

再论介入放射诊疗中的医学伦理问题

顾建平 李麟荪

介入放射伦理学涉及医患关系、医技关系、经济与文化的关系、不同的专科与患者的关系,以及介入中的护理伦理等方面,在介入放射诊疗的许多具体问题上也有着伦理问题。本文拟从医学伦理学的观点出发,列举并浅析介入放射诊疗中的有关情况,探讨若干问题的具体界定,以便经常自我对照,并供同道参考、讨论。

一、介入放射诊疗适应证选择的伦理问题

介入放射诊断包括 X 线、CT 引导下穿刺活检、经皮穿刺动脉插管血管造影、心导管检查、经导管血管内采样等项目,有一定的创伤性,且患者需接受一定量的 X 线辐射。所以,此类检查手段应在其它无创性检查未果时采用。例如,纤维支气管镜和病理已确诊为肺癌,就不应再作肺穿刺活检;B 超和 CT 已确诊为肾囊肿,就不应再作血管造影;超声心动图已明确了心房间隔或心室间隔缺损,一般就不应再作心导管检查。

由于介入放射治疗具有创伤小、可重复性强、疗效好、见效快、并发症发生率较低等优点,越来越受到众多临床医师及广大患者的欢迎。但是,介入放射治疗毕竟具有一定的创伤性,有一定风险,且患者也需接受较多 X 线辐射,在适应证的选择方面,亦应遵守相应的伦理原则,即:1、适合作介入治疗的应争取作、积极作;2、非必要不施介入;3、无希望时不施介入;4、患者不承诺时不施介入;5、选择最佳的介入方案。由于介入放射技术较新,经济效益较好,又处于发展阶段,容易产生“一哄而上”的倾向,有些医生,或无视介入治疗的适应证,盲干、蛮干,或“越级介入”,给患者带来了不必要的痛苦和损失。例如,受“支架热”的影响,有些人给原来并不造成血流明显阻塞的血管植入支架,就违背了“非必要不施介入”的原则,同时,也造成了很大的浪费(一枚进口血管内支架需万元以上)。又如,晚期癌症患者已有全身衰竭等禁忌证时,若给其作栓塞或灌注等介入治疗,就违背了“无希望时不施介入”的原则,且无疑

会加速患者的死亡。再如,接受血管腔内成形术后,部分病例可能会发生成形处再狭窄,甚至发生血管闭塞等不良后果,在作成形术前,应向患者及其亲属言明,使其“知情同意”,否则就违背了“患者不承诺时不施介入”的原则,易引发医患纠纷。另如,对原发性肝癌的介入治疗,目前首推经导管栓塞化疗,该项技术对设备、介入医生的技术水平等均有较高的要求,在一级医院和部分二级医院并无条件开展,个别医师为了“开展介入”而对此类患者仅作简单的灌注化疗,则违背了“选择最佳介入方案”的原则,直接影响到患者的治疗效果、生存期和生存质量,也有损于介入放射学疗效的形象。

二、介入放射诊疗实施过程中的伦理问题

在介入放射诊疗过程中,医务人员应忠于事业和职守,遵循最优化原则,以最少的痛苦、最小的伤害、最省的耗费,来追求最佳的疗效。

(一)痛苦最少 如在作经皮血管穿刺插管之前,应对局部妥善麻醉,以减少穿刺及插管时的痛感。又如,在作四肢动脉造影时,应根据患者的经济条件选择非离子型造影剂,或将离子型造影剂的浓度稀释至 50% 以下,并预先注入利多卡因,以避免血管强烈痉挛导致的肢体剧痛。再如,在实施肝动脉或肾动脉经导管栓塞治疗后,当患者出现“栓塞后综合征”时,应及时给予镇静剂及止痛剂,以减轻无法忍受的脏器绞痛。

(二)伤害最小 如在穿刺插管时,应尽量选择较细的导管及导管鞘,以减少穿刺处损伤,避免血肿形成。又如,在对肾局部挫裂伤实施栓塞治疗时,应超选择性插管至受损伤血管处,作局部栓塞术,以保留更多的正常肾组织。再如,在实施介入诊疗过程中,应注意缩小 X 线球管光圈,并对无关部位进行遮掩,以减少 X 线辐射伤害等。

(三)耗费最省 如在效果相同的情况下,应选择较便宜的国产药物及介入器械,不盲目滥用昂贵的进口药物及器械,以减轻患者、家属及社会的经济负担。又如,经过精心准备,介入性诊断和治疗能一次完成的,应避免分次进行,以防止多次重复造影等情况导致的费用增加。再如,一旦诊断明确,应及时

给患者实施介入治疗 缩短住院等待手术的时间 既有利于提高疗效 又节省了费用。

(四) 疗效最佳 如对肺癌患者行经导管动脉灌注化疗时 应尽可能地将导管插入给肿瘤供血的支气管动脉内 以最大限度地提高局部药物浓度 确保介入治疗的疗效。又如 给肝癌患者作介入治疗 对大多数病例而言 应将导管超选择性插入肿瘤的供血动脉以远的供血动脉内行栓塞化疗 对多支供血者应逐一探查并栓塞 以期提高疗效。不应违背伦理地单纯性腹腔动脉插管灌注化疗。

三、介入放射诊疗效果判断中的伦理问题

对介入放射诊疗效果的判断 应本着“实事求是”的原则 切不可乱吹一气 误导患者 欺骗同行。

(一) 操作技术水平评价 一名医师介入操作技术水平的高低 受诸多因素影响 主要有人员基本素质、学习和训练程度、实践机会和设备条件等。以支气管动脉插管到位率为例 数十篇百例以上的大组报道通常为 85% 左右 但某些病例组的报道却称达 95% 以上。由于左侧支气管动脉开口较不恒定 变异较多 其“达 95% 以上”之说较难成立。

(二) 介入放射诊断效果判断 就选择性动脉插管血管造影而言 其对血管性疾病如血管瘤、血管畸形、血管狭窄与闭塞等 效果较佳。但对某些肿瘤性疾病的诊断 如脑胶质瘤 血管造影的效果不及 CT 或 MRI 对较小肾囊肿的诊断 其效果尚不及 B 超。在评价介入诊断效果时 不宜拔高 更不应诱使患者盲从 让其既受了痛苦又花了冤枉钱。

(三) 介入放射治疗效果判断 介入放射治疗作为一种较新的治疗手段 有其独到之处 但并非为任何疾病的最佳选择。以肿瘤为例 介入放射治疗常为临床综合治疗中的方法之一 例如 对于大多数肝癌 应首选外科手术切除 如误导其仅接受介入治疗 就可能给患者造成无法挽回的伤害。在不少关于介入治疗效果评价的论文中 常能发现某些不实

之处 有的作者未作长期认真随访 但在其经“处理”过的统计数据中 长期生存率却高得离谱。

四、加强医学伦理学教育的必要性

医事乃生死所寄。医务工作作为一种特殊职业 应坚持社会主义医德基本原则 救死扶伤 防病治病 实行社会主义人道主义 全心全意为人民的身心健康服务。由于介入放射工作的特殊性 其医德要求更高。从事介入工作的人员要有神圣的使命感 要不断增强“解除他人痛苦就是自己幸福 就是人生价值体现”的信念。介入放射诊疗大多是近台操作 医生无法避免 X 线辐射 在很多情况下 为了提高介入治疗的效果 就要作费时较长的超选择插管 这就意味着介入医师要接受更多的 X 线辐射。要凭着医生的“良心” 去认真、仔细、忘我地对待每次操作。良心的培养靠神圣使命的精神感召 靠医疗职业传统的维系 更靠不断加强医学伦理教育。医学伦理教育并不是空洞的政治说教 而是丰富多彩的精神智力投资。在商品经济蓬勃发展的今天 医者尤其应头脑清醒 严守医德戒律。加强医学伦理教育 还可明确介入诊疗工作中的若干个“应该”、“不应该” 明确行为规范和准则。

目前 针对介入放射学界的现状 不少有识之士正在致力于规范介入放射诊疗程序、方案、范围的研究。在制定有关介入诊疗常规时 应融进医学伦理学内容 以保证提高诊疗质量 调节医患关系和医际关系 促进介入放射学的健康发展。

介入放射学作为继内、外科后第三大现代临床诊疗体系 在最近 20 年中 以一个整体学科的面貌迅速地根植于临床医学之林。我国介入放射学虽起步较晚 也已涉及当今国际上所有介入医学技术 其深度亦名列发展中国家前茅 某些项目已达到世界先进水平。然而 在看到成绩的时候 我们还需清醒地看到并纠正一些不正常现象。

(收稿日期 :1999-11-15)

再论介入放射诊疗中的医学伦理问题

作者: [顾建平](#), [李麟荪](#)
作者单位: [顾建平\(南京医科大学附属南京第一医院\)](#), [李麟荪\(南京医科大学第一附属医院\)](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2001, 10(4)
被引用次数: 4次

引证文献(4条)

1. [蒋霆辉](#), [茅爱武](#) 密集低损介入治疗的伦理意义[期刊论文]-[当代医学](#) 2009(5)
2. [付子文](#) 企业医院发展介入放射学探讨[期刊论文]-[现代医药卫生](#) 2005(19)
3. [于学林](#), [崔进国](#), [张庄改](#), [袁宏丽](#) 27所基层医院介入诊疗工作的现状调查[期刊论文]-[实用放射学杂志](#) 2005(11)
4. [刘敏](#) 浅谈基层医院开展介入治疗的风险控制[期刊论文]-[中国厂矿医学](#) 2002(6)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200104001.aspx
授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: ea7efdff-3ec3-4e96-a7ef-9e38014bf0f0

下载时间: 2010年11月24日