



北京协和医院缓和医疗中心主任宁晓红:

## 疾病终末期医疗决策应回到患者本人

生命支持是否启动、是否撤除,本质上不是“剥夺生命”,而是尊重患者以何种方式走完人生最后阶段的愿望。前提是患者在充分了解治疗可能带来的结果后,能够真实表达自己的意愿。

医生有责任用患者能够理解的语言,帮助其了解插管、机械通气等生命支持措施可能带来的体验和影响,而不是代替患者作出决定;当患者已经明确表达意愿时,医疗团队和家属应尽可能予以尊重。

临床实践中,真正困难的往往不是医学科学判断,而是沟通。许多患者并非没有想法,而是缺少表达机会;不少

家属出于保护心理,不愿让患者参与讨论。疾病终末期医疗决策者应纳入患者本人,通过充分沟通,让患者、家属和医护人员共同决策,而不是由任何一方替患者作出选择。

与此同时,家属悲痛、犹豫和挣扎并不是因为决策失败,而是亲情、不舍和责任的真实表达。医务人员应给予足够的时间和支持。帮助患者及其家

属共同完成这一艰难抉择。

曾经医学教育更多强调“与死亡抗争”,临床训练几乎都围绕如何维持生命体征展开,很少有人告诉医生,当患者病情已经无法逆转时,应如何让其舒适、有尊严地离世。对于无法治愈的患者,医生不仅要尽力救治,更应努力减轻患者痛苦、维护患者尊严,让患者平静、有质量地完成生命最后的旅程。



北京协和医院重症医学科副主任医师苏龙翔:

## 生命支持撤除是另一种积极治疗

生命支持撤除并不是治疗终止,而是重症医学科(ICU)中与积极救治同等重要的治疗路径。ICU的核心任务是尽最大可能挽救具有可逆性的危重患者,但当疾病进入不可逆阶段时,医疗目标应从单纯延长生命转向确保患者整体获益和生命质量。

ICU医生不仅要具备积极救治危重患者的能力,更要准确识别不同类型重症患者。对于急性、可逆性重症患者、高危围手术期患者以及慢性疾病急性加重患者,应积极实施重症救治;对于慢性疾病终末期患者,则应更加关注治疗获益和生命质量;而长期依赖ICU生命支持、无法脱离重症环境的慢性重症患者,是当前重症医学面临的巨大挑战,也是未来需要进一步探索治疗策略的目标人群。

当前,临床上存在将“加强医疗”(intensive care)与“缓和医疗”(palliative care)完全对立的误区,临床实践中往往呈现“自始至终的勇往直前”激进模式或“先全力抢救无果后再转缓和”的滞后模式。实际上,缓和医疗应贯穿重症治疗全过程,与ICU救治同步介入,而非“全或无”式的始终不采纳或是终末阶段才启动。

对于预后不良或长期治疗困难的

患者,医生在充分判断指征的情况下应尽早引入缓和医疗团队,在症状控制、沟通治疗目标、照护决策支持等方面与重症团队协同工作,以减少患者痛苦并提升决策质量。

重症医学追求的是尽最大努力挽救生命,缓和医疗面对的是受严重疾病威胁的照护,两者并非对立,其目标是统一的。生命支持撤除不是停止治疗,更不是放弃治疗,而是另一种积极治疗的维度,让生命在有品质的情况下拥有应有的长度。



北京市海淀区医院安宁疗护科 / 安宁疗护中心主任秦苑:

## 生命支持撤除应遵循医学临床伦理学4项核心原则

生命支持撤除应始终遵循医学临床伦理学四项核心原则,即尊重患者自主权、维护患者最佳利益、避免医疗伤害以及公平合理配置医疗资源,并始终引导家属站在患者利益和患者意愿的角度共同作出决策。

对于已进入不可逆终末状态的患者,继续实施机械通气等生命支持措施,往往只能延长濒死过程,而无法改善最终结局,并且增加痛苦。从伦理角度看,医疗目标的重点应由“延长生命”转向“减轻痛苦与维护尊严”。

生命支持撤除与安乐死具有本质区别。安乐死是人为提前结束生命,而撤除无效维持生命医疗针对的是已经进入临

终阶段、完全依赖生命支持的患者,停止采取延迟死亡的干预措施,患者最终死于原发疾病,而非医疗行为本身。

对于危重患者,临床应坚持“先积极治疗、动态评估”的原则。在不确定预后情况下,可采用限时试验治疗(TLT),明确治疗时长与目标;若治疗无效,应及时转向安宁疗护;若存在不确定性,则重新评估并调整治疗策略,

避免无限期维持高强度抢救。

安宁疗护不仅关注患者善终,也关注家属善生。在保障患者舒适和尊严的同时,应给予家属充分支持,为家属创造陪伴患者、完成告别、表达情感、留下纪念以及亲身照护患者的机会,同时避免让家属亲手撤除生命支持设备,以减少复杂性哀伤的发生,真正实现“逝者走得好,生者才能活得好”。