



麻醉纠纷案例的 司法判决及医学思考

主 编 曹云飞 黄长顺 严海雅
副主编 陈骏萍 夏贵华 吴 祥



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

麻醉纠纷案例的 司法判决及医学思考



主 编 曹云飞 黄长顺 严海雅
副主编 陈骏萍 夏贵华 吴 祥



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书精选了近年来具有典型意义的 18 例麻醉纠纷司法判决案例,内容基本覆盖了临床麻醉过程中容易出现安全隐患和医疗纠纷的各个方面和环节,通过对基本案情、诉讼过程、司法判决的梳理,引申出案例背后相关医学问题的思考,主要目的是引导麻醉医生换位思考,从法院的判决及其法律依据角度来看待医疗事故和纠纷,并从中进行反思和吸取教训。本书旨在让处于相对封闭环境里的麻醉医生得到警示和启发,提高其法制观念,督促其在今后的职业生涯中,做好麻醉安全和质量控制,在实践中更好地规避风险、保护自己、服务患者。

本书适合所有麻醉医师阅读,同时亦可供其他临床专业医务人员、医疗或司法鉴定专家、医疗纠纷调解员以及法律工作者参考。

图书在版编目(CIP)数据

麻醉纠纷案例的司法判决及医学思考/曹云飞,黄长顺,严海雅主编.

—上海:上海交通大学出版社,2019

ISBN 978-7-313-21063-0

I. ①麻… II. ①曹…②黄…③严… III. ①麻醉-医疗纠纷-审判-案例-中国 IV. ①D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 048260 号

麻醉纠纷案例的司法判决及医学思考

主 编:曹云飞 黄长顺 严海雅

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:上海景条印刷有限公司

开 本:710mm×1000mm 1/16

字 数:252千字

版 次:2019年4月第1版

书 号:ISBN 978-7-313-21063-0/D

定 价:68.00元

地 址:上海市番禺路951号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:14.25

印 次:2019年4月第1次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:021-59815625

编委会名单

主 编 曹云飞 黄长顺 严海雅

副主编 陈骏萍 夏贵华 吴 祥

编 者(按姓名拼音排序,不分先后)

曹 伟 宁波市北仑区人民医院

曹云飞 宁波市北仑区人民医院

陈骏萍 中国科学院大学宁波华美医院(宁波第二医院)

丁 淼 宁波市北仑区人民医院

黄长顺 宁波市第一医院

裴晴晴 宁波市北仑区人民医院

裘伟琪 宁波市北仑区人民医院

盛 诚 宁波市北仑区人民医院

吴 蕾 宁波市北仑区人民医院

吴 祥 宁波大学医学院附属医院

吴友华 宁波市北仑区人民医院

夏贵华 宁波市北仑区人民医院

徐 蓉 宁波市北仑区人民医院

徐小亮 宁波市北仑区人民医院

严海雅 宁波市妇女儿童医院

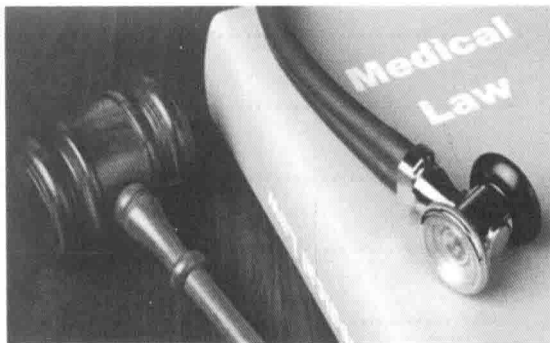
周雪飞 宁波市北仑区人民医院



前言

“每一天的麻醉科人员，不停地超时超量工作，麻醉科医师就像在风暴里，拉着一条生与死的风筝线，我不断提醒自己，再累也要清醒”，这是金钟奖获奖台剧《麻醉风暴》里的独白台词，也是现实社会里麻醉医生的真实写照。

相对于当前中国的医疗环境而言，国内的麻醉科医生更是要保持格外的清醒。紧缺的医疗资源、超负荷的工作强度、医患间久存的失信关系、无良媒体的推波助澜、外界黑恶势力的介入等，都会让陷入医患纠纷漩涡中的医务人员身心疲惫。即便是对于相对封闭的麻醉学科来说，也同样不能独善其身，麻醉事故一旦发生，非死即残，不仅会给患者及家属带来严重伤害，而且在当今医患关系大环境下，当事医生、科室、医院都可能卷入无尽的纠纷和无穷的麻烦。



尽管国家自2015年出台了严厉打击医闹的相关文件，但全国各地仍时有医闹发生。并且随着法制的进步，民众的维权意识也越来越强。从中国裁判文书网上通过检索也可以获知，国内光是近几年来，通过司法裁决的麻醉纠纷案例就多达上千例之多，并呈现出“雨后春笋般”的发展态势。同时麻醉纠纷的概念、医学鉴定、司法鉴定以及赔偿数额都在不断地演变和刷新。既往所谓的“麻醉并发症”或“麻醉意外”等概念，在司法层面已统一被“医疗损害”所替代，而许多既往不可能引起麻醉纠纷的案例，如今却频频遭到患方的起诉和巨额索赔，这既令老一代的麻醉医

生倍感疑虑和困惑,也让新生代的麻醉医生感到彷徨和不安。

但我们也不用那么悲观,法制进步的最终目的并不是同情弱者和偏袒患者。在法治背景下,发出理性的声音,让医患双方平等地对话沟通,在法律的框架内解决纷争,维护双方的正当权益,肯定是我国今后医疗发展的大方向和总趋势。尽管当前的许多麻醉纠纷还是通过医患双方的协商或第三方(如医调会或法院)的调解得以了结,但司法裁定必将是今后的主要解决途径。鉴于协商了结的案例可能会受到政治、经济、民俗、地方势力、媒体舆论等诸多因素的干扰,并且难以还原事实的真相。而通过司法裁决的案例,则注重证据、事实和法律依据,并有助于进行理性的剖析。为此,本书精选了国内近十年来的18例麻醉纠纷司法判决案例,试图从法律和医学两个角度进行剖析和思考,让处于相对封闭环境里的麻醉医生得到警示和启发,督促其在今后的职业生涯中,不断地用技术武装自己、用理论完善自己、用法律保护自己,做好麻醉安全,规避麻醉风险。

本书的所有案例均来自中国裁判文书网(<http://wenshu.court.gov.cn/>),内容真实可信,临床借鉴意义明显,社会舆论导向正确。

曹云飞 黄长顺 严海雅

2018年10月18日



目 录

第一回	罕见凶险麻醉病	恶意诉讼终徒劳	1
第二回	老年麻醉出意外	文书不详难辩解	8
第三回	全麻苏醒拔管早	呼吸抑制抢救迟	15
第四回	硬外麻醉腹肌紧	追加肌松闯大祸	25
第五回	麻醉复苏疑点多	肌松残余植物人	35
第六回	禁食不足仍麻醉	亲戚医生惹麻烦	52
第七回	腰硬联合齐给药	用量不分判超量	60
第八回	麻醉意外疑过敏	尸检结果现真相	72
第九回	手术失败遭索赔	麻醉文书背黑锅	84
第十回	吸毒麻醉须谨慎	管控不严惹纠纷	92
第十一回	诱导插管出问题	巨额赔偿尤未了	103
第十二回	腰麻术后脑血栓	麻醉尽职免担责	115
第十三回	送回病房误吸死	麻醉管理缺陷多	126
第十四回	美容诊所忙走穴	麻醉致死禁执业	135

第十五回	苏醒延迟现脑病	麻醉规范全免责	143
第十六回	休克产妇椎管麻	麻醉禁忌责任大	150
第十七回	椎管血肿难避免	处置欠缺担主责	159
第十八回	术中突发大出血	救治不力代价大	171
附录	相关法律文件		185
附录 1	医疗事故处理条例		185
附录 2	中华人民共和国侵权责任法(节选)		197
附录 3	病历书写基本规范		199
附录 4	2017 电子病历应用管理规范(试行)		208
附录 5	医疗纠纷预防和处理条例		212



第一回

罕见凶险麻醉病 恶意诉讼终徒劳

恶性高热(malignant hyperthermia, MH)是目前所知的唯一可由常规麻醉用药引起围术期死亡的遗传性疾病,堪称“麻醉医生第一杀手”。金钟奖获奖台剧《麻醉风暴》里,就展示了令人震撼的手术室内发生恶性高热时的救治场景,剧中情节与真实世界颇为相似。而在中国大陆,由于绝大多数医院尚缺乏特效药物丹曲洛林(Dantrolene),因而其手术室内的救治场面要显得更为惊心动魄,也更为“壮观”和“惨烈”。许多情况下,即便是投入了麻醉科全科或全院多学科救治力量,即便是现场参与抢救的医务人员体内肾上腺素分泌到了“爆表”的程度,多数的恶性高热病例还是以救治失败而告终。此情此景,用《麻醉风暴》这个剧名来形容那真是再贴切不过了。



金钟奖获奖台剧《麻醉风暴》

对于这种十分罕见且目前国内缺乏特效救治手段的凶险疾病,一旦发生,无论对于患者本身、家属、医院及医生都是灾难性的。但患者家属考虑更多的只是失去自己亲人的痛苦,不会也不可能想象得到手术室内“猛”如战场的救治场景,并且很容易地把自己的悲痛发泄到一再被国内舆论和无良媒体所丑化和抹黑的医务人员身上。以至于“麻醉风暴”过后,身心疲惫的医务人员换来的不是患方的理解或感谢,反而可能是其毫不留情、不依不饶的追诉和索赔。从以下的诉讼案例中就可以见到这种残酷的现实。

一、基本案情

2014年3月9日,年轻女性患者徐某因“右小腿外伤后疼痛5小时”而被送至上海市第六人民医院(以下简称上海六院)急诊,诊断为右胫腓骨骨折。收治入院后予完善相关检查,并于2014年3月11日择期行“右胫腓骨骨折切复内固定术”,麻醉方式为喉罩七氟醚吸入全麻复合神经阻滞麻醉,患者于当日10时许进入手术室,开放一路外周静脉,常规监护下实施坐骨神经联合股神经阻滞麻醉,丙泊酚诱导喉罩全麻,术中予七氟醚吸入维持。10时20分开始手术,术中在手法复位骨折端后插入髓内钉,并行远端锁钉固定。11时10分麻醉医生发现患者心率增快至120~130次/min,血压下降至70/45 mmHg,潮气量大于500 ml,ETCO₂ 50 mmHg。即刻减小七氟醚浓度至1.0%,降低麻醉深度,触诊皮温高烫,测体温40~42.2℃,肌肉强直,诊断为恶性高热,即刻暂停手术,关停吸入麻醉,予现场抢救,气管插管;予快速输注低温平衡液,冰帽和冰袋降温,5%碳酸氢钠250 ml纠酸,静注葡萄糖酸钙1 g,其间患者反复出现心律失常,予电除颤360 J共计4次,肾上腺素维持量2 mg/h分次推注维持心功能,室速时予利多卡因控制,分次推入速尿(呋塞米)共80 mg,患者体温逐渐降至37.1℃;肌紧张缓解;血压维持在100/60 mmHg以上,出现少量红色尿液,予甘油果糖250 ml利尿,尿量逐渐增多至1400 ml,急诊化验报告提示:血CKMB 132 μg/L(参考值0.6~6.3 μg/L),肌红蛋白4009 μg/L(参考值14.3~65.8 μg/L)。以“恶性高热,心肺脑复苏后,右胫腓骨骨折术后”为诊断,于当日15时30分带管转入上海六院ICU继续治疗。3月12日术后第一天,患者呼吸机支持,告病危,昏迷,对光反射(+);血压121/63 mmHg,SpO₂ 100%,体温34.5℃。右小腿敷料包扎中,切口红肿,伤口中等量渗血,双下肢肌肉强直,皮温较低,双足背动脉搏动可及。胃管内引流咖啡样液体,排黑便,小便呈洗肉水色,尿量620 ml。血常规:白细胞 $8.1 \times 10^9/L$,血红蛋白109 g/L,血小板 $41 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比94.5%(参考值42%~75%);凝血功能、心肌酶谱、肝肾功能异常。肾内科会诊后行CRRT(连续性肾脏替代疗法)治疗。3月13日19时41分许,上海六院为患者急诊行右小腿深筋膜切开减压术,术后患者右足趾血运由暗紫转为红润,毛细血管反应较术前好转,予右小腿抬高,烤灯照射。23时55分许,患者血压降至60/73 mmHg,心率123次/min,右下肢伤口渗出明显,尿量144 ml;凝血功能明显异常,考虑为弥散性血管内凝血(DIC),继续予输注新鲜冰冻血浆、悬浮红细胞、冷沉淀,并予行股静脉穿刺增加静脉补液支持。

3月14日,患者昏迷,体温 36°C ,血压 $90/35\text{ mmHg}$,无尿,右下肢伤口渗血量大,右足趾呈暗紫色,双足足背动脉搏动弱。当日16时血液科会诊诊断:血三系下降,DIC可能大。2014年3月15日晨,患者徐某经持续抢救无效于6时51分宣告临床死亡。

二、诉讼及司法判决

事发后,患者徐某家属及代理律师向上海市徐汇区人民法院提起诉讼,认为上海六院在为患者实施诊疗过程中,违反诊疗常规,包括存在术前准备不足且选择全身麻醉错误(选择硬膜外麻醉等局麻方式即可满足手术需要),术中、术后对患者抢救不当,患者出现恶性高热后始终未给予特效药(丹曲洛林 Dantrolene)治疗,且病情告知不全,未告知手术会出现恶性高热等。因而患者的死亡与上海六院的上述诊疗过错存在因果关系,上海六院应承担医疗损害侵权赔偿责任,请求法院判令上海六院赔偿丧葬费32706元,交通费、通信费、住宿费、餐饮费、误工费各1元,精神损害抚慰金7967288元,鉴定费3500元;要求上海六院返还住院已预付的医疗费45000元,本案诉讼费由上海六院负担。

上海市徐汇区人民法院委托上海市长宁区医学会进行了医疗损害鉴定,上海市长宁区医学会于2014年10月29日出具的医疗损害鉴定意见书分析认为:①患者入院诊断“右胫腓骨骨折”,诊断明确,选择手术及麻醉方式适当。医方根据专科检查、CT摄片,诊断右胫腓骨骨折伴移位,手术复位指征明确,符合诊疗规范。②患者因手术使用麻醉药后发病,医方诊断正确,抢救治疗符合诊疗规范。患者在手术过程中(实施麻醉后约1h)突发心率增快、血压下降、体温上升达 42.2°C 、肌肉强直等症状,医方诊断恶性高热及时、正确。同时,立即停止手术,现场采取紧急救治措施,包括:终止现行麻醉,建立气管插管、大流量吸氧,快速物理降温(冰袋、静脉输注低温平衡液),予利尿、纠正酸中毒等治疗,紧急处理后患者送至重症监护室监测和后续治疗,医方的抢救及时,措施得当,符合医疗常规。③医方已履行告知义务,在术前已就麻醉及手术方式进行告知,患方知情并签字。④恶性高热为罕见的、病死率极高的肌肉代谢异常遗传性疾病,该疾病易被吸入麻醉药诱发,临床难以预测。由于发病迅速且恶性程度高,在国内尚无特异性治疗药物(丹曲洛林)的情况下,抢救成功率极低,为现有医学科技条件下无法预料和不能预防的不良后果。⑤根据尸检报告内容,患者最终的死亡原因符合恶性高热引发的多脏器功能衰竭死亡。上海市长宁区医学会鉴定意见为:本例不属于对患者徐某人身的医疗损害。

上海市徐汇区人民法院**一审认为**：本案患者系因腿部骨折而在上海六院接受内固定手术治疗，却在手术中发生罕见且病死率极高的恶性高热疾病，最终抢救无效死亡，对此作为缺乏医学知识的患者家属难以接受，法院可予理解。但这一结果毕竟是现有医学条件下难以预防和控制的，故上海六院在不存在与患者死亡相关的医疗过错的情况下无须承担侵权责任，符合法律规定。据此于2015年9月21日作出判决[(2015)徐民一(民)初字第2099号]：驳回徐某家属要求上海六院承担侵权责任的诉讼请求。案件受理费68 115元，减半收取计34 057.50元，由患方负担。司法鉴定费3 500元，由上海六院负担(鉴定费用属诉讼费用支出，法院考虑到本案中上海六院存在的病历瑕疵问题而酌情确认由上海六院负担，并在诉讼费用项下予以处理)。

患者徐某家属及代理律师不服一审判决，上诉至上海市第一中级人民法院，上海市第一中级人民法院**二审认为**：本案属医疗损害侵权责任纠纷案件，侵权责任的构成要件包括行为违法、侵害人存在过错、受害人有损害后果、侵害人的过错行为与受害人的损害后果之间存在因果关系。凡医疗机构在对患者实施诊疗过程中存在过错，且其过错与患者的损害后果之间存在因果关系的，医方应承担医疗损害侵权赔偿责任。在医疗损害争议案件中，涉及医疗机构是否存在过错以及与患者的损害之间是否存在因果关系等问题，专业性均较强，而医学会的鉴定意见是具有医学专业知识及临床实践经验的专家依照法定程序所做出，具有较强的证明力，故在无其他证据足以证明其鉴定意见存在错误的情况下，法院应依此作为认定医疗损害责任相应事实的主要依据。涉案医疗争议，业经上海市长宁区医学会进行了医疗损害鉴定，认为本例不属于对患者人身的医疗损害。上述鉴定意见综合分析了患者的诊疗过程、症状体征及尸检情况后，从医学科学角度明确认定患者是因手术吸入麻醉药诱发罕见的、病死率极高的恶性高热疾病，经抢救无效而死亡，属现有医疗技术水平难以预料和不能防范的结果，上海六院在患者出现恶性高热后采取了积极的抢救措施，其相应诊疗行为符合诊疗规范，不存在过错。由此驳回上诉，维持原判[(2015)沪一中民一(民)终字第3427号]。二审案件受理费人民币68 115元，由上诉人患方负担。

三、司法判决的医学思考

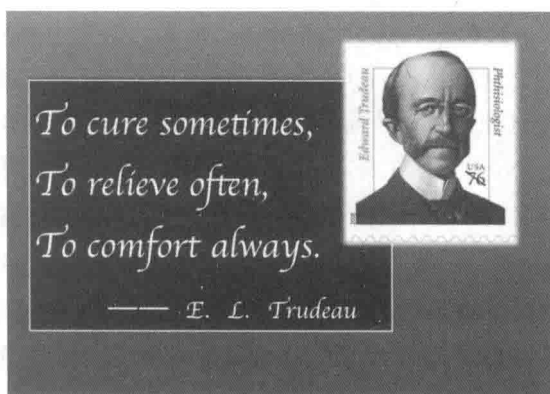
1. 医学与法律的共识

恶性高热是目前所知的使用常规麻醉药物即可诱发的疾病，且致死率极高，是唯一的一种真正意义上“十分罕见”的麻醉病。由于患者平时无异常表现，术前的

常规检查根本无法发现其特殊之处。而在临床全麻实施过程中通过接触吸入性麻醉药、肌松药、或其他临床麻醉中常规使用的麻醉药物后,即可诱发出骨骼肌强直收缩和临床难以控制的体温急剧增高等症状。在没有特异性治疗药物的前提下,一般的临床降温措施难以控制体温的增高,患者多可在短时间内因抢救无效而死亡。据国内文献报道,我国恶性高热病死率仍高达70%左右,明显高于欧美发达国家报道的5%~10%的病死率。

对于该例麻醉纠纷案例来说,因为无论是临床症状还是尸检结果,都已明确诊断为比较罕见和凶险的恶性高热,很多麻醉医生也自然会认为医方已竭尽全力,根本无须担责。鉴于现有医学科学水平的局限性,当我们遭遇到目前尚无法解释或者解决的疾病时,确实需要这样一份公平正义的判决,来抚慰医者的疲惫身心。

“有时是治愈,常常是帮助,总是去安慰”。相信每一位医护人员都知道特鲁多医生的这句名言。“有时是治愈”坦言了医学的局限性。这种局限性既来自每个生命现象个体的复杂性和不确定性,也来自医生作为一个普通人而并非神的特性,还袒露了医学作为科学的发展性、延伸性和非万能性。因此,对于恶性高热这类毫无征兆、令人猝不及防的凶



特鲁多医生的墓志铭

险疾病,一味地去苛求医务人员的成功救治,本身就是一种不科学、不人道的做法。

而事实上,法律条文的制定也充分考虑到了这一点,我国的《医疗事故处理条例》第33条第2项规定,在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的,不属于医疗事故。所谓医疗意外,是指医务人员无法预料的原因造成的,或者根据实际情况无法避免的医疗损害后果。在医疗活动中,许多医疗意外是由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生的。医疗意外有两个主要特征:一是医务人员或医疗机构对损害的发生没有医疗过失,通常是由于患者病情特殊或者体质特殊引起的;二是损害后果的发生属于医疗机构或医务人员难以防范的。具备这两个特征造成的医疗损害后果,构成医疗意外。这也等同于2010年出台的《侵权责任法》第60条第1款第3项规定的“限于当时的医疗水平难以诊疗”的一种免责的具体情形。

2. 现实的困境和残酷

虽说本案例的判决结果还是比较符合业界的预期,但这仍是一个不良的预兆或苗头。民众对医务人员的不信任,再加上无良媒体的推波助澜,使得医务人员即便是付出了全部的努力,最终也换不来患方的理解和谅解!本案例即已充分凸显出现实医疗环境的困惑和残酷。如今,医患冲突日益加剧已是不争的事实,医患双方都对现行的医疗环境和体制感到不满意。在患方,尤其是那些遭遇医疗损害的患方眼里,医务人员往往被看作是唯利是图、不顾患者死活、出了问题就百般推诿抵赖的责任心差、道德水准低下的一个群体。作为医务人员,被患者尊重的日子已是一去不复返了,有时甚至连最基本的人格尊严都得不到保障,陷入医患纠纷漩涡中的医务人员常会遭遇指责、辱骂、推搡,甚至是殴打。在现行的医疗体制和环境下,医务人员不仅超负荷工作,还背负了道德骂名,这让多数医务人员感觉身心俱疲,并产生不同程度的职业厌倦感。本案的家属及其法律代理人,就没有顾及麻醉医生在发现患者出现恶性高热后竭尽全力进行救治过程中所付出的努力和艰辛,并且在医疗损害鉴定已明确其属现有医疗技术水平难以预料和不能防范的结论情况下,仍不惜花费10余万元的诉讼费提起诉讼和执意上诉。其提起诉讼的手法也比较奇特,主张的正当权利如交通费、通信费、住宿费、餐饮费、误工费均只是象征性地索赔1元,而主张的精神损害抚慰金则高达近800万元。有人质疑这种诡异的天价索赔涉嫌恶意诉讼和炒作。因为在医疗损害鉴定对患方不利的情况下,这种夸大的索赔诉求,无疑会吸引社会舆论的关注,进而对医方造成舆论上的压力。

3. 麻醉纠纷牵一发而动全身

从本案例的诉讼也可以看出,在麻醉纠纷的诉讼过程中,作为造成医疗损害的最重要环节——麻醉,并非是医方和患方控辩的唯一焦点。患方为了达到胜诉的目的,不遗余力地寻找了整个医疗过程中的所有医疗缺陷和问题,并加以逐一攻击。注意,这里所说的是整个医疗过程中的所有诊疗环节,而并非只是限于麻醉相关的部分。有时候,整个医疗过程中的某些缺陷或过错其实与医疗损害后果之间根本没有直接或间接的因果关系,但残酷的现实是,尽管没有内在的联系,医方仍需承担相应责任。如本案例中的司法鉴定费3500元最终由上海六院负担(鉴定费用属诉讼费用支出,法院考虑到本案中上海六院存在的病历瑕疵问题而酌情确认由上海六院负担,并在诉讼费用项下予以处理)。所谓的病历瑕疵问题,是指上海六院在骨折手术中为患者植入的医疗器械,其唯一性标识未被归档入病历中,违反了相关规定,存在瑕疵。

由此可见,麻醉纠纷实则是牵一发而动全身。因而,无论是在麻醉纠纷或是其

他的医疗损害案例中,整个医疗过程中涉及的医务人员均应做好自己的诊疗环节,确保不出现缺陷或漏洞。对于麻醉医生而言,从术前探视、知情同意书签署、麻醉实施,到术后镇痛、术后随访等每一步,都必须认真严格按医疗常规实施诊疗,同时不断提高自己的专业技术水平,丰富麻醉实践经验,则是避免医疗风险或增强承受力的技术保证。

4. 未来的忧虑和隐患

恶性高热是已知且有机会挽回的麻醉危象,自1982年特效药丹曲洛林首度成功治疗人类恶性高热以来,直到今天仍是临床治疗恶性高热的唯一特效用药。20世纪70年代恶性高热的病死率超过七成,不过由于麻醉科医师的警觉性提高,且有丹曲洛林的帮忙,只要能在出现恶性高热时立刻注射丹曲洛林,便有机会阻止一场灾难。如今欧美发达国家恶性高热的病死率已经降到了5%~10%。为了应付随时可能出现的恶性高热,美国恶性高热协会认为,只要会用到触发恶性高热药物的医疗院所皆须备有丹曲洛林,建议存量为

36支。但中国的绝大多数医院连1支丹曲洛林储备都没有。小型医院也就罢了,可是规模大、手术量多的大型医院中备有丹曲洛林的医院竟然也为数不多。没有储备的主要原因当然是出于成本效益考虑,因为丹曲洛林不仅贵(20 mg×36/盒,每盒约2万元人民币),而且保存期限又短(仅1年左右)。所以大多数医院都是抱侥幸心理,只期望这种比较罕见的疾病不会发生在自己的医院。这种过于考虑成本效益而枉顾患者安全的做法,虽然是受体制所迫,但医院和医生必然会成为民众谴责和诟病的直接目标。国人的恶性高热发病率约1/150 000,按每年全麻手术量2 000万的保守估计,若没有丹曲洛林的及时治疗,就会有上百名患者死于恶性高热。因此今后还会有很多医院因为没有丹曲洛林的储备,而面临抢救失败后被提起诉讼和索赔的危险,并陷麻醉科医师于潜在的医疗纠纷之中。



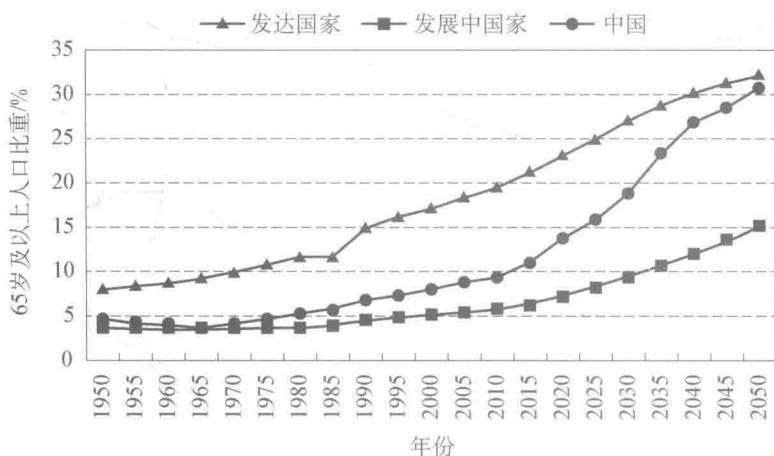
美国医院常备的恶性高热急救车

(吴祥 曹云飞)

第二回

老年麻醉出意外 文书不详难辩解

“七十不留宿，八十不留座”这句话足以反映古人对于高龄老人风险的深刻认识，然而这仅仅是对于基本没有疾患的老人而言，而对于需要接受手术治疗的老年患者来说，其风险更是超乎想象。随着物质文明的提高和现代医学的进步，人类的健康水平不断提高，期望寿命大大增加，老年人口比率迅速增长。“人生七十古来稀”现象已被推后了整整 30 年，现在为八九十岁，甚至一百多岁的老年患者进行手术治疗已经不是什么稀罕事了，更多的老人出于“维护生命尊严、改善生活质量”的理念，而坚决要求选择手术治疗。但与年轻患者相比，老年患者的各重要器官相继衰老，并常合并有糖尿病、高血压、心肺疾病、脑血管病等全身性问题，其承受手术麻醉打击的能力极其有限。并且一旦不能承受，机体状况将急剧恶化，留给医务人员的抢救时间将非常短暂，抢救成功的可能性也比较渺茫。因此，整个社会的老龄化和老年患者手术麻醉的巨大风险，使得外科医生和麻醉医生都将面临新的考验和挑战。



世界人口老龄化发展趋势

而对于掌控手术患者全身情况和生命安全的麻醉医生而言,其承担的责任和风险更大。每次接到高龄患者的麻醉任务,当事麻醉医生都会有如临大敌、如履薄冰的感受!但既然是避无可避,也只得是迎难而上。术前反复评估、术中谨小慎微、术后细心访视,每个麻醉环节都倍加小心,相信这是多数麻醉医生的普遍心态。但即便如此,有时候麻醉意外和风险仍难以避免。因此,对高龄患者的麻醉,更要注重风险控制的问题,无论是从医学专业角度还是从法律、法规角度来看,都应该在围术期提供规范的麻醉管理,以有效避免被追责的风险。以下就是一例老年患者行臂丛麻醉时出现心搏骤停而引发医疗纠纷的案例。

一、基本案情

夏某某,男,83岁。因“右上臂伤后疼痛、活动受限2小时”,于2011年6月22日入住南京某某医院骨科。既往有甲状腺功能减退病史,双耳患有听力障碍,常年使用助听器(医师未注意询问、检查患者,入院记录记载“耳听力正常”)。入院查体:体温37.0℃,脉搏80次/min,呼吸16次/min,血压120/80 mmHg;右上臂肿胀,中段压痛,有骨擦音、骨擦感,右上臂活动受限,右腕垂腕,右指垂指,拇指不能背伸,感觉迟钝。X线片示:右肱骨干骨折,右桡神经损伤,甲状腺功能减退。入院后予患肢制动、活血消肿等治疗。查心电图示:快速房颤。6月25日(入院第4天)请心内科会诊,予地高辛治疗。经术前检查和治疗后拟于6月28日(入院第7天)进行手术治疗。6月27日术前讨论记录及术前小结均选“臂丛麻醉”,6月28日的麻醉同意书勾了“全麻”和“臂丛麻醉”两项,手术部位确认书上的麻醉方式为“全麻”。

6月28日8:30,患者被推进手术室,据手术护理记录单记录“患者于8:55出现呼吸、心搏骤停”,抢救记录“患者行臂丛麻醉时出现突然心跳停止,无自主呼吸,意识丧失”。即予静推肾上腺素、胸外心脏按压、气管插管、电除颤等抢救,患者恢复自主心律,转入ICU,予机械通气、抗炎、抑酸、促醒等治疗。患者自主呼吸恢复,生命体征基本平稳。6月29日拔除气管插管,转入骨科继续治疗,右上肢骨折予外固定治疗。但发现患者左上肢活动无力、活动不能,双下肢活动正常,7月3日MRI报告“双侧额及基底节慢性脑梗死,双侧额、顶、枕叶缺血性改变”。7月5日神经内科会诊意见“MRI未见急性梗死,考虑缺氧性脑病造成脑细胞缺血缺氧。予营养神经、改善脑循环、康复功能训练等治疗”。9月底患者可在家人搀扶下下床行走,但拒绝出院,仍继续住院治疗。此后患者活动能力逐渐下降,最终丧失下