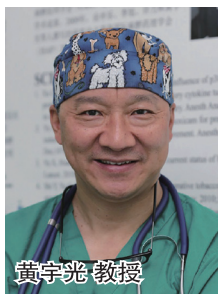


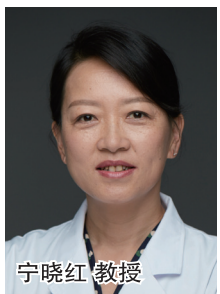
A2

NEWS
新闻 2 ~ 8 版本版责编：尹晗
美编：杜晓静
电话：010-58302828-6847
E-mail:ysbyinhan@163.com医师报
2020年6月18日

于世英教授



黄宇光教授



宁晓红教授



张迪研究员



贾平研究员



王博女士



郭海斌先生



张艳萍 执行总编辑

从理念到学科 让缓和医疗人人可及

▲《医师报》融媒体记者 尹晗 宗俊琳 荆冰



在我国传统观念中，死亡一直是一个沉重的话题。我们忌讳死亡，却终归不得不面临死亡。现实中，很多罹患绝症、濒临死亡的患者正毫无希望地承受临终阶段的痛苦，其家人也不得不目睹其临终前的挣扎，并在感情和经济上付出巨大代价……

2020年全国“两会”，全国政协常委沈德咏先生围绕临终关怀和尊严死等问题向大会提交了提案，建议有关部门予以重视，尽早组织研究、论证，并适时予以立法规制。

“安乐死立法”可行吗？如果安乐死不能合法化，临终患者是否只能痛苦、无尊严地离世？患者的家人就只能遭受这无尽的折磨？6月6日，在医师报直播中心，《医师报》常务副社长兼执行总编辑张艳萍连线了7位专家，与大家共同探讨关于安乐死、尊严死和安宁缓和医疗的话题。



“安乐死立法”难以在我国实现

安乐死、尊严死和缓和医疗不可混为一谈

华中科技大学同济医学院同济医院肿瘤中心于世英教授对沈德咏先生的提案表示了感谢，她指出，2019年，我国有998万人死亡，平均每天有2.73万人离世。“他们的死亡质量如何？他们能否得到很好的照顾？对这些问题的关注，是社会文明进步的标志。”

同时，于世英也指出了沈先生提案中存在的误区，她表示：安乐死、尊严死和缓和医疗是三个完全不同的概念。安乐死（Euthanasia）亦称仁慈杀戮（Mercy Killing）即无痛地杀死或通过不予或撤销维生措施使患者死亡的

行动或实践。而根据世界卫生组织提出的三原则，缓和医疗理念倡导的是：

1. 重视生命并认为死亡是一种自然过程；2. 既不加速也不延后死亡；3. 提供解除痛苦和不适症状的办法。因此，不涉及主动致死行为的“尊严死”，与涉及主动致死行为的安乐死有明显的本质区别。

北京生前预嘱推广协会秘书长王博女士表示，从广义上讲，尊严死就是指符合本人意愿的死亡。随着缓和医疗的不断普及和发展，其内涵也得到了越来越多的认可。“推行缓和医疗的一个必要条

件就是个人意愿的表达，生前预嘱是表达个人意愿的较为成熟的途径。”

王博介绍，生前预嘱是指人们在健康或意识清醒时签署的，说明在不可治愈的伤病末期或临终时，要或不要哪种医疗护理的指示文件。其中文版本《我的五个愿望》内容包括：“我要或不要什么医疗服务、我希望使用或不使用生命支持治疗、我希望别人怎样对待我、我想让我的家人和朋友知道什么、我希望谁来帮助我。”普通大众无需了解太多医学专业词汇，只需通过每个愿望下的选项即可完成填写。

“安乐死立法”面临伦理与法律困境

中国医学科学院生命伦理学研究中心张迪研究员表示，安乐死也称仁慈杀死，而“仁慈”对于不同人而言有着不同的含义。“对一些患者而言，‘仁慈’的确意味着帮助其死亡；但对另外一些患者而言，‘仁慈’可能是解除躯体、心理、精神或灵性的痛苦，消除对失能和死亡的恐惧，甚至活下去。”

张迪指出，目前，安乐死合法化的国家和地区主要采取自愿安乐死的形式。但一个人有能力作出决定，并不意味着他的决定一定是自愿的。首先，患者是否了解有缓和医疗

等方式能够帮助他们解除痛苦？其次，是否所有有需求的人都能享受到缓和医疗服务？在以上两点得到保证之前，“安乐死”合法化很难提上议程。

独立智库公共卫生治理中心执行主任贾平研究员表示，安乐死涉及到自杀和他杀两种行为的“结合”。根据执行方式，安乐死可分为积极安乐死——由医生执行引起患者死亡的行为，以及消极安乐死——医生通过撤除生命维持治疗从而允许或阻止患者的死亡。这意味着医生是安乐死的执行者，且不必需要得到

患者本人的同意。这样，患者（或其家属）的同意，或患者面临的健康状态，能否成为医生执行引发患者死亡的行为的“去罪化”理由，是“安乐死立法”的难点。

贾平指出，此外，安乐死还面临三个技术性障碍：一是痛苦的衡量，二是推行安乐死的过程，可能引发一些社会不公问题，三是知情同意的问题，涉及本人、家属和医生间意见的权衡。他认为，目前，在我国推行安乐死相当困难。但“尊严死”尤其是缓和医疗可以降低患者痛苦，可以成为当下政策选项。



缓和医疗：帮助患者活好每一天

分层多模式推广缓和医疗

“目前的当务之急是大力推行缓和医疗。”于世英表示，缓和医疗中最重要的环节，即生命终末期的安宁疗护，应成为所有生命终末期患者都可享有的基本医疗项目。

于世英介绍，在国际上，缓和医疗有几十年的发展历程。它已成为一项基本医疗，也是人们健康生活的一项权利。根据国际经验，缓和医疗的推行需要4大要素：首先，应具备相应的政策支持。将缓和医疗及安宁疗护列入国家基本医疗发展项目。

制定缓和医疗基本用药目录，致力于与之相关的缓和医疗、安宁疗护的学科、制度和法律保障体系的建立与推广。

第二，应具备可获得性。充足基本药物及医疗保障，让缓和医疗人人可及。当前，很多缓和医疗药物尚未被列入基本用药目录，患者在社区医院得不到足够的医疗支持，而三级医院往往不愿收治这些患者，这是疾病终末期患者面临的最大问题。

第三，教育宣传。缓和医疗不仅需要医生，更需要护士、心理

学工作者、社会工作者等。需要通过专业继续教育，提升医务人员从事缓和医疗工作的核心胜任力。需要通过科普宣传，提升公众对缓和医疗的认知。

第四，社会各界支持，全社会各层面开展缓和医疗工作。

于世英表示，当前，应基于国家的不同医疗资源水平，分层多模式推广缓和医疗，在实现可获得性的基础上不断完善实施体系。只有这样，才能实现让缓和医疗人人可及、提高死亡质量的梦想。

缓和医疗：按患者的步调帮助他

北京协和医院老年医学科主任医师、安宁缓和医疗组组长宁晓红教授表示，缓和医疗的可贵之处，即在于它首先承认并面对患者将要离世的事实。

“很多时候，医生和护士都知道眼前的患者不久于人世，但谁也不愿说破，总是说‘咱们一起努力，会慢慢好起来’，可患者却无法从这种安慰中得到力量。而缓和医疗做的第一件事，就是了解患者需要哪些帮助。”宁晓红表示，

郭海斌先生的父亲首次就诊时，在我还未给他提供具体帮助的情况下，仅通过交谈就对我产生了信任。这份信任，源自“医生愿意听他诉说难以为外人所理解的内心深处”的要求”。

宁晓红介绍，缓和医疗强调尊重患者的意见和选择，按照患者的步调帮助他。“最初，郭海斌的父亲急需解决疼痛问题，我就先给予止痛治疗；之后出现失眠，我就从身心两方面入手，一方面和他交流

疾病现状和所有的治疗选择，同时辅助助眠药物治疗；还有便秘、出汗、乏力等一系列问题，都需要进行针对性交流和处理。”宁晓红表示，有些终末期患者甚至会因对死亡焦虑而不敢睡觉、产生社会角色的失落以及灵性层面的人生拷问，这些内容都是缓和医疗需要关注和给予针对性回应和处理的。尽量减少痛苦，让患者能够坦然地说：“你们好好过，我先走了。”就是缓和医疗追求的目标。



医问医答

问：从事缓和医疗工作，每天接触的大多是无法治愈的、处于疾病终末期的患者。该如何获得成就感？

宁晓红：通过缓和医疗的方式，我帮助了其他专科医生无法用专

科医疗手段帮助的，处于最无助状态的患者和他们的家人，这让我充满成就感。

近年来，我愈发感到喜爱自己工作的医务人员逐渐减少。常有人抱怨“今天好累”“那

个人好烦”。其实，做医生那一天起我们就决心帮助别人，越能帮助到困难患者，就越能收获到成就感。学会帮助病重/生命末期的患者，相信医护人员一定能收获更多成就感。