

## • CCCC 论坛 •

## 浅谈我国重症医学发展过程中所面临的生命伦理学挑战

刘刚 孙荣青

【关键词】 重症医学； 生命伦理学； 患者

重症医学是研究危及生命的疾病状态的发生发展规律及其诊治方法的临床医学学科。重症监护病房(ICU)是重症医学学科的临床基地,它对因各种原因导致的一个或多个器官与系统功能障碍而危及生命或具有潜在高危因素的患者,及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术,是医院集中监护和救治重症患者的专业科室<sup>[1]</sup>。既然重症医学的研究对象与生命息息相关,因而不可避免地会面临诸多生命伦理学方面的挑战。曾经发生在哈尔滨医科大学第二附属医院 ICU 的“天价医疗费”事件,集中反映了生命伦理学对年轻的重症医学提出了挑战。然而,令人遗憾的是,这种挑战迄今并没有引起业界同仁足够重视,有关这方面的研究几乎还是空白<sup>[2]</sup>。生命伦理学要求,对人的生命状态进行道德追问;对生命的终极问题进行伦理研究;对生命科学技术进行伦理裁判与反省;对生命、特别是人的生命本质、价值与意义进行道德哲学解读<sup>[3]</sup>。现就重症医学研究必须面对的生命伦理学方面的诸多挑战进行初步探讨。

## 1 资源的伦理挑战

ICU 首先受到卫生经济伦理学方面的挑战。因为 ICU 是人力、设备、技术集中的科室,救治危重患者的疗效优于普通病房,但 ICU 病床数仅占医院床位总数的很少部分,可谓是稀缺昂贵的医疗资源。按照公平的原则,危重患者当然希望能受益于这种救治机制或设施,以追求更好的疗效。一般而言,患者及家属并非自选或首选入住 ICU<sup>[4]</sup>。在有些医疗单位,医师为了提高 ICU 病床的使用率,有可能放宽 ICU 的收治标准。这样一来,不仅会使患者医疗费用大幅增长,

也不可能做到公平地依据病情需要来选择是否入住 ICU 及在 ICU 的停留时间<sup>[4]</sup>。现实情况是:富有或公费医疗患者有能力享受到 ICU 的医疗服务;而那些贫困患者则由于经济条件所限,不能按需入住 ICU,或被迫缩短其留住时间。结果是社会公平原则和卫生资源的合理分配、利用原则受到威胁和破坏<sup>[4]</sup>。

## 2 疗效的伦理挑战

提高疗效是 ICU 存在和发展的重要因素,但由于疾病本身的复杂性,不能保证每位入住 ICU 的患者都能获得如期疗效。ICU 医师随时都可能陷入对病魔“无能为力”的尴尬境地。然而,人们或因经济实力不同,或因道德责任不同,或因对疾病疗效认识不同,而表现出迥然不同的治疗态度。一方面,医务人员可能为片面追求较好的经济效益和所谓的“服务满意度”等社会效益,也可能出于自我保护本能考虑,无原则地过多提供一些不必要的医疗服务。另一方面,患者可能由于经济或其他原因,不得已违心地选择放弃治疗<sup>[5]</sup>;也有家属为尽孝道,不计经济条件甚至不惜倾家荡产盲目坚持无意义治疗<sup>[6]</sup>。多种原因所致迥异的治疗态度,体现出不同的疗效伦理,使医患双方都处于伦理矛盾之中,面临着疗效伦理挑战<sup>[4]</sup>。

## 3 费用的伦理挑战

从伦理上讲,有无救治适应证应该是 ICU 医师收治患者时的惟一选择,而床位使用率和经济效益不应成为医师追求的目标。从救治标准来看,ICU 应收治:急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全,经过 ICU 严密监护和加强治疗短期内可能得到康复的患者;存在各种高危因素,具有潜在生命危险,经过 ICU 严密的监护和随时有效的治疗可能减少死亡风险的患者;在慢性器官功能不全的基础上,出现急性加重且危及生命,经过 ICU 严密监护和治疗可能恢复到原来状态的患者。而慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆性疾病和不能从 ICU 监

护和治疗中获得益处患者一般不是 ICU 的收治范围<sup>[1]</sup>。然而,ICU 集中了目前可能得到的先进监护仪器和各种先进的治疗手段,具有相对于一般病房充足得多的人力资源,以及多学科专家联合诊疗形成的“高投入、高技术、高效率”的救治平台,多种原因使患者的治疗费用较普通病房明显昂贵。但极高的救治费用投入有时未必取得满意的疗效,形成 ICU 突出的费用伦理矛盾,极易引发医患纠纷。这与患者及家属对生命的渴求促使他们不惜一切代价进行治疗的态度有关,也与医疗机构某些不合理的付费机制有关<sup>[4,7]</sup>。哈尔滨“天价医疗费”事件就集中折射了这种费用伦理挑战。ICU 昂贵医疗费用的伦理,不仅困扰着医护人员,也给患者及家属带来巨大的经济和伦理压力<sup>[4]</sup>。

## 4 技术的伦理挑战

对危重且合并多器官功能障碍综合征(MODS)患者进行连续性肾脏替代治疗(CRRT)的适应证和最佳时机,至今国际上尚缺乏循证医学证据和统一标准<sup>[8]</sup>。有报道,在 ICU 发生的复杂性严重的肾源性或非肾源性 MODS 患者,当内科治疗无效而被迫采取 CRRT 时,其病死率超过 50%<sup>[9-10]</sup>。因此,除外医疗费用因素,单就 CRRT 这项技术的适应证和最佳时机的选择上,也不可避免会面临技术伦理的挑战。诸如此类还有许多,例如无创与有创血流动力学监测技术孰优孰劣,无创机械通气和有创通气技术治疗各种原因导致的呼吸衰竭孰先孰后等,在选择时或多或少都会遇到技术伦理挑战。

## 5 死亡的伦理挑战

机械通气的应用可能会使一些植物状态和脑死亡的患者长期生存,在我国目前尚没有将脑死亡立法情况下<sup>[11-13]</sup>,如何处理植物状态的患者<sup>[14]</sup>? 何时终止机械通气? 终止机械通气由谁来做出最后决定? 目前国内外通行的由医师提出建议,由患者家属做出最终决定的惯例

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2010.01.023

作者单位:450004 河南郑州,水利部黄河水利委员会黄河中心医院 ICU(刘刚);450000 河南,郑州大学第一附属医院 ICU(孙荣青)

Email:liugangdoctor@gmail.com

是否妥当? 安乐死在我国可否实施以及如何实施<sup>[15]</sup>? 这些都是需要生命伦理学来回答的问题。

### 6 终止和不进行治疗的伦理挑战

对于危重患者来说, 这是引起争议的最困难和压力最大的生命伦理学挑战。终止治疗包括减少或停止血管活性药物和(或)呼吸支持。不进行治疗包括不开始或不升级治疗, 如不使用上限的正性肌力药物和(或)不使用肾脏替代治疗<sup>[16]</sup>。据调查, 在有些 ICU 曾在家属强烈要求下, 使患者处于深度镇静状态, 脱离呼吸机, 实施“末期镇静”<sup>[11]</sup>, 使患者在终止治疗后自然度过临终状态。然而, 这样做合乎生命伦理吗?

以上初步分析只是生命伦理学挑战在重症医学研究领域的一个侧面, 或者只是冰山的一角。随着研究不断深入, 会有更多的挑战浮出水面。我们迟早会自觉或不自觉地面临这样或那样的挑战, 只有主动地面对这些挑战, 学习相关的医学伦理学知识, 树立正确的生命伦理学观念, 我们才能勇敢地面对这些伦理

学挑战, 从而积极应对, 找出解决现实问题的良策。

### 参考文献

[1] 中华医学会重症医学分会.《中国重症加强治疗病房(ICU)建设与管理指南》(2006). 中国危重病急救医学, 2006, 18:387-388.  
 [2] 刘刚, 孙荣青. 从中国重症医学人文主义研究的现状看医学发展过程中人文主义的重要性. 中国危重病急救医学, 2008, 20:703-704.  
 [3] 孙嘉义. 生命伦理学的知识场域与现象学问题. 伦理学研究, 2007, 8:44-49.  
 [4] 司继雷, 赵增福. ICU 的伦理分析与对策. 中国医学伦理学, 2007, 20:88, 107.  
 [5] 樊世荣. 放弃治疗的伦理准则. 健康报, 2003-03-04(4).  
 [6] 于莎丽. 关于过度医疗伦理分析的再思考. 中国医学伦理学, 2007, 20:43-44.  
 [7] 杨利荣, 刘智银, 王雪娟, 等. ICU 病房管理的伦理学问题. 中国医学伦理学, 2005, 18:54-55.  
 [8] 邱海波. 血液净化与肾脏替代治疗//邱海波. ICU 主治医师手册. 南京: 江苏科学技术出版社, 2007:356.

[9] D'Intini V, Ronco C, Bonello M, et al. Renal replacement therapy in acute renal failure. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2004, 18:145-157.  
 [10] Metcalfe W, Simpson M, Khan IH, et al. Acute renal failure requiring renal replacement therapy: incidence and outcome. QJM, 2002, 95:579-583.  
 [11] 刘瑞爽. 脑死亡立法的若干法律问题探讨. 医学与哲学人文社会医学版, 2008, 29:23-24, 79.  
 [12] 展露. 脑死亡立法何时踏上坦途. 当代健康报, 2007-04-12(2).  
 [13] 王彩霞, 张君. 脑死亡立法的艰难与中国传统文化. 医学与哲学人文社会医学版, 2008, 29:25-26.  
 [14] 吴翠丹. 浅谈植物人的生命权利. 中国医学伦理学, 2002, 16:14-15.  
 [15] 王志杰. 放弃治疗与安乐死的伦理争论. 中国医学伦理学, 2005, 18:61-63.  
 [16] 辛格, 牛津临床重症监护手册. 王东信, 安友仲, 朱曦, 译. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006:452.

(收稿日期: 2009-10-29)  
(本文编辑: 李银平)

## • 科研新闻速递 •

### 脓毒性休克患者大量应用缩血管药物可能增加死亡危险

瑞士的医学工作者最近对脓毒性休克患者平均动脉压(MAP)的具体水平与患者血管收缩力、28 d 病死率和疾病相关事件的关系进行了研究, 以观察  $>70 \text{ mm Hg}$  ( $1 \text{ mm Hg} = 0.133 \text{ kPa}$ ) 的 MAP 能否改善脓毒性休克患者的预后。研究人员随机选取了 290 例脓毒性休克患者, 休克期间 MAP 均维持在  $70 \text{ mm Hg}$  以上, 收集患者的个人资料、MAP、休克期血管收缩药物的平均用量、疾病相关事件和 28 d 病死率, 参考患者的地理分布、年龄、患慢性高血压的情况和简化急性生理学评分 I (SAPS I) 数据对 Logistic 回归模型进行校正。结果显示, 缩血管药物的平均用量与病死率 ( $P < 0.001$ )、疾病相关事件的数量 ( $P < 0.001$ )、急性循环衰竭 ( $P < 0.001$ )、代谢性酸中毒 ( $P < 0.001$ )、肾功能衰竭 ( $P = 0.001$ ) 和血小板减少 ( $P = 0.010$ ) 的发生率关系密切, 并且这种关系不会因年龄和已有的高血压而变化 (均  $P > 0.05$ )。研究人员认为, MAP  $>70 \text{ mm Hg}$  并不能提高脓毒性休克患者的生存率, 增加升压药物用量反而升高了病死率。因此, 确定既可减少缩血管药物用量又能保证机体组织灌注的最低 MAP 水平是今后研究的重要目标。

杨明星, 编译自《Crti Care》, 2009-11-16(电子版); 胡森, 审校

### 加入 Drotrecogin $\alpha$ 的休克复苏液不能改善烧伤患者的伤情

Drotrecogin  $\alpha$  (DA) 是美国最新研制的一种治疗脓毒性休克的抗炎药物, 但该国研究人员发现, 向标准烧伤休克复苏液中加入 DA 并不能阻止烧伤伤情的进展。为验证这一结论, 研究人员将 31 只成年雄性 SD 大鼠麻醉后, 用烙铁在其背部的 10 个不同区域分别烫伤 1~14 s, 建立不同严重度的烧伤大鼠模型。对照组大鼠 24 h 内以  $2 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot 1\%$  烧伤面积的剂量补充乳酸林格液(LRS), 实验组大鼠则输注 LRS 加  $24 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$  的 DA。以激光多普勒成像技术测定大鼠烧伤组织的灌注量, 并取烧伤组织进行苏木素-伊红(HE)染色, 观察大鼠的烧伤深度和炎症反应, 测定组织中末端脱氧核糖核苷酸转移酶调节的 dUTP 内切酶和促细胞凋亡酶天冬氨酸特异性半胱氨酸蛋白酶 3(caspase-3)水平。结果发现, 烫伤时间越长, 大鼠的伤情越重, 细胞凋亡和组织灌注减少就越明显, 但烫伤时间和炎症介质间并无关联。复苏液中加入 DA 后可使大鼠伤情和炎症反应恶化, 组织灌注量更加减少, 但减少了细胞凋亡。因此研究人员认为, 在常规烧伤休克复苏液中加入 DA 虽然理论上可行, 但实际却能使烧伤患者的伤情更加严重。因此, 该药的临床应用仍需要研究。

杨明星, 编译自《J Trauma》, 2009, 67:996-1003; 胡森, 审校

作者: [刘刚](#), [孙荣青](#)  
作者单位: [刘刚\(水利部黄河水利委员会黄河中心医院ICU, 河南郑州, 450004\)](#), [孙荣青\(郑州大学第一附属医院ICU, 河南, 450000\)](#)  
刊名: [中国危重病急救医学](#) [ISTIC](#) [PKU](#)  
英文刊名: [CHINESE CRITICAL CARE MEDICINE](#)  
年, 卷(期): 2010, 22(1)

## 参考文献(16条)

1. [杨利荣;刘智银;王雪娟 ICU病房管理的伦理学问题](#)[期刊论文]-[中国医学伦理学](#) 2005(5)
2. [于莎丽 关于过度医疗伦理分析的再思考](#)[期刊论文]-[中国医学伦理学](#) 2007(2)
3. [樊世荣 放弃治疗的伦理准则](#) 2003
4. [D'Intini V;Ronco C;Bonello M Renal replacement therapy in acute renal failure](#) 2004
5. [司继雷;赵增福 ICU的伦理分析与对策](#)[期刊论文]-[中国医学伦理学](#) 2007(5)
6. [孙慕义 生命伦理学的知识场域与现象学问题](#)[期刊论文]-[伦理学研究](#) 2007(08)
7. [刘刚;孙荣青 从中国重症医学人文主义研究的现状看医学发展过程中人文主义的重要性](#)[期刊论文]-[中国危重病急救医学](#) 2008(11)
8. [中华医学会重症医学分会 <中国重症加强治疗病房\(ICU\)建设与管理指南>\(2006\)](#) [期刊论文]-[中国危重病急救医学](#) 2006(7)
9. [邱海波 血液净化与肾脏替代治疗](#) 2007
10. [辛格;王东信;安友仲;朱曦 牛津临床重症监护手册](#) 2006
11. [王志杰 放弃治疗与安乐死的伦理争论](#)[期刊论文]-[中国医学伦理学](#) 2005(4)
12. [吴翠丹 浅谈植物人的生命权利](#)[期刊论文]-[中国医学伦理学](#) 2002(3)
13. [王彩霞;张君 脑死亡立法的艰难与中国传统文化](#) 2008
14. [晨露 脑死亡立法何时踏上坦途](#) 2007
15. [刘瑞爽 脑死亡立法的若干法律问题探讨](#) 2008
16. [Metcalf W;Simpson M;Khan IH Acute renal failiure requiring renal replacement therapy:incidence and outcome](#) 2002

本文链接: [http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_zgwzbjyx201001023.aspx](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgwzbjyx201001023.aspx)