

● 他山之石

BMJ: 姑息治疗需要改名吗?

▲ 英国爱丁堡大学 Kirsty Boyd

近年来，国内外专家学者对“姑息治疗（palliative care）”一词重新改名的呼声越来越高，很多人认为它代表了一种消极疗法，国内一些肿瘤医生认为应该更名为“支持治疗”。《英国医学杂志》（BMJ）这篇社评是怎么看待这个问题呢？

BMJ 社评旗帜鲜明地指出：改变观念比改变名字更重要！

在世界卫生组织首次定义“姑息疗法”近30年后，我们还没有就该术语的含义达成一致。到2002年，世界卫生组织发布仍在使用的定义：“姑息治疗适用于患有威胁生命疾病的人；通过整体护理预防和减轻痛苦；并且从疾病的早期就适用。”其表达的核心是基于个人生活质量的护理，而不是以疾病为中心的疾病和治疗概念。

英国的指南更具体地使用了“姑息疗法和临终关怀”一词，其目的是表明姑息疗法在生命最后1年左右开始实施就有获益。然而，矛盾的是，当患者将这些术语结合起来时，姑息治疗与死亡有着

密切的联系。研究报告称，患者和家属，特别是那些没有直接接受姑息治疗科普教育的人，对姑息治疗多持否定态度。

改名能改变这些负面看法吗？语言的使用很重要，姑息治疗中的负面语言有可能给患者带来痛苦和伤害。例如，谈论“消极治疗”或“姑息治疗”，会让人感到被抛弃或被贬低，也阻止跨学科团队共同努力的意愿。而一致、积极的语言对每个人都更好——特别在团队合作、共同决策以及提供姑息治疗之时。

很多人认为，姑息治疗应该被重新命名，以使其看起来更容易被社会接受。比较流行的观点是“早期”或“综合”的姑息治疗，强调它可以从诊断开始。例如，“支持治疗”——在肿瘤服务中提供专业性

的姑息和支持治疗。然而，尚不清楚这对患者及家属是否有帮助。

笔者认为，姑息治疗专家在为其他团队提供专业知识、教育和支持方面发挥着关键作用，应该以积极的方式将它们介绍给患者和家属——作为一个机会，让他们获得关于疼痛和其他症状管理的规范建议，帮助他们做出复杂而科学的决策，并为未来做好准备。

正如《阿斯塔纳宣言》所说，姑息治疗是全民健康覆盖目标的组成部分。我们不应该纠结于改变它的名字，而应该努力改变临床医生和公众的态度，从有时消极的印象转变为普遍积极的态度。这样，我们可以帮助每个人都能获得重要的服务、专业知识和良好的姑息治疗服务。（张广有 编译）

大咖有话说

中国临床肿瘤学会（CSCO）副理事长秦叔逵教授表示：姑息治疗的英文是“palliative care”，李同度教授最早将其翻译成“姑息治疗”。但中国的传统理念中一谈到“姑息”，往往将其与“姑息、迁就”等联系在一起，造成了人们的误解。现代的姑息治疗不仅仅是姑息，还包含了支持与康复，我们现在提倡全程管理，全方位覆盖，所以从诊断开始，就要加强支持。支持包括营养、精神以及心理支持，还包括治疗的手段如药物、手术、放疗等，是一个有计划的、合理的综合治疗，而不是仅仅是临终关怀，也因此意味着治疗理念有了很大的变化和延伸。



《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。

● 行业观察

从患者排不排队看医院信息化建设

▲ 湖南省卫生健康委党组成员、副主任 祝益民

前些年，院长们聚在一起，为以医院挂号、交费、取药、病房排队人多而自豪。为什么？因为排队反映了患者就诊人数多，医院影响力强。到今天，如果有哪位院长还在说我们医院患者排长队，那大家一定会觉得他的管理有问题，医院信息化手段和管理流程没有优化。



扫一扫，关联阅读全文

湖南省人民医院在信息化和财务支付改革方面做了很多探索。首先是预约诊疗。微信预约挂号，CT、核磁共振等等预约检查，减少患者在医院候诊时间。操作上简单，基本上都是一键引导。其次在支付方面途径非常多，支付宝、微信、自助、窗口、POS机等都可以缴费，现在窗口几乎没有排队，现在80%的费用都是线上支付，智慧医疗彻底改变了几年前看病就医“三长一短”的现象。在建立区域性的医疗、卫生、信息体系和平台上，应当是以电子档案和电子病历为基础。我们每个人都应当都有一个电子档案，遗憾的是目前我们的电子档案在哪里，还搞不清楚。所以智慧医疗体系的建立，一定是以健康档案为基础。

首诊、转诊、抢救、康复，以及预防保健、健康教育等，都能够达到共享的时候，区域性的信息化体系、智慧医疗才有可能实现。很多城市大医院都开展了远程会诊，效果却不尽人意，最大的问题是远程会诊的收费标准都还没有解决。远程会诊一次收多少钱？还没有明确的标准。卫生行政部门也在和医保部门积极沟通，建议尽快把远程会诊、远程诊疗的收费标准建立起来。现在很多县级医院建设得非常漂亮，硬件条件非常好，技术也不错。有些手术不能开展，是因为他的病理没有跟上。开展远程病理、资源共享对基层医院有很好的帮助，要以更高的标准要求来促进医疗同质化。

当前的医联体建设，

笔者认为还是1.0版。有了智慧医院的建设，有了信息体系互联网的融合，就成为2.0版。试想，如果有一键呼救系统，一有不适就近就有人来帮助你，老年患者甚至每一个公民，将会更有安全感。要有完整的急救体系，就要提升大众救护能力，完善的急诊绿色通道。智慧医疗就能很好地实现这一点，让每个环节能够联动协调。智慧医疗对于分级诊疗的落地，一定会起到一个强大的推动器作用。有了智慧医疗，分级诊疗就会更大程度地加速发展。如家庭医生签约，智慧医疗可以帮助把健康档案做好，上一步步地进行分级管理，提高每一个层面的效率，更好地为患者服务。

（周瑾容 整理）



● 评论

拿什么拯救你偏执的患者?

▲ 《医师报》评论员 张广有

4月1日，那个不顾一切赌命生子的吴梦在换肺276天后溘然离世。看着窗外阳光明媚、繁花纷飞的春色，一想到一个堪称神一样组合的专家团队创造的世界医学史上的奇迹，就这样早早地凋谢。我不知道该如何形容此时复杂的情绪：愤怒？悲哀？同情？抑或无力？

人死为大，再去批评吴梦的任性和偏执已经没有什么意义。扼腕痛惜的同时，我也在反思：拿什么拯救你，偏执的患者？

很多人觉得，现代医学技术已经足够发达，媒体经常对医学奇迹的渲染报道更让人误以为：只要有医生在，仿佛总有奇迹可以出现。羊水栓塞，能救活！主动脉破裂，能救活！急性心梗，能救活！肺动脉高压妊娠，能救活……特别是某些人一旦拥有地位、权力、金钱、才华后，往往会过分迷信自己在疾病面前的力量，一厢情愿、盲目自信地认为人定胜天，不顾一切地绑架医生一起冒险，却不考虑任何后果。这也是为什么我首先在媒体上公开批评作为重度肺动脉高压患者的吴梦，执意妊娠分娩是“以爱之名的‘绑架’”。

尊重科学，敬畏生命。这是每一个人都应该铭记的准则，否则，将是生命难以承受之重。冒险生子的她没想到会走到肺移植那一步，更没想到肺移植后遇到感染控制不佳的情况，肺

水肿及身体情况持续恶化，最终遗憾离世。陈静瑜院长表示：“肺移植术前受者必须有心理医生的评估，在国外如果心理医生评估不达标，是不能做肺移植的。但吴梦第一次手术是一个非常紧急的情况下做，我希望她术后身心都得到康复。但面对再次移植手术，我犹豫了……”

如果对吴梦及早做精神评估，进行精神治疗的干预，能拯救这位偏执的患者吗？这个没有答案的问题，让我想起一句名言：To cure sometimes, to relieve often, to comfort always. 作为曾经的骨科医生，我在临床上见惯了那些“手术复位很完美、功能恢复很失败”的教训，近年来接触太多的肿瘤专家，更是深刻领悟到：手术成功不等于癌症治愈，手术只是整个治疗的第一步。所以，拯救患者，单靠一把柳叶刀是远远不够的。

我们需要加强健康科普教育，让患者理性认知疾病和治疗的风险，而不是无知地冒险。我们需要改善诊疗流程，引进全程参与的精神、心理的评估和支持治疗，引导患者遵从医嘱，配合规范治疗。我们更需要媒体和舆论树立正确的导向，尊重科学，不为流量去炒作所谓生命的奇迹。

正如中国医师奖得主葛均波院士所说：“我不是医神，我们应敬畏生命、尊重科学。”这是我送给那些偏执患者的一句肺腑之言。