医保的报销范畴。

第四，鼓励医疗机构和社会力量举办针对心脑血管同治康复医疗机构，为患者提供专业的康复医疗服务，促进临床服务向社区和居家康复、护理延伸的“最后一公里”。