

## 重症医学科住院医师规范化培训中相关伦理问题的探讨

马琳, 顾亚楠, 窦清理

新疆医科大学第一附属医院 ICU, 乌鲁木齐, 830000

**摘要:** 因重症医学科患者的特殊性, 其诊疗过程常常会涉及代理决定、告知病危、知情同意、临终关怀等伦理问题, 既往住院医师培训过程中忽视了伦理学相关问题处理能力的培养。通过重症医学科临床案例涉及的相关伦理学问题进行分析, 探讨在重症医学住院医师“六大核心能力”培养中常见的伦理问题, 培养其对此类事件的处理能力。

**关键词:** 重症医学, 住院医师培训, 伦理学

## Discussion on related ethical issues in Critical Care Medicine Residency Training

MA Lin, GU Ya-nan, DOU Qing-li

Department of Intensive Medicine, First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830000, China

**Abstract:** Because of the particularity of severe patients in ICU, its diagnosis and treatment process is often involved ethical issues such as substitute decision-making, disclosure, consent, hospice care and so on. In the process of the resident training the processing ability related to ethical issues is ignored. This paper aimed to discuss the common ethical issues in severe medical residency training in “six core competence” through analysing relevant ethical issues on severe clinical cases, so as to cultivated their ability to cope with this kind of events.

**Key words:** Intensive medicine, Residency training, Ethics

重症医学科的患者病情复杂, 变化快, 常伴意识障碍, 多系统、多器官功能损害。诊治过程中需要应用多种复杂的监护、治疗仪器设备及抢救设备, 患者家属不在床旁, 病情需要多次与家属沟通交流<sup>[1]</sup>, 因此常常会涉及代理决定、告知病危、知情同意、临终关怀等伦理问题<sup>[2]</sup>。重症医学治疗是基于解决患者病痛, 同时关注患者及家属心理, 在不违反伦理前提下完成的诊疗过程。其中伦理问题在临床受到忽视, 如

如何将伦理贯穿重症医学的诊疗过程, 重症医学住院医师的相关培训是关键。本文将通过分析重症医学临床案例涉及的相关伦理学问题, 探讨在重症医学住院医师“六大核心能力”<sup>[3]</sup>培养过程中, 如何针对常见的伦理问题培养他们对此类事件的处理能力。

**案例一:** A 先生, 26 岁, 因“颈部疼痛 3 天, 突发右侧肢体无力 2 天”入院, 行头部 + 颈椎核磁(MRI) 示颈段脊髓异常信号, 初步诊断为“急性脊髓炎”, 给予激素等对症治疗后, 患者病情仍进行性加重, 出现左侧肢体麻木、胸部以下感觉异常、疼痛明显, 后因“呼吸困难、四肢软瘫”转入重症医学科。

重症医学科给予气管插管，继续激素冲击、免疫球蛋白治疗，效果欠佳，经相关科室会诊，明确诊断为急性横断坏死性脊髓炎，最终患者需人工呼吸机辅助呼吸，四肢瘫痪。该患者的病程仅一月，其心理上遭受严重打击，出现焦虑、烦躁、轻生情绪。

**伦理分析：**与患者、家属沟通属于住院医师规范化培训六大核心能力中“患者照顾”<sup>[3]</sup>和“人际关系与沟通技巧的训练”<sup>[3]</sup>能力的培养。医师与患者间的互信乃是医疗执业的重要环节。患者做为社会角色的“人”应该受到尊重，有不受任何不当影响而自愿选择治疗方式的权利，因此他们有权获知医师所掌握的关于自身的重要信息<sup>[2]</sup>。为了使患者在健康照顾及生命中其他方面能做出知情抉择，也为了让他们了解自己的状况，住院医师应该告知患者实情。但对于这个案例，患者已出现轻生情绪，该如何告知实情，如何安抚患者的情绪，如何使患者得到更好的照顾，值得住院医师们思考。住院医师们需要很好地与患者家属沟通，以家属对患者的了解程度，评估患者若被告知实情后的心理变化。在权衡利弊后，与家属商议制订出对患者最有益的处理方案。

**案例二：**B先生，56岁，因“车祸外伤”入院，于急诊科完善相关检查后初步诊断：全身多发骨折，后腹膜巨大血肿。患者入院时血压低，四肢厥冷，意识丧失，急诊科给予补液扩容抗休克治疗后，转入重症医学科。因患者病情危重，需继续给予抗休克治疗，因此需要开放深静脉通路，以利于液体复苏。上级医师示意住院医师，为患者行锁骨下静脉穿刺，住院医师表示犹豫。

**伦理分析：**住院医师操作技能的锻炼属于住院医师规范化培训中“医学知识”<sup>[3]</sup>及“从工作中学习及成长”<sup>[3]</sup>的内容。但住院医师在遇到这个问题时则会纠结于自身与患者的利益冲突。住院医师一方面想抓住这次练习机会，锻炼自己的操作技术；另一方面考虑到自己尚未在真人身上操作过，可能需多次尝试，也可能因技术不娴熟对患者造成本可以避免的伤害，如发生气胸、误伤锁骨下动脉等，会给上级医师带来不必要的麻烦<sup>[4]</sup>。利益冲突是一种复杂的状态，此时当事人对于主要利益的专业判断容易受到次要利益的不当影响。临床上，医师的主要利益在于患者的安危，次要利益则可以看作治疗患者的过程中，医师累积的经验；而在研究上，主要利益则可能是科学知识，次要利益可能是带有经济性质的，也包括个人名望、学术

成就与晋升等。本例中主要利益是患者的安危，次要利益是住院医师可以获得一次操作锻炼的机会。临床中类似的利益冲突实例很多，患者信赖医师对照顾其健康的承诺与努力，他们期待医师在照顾他们时，是纯粹为患者的健康着想，而不会受到其他动机左右。因此，利益冲突的处理原则，不只维护个别患者对医师的信赖，也维护大众对医疗专业的信赖。但对于该案例，作为重症医学科住院医师的你，该如何抉择？如果隐忍着不敢去尝试，也许你永远也做不了这项操作，但是如果理论基础不扎实，即使大胆尝试，也不一定能够做到万无一失。因此，在培训过程中，住院医师需要通过这种伦理方面的警示作用不断地鞭策自己，加强理论基础巩固，注重观察，善于思考；既要胆大，又要心细，完善自己的各项能力，尽可能避免一切因个人技术不熟练引起的不良事件。

**案例三：**C先生，32岁，因“突发头痛、呼吸费力、胸前区疼痛”入院。既往有高血压病史，不规则服用降压药物，平时血压控制欠佳。完善相关检查后，诊断为主动脉夹层（debakey I型），由心外科转入重症医学科。给予紧急气管插管、中心静脉穿刺置管术，同时镇静镇痛，控制心率、血压，维持内环境稳定等治疗。但患者主动脉夹层撕裂情况严重，肺功能、肾功能均明显受损。因患者出现呼吸衰竭，血氧饱和度低，给予行紧急气管插管术。插管后患者血氧饱和度仍低，呋塞米持续泵入下仍无尿，血肌酐 $602\ \mu\text{mol/L}$ ，大剂量血管活性药物持续微量泵入，患者血压仍波动，循环不稳定。经全院会诊评估患者病情后，考虑暂不予以手术治疗，待患者全身情况改善后再行手术。给予血液净化、机械通气进行脏器支持治疗。治疗期间多次向患者家属沟通患者病情，目前危重，即使经过积极治疗，但仍随时有主动脉夹层破裂、多器官功能衰竭导致死亡的可能，患者家属仍态度积极。经过全力治疗，患者病情未见好转，心功能、肺功能持续恶化。再次与家属沟通后，家属表示放弃电除颤、胸外按压等抢救措施，最后患者因多器官功能衰竭死亡。

**伦理分析：**这个案例属于“以系统为基础的实践”“专业素养”<sup>[3]</sup>能力的范畴。基于重症医学科的特点，类似于此例患者病情危重，濒临死亡的患者很多，对于这类患者如何做好临终关怀的事宜？为了讨论这个问题，建议由以下三个要素组成的概念架构来探讨<sup>[2]</sup>：疼痛及其他症状的控制，决定是否进行维生性治疗及对濒死病患及其家属的支持。首先患者不应该带着痛

苦或者其他可以治疗的症状去世。案例中患者家属到最后也是最关心患者是否会感觉到痛苦、疼痛等。其次，在可能的限度内，应该让患者及家属选择生命最后几日的照顾场所与医疗性质，也应该鼓励他们事先讨论接受维生性治疗或放弃治疗的意见。医师应协助病患与家属就这些议题预立治疗计划。避免家属因一时的心理难以接受，做出冲动的决定，避免不必要的医疗资源浪费。最后，对于濒死病患及其家属的支持程度都不相同，医师要了解某一情形中应提供何种支持给患者及家属才算恰当，尤其对于有宗教信仰的患者，应尽量满足患者及家属的要求，完成临终仪式<sup>[4]</sup>。

在ICU中像上述案例涉及的伦理问题还有很多，这对于进入临床进行规范化培训的医师来说是个挑战。除了以上案例涉及的伦理问题，现将重症医学科还会涉及的主要伦理问题简单地概述如下：

1. 代理决定，是一种替无法为自己做医疗决定者做决定的方式<sup>[2]43-50</sup>。因重症医学科很多患者是意识不清的，无自主决定的能力，因此谁有资格成为代理人为患者的医疗方案做决定，住院医师们必须了解。并且要告知代理人不能以自己的角度去为患者做决定，而应以其对代理人的了解去估计患者会做出的决定。

2. 知情同意，医师应该充分告知患者所采取的疗法及其预期后果、相关的替代选择及其效果和风险，并说明拒绝或是延误治疗的后果，并征得患者的同意<sup>[2]1-11</sup>。因重症医学科患者病情危重，各项有创操作、抢救措施多，均需要得到患者家属的知情同意。且对于临终患者需要提前与家属沟通，拟定抢救方案是否进行气管插管、胸外按压、电除颤等抢救措施，征得家属的知情同意。

3. 隐私保护，包括患者的个人信息的保护和身体隐私部位的保护。目前各大医院已逐渐重视对患者个人信息的保护，含有患者个人信息的纸张都不能再次利用，需用碎纸机统一处理。重症医学科的病房布置与普通病房不同，除了单间的隔离病房外，病床都是相邻的，也无男床女床的区分，因此对于还处于麻醉

状态的患者及意识不清的患者都应注意患者隐私部位的保护。

4. 研究伦理<sup>[2]91-100</sup>，是以人类为受试对象的研究，可能会产生的伦理与法律问题。符合伦理的研究活动须遵守三项指导原则：尊重人格、行善和正义。尊重人格要求应取得研究参与者的知情同意；行善要求在参与研究的可能利弊间取得适当的平衡；正义则要求不可剥削弱势群体，也不得在缺乏良好理由的情况下排除合乎受试条件、渴望因参与研究而受惠的人们参与研究。住院医师应严格按照以上三点内容进行科学研究活动。

在住院医师规范化培训中，各项能力的培训都必须将技术与伦理结合起来，让医师能够由临床医学、社会科学、人文学来审视科学、政策或社会的改变所带来的道德两难抉择，并将伦理思维内化为日常诊疗工作的一部分，为患者实施有效的人性化的医疗照顾。尤其在医疗环境如此恶劣的当下，加强伦理学知识的培养，一方面可以培养住院医师以患者为中心、人性化的医疗，改善某些舆论媒体对医生这一职业的误解；另一方面也是规范自己的行为，在临床工作中维护患者利益，保护自己的权益。因此，在临床医学教学中越来越重视伦理学教育的同时，对于重症医学的住院医师培训临床伦理学也应成为必不可少的一部分。

## 参考文献

- [1] 孙昀. 非重症医学专业住院医师临床重症监护教学内容与方法探讨 [J]. 中华医学教育杂志, 2012; 32: 454-456.
- [2] 蔡甫昌. 临床生命伦理学 [M]. 2版. 台北: 财团法人医院评鉴暨医疗品质策进会, 2009.
- [3] 朱宗信. 住院医师教育的六大核心能力 [M]. 台北: 台湾医学教育学会, 2009.
- [4] Stevens L, Cook D, Guyatt G. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit [J]. Crit Care Med, 2002, 32: 290-296.