

# 规范医疗行为 减轻或避免医疗纠纷赔偿

余昌会<sup>1</sup>综述,黄光明<sup>2</sup>审校 (1. 重庆市涪陵区妇幼保健院 408000; 2. 重庆医科大学 400016)

**【关键词】** 医疗行为; 规范; 医疗纠纷赔偿

**DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 14. 053 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)14-2005-02**

近 20 年来,医疗纠纷在世界各国一直都是一个热门的话题。在我国,随着社会经济的不断发展、医疗体制及司法体系的不断完善,医院和患者的市场意识被唤醒,患者作为消费者维权意识在日渐增强,患者对医疗效果的期望值增加,因医疗意外、并发症或未达到预期治疗效果引发的医疗纠纷日益增多,医疗纠纷已成为一个备受关注的医疗和社会问题<sup>[1-2]</sup>。大多数医疗纠纷是以医院花数万、数十万乃至上百万的经济赔偿作为最终的解决方式,这不仅造成医院重大的经济损失,而且严重损害医院的社会声誉。引起医疗纠纷赔偿的原因很多,其中不规范的医疗行为是造成医疗纠纷赔偿的重要因素。为了减轻或避免医疗纠纷赔偿,作者就医疗行为存在的关键问题进行系统分析,综述如下。

## 1 医疗行为概述

**1.1 医疗行为的定义** 《医疗事故处理条例》与《侵权责任法》等只提到“诊疗活动”,并没提及“医疗行为”。我国法学界有些学者认为,医疗行为是指医务人员对患者疾病的诊断、治疗、预后判断及疗养指导等具有综合性内容的行为。医疗行为是医患关系的客体之一,是医患双方权利义务所共同指向的对象,在医患法律关系中占有重要地位<sup>[3]</sup>。

**1.2 医疗行为的高风险** 在医疗活动中,多种不确定性因素的存在决定了医疗行为的高风险性<sup>[4]</sup>。这些不确定性包括医疗对象的特殊性、医学技术水平的局限性、药物毒副作用的不可控性、相同疾病同一治疗方法对不同个体的差异性、治疗结果的不确定性等,这些不能完全确定的种种因素都可以使其难以控制,使医疗效果不满意,导致发生医疗纠纷。

## 2 发生医疗纠纷的常见原因

发生医疗纠纷的原因可分为四大类:(1)社会环境因素。包括社会风气、社会诚信机制、社会利益分配机制等<sup>[5]</sup>。(2)医疗机构管理因素。如质量控制措施不完善等。(3)医务人员方面的因素。如法律意识欠缺<sup>[6]</sup>。医疗操作中执行有关法律法规和技术规范不严格,医疗文书书写不严谨,医疗证据保留不完善等。(4)患者方面的因素。如对医疗效果期望值过高<sup>[6]</sup>,误认为医院能包治百病,不能出现意外情况,更不能出现死亡结果,否则医院就有责任就应该赔偿。不管是哪种原因,只要患者人身受到损害就会发生医疗纠纷,一旦发生医疗纠纷,患方首先就是复印、复制、封存医疗文书及可疑药物、器械、血制品来维护自己的权利。

## 3 医疗损害赔偿的种类

**3.1 诊疗过错损害赔偿** 《侵权责任法》第 54 条规定:“患者在诊疗活动中受到损害,医疗机构及其医务人员有过错的,由医疗机构承担赔偿责任。”过错包括过失与故意,医疗过错的主要表现形式是医疗过失,注意义务是判定医疗过失的标准,包括结果预见义务和结果避免义务。若没有预见风险性可能的

存在及对结果的发生已经有预见性但却没有采取积极措施避免发生,就违反了该义务,应承担赔偿责任。

## 3.2 侵犯患者权利损害赔偿

**3.2.1 侵犯患者知情同意权损害赔偿** 知情同意权是患者一项很重要的权利,在《侵权责任法》第 55 条中明确规定了患者享有知情同意权<sup>[7]</sup>。医务人员未履行告知义务,其医疗损害属于侵权行为与违约行为,医疗机构应当承担赔偿责任,构成了侵权责任与违约责任的竞合<sup>[8]</sup>。所以在现今医疗行为中,知情同意权作为一种重要的权力被社会认可<sup>[9]</sup>。

**3.2.2 侵犯患者健康、生命、身体权损害赔偿** 这是人最根本的人格权,医疗行为要以保护患者这 3 个主要人格权为目的,不得侵犯患者的生命健康权。医务人员在诊疗活动中由于用药产生不良反应及手术风险并发症可不作为侵害患者健康权及生命权。

**3.2.3 侵犯患者隐私权损害赔偿** 在医疗活动中忽视患者隐私的现象还是普遍存在,由此也引起了不少纠纷。为了保护患者的生命健康权、他人的知情权及公众(公共)利益,医务人员可以合理使用患者的隐私而不构成侵权行为<sup>[10]</sup>。

**3.3 医疗用品致害的连带赔偿** 在《侵权责任法》第 59 条中明确规定了因药品、消毒药剂、医疗器械缺陷,或者输入不合格的血液造成患者损害的,医疗机构承担连带赔偿责任<sup>[7]</sup>。

## 4 医疗行为规范

### 4.1 医务人员行为规范

**4.1.1 医疗文书规范** (1)诊治疾病及书写医疗文书的医护人员资质合法。要求注册医护人员执业范围、地点、类别合法,试用人员及未取得执业证书的不得独立诊治患者及书写病历。(2)书写医疗文书的程序合法。按法律相关规定程序违法,实质违法。《病历书写基本规范》规定医疗文书书写具有时效性:患者入院后 8 h 内完成首次病程记录,24 h 内完成入院记录,48 h 内完成主治医师首次查房记录;手术记录应由手术医生在手术结束后 24 h 内完成,术后病程记录手术结束后即刻完成;抢救记录抢救结束后 6 h 内补记;死亡记录患者死亡后 24 h 内完成,死亡病历讨论记录应在 1 周内完成等。掌握书写规范,及时书写医疗文书,体现医疗文书的医学价值与法学价值。(3)书写医疗文书内容合法。有关规定医疗文书的记录应当客观、真实、准确,否则为伪造医疗文书。医疗文书涂改太多,医生、护士、麻醉师描述记录不一致;医嘱与处方用药不符;护理级别与病情不符,护理文书与病程记录不符;病历资料张冠李戴,男女不分,年龄错误等与实际严重不符<sup>[11]</sup>;患方及医务人员签字字迹不符;上级医生查房记录书写时间在查房之前;辅助检查有医嘱无报告,有报告无医嘱等。医疗文书在格式上也有严格的要求,如上级医生查房记录由住院医生或查房医生书写,由住院医生书写签名时,需上级医生用红笔审核签

名。首行未显示查房医生姓名和职称者,查房医生签名时需注明职称,不能由住院医师签上级医生的名字。

**4.1.2 医疗操作规范** (1)医护人员在诊疗过程中诊疗护理常规及临床技术操作要规范。一切诊疗操作都要有利于患者的诊断、治疗,严格掌握适应证与禁忌证。对有创性检查,应慎重考虑,由主治医师决定后方可进行。新开展的诊疗操作,应经过必要的试验,做好充分准备并报请上级批准后方可进行。充分的操作前准备,严格的操作要求,包括患者体位、无菌技术、麻醉(必要时)、操作中应密切观察患者一般情况和生命体征等,有不良反应时应停止操作,并予以相应处理。操作后妥善处理,如休息、体位、营养及特殊处理、器械清理、记录及交班等,可能发生的反应与并发症应密切观察并及时处理。(2)严格落实医疗核心制度。卫生部规定的各项医疗核心制度必须贯穿于医疗行为之中。如患者在住院期间,医方如果没有按照规定进行三级查房制度,由此发生的漏诊、误诊或延误治疗情况;在实施较大手术或复杂手术没有进行术前讨论,如医方没有履行手术核对制度及输血核对制度,当发生医疗纠纷时,医方存在过失承担责任。(3)各种检查治疗用药合理。目前医嘱和处方中存在问题最多的是临床诊断与治疗不相符<sup>[12]</sup>。应严格按药典规定给药:①药物配伍合理。如一患有高血压和心脏病患者,出现心力衰竭时需强心降压治疗,洋地黄是一类强心药,利血平是一类降血压药,利血平可增加洋地黄对心脏的毒性反应,引起心律失常加重及心力衰竭,故有配伍禁忌,不能合用。②用药剂量安全。医生不能给一个肾功能不全的患者用对肾脏有损害的药物,若必须用经肾脏代谢的药物,其给药剂量和间隔时间需调整。③用药途经安全有效。同一药物的不同制剂和不同给药途径会引起不同的药物效应。如硫酸镁内服导泻,肌肉注射或静脉滴注则有镇静、解痉及降低颅内压的作用,外用湿热敷伤口有消炎止痛的作用<sup>[13]</sup>。④静脉输液滴速合理、安全。如心脏病患者输液速度为60滴/分或休克患者输液速度为30滴/分。心脏病患者滴速过快会加重心脏负担而发生心力衰竭。

**4.1.3 告知义务的规范** 医务人员在诊疗中应履行的告知义务在诊疗各个阶段有不同的体现,同时也维护了患方的知情同意权及医疗选择决定权。告知实质就是进行医患沟通,告知达到“合理患者标准<sup>[8]</sup>”。规范告知的具体内容:(1)入院时告知医院环境及在医院应注意的所有问题(即入院宣教)。(2)诊断疾病时如实告知病情及拟诊诊断、检查结果、疾病预后等。(3)拟实施的医疗措施(包括检查和治疗)的适应证、禁忌证;实施某项医疗措施期待目的和疗效;检查和治疗可能产生的不良后果;出现不良后果的处理方法及病情转归;不实施某种医疗措施可能出现的后果;有些检查治疗费用可能对患者造成较大经济负担;手术可能术中改变手术方式;临床试验性检查和治疗(紧急情况除外);会诊、请会诊及转诊的告知等<sup>[13]</sup>。(4)反复进行的有创性医疗操作和处理应该每次告知,如输血、腰椎穿刺等是尤其容易忽视的医疗风险。(5)替代医疗方案。对于一种疾病存在多种治疗方案时,应对各种治疗方案的适应证、优缺点进行告知,讲明医生选择某种治疗方法的理由<sup>[14]</sup>。(6)特殊情况下涉及医方的技术能力、设备条件等不以满足疾病诊疗需要的。(7)自费项目(贵重药物、材料等)的费用、使用或不使用可能出现的病情转归;告知住院费用及医保报账政策及要求。(8)后续治疗或治疗之后的康复指导。出院后的饮食、运动、体力劳动程度、卫生、性生活、避孕等;出院带药(药名、用

法);换药拆线时间;随访时间;本次治疗不良反应及过敏药物等。高度重视知情同意权,加强医患沟通,按照法律法规要求严格充分履行告知义务。除了沟通内容全面充分,沟通语气要委婉,沟通方式要合理,必须同情并尊重患方。

**4.1.4 注意义务规范** 事实上,简单的一纸知情同意书不可能构成医生免责的理由,如出现药物不良反应及手术、特殊检查的并发症,仅知情同意书已告知最终院方还是会承担责任。原因是仅履行了风险预见义务和风险告知义务,没有履行风险回避义务及救治义务(没有采取积极的治疗措施以防止损害后果扩大)。“注意义务”是指医务人员在医疗活动中依据法律法规、部门规章和诊疗护理规范常规以及基于职务和业务上的习惯和常理保持足够的小心谨慎,以预见到自己的医疗行为可能产生的后果,并且采取切实可行的措施以避免损害发生。医生在实施医疗行为的同时应具有最善之注意义务,贯穿于整个诊疗环节及医护记录之中。规范注意的具体内容:(1)法律、法规、规章制度和诊疗护理规范明确规定的的内容,是医务人员注意义务的具体体现。(2)合理询问病史。全面仔细询问所有病史,没有遗漏。(3)合理检查。包括物理、实验室、影像学、组织学检查等,是否按照医学教材《诊断学》要求,全面查体及有针对性地进行专科查体;根据病史、查体结果得到的初步判断来给予针对性的辅助检查。(4)合理的诊断。医生应该结合患者病史、体格检查、辅助检查及时作出合理的诊断,是必须履行的义务。(5)合理的处置。包括治疗方法符合常规,技术操作符合规范,履行了必要的留观、转诊、会诊等。(6)合理观察。合理观察是医疗过程中重要的一个环节,通过观察可以及时发现患者的病情变化,有助于及时调整诊断思路和治疗方向<sup>[15]</sup>。如外科医生只重视手术,对术中术后的观察处理不够重视,对术后出现并发症发现不及时,处理不及时而延误诊疗而导致后果;护士没有按时巡视、观察,未能把患者出现的病情变化及时上报医生而延误诊断和治疗等。

**4.2 医疗机构的行为规范** 医疗机构在完善制度,强化质量管理,确保医疗安全。领导应重视健全医院医疗文书书写和病案管理的相关制度及医院各科室对医疗核心制度的落实管理,并建立相应的监督机制。

综上所述,医疗纠纷的发生在目前社会是难免的,各类医疗损害赔偿体现了医疗机构及医务人员医疗行为的过失,医务人员的医疗行为贯穿于整个诊疗环节,任何一个医疗环节的纰漏都可能导致不良结果发生。为减轻或避免赔偿首先还需从诊疗、书写医疗文书的所有医务工作者做起,明确医患的权利义务、掌握病历书写规范及具有现时代的医学知识、相应法律知识及医疗操作规程是规范医疗行为的前提。避免赔偿还得减少医疗纠纷的发生,为减少医疗纠纷的发生,加强医务人员的自身建设是核心,引导群众对医疗服务的合理预期是关键,医院的管理是重点,卫生行政部门的政策是宏观调控,都要从规范医疗行为等方面下工夫,并运用于诊疗活动中,以达到创建和谐医患关系,使卫生事业稳健、可持续发展。

## 参考文献

- [1] 张遇升. 妇产科医疗纠纷中的医疗伤害与医疗过失[D]. 北京:中国协和医科大学,2008.
- [2] 徐燕杰. 浅析医疗纠纷产生原因及防范[J]. 医院管理论坛,2011,28(10):21-24.
- [3] 李云霞. 论医疗行为及医疗损害责任[D]. (下转第2009页)

到3级者4例,心电图无缺血改变24例,ST段缺血性下降0.1~0.2 mV者9例,完全消失24例,治疗总有效率为97.06%,其中有1例治疗无效。

**1.4 其他奥扎格雷钠** 奥扎格雷钠作为一种选择性的血栓素A<sub>2</sub>(TXA<sub>2</sub>)合成酶抑制剂,可减少外周循环中的TXA<sub>2</sub>生成,降低血小板的聚集和冠状动脉内微血栓形成。东菱克栓酶是一种单成分溶血栓、改善循环的制剂。东菱克栓酶静脉滴注增强组织型纤溶酶原激活物活性,降低纤溶酶原激活物抑制剂1活性和血浆纤维蛋白原含量,延长凝血酶原时间,从而发挥溶栓及抗栓作用。临床常用各种联合疗法:小剂量地尔硫卓联合LMWH;小剂量尿激酶联合替罗非班;地尔硫卓联合左卡尼汀;低剂量肝素与前列腺素E<sub>1</sub>;奥扎格雷钠联合马来酸桂哌齐特等在临床上扮演着重要角色。

## 2 体外冲击波治疗(CSWT)

CSWT是一种新型的无创、较安全的治疗手段,已成功应用于临床泌尿外科、骨科等相关科室。CSWT是由液电或电磁效应产生的一种能透过人体组织的机械冲击波,在人体特定部位聚焦,对体内相应的组织、细胞产生一系列作用,以达到上述治疗目的。CSWT可活化一氧化氮合酶活性,一氧化氮有较强的抗炎作用,此外,强有力的舒血管作用使缺血组织内血管再生<sup>[10-12]</sup>。CSWT通过上调体内血管内皮生长因子(VEGF)及其受体的表达,强化细胞一氧化氮合酶的活性,使新生毛细血管在缺血心肌中形成和快速建立侧枝循环,使缺血的心肌供血增加,提供了新的思路和方法来治疗终末期冠状动脉综合征。西雁等<sup>[13]</sup>对28例诊断明确的难治性心绞痛患者行CSWT治疗,方法为100击/点,能量为0.09 mJ/mm<sup>2</sup>,每次3~6点,3次/周,3次为1个疗程,间隔3周再进行一个周期的治疗,共治疗9周。6个月后随访观察结果如下:加拿大心绞痛分级(CCS分级)(2.0±0.0)级,显著低于治疗前的(2.5±0.5)级,差异有统计学意义( $P<0.01$ );纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级为(1.8±0.6)级,显著低于治疗前的(2.0±0.7)级,差异有统计学意义( $P<0.05$ );心肌区域血液灌流明显增加,缺血节段减少。左心室舒张末容积为(157.67±91.38)mL,低于治疗前的(172.11±102.01)mL;左心室收缩末容积为(99.44±86.44)mL,低于治疗前的(114.56±99.37)mL,差异有统计学意义( $P<0.05$ );左心室射血分数为(0.459±0.205),高于治疗前的(0.422±0.188),但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。所有患者在治疗中及治疗后均无心律失常、无心绞痛发作等不适症状,也无心肌损伤标志物升高。CSWT的适应证包括:晚期冠状动脉性心脏病、弥漫性血管病变以及不适用传统心肌再血管化治疗的患者。

## 3 增强型体外反搏治疗(EECP)

EECP是一种无创的体外辅助循环装置,其特制的气囊套于人体下肢、手臂和/或臀部,触发信号是心电图的R波,需严格与心脏舒张期同步,在心舒张期对人体施以外压,使其血液回流主动脉,从而使心肌的灌注压和血液供应量增加<sup>[14]</sup>。EECP难治性心绞痛的可能机制:(1)外反搏的物理机制,气囊在心脏收缩期同时放气使左心室负荷减轻,增加心脏输出量<sup>[15]</sup>;(2)体外反搏使内皮功能改善,使血流加速,切应力增强,血管不断被快速的血流冲刷,动脉粥样硬化的发生率就会降低。切应力可促进血管内皮细胞合成并分泌许多促进血管内皮修复、抗动脉粥样硬化损伤以及抗氧化的生物活性物质;(3)抗炎作用;(4)冠状动脉侧枝循环增加。舒张期冠状动脉灌注压显著增强,可直接使血管吻合支再次开通,形成新的侧枝循环。

EECP切应力增加,可促进纤维细胞生长因子、VEGF、肝细胞生长因子、血管生成素、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)、血小板衍生生长因子等血管生成的促进因子释放增多。Masuda等<sup>[16]</sup>对11例难治性不稳定型心绞痛患者行EECP治疗后行PET、CT检查:冠状动脉血流储备及运动耐量明显增加,静态及药物负荷下心肌缺血区域,尤其是前壁缺血区灌注显著改善,ST段下移1 mm所需时间延长较明显。美国6家教学医院小样本( $n=34$ )试验结果发现,在行EECP 1个疗程后,患者心绞痛发作频率及级别均有所降低,运动耐量增强<sup>[17]</sup>,而心肌灌注显像改善却不明显,这可能和治疗时间较短相关。由于此类临床研究的文献报道少见且研究样本量较少,因此,EECP治疗难治性心绞痛的效果值得进一步探讨。

## 4 硬膜外麻醉治疗

硬膜外麻醉有抑制心交感神经的作用,能够有效改善患者血流、控制心率、减少心脏自身搏动的耗氧量,促进患者心功能改进。使经常规药物治疗后无效的难治性不稳定型心绞痛患者得到有效控制。刘商<sup>[18]</sup>采用硬膜外麻醉对21例常规药物治疗无效的难治性不稳定型心绞痛患者进行了治疗,肝素停用6 h后,在胸1至胸5任一椎间隙置入硬膜外导管,注射布匹卡因20~30 mg,留置硬膜外导管48 h,治疗时根据麻醉平面和患者临床反应追加药物。硝酸甘油在行硬膜外麻醉5 h后需停用,并且应在硬膜外麻醉前后24 h内分别记录24 h动态心电图,心率、心肌缺血持续时间、次数和心绞痛发作次数。结果显示,缺血次数术前54次,术后16次,差异有统计学意义( $P<0.05$ );心率术前(82±11)次/分,术后(64±8)次/分,差异有统计学意义( $P<0.05$ );缺血时间术前(18.3±5.4)min,治疗后(4.2±1.2)min,差异有统计学意义( $P<0.05$ );麻醉治疗后心肌缺血次数减少,持续时间缩短,心率减慢。

## 5 中医治疗

难治性心绞痛属于中医“胸痹”的范畴,《千金》:“胸痹之病,令人心中坚满痞急痛,肌中苦痹绞急如刺,不得俯仰,其胸前皮皆痛,手不得犯,胸中幅幅而满,短气咳唾引痛,咽塞不利,习习如痒,喉中干燥,时欲呕吐,烦闷,自汗出,或彻引背痛,不治之”。中医病机多为气滞、水饮、瘀血阻滞上焦,阴阳之气不相续接。可因气滞、水饮、瘀血、寒热之比例不同而有不同证型。常见分类如下:(1)阳明太阴合病,气滞水饮不明显者,瓜蒌薤白半夏汤主之。阳明太阴合病,偏气滞者,橘实薤白桂枝汤主之。阳明太阴合病,兼有营血瘀滞者,竹叶前胡汤主之。(2)太阴病偏气滞者,橘枳姜汤主之。太阴病偏水饮者,茯苓杏仁甘草汤主之。太阴病,水饮、气滞、虚寒、津亏者,通气汤主之。(3)少阴阳明合病者,薏苡附子散主之。不符合上述情况者,当观其脉证,知犯何逆,随证治之。

## 6 其他

激光血管重建术、基因治疗、经皮穿刺心肌静脉动脉化、心脏移植、干细胞移植等在难治性心绞痛的治疗方面具有广泛前景,正在进一步探索中。

随着人口老龄化增加趋势,难治性心绞痛发病率有所上升,因而,其治疗引起了广泛关注。目前药物研究主要集中在生物制剂和肝细胞上,但研究仍处于起步阶段,多数疗效还不确切,有效性和安全性有待进一步验证。对于非药物治疗,疗效比较确切的是EECP和脊髓刺激疗法,可以作为难治性心绞痛的有效补充疗法之一。此外,各种新的治疗手段仍在不断探索中,尽管肝细胞研究目前尚未取得预期的效果,但它为难治性心绞痛的治疗带来了新的曙光,有望成为难治性心绞痛的有