

从一案二鉴谈医务人员的抢救注意义务

奚冬梅, 顾桂国, 唐敏, 王卫国, 饶文华, 王枫华, 吴红霞
(上海市浦东新区卫生局卫生监督所, 上海 200136)

实施“以病人为中心”的服务理念,除了改善就医环境、提高服务质量外,很重要的一点是各级各类医疗机构医务人员在工作中应尽到作为专业人员的“注意义务”。

1 案例资料

患者,男性,31岁。2011年4月21日起出现咳嗽、痰中带血,伴明显胸闷气急,不能平卧。4月22日患者就诊于浦东新区A医院(二级医院),初步诊断:“双肺结核伴双侧结核性胸膜炎?”予以对症治疗,咳嗽气急无明显好转。4月23日患者出现发热,又至附近B医院住院治疗,予头孢他啶、帕珠沙星抗炎治疗。全胸片示:右侧肺炎,右肺结核待排。4月24日B医院出院诊断:双肺炎伴双胸腔积液,Ⅰ型呼吸衰竭,呼吸性碱中毒。4月24日患者又到上海市肺科医院就诊,考虑双肺结核,建议住院治疗。因肺科医院床位紧张患者回家等待。

2011年4月25日傍晚患者主诉“咳嗽、咳痰2个月,加剧5d,伴胸闷、气急”入住C医院结核病区。入院初步诊断:双肺结核伴双侧结核性胸膜炎? 17:50医嘱:5%葡萄糖溶液250 mL+喘定0.5 g 每日1次静脉滴注;0.9%生理盐水100 mL+盐酸氨溴索60 mg,每日1次静脉滴注;氨甲环酸、河车大造胶囊口服。患者于22:00时出现阵发性咳嗽后感胸闷、气急明显,故予以喘定补液平喘治疗,患者症状无缓解,医院给予“可拉明、洛贝林、速尿、纳洛酮”等治疗。因患者及家属要求转上海肺科医院治疗,C医院医师充分告知了转院风险。120救护车到C医院准备转院时,4月26日0:10患者突然出现神志不清,呼之不应,呼吸停止,血压测不出,心跳微弱,心音遥远。医方即予洛贝林、多巴胺静脉推注,加大吸氧流量,并采取胸外心脏按压等抢救措施;心电图提示心

率48次/分,律不齐。0:45时患者自主呼吸未恢复,且心跳停止,给予盐酸肾上腺素等处理。0:50 C医院请求附近A医院急会诊协助抢救。1:25 A医院会诊医师征得家属同意后给予气管插管,通过插管口吸出少量白色黏液,未见血液等。虽经呼吸机辅助通气及综合抢救治疗,患者自主呼吸、心跳未恢复,2:50临床宣告死亡。死亡诊断:肺栓塞? 肺部感染、咯血;双肺结核伴结核性胸膜炎。

家属反映:4月25日22:45第2瓶补液约15 min后患者出现阵发性咳嗽,胸闷气急明显加剧,急唤值班医生,医院立即中止、更换了补液,并拿走《输液巡回记录表》。患者死亡后患方拿到了已被涂改过的《输液巡回记录表》,上海市浦东新区人民法院委托司法鉴定科学技术研究所司法鉴定中心作字迹还原,因原有字迹笔画和涂抹笔画均为蓝色油墨圆珠笔,两者难以区别,无法鉴定。

一个看似简单的医疗过程引发了一场医疗纠纷,并经媒体报道,增加了纠纷处理的难度。本案医患双方提出的争议要点:

患方认为,①医方对咳嗽咳痰,胸闷气急住院患者未履行三查七对制度就予以静脉补液(药物不明),造成患者胸闷、气急加重、死亡的严重后果。②医方私自涂黑《输液巡回记录表》中的药物名称,违反了《病历书写基本规范》和诊疗护理规范,造成“司法鉴定科学技术研究所司法鉴定中心”无法还原被涂抹字迹的不良状况,医方应承担举证不能的后果。③医院给患者作心肺复苏时,医院呼吸机损坏不能及时应用;在请院外会诊后才采取气管插管辅助通气等抢救措施,也是造成患者抢救失利、死亡的主要原因之一。

医方认为,①医方对咳嗽咳痰,胸闷气急住院患者给予喘定、盐酸氨溴索补液治疗符合诊疗常规。②《输液巡回记录表》中药物名称书写错误系医方护理人员疏忽大意所致,与患者的死亡无因果关系。③患者突然死亡与其急性肺栓塞导致呼吸衰竭有关。

作者简介:奚冬梅(1970—),女,主治医师。

通信作者:顾桂国,副主任医师。Email:guguiguo@sina.com

2 鉴定情况

纠纷最终上诉到法院,法院委托医学会做了医疗损害鉴定。区医学会首次鉴定结果:1. 医疗机构在医疗活动中存在问题如下:① 医方对咳嗽咳痰,胸闷气急住院患者未摄胸片,未作血常规等检查,未履行三查七对制度就予以静脉补液(药物不明);② 医方私自涂黑《输液巡回记录表》中的药物名称的医疗过错,与患者死亡的人身损害结果存在一定的因果关系。2. 参照《医疗事故分级标准(试行)》,患者死亡的人身医疗损害等级为一级甲等,医疗过错的责任程度为次要责任。患者家属对首次鉴定结论不服,通过法院委托上海市医学会进行了第2次鉴定。

市医学会鉴定专家认为:1. 患者以“咳嗽、咳痰2个月,加剧5d伴胸闷、气急”入住该医疗机构,入院前患者于外院行胸片及胸部CT示两肺多发病灶,动脉血气分析检查提示I型呼吸衰竭。入院后该医疗机构未行动脉血气分析、血常规等进一步检查,对患者疾病的严重性认识不足。2. 患者2011年4月26日0:10呼吸停止,除应用呼吸兴奋剂之外,医方未行球囊辅助通气、气管插管、呼吸机辅助通气等措施以维持呼吸功能,直至0:50联系外院急会诊,1:25外院医师予以气管插管,医院错失抢救时机,与患者死亡存在因果关系。3. 作为结核专科病区,医方未配备气管插管等必要的设施和专业技术人员,在医疗管理上存在缺陷,以致后续抢救措施不能迅速到位。《输液巡回记录单》未按规范修改,存在不足。4. 根据送鉴资料,患者的胸片及胸部CT示两肺广泛分布的病灶,患者自身疾病的突然变化也是导致死亡的原因。

由于医院在医疗活动中存在入院时检查和病情变化时抢救不到位的医疗过错,与患者死亡的人身损害结果存在因果关系。市医学会再次鉴定结果:该案例属于对患者人身的医疗损害,参照《医疗事故分级标准(试行)》,患者死亡的人身医疗损害等级为一级甲等,医疗过错的责任程度为主要责任。

3 讨论

上海市医学会的鉴定结论比较客观、公正、科学的。首次鉴定的欠缺在于对医方私自涂黑《输液巡回记录表》中的药物名称的医疗过错,与患者死亡的人身损害结果的因果关系的认识不是很清晰。

现实司法实践中,当患方对病历的真实性问题提出异议后,法院审理时一般先要求医疗机构做出合理的解释,然后由法院移交给医学会进行鉴定。如果经

过法院质证,患方提出的问题,法院无法判断,也会将这个病历送到医学会,请鉴定专家协助判断患方提出的问题,是否影响专家对整个诊疗过程的判断,此时医学会应当按照法院要求进行。如果病历的问题确实对判断有影响,医学会应当总结专家意见不应对患方作出不利的鉴定,由法院决定谁应承担不利后果。这个程序不是让专家去判断病历的真伪,而是判断争议病历中存在的异议是否会影响到医疗事故技术鉴定^[1]。

对于病历出现的修改,法官不具有判断修改是否影响鉴定的能力,但医学会医疗事故技术鉴定的专家却具有专业的分辨和判断能力,可以判断病历的修改对鉴定是否存在影响,帮助法院解决鉴定的问题。北京市海淀区人民法院的做法是,在法庭审理中,如果患方提出病历中某一段有问题,而医疗机构也解释不清时,法院会给医学会一个告知函,告知鉴定专家不能依据这段有争议的记录做出对患者不利的判断和结论,但鉴定还是要进行。

2010年9月浙江省高级人民法院关于审理医疗纠纷案件若干问题的意见中第十二条规定,涉案病历资料存在下列瑕疵的,人民法院应当区分情况做出处理:(1)当事人以伪造、篡改、销毁或其他不当方式改变病历资料的内容,致使无法认定医疗行为与损害后果之间是否存在因果关系及有无过错的,应承担相应不利的诉讼后果;(2)病历资料内容存在明显矛盾或错误,制作方不能做出合理解释的,应承担相应不利的诉讼后果;(3)病历书写仅存在错别字、未按病历规范格式书写等形式瑕疵的,不影响对病历资料真实性的认定。

本案中医疗机构私自涂黑《输液巡回记录表》中的药物名称,违反了病历书写基本规范和诊疗护理规范、常规,造成“司法鉴定科学技术研究所司法鉴定中心”无法还原被涂抹字迹的不良状况;市医学会专家鉴定:《输液巡回记录单》未按规范修改,存在不足。医院在医疗活动中存在入院时检查和病情变化时抢救不到位的医疗过错,与患者死亡的人身损害结果存在因果关系,是定性为事故的客观依据。法院最终采信了市医学会专家的鉴定结论,作出判决。

根据浦东新区医疗事故处理办公室对专科医院医疗安全督查发现,专科医院急救存在以下问题:①急救设备配置不全。因急救设备使用率低,缺乏经济效益,特别是理念落后等因素导致急救设备配置不全,无法满足院前急救所需的急救设备配置水平,以致部分专科医院的患者出现危急重症情况时医生处

置手段单一,大都只能拨打120请求援助。②设备管理缺失、急救设备缺乏保养。因急救设备使用率低下,管理工作常容易被忽视,严重的甚至因设备无人保养或附件丢失而丧失功能,为急救工作埋下隐患。③专科医院医务人员急救技能有待提高。专科医院医务人员由于缺乏系统培训,急救技术力量薄弱。一旦患者在专科医院发生猝死,而医院没有按照心肺复苏的常规给患者实施除颤、气管插管术,家属往往会因抢救不力引发纠纷。患者发生心跳骤停或输液过程中出现过敏性休克等意外,对患者的抢救应争分夺秒,如果由于抢救设备缺乏或前期抢救措施不当,将会错失最佳抢救时机导致患者死亡或影响转上级医院后抢救的成功率^[2-3]。④急救流程、制度存在缺陷。目前口腔科、传染病院、妇幼保健院、精神卫生中心等专科医院未设内科、外科科室,专科医院的患者在治疗期间往往会合并出现内科、外科或其他危急重症,而单凭专科的技术力量往往无法胜任抢救工作。抢救中需要综合性医院派专家会诊、协助指导抢救,而专科医院往往缺乏完善的抢救预案,没有与就近的综合性医院签订合作协议。心肺复苏技术、过敏性休克的抢救流程及其他常见重危急症的抢救技能缺乏系统培训和考核制度,存在医疗安全隐患。

本案例中患者2011年4月26日0:10呼吸停止,直至1:25(75 min后)才由外院的会诊医师给予气管插管、呼吸机辅助通气等抢救措施,医院错失抢救患者最佳时机,暴露了专科医院急救能力有限及缺乏完善抢救预案的弊病,教训可谓惨痛。

中华人民共和国侵权责任法第五十七条规定:医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相

应的诊疗义务,造成患者损害的,医疗机构应当承担赔偿责任。中华人民共和国执业医师法第二十二条对医师应履行的义务中规定:医师应遵守法律、法规,遵守技术操作规范;树立敬业精神,遵守职业道德,履行医师职责,尽职尽责为患者服务。医务人员应尽的专业人士的注意义务,也就是法律中所谓的“善良管理人”的注意义务。这种注意义务不依行为人的主观意志为标准,而以客观上应不应当做到为标准,是一种最高层次的注意义务,是一种客观标准。同样,鉴定专家对医疗事故争议中医疗行为是否有主观上的过失的评判,也不能以低层次的注意义务衡量,而必须以这一高层次的注意义务来衡量,看其是否做到了“尽职尽责”。正如本案中市医学会判断医方是否失职,就是根据诊疗常规中心肺复苏抢救的标准和流程来衡量,而不是简单以该医疗机构实际所拥有的设备和急救能力来判断。与当时的医疗水平相应的诊疗义务是指医院根据设置的等级、规模所应具备的急救技术能力,而非医院客观所实际具备的抢救能力。这是市医学会将该案定为一等甲等主要责任的主要依据。

4 参考文献

- [1]郑雪倩. 医疗事故技术鉴定是司法公正处理医疗纠纷的保证[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(4): 247-249.
- [2]秦伟毅, 苏磊, 周伟梁, 等. 专职化院前急救对心肺复苏成功率的影响[J]. 中华急诊医学杂志, 2006, 15(4): 377-380.
- [3]陈洁, 王明. 影响院内心肺复苏成功率的相关因素分析[J]. 中国基层医药, 2010, 17(2): 192-193.

(收稿日期: 2012-07-10)

· 小资料 ·

慢性炎症致癌之谜揭开

通常,体内会释放白细胞介素15(IL-15)来刺激自然杀伤细胞,即可破坏癌细胞和被病毒感染细胞的免疫细胞的发育、生存和增殖。当IL-15在体内长期以高量水平存在时,例如在病人患有慢性炎症期间,其可能导致名为大颗粒淋巴细胞的特定免疫细胞转变成癌细胞。这种癌变开始于IL-15与正常的人类大颗粒淋巴细胞表面上的受体结合时,这一事件会提升细胞内部的致癌蛋白质Myc的水平。而高水平的Myc反过来会引起染色体的不稳定和额外的基因突变。同时,其还会激活DNA甲基化过程,这个过程将关闭各种各样的基因,其中就包括会抑制癌症生长的重要基因。这次的研究展示了恶性白血病可能发生的一种方式,当我们了解它的产生原因时,就可能开发出相应疗法,干扰这个过程,并最终治愈癌症。”

药物化学教授罗伯特·李就根据研究获取的信息,开发出了一种蛋白酶体抑制剂硼替佐米的脂质体制剂型。它能关闭致癌路径,有可能治愈这种恶性疾病。

(摘编自: <http://www.scdc.sh.cn/b/18457.shtml>)