

医生与药业的关系:利益冲突重要根源

张忠鲁 徐立新

摘要:药业与医生的关系在最近40年日益受到医学界与社会的重视。药业以并不昂贵的馈赠及其他手段,资助学术交流、医学教育和医学研究,深刻地影响着临床医生的行为和诊治决策,从而危及医学的科学性和医学职业精神,加重了病人的负担,且祸及病人健康。药业与医生的这种关系,是道德与金钱关系的赤裸表现,是资本对医学的无情侵略。从道德、法律、行业管理等诸多方面正确规范行业与医生的相互关系,避免当前面临的种种弊端,维护医学的科学性,保护病人与社会公众的利益,刻不容缓。

关键词:药业,医生,礼品,利益冲突

中图分类号:R-02 文献标识码:A 文章编号:1002-0772(2007)07-0006-06

Relationship between Physicians and Pharmaceutical Industry: Important Source of Conflict of Interest ZHANG Zhong-lu, XU Li-xin. Dalian Friendship Hospital, Dalian 116001, China

Abstract: Relationship between Physicians and the pharmaceutical industry has been long and complex. In the passing 40 years, it has been recognized and studied. The pharmaceutical industry influences clinical practices, doctors' behaviors and decision-making, as well as patients' and public health outcomes by varieties of gifts including inexpensive items, social events, academic conferences, continuous medical education funding and research supports. Today, the impact of this kind of relation is far beyond pure financial-academic support and in a larger sense, it reflects conflicts between ethics and money power, the capital's huge strength and medical professionalism weakening, and the capital's invasion into medical sciences. It is urgent and essential that all aspects of the society work together to look for a final solution to it as for law making, ethics, professional regulations and management.

Key Words: pharmaceutical industry, physician, gifts, conflict of interest

医生与药业(pharmaceutical industry)的关系实际上是医学行业与药业关系的代表或缩影,是一个历史性、全球性、复杂性、最有争议热点问题之一。大量证据表明,药业从对医务工作者个体和机构两个层面上,严重地影响临床医学规范、医学研究和教育。本文着重就美国此方面的情况进行考察与分析。

1 药业与医学行业关系的现状

1.1 概念与表现形式

广义而言,药业是指制药企业和经营药品销售的公司,严格意义而言就是制造企业,本文主要使用广义概念。医者含义有两个层面,医务人员个体和机构。医务人员而言,分为临床医生、实习医生、研究人员等。机构而言,医院、诊所、提供继续教育机构、专业学会组织、研究机构等。

药业与医者之间的关系有3种分类。(1)药业传统的促销方法是医药代表或药业雇用讲者与医生们面对面接触、交流,在专业杂志上做广告宣传。(2)Moynihan^[1]对药业与医生之间直接或间接的关系分为16类,从细小琐碎物品(印有药品或药厂名称的钢笔或笔记本)到数额较大的经济往来(如研究人员为药厂代笔撰写研究论文,支付大笔佣金,为药厂产品歌功颂德的著名医生提供咨询费用,为促销药品的医生提供豪华旅行和娱乐活动等)。(3)将药业及其代表向医生提供各种

各样的馈赠分为3类^[2]。一类是不值钱的“提示物”,比如印有药品名称的钢笔、笔记本、咖啡壶等,在医院、诊所、医生办公室内随处可见。第二类是中等价值礼品(价值20~1000美金),比如参考工具书、书籍、美食,十分常见。第三类是昂贵馈赠,如各种门票、旅行、大型答谢活动等药业举办的活动,目前比较少见。

表1 医生与药业关系的形式^[1]

*与医药代表直接接触
*直接接受药业的设备馈赠、免费旅行或招待
*间接接受馈赠,比如参加药业举办的活动或资助的旅行
*出席药业举办的宴会和社交、娱乐活动
*参加药业举办的教育活动、继续教育、论坛或讨论会
*持有药业股票或等值物品
*进行药业资助的研究
*药业资助医学院校、学术活动或课程
*作为药业资助的专业学会或社团的成员
*作为药业资助的疾病基金会或患者团体的顾问
*参与药业资助的临床指南的制定,或使用这些指南
*为药业承担有偿的咨询工作
*作为药业“思想库”或“讲者团”的顾问会的成员
*为药业代笔撰写学术论文
*医学杂志依赖药业的广告、药业购买增印杂志、药业资助增刊

1.2 药业与医生关系现状

1.2.1 医生个体接受药业款待的情况

Scherer 报告2001年美国药业支付27亿美金用于直接向消费者进行做广告宣传,占在国内药厂当年销售额2%左右,另50亿美元用于医药代表的宣传,110亿

大连市友谊医院 辽宁大连 116001
大连市卫生局 辽宁大连 116012

以药物样品形式分发^[2]。Brichacek 2001 年报告美国药业每年支付 210 亿美金用于产品促销,其中 84 % 促销费用针对临床医生,馈赠种类有免费样品、杂志广告和医药代表访问等^[1]。2002 年,美国药业 33 % 收入作为“销售和管理费用”。2001 年,Novartis 报告其 36 % 费用用于营销^[3]。全美每年药业支付 120 亿~150 亿美金用于营销,平均每位医生 8 000~15 000 美元^[4]。2001 年美国有 9 万名医疗代表,平均每 4.7 名医生有 1 名。美国 Vermont 州 2005 年一报告表明,部分医生从药业获得相当数量的经济补贴,最高每人在 2 万~8 万美金之间,以佣金或其他费用形式支付^[5]。

Ferguson 等报告 83 % 的马里兰大学内科医生上一年见过医药代表。Wazana 分析^[4],与医药代表关系得到医生们广泛地认可,这种关系起始于医学院校时代,以平均每月会见 4 次医药代表速率与医药代表会见,从而带来医院增加新的品种和改变医生处方行为。住院医师每年接受医药代表礼物 6 件^[3]。2001 年一研究发现^[3],92 % 医生接受过药厂样品,61 % 接受过医药代表宴请、活动门票或免费旅行,13 % 接受过经济或其他形式馈赠,12 % 接受临床试验资助。2002 年对 106 名急诊科主任调查显示^[6],41 % 的主任被医药代表“教育”过,35 % 报告其住院医生在工作期间接受药厂样品,29 % 的住院医生因药业资助参加会议和旅行。多伦多精神科住院医生调查,住院医生一年内接受药厂宴请达 70 次,接受 75 次促销礼品^[7]。Campbell^[8]2003 年~2004 年对全国 6 个专业(麻醉、心脏、家庭保健、普外、内科和儿科)3 167 名医生问卷调查,94 % 报告自己与药业有某种联系,其中大部分是在工作场所接受医药代表提供的食品(83 %)、药品样品(78 %)。35 % 接受过药业的报销,如参加专业会议或继续教育等,28 % 因咨询、讲课或招募试验患者得到报酬。美国一项对医学生的调查发现,绝大部分的被调查者认为自己对药业的馈赠礼物心存感激,其中 86 % 的学生接受了 50 美金以下的礼物馈赠^[9]。但是,医生们对自己与药业关系不以为然。研究发现^[11],80 %~95 % 医生定期会见医药代表,许多医生每年接受药业多个馈赠,但医生们否认这些对他们的处方行为发生影响。Campbell^[10](2006)对美国 100 个医疗研究机构 893 名技术委员会成员进行调查,36 % 报告既往一年内与药业至少保持一种关系,其中绝大部分(85.5 %)说他们从不认为与药业种种关系会带来不适当的决策。

1.2.2 药业与医学继续教育

药业资助医学继续教育(CME)是药业与医生关系中最常见的形式之一。美国 CME 经济来源中大部分来自于药业和商业性实体^[11]。1998 年~2003 年商业性资助增长 3 倍,从 3.02 亿到 9.71 亿美金^[12]。医学院提供的 CME 收入中 40 % 来自于药业^[11]。许多 CME 项目若无药业支持,难以为继。目前,出现了沟通

CME 与药业关系的商业性公司——专业化、盈利的医学教育交流公司(MECC),美国现有 100 多个有资质类似公司提供 CME 服务。它们实际上是一种公关公司,受雇于药业,比如组织会议,寻找全国巡回讲演的讲者,编制宣传材料等^[12]。MECC 的 90 % 收入来自于商业资助。

通常,药业把“非限定性的资助资金”给予某个 MECC 来资助 CME,药厂与 MECC 一起建立“一个教育项目”,由付费的、有影响的、学术界领袖级人物讲课^[11],内容往往被药厂所控制,比如他人代笔讲稿、事先做好幻灯片、要求讲者特殊地突出药厂产品,其结果是讲课内容严重偏向药厂。Sertraline (Zoloft) 1998 年~2000 年发表 96 篇文章中,55 篇是由 CME 专业公司所产生^[2]。

药业与医生所在机构或学会组织也维持类似关系。药业常常资助医师学术组织的年会,或资助指南制定,观察发现 59 % 临床指南作者与药业有经济关系。

1.2.3 药业与研究者的关系

药业与研究者的关系越来越紧密。美国 60 % 生物医学研发项目是由私人资助,2/3 学术机构与药业有经济资助关系^[13]。高级医学研究者或临床医师,若无药业经济资助,其研究寸步难行。每年药业为一个研究者提供讲演费用从 250~20 000 美金,通常 < 1 000 美金,最高达 12 000 美金,支付顾问委员会职位费用或给予等值股票,通常 1 万美金,最高 100 万^[11]。某大学医学院精神病学系主任 1998 年仅咨询费就赚了 50 万美元,免疫学实验室主任 2003 年工资 17.9 万美元,11 年内赚取咨询费 140 万美元,并获价值 86.5 万美元股票期权。

1.2.4 影响指南的制定

药业与指南制定小组成员之间有经济联系现象十分普遍。685 个有与药物有关的指南制定者发表的声明中,35 % 承认有潜在的利益冲突。以败血症治疗指南为例,被认为是药厂市场营销的延伸^[14]。赞同该指南人认为,它是降低败血症相关性死亡率重要手段。实际上,该指南制定过程却是为了药厂攫取商业利益。2006 年 Eli Lilly 公司推动制定一个败血症治疗指南,该指南制定过程与该公司药物 Xigris(重组人激活蛋白 C)市场营销过程同步,因此受到批评^[15]。同样,Amgen 和其他制造或销售重组促红素的公司及其 DaVita 公司(一家大型的提供透析设备的公司)因与全国肾脏基金会制定治疗慢性肾病患者贫血指南有关而受到抨击。另一个指南制定的途径是,以政府发起为掩护,未保证编制指南成员不受商业利益的影响。2004 年,美国胆固醇教育项目更新了其诊断、评价和治疗成人高胆固醇血症的指南。后发现,制定委员会大部分成员与 STATINS 生产厂家有广泛经济联系,据认这个指南会促进这些药物使用量增加^[14]。

1.2.5 药业与医学临床研究的关系

1.2.5.1 干预试验设计

药业选择那些有利于自己产品的临床观察设计方案。如药厂所选择的试验人群更均质、更健康,比如年轻、无基础疾病或轻度疾病。Rochon 报告仅 2.1% 接受非甾体抗炎药物年龄大于 65 岁,但这类药物在老年人群中使用更常见,副作用发生率更高^[16]。若新药与一竞争药品比较时,设计上往往后者的给药剂量不足,因此注定显示出新药更有效^[17]。以非甾体抗炎药物临床试验观察而言,48% 试验中药厂新药剂量比对照药物要高^[18]。又以 Fluconazole 与 Amphotericin B 疗效比较研究为例,Amphotericin B 作为对照药物,其给药途径为口服,但口服 Amphotericin B 吸收不良,因此结果一定有利于 Fluconazole^[19]。药厂在设计效果评价时,常常使用代用终点(surrogate end points),药厂设计的研究可使用许多的代用终点,但通常选择的代用终点观察时限比较短,结果会对药厂产品更有利。以药物涂层支架为例,两种药物涂层支架在 2003 年和 2004 年分别上市,依据两个随机对照试验结果,涉及 1 000 多个病人,植入支架后 9 个月时药物涂层支架与金属裸支架比,目标血管再阻塞率降低和血管再通率明显降低,于是推动了药物涂层支架的广泛使用,随后 3 年内美国 80% 冠状动脉介入患者接受药物涂层支架植入,而金属裸支架则被人们摒弃,但最近大规模的研究却发现药物涂层支架却明显增加支架内迟发性血栓的危险性^[20]。

1.2.5.2 干预数据分析

通常,研究的原始数据资料都掌握在药厂或代理研究机构手中。研究人员只收到部分数据,少部分主要研究者有机会对大型试验所有数据进行分析,但药厂对该过程保留控制权,这使药厂主导的数据处理,更有助于自身产品的市场营销,提高产品在商业性竞争中优势^[21]。

1.2.5.3 干预结果发表

研究人员珍视在综合性杂志上发表文章,而药厂却不然,后者的最终目的是新药获得 FDA 批准。若无 FDA 批准,杂志发表文章对药厂来说一文不值。另一方面,药厂为了说服医生更多地使用其药品,十分重视在权威杂志上发表文章。有些多中心的研究都设有论文发表委员会,后者往往由药厂控制。对生命科学研究人员调查,27% 由药厂资助的研究结果延迟发表时间超过 6 个月^[21]。1996 年,Oliveri 等发现 Deferiprone 治疗重症地中海贫血时可加重肝脏纤维化,于是 Apotex 公司威胁他,若发表该结果则要诉于法律。Apotex 公司与 Oliveri 曾在合同中约定,试验后 3 年内若无前者同意,禁止结果发表^[22,23]。1987 年,Synthroid (左甲状腺素钠,Levothyroxine) 制造药厂与 California 大学研究人员 Dong 签定合同研究,证实 Synthroid 是否比同类的甲状腺素制剂更有效。1990 年 Dong 发现该药不比其

他同类产品(含非专利产品)更有效,于是药厂禁止该结果发表,因为药厂与 Dong 合同中规定,若无药厂同意,任何信息不能发表,一直到 1997 年结果最终才发表^[24]。

1.2.5.4 作者身份

一直以来,发表的文章由主要研究者撰写。近来,出现一种叫非撰写的作者和非作者性撰写者综合征的现象(nonwriting author - nonauthor writer syndrome)^[25]。观察发现,在药品试验观察报告、编者按、综述性文章发表方面普遍存在这种现象。该综合征有两个特征:专业性医学作家(受雇代作文章的人,ghostwriter)由药厂、盈利性药物研究机构或医学交流公司雇佣,他们因撰写文章赢得付费,不作为作者署名;另一特征,临床研究者(邀请的作者,guest author),以作者身份出现,既不分析数据也不撰写草稿^[25]。受雇代作文章的人通常收到有关代写论文的素材资料,有人指令他们把有利于药厂的关键内容插入文章中。非动笔作者,可不参与研究,被邀请作为文章作者,目的是增加文章声誉。一研究表明,19% 被调查署名的作者未能提供出足够数量的、符合国际医学杂志编辑委员会有关作者身份标准的文章,11% 是由受雇代作文章的人所写^[26]。

2 后果

通常,药业资助可分两类:以病人为中心资助(Patient - centered gifts)和以医生为中心资助(Physician - centered gifts)^[2]。一方面认为,药业资助对病人有害,含医生非优化的治疗决策、增加医疗费用。另一方面认为,以病人为中心资助,比如赠送药物样品、医疗代表的教育作用、药业资助的教育活动和教育材料等,有助于提高医生技术水平,这种做法符合患者利益,对患者有直接和间接的益处。

2.1 药业资助损害医生决策的客观性

大量研究表明,从药厂获得信息或接受馈赠将严重影响医生处方选择,特别是接受药业馈赠会自觉或不自觉地产生对药业感激心理,导致开处方或下医嘱时做出不适当决策,表现在:药厂资助药物的处方量不适当、异常的增加,无故(无效果和价格优势)增加医院内药物品种,处方费用增高,对新药的偏爱或急于广泛使用新药,开具效果差,安全性差的处方,减少基本药物的处方等^[27-31]。许多医生认为自己医疗决策不受药业干扰或影响,但研究表明,药业促销对医生处方有巨大影响。对医生促销开支占药业支出 25% ~ 30%,这些费用反映在药价增高方面^[32]。比如,某药厂在举行盛大巡回讲演后,某药物使用量激增 3 倍,开该药处方的医生数目激增^[22]。又如,出席某药厂推介会后,医生们针对某疾病适应证,选择该药厂药物的可能性增加 8 倍,甚至用二线药物来代替更便宜第一线药物。医院用药目录中引进新药而言,提出引进要求的医生与未要求引进的医生比,前者会见医药代表可能性增加 13 倍,接受药

厂金钱可能性增加 19 倍^[33,34]。研究表明,医生接受促销礼品数量与医生认为医药代表对其处方决策影响甚微的想法呈正相关^[35]。对 29 个医生与药厂关系的研究分析^[41],大部分文章表明医生处方受与药厂关系的影响,比如,医生倾向于少用非专利性药品,而多用新的、昂贵、与廉价药品比较无任何优势的药品。有 4 种类型:按药厂提议,医生更多地使用药厂资助的药品;医院内资助某会议的药品处方量激增;住院医生随着与医药代表会见增加而增加某药的“不适当”的处方量;对药厂代表的态度变得更加积极。

ALL HAT(抗高血压和降脂治疗预防心脏病实验)为治疗高血压疾病一项大型实验,持续八年,涉及 600 多个诊所 42 000 多位患者,比较 4 种药物:(1)钙离子阻断剂——Norvasc(辉瑞公司);(2)乙型交感神经阻断剂(Alpha - Adrenergic Blocker)——Cardura(辉瑞公司),通用名为多沙唑嗪(Doxazosin);(3)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)——Zestril(阿斯利康),Prinivil(默克公司),通用名叫做赖诺普利(Lisinopril);(4)一种在市场上超过 50 年利尿剂(“水药丸”)^[36]。实验结果是:最老、最廉价的利尿剂能够很好地降低血压,更好地预防高血压严重并发症——心脏病和中风。然而,这么多年来,新药早就替代了利尿剂作为治疗高血压药物。利尿剂没有被推广的根本原因在于生产这样廉价、非专利的药厂通常不花钱营销。1982 年,利尿剂占高血压处方药 56%,10 年后在血管紧张素转换酶抑制剂和钙离子阻断剂上市后,它在处方中仅占 27%。2001 年美国老年人最常用 50 种药,Norvasc 列第二,ALL HAT 实验中被证实更有效的利尿剂却榜上无名。而这正是药业与医生关系的正常所造成的。

2.2 增加病人的费用

据估计,美国年支付 1 600 亿~2 000 亿美金用于处方药上。作为全世界医疗卫生开支中增长最快的部分,处方药费用从 2001 年到 2002 年增加 15%,净增长 220 亿美金^[2]。药业不惜血本来促进其产品的销售。比如,2001 年美国药厂支付 210 亿美金来促进处方药的销售。估计 84% 药厂市场营销费用用于医生身上^[2]。

医生接受药业资助或馈赠增加患者和公众经济负担。医生资助或馈赠费用进一步增加处方药费用,进而增加患者、保险公司或社会负担。随药价稳步增加,患者无法承受起药物治疗,因此患者健康后果发生严重负面影响。2002 年,利尿剂一年价格 37 美元,Norvasc 一年 715 美元,血管紧张素转换酶抑制剂 230 美元。因此用 Norvasc 的高血压患者比使用利尿剂患者多花费 19 倍价钱,换来的疗效不比或不如后者^[36]。

2.3 破坏信任

若患者怀疑医生所选药物并非基于本人的病情,而是基于药厂资助或馈赠,此时患者会对医生失去信任,

进而而不接受医生治疗建议或方案。Mainous 等研究表明^[37],药厂对医生个人馈赠与赠送药品样品比较,患者更不能接受前者。Gibbons 发现^[38],患者与医生比较,前者更不能容忍医生接受药厂馈赠或资助,并认为馈赠会影响医生的处方选择。

2.4 危害患者安全

药业通过种种的馈赠形式增加药品的销售和获得更大的利益,同时也存在药品的不适当、过度使用问题。以药物涂层支架为例,由于制造者在临床观察不全面情况下,就轻易地作出药物涂层支架优越于金属裸支架得出结论,导致药物涂层支架过度使用或滥用,忽略了支架内迟发性血栓形成的问题,已对患者的安全构成威胁^[20]。

3 对策与出路

20 世纪 90 年代初以来,国外就陆续开始从专业学会组织、国会立法等尝试来解决这个复杂问题。1989 年 Chren 和 Landefeld 指出医生接受药业的资助或馈赠是“道德的危险”(ethical dangers),呼吁医学界尽早建立制止这种行为或现象的指南。1989 年 9 月,美国内科医师学会(American College of Physicians Board of Regents)率先发表了立场性的文章,题为“医生与药业”^[4]。它明确指出,若药业对医生的礼物、款待或补贴有可能影响医生的临床客观判断,医生就不应接受。并提出判断是否接受药厂资助、款待、礼品的标准:你是否愿意让药厂赠送的东西为公众所知道?

1990 年 12 月,美国医学会(AMA)批准其伦理与法律事务委员会的伦理学立场观点制定了相应的规范,指出药厂赠送给医生礼品或金钱发挥重要的社交作用,但一些礼品或馈赠背离医学伦理学原则^[39]。美国制药业联合会(Pharmaceutical Manufacturers Association)立即采纳了 AMA 的规范,并把这些规范整合到其市场营销行为准则中^[40]。一周后,美参议院劳工与人力资源委员会在爱德华·肯尼迪参议员主持下召开了关于药业市场营销行为的听证会^[41]。1991 年和 1992 年美国急诊医师专业学会批准了两个规范医生从药业收受物品文件^[2],允许医生接受有教育意义的礼物或资助,接受价值轻微的礼品,禁止直接接受参加会议的补贴,要求医生应该公开药厂赠送的所有物品。

尽管 20 世纪 90 年许多学会发表了有关的声明,但药业并未因此放弃这种营销做法。实际上,1996 年与 2002 年比较,药业在赠送样品和医药代表其他方面支出增加 2 倍以上,从 1996 年 7.9 亿美金增到 2002 年 18.1 亿美金^[2]。2001 年美国终结一审判的案例,判决 TAP 制药公司因推销一种名叫 Lupron 抗癌药物不良做法而支付 8.75 亿美金罚款。TAP 公司为医生提供免费或打折的药品,鼓励医生由医疗保险来支付费用,同时与医生建立有偿的咨询关系,为医生提供免费的旅行或提供教育经费^[42]。

2001年AMA发起一个100万美金的全国性教育项目,目的是增进对1990年医生接受药业礼品规范的认识和遵守,活动包括:建立专题网站,出版通讯,发表文章,向专业机构和药业寄送信函和开办继续教育项目等。AMA为开办这个规范医生接受礼品的活动,却接受9个药厂65万美金资助。美国医学生联合会2002年的年会上,通过一项措词强硬的决议^[43],要求医师、住院医师、医学生“作为终端使用者不要接受药业任何礼品”,并且发起“无药业参与”活动,督促大家不要接受药业礼品。2002年美国内科医师学会再次发表了“医生与药业关系”的立场声明,包括医生个人与药业和机构与药业关系两个部分,详细地规范了医生和机构与药业关系行为^[43,44]。2006年2月7日美国国会众议员Pete Stark在众议院会议上提出引入“处方药和可承受性法案”(Prescription Drug Safety and Affordability Act),目的是从立法角度来解决药业干预医生处方和其他临床决策的行为的问题。

4 结语

从上述的研究和分析可以发现,药业以并不昂贵的馈赠、社交的手段、促进学术推广、资助医学教育或继续教育、资助医学研究等方式,来深刻地影响临床医学实践的规范,影响医生的医疗行为和决策,影响患者的健康后果和经济支出,已远远地超出简单的经济资助与学术的关系;同时从更大意义上来说,它充分地反映了道德与金钱的激烈的冲突、碰撞,资本强悍和医学职业精神丧失,资本对医学的无情、赤裸的侵略。这要求动员各个方面的力量,从法律、伦理道德、行业规范、医学管理等诸多方面进行探索和努力,从根本上解决医生与药业关系所带来的利益冲突问题,确实维护患者和公众的利益。

参考文献

- [1] Campbell E G, Gruen R L, Mountford J, et al. A national survey of physician - industry relationships[J]. NEJM, 2007, (356): 1742 - 50.
- [2] Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? [J]. JAMA, 2000, (283): 373 - 80.
- [3] Relman A. Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing[J]. JAMA, 2001, (285): 2 009 - 2 014.
- [4] Blumenthal D. Doctors and drug companies[J]. NEJM, 2004, (351): 1 885 - 1 890.
- [5] Rawlins M D. Doctors and the drug makers[J]. Lancet, 1984, (2): 276 - 278.
- [6] Kein S M, Mays M Z, Grant D. Interactions between emergency medicine programs and the pharmaceutical industry[J]. Acad Emerg Med, 2004, (11): 19 - 26.
- [7] Komesaroff P A, Kerridge I H. Ethical issues concerning the relationship between medical practitioners and the pharmaceutical industry [J]. Med J Aust, 2002, (176): 118 - 121.
- [8] Campbell E G, Gruen R L, Mountford J, et al. A national survey of physician - industry relationships[J]. NEJM, 2007, (356): 1 742 - 1 750.
- [9] Sieries F S, Brodkey A C, Clearly L M, et al. Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey

- [J]. JAMA, 2005, (294): 1 034 - 1 042.
- [10] Campbell E G, Weissman J S, Vogeli C, et al. Financial relationships between institutional review board members and industry[J]. NEJM, 2006, (355): 2 321 - 2 329.
- [11] Steinbrook R. Commercial support and continuing medical education [J]. NEJM, 2005, (352): 534 - 535.
- [12] Relman A. Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing[J]. JAMA, 2001, (285): 2 009 - 2 014.
- [13] Beckelman J, Li Y, Gross C. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research[J]. JAMA, 2003, (289): 454 - 465.
- [14] Steinbrook R. Guidance for guidelines[J]. NEJM, 2007, (356): 331 - 333.
- [15] Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: entanglement [J]. BMJ, 2003, (326): 1 189 - 1 192.
- [16] Rochon P A, Berger P B, Gordon M. The evolution of clinical trials: inclusion and representation[J]. CMAJ, 1998, (159): 1 373 - 1 374.
- [17] Bero L A, Rennie D. Influences on the quality of published drug studies[J]. Int J Technol Assess Health Care, 1996, 12(2): 209 - 237.
- [18] Rochon P A, Gurwitz J H, Simms R W, et al. A study of manufacturer - supported trials of nonsteroidal anti - inflammatory drugs in the treatment of arthritis[J]. Arch Intern Med, 1994, (154): 157 - 163.
- [19] Lexchin J, Bero L A, Djulbegovic B, et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research and research outcome and quality: systemic reviews[J]. BMJ, 2003, (326): 1 167 - 1 170.
- [20] Maisel W H. Unanswered questions - drug - eluting stents and the risk of late thrombosis[J]. NEJM, 2007, (356): 981 - 984.
- [21] Blumenthal D, Campbell E G, Anderson M S, Causino N, Louis K S. Withholding research results in academic life science: evidence from a national survey of faculty[J]. JAMA, 1997, (277): 1 224 - 1 228.
- [22] Olivieri N F, Brittenham G M, McLaren C E, et al. Long - term safety and effectiveness of iron - chelation therapy with deferoxamine for thalassemia major[J]. N Engl J Med, 1998, (339): 417 - 423.
- [23] Phillips R A, Hoey J. Constraints of interest: lessons at the Hospital for Sick Children[J]. CMAJ, 1998, (159): 955 - 957.
- [24] Rennie D. Thyroid storm[J]. JAMA, 1997, (277): 1 238 - 1 243.
- [25] Flanagan A, Carey L A, Fontanarosa P B, et al. Prevalence of articles with honorary authors and ghost authors in peer - reviewed medical journals[J]. JAMA, 1998, (280): 222 - 224.
- [26] International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals [J]. JAMA, 1997, (277): 927 - 934.
- [27] Caudill T, Johnson M, Rich E, et al. Physicians, pharmaceutical sales representatives and the costs of prescribing[J]. Arch Fam Med, 1996, (5): 201 - 206.
- [28] Haayer F. Rational prescribing and sources of information[J]. Soc Sci Med, 1982, (16): 2 017 - 2 023.
- [29] Watkins C, Harveys I, Carthy P, et al. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey[J]. Qual Saf Health Care, 2003, (12): 29 - 34.
- [30] Caamanol F, Figueiras A, Gestal - Oterol J. Influence of commercial information on prescription quantity in primary care [J]. The Eur J Public Health, 2002, (12): 187 - 191.
- [31] Lasser K, Allen P, Woolhandler S, et al. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications [J]. JAMA, 2002, (287): 2 215 - 2 220.
- [32] Dieperink M E, Drogemuller L. Industry - sponsored grand rounds and prescribing behavior[J]. JAMA, 2001, (285): 1 443 - 1 444.

- [33] Spingon R W, Berlin J A, Strom B L. When pharmaceutical manufacturers' employees present grand rounds, what do residents remember? [J]. Acad Med, 1996, (71): 86 - 88.
- [34] Hodges B. Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns, and clerks [J]. CMAJ, 1995, (153): 553 - 559.
- [35] Chren M M, Landefeld C S. Physicians' behavior and their interaction with drug companies [J]. JAMA, 1994, (271): 684 - 689.
- [36] The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in Moderately Hypercholesterolemic, Hypertensive Patients Randomized to Pravastatin vs Usual Care: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT - LLT) [J]. JAMA, 2002, (288): 2998 - 3007.
- [37] Mainous A G III, Hueston W J, Rich E D. Patient perceptions of physician acceptance of gifts from the pharmaceutical industry [J]. Arch Fam Med, 1995, (4): 335 - 339.
- [38] Gibbons R V, Landry F J, Bouch D I, et al. A comparison of physicians' and patients' attitudes toward pharmaceutical industry gifts [J]. J Gen Intern Med, 1998, (13): 151 - 154.
- [39] Council on ethical and judicial affairs. American Medical Association. Gifts to physicians from industry [J]. JAMA, 1991, (265): 501.
- [40] Randall T. AMA, pharmaceutical association form "solid front" on gift-giving guidelines [J]. JAMA, 1991, (265): 2304 - 2305.
- [41] Randall T. Kennedy hearings say no more free lunch - or much else - from drug firms [J]. JAMA, 1991, (265): 440 - 442.
- [42] Studdert D M, Mello M M, Brennan T A. Financial conflicts of interest in physicians' relationships with the pharmaceutical industry: self-regulation in the shadow of federal prosecution [J]. NEJM, 2004, (351): 1891 - 1900.
- [43] Coyle S L, for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Physician - Industry Relations: Part 1: Individual physicians [J]. Ann Intern Med, 2002, (136): 396 - 402.
- [44] Coyle S L, for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Physician - Industry Relations: Part 2: Organizational issues [J]. Ann Intern Med, 2002, (136): 403 - 406.
- 作者简介: 张忠鲁, 男, 大连友谊医院主任医师, 研究方向: 呼吸内科。
 收稿日期: 2007 - 06 - 10
 修回日期: 2007 - 06 - 16 (责任编辑: 赵明杰)

(上接第5页) 纠纷的不断升级, 和在医疗服务中没有形成这四大机制, 特别是没有形成矛盾的诉求与利益协调机制密切相连。医疗部门和病人, 都应当欢迎这种第三方的介入。国家有关部门, 应当扶植、帮助和规范这种第三方的成长。

5 治本之道

当然, 解决医患矛盾与冲突, 从根本上说, 是要尽可能避免矛盾和冲突的产生, 清除其产生的根源, 有赖于整个社会环境条件的改善, 有赖于各项社会改革, 特别是医疗改革的完善, 有赖于广大公众道德水平的提高。从当前产生的医患纠纷来看, 少部分病人或他们的家属, 缺乏社会公德, 不理解医疗部门和医生的苦衷, 对医院和医生提出了一些不切实际的无理要求, 有的甚至借机捞钱, 也确是医患纠纷产生不可忽视的方面。但是, 从总体来看, 要想创造一个和谐、协作、诚信的医患关系, 将医患矛盾和冲突消灭于萌芽之时, 端正医疗服务思想, 将病人利益放在第一位, 恪守利益边界原则, 将自身的利益置于合理的利益限度内, 仍是避免、化解医患纠纷、避免冲突袭击的根本之道。

参考文献

- [1] 王伟光. 利益论[M]. 北京: 人民出版社, 2001.
- [2] 世界医学大会. 日内瓦宣言[A]. 杜治政, 许志伟. 医学伦理学辞典[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 595.
- [3] 世界卫生大会. 赫尔辛基宣言[A]. 杜治政, 许志伟. 医学伦理学辞典[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 583.
- [4] 唐代兴. 利益伦理[M]. 北京: 北京大学出版社, 2002: 210, 275 - 277, 278 - 284.
- [5] 欧洲内科学会联盟. 新世纪的医师专业精神[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(6): 31
- [6] Blumenthal D. Doctors and Drug Companies [J]. NEJM, 2004, (351):

- 1885 - 1890.
- [7] 杰弗里·麦克唐纳. 同礼物进行斗争[J]. 美国《时代》周刊, 2005 - 11 - 14.
- [8] Maisel W H. Unanswered questions - drug-eluting stents and the risk of late thrombosis [J]. ENJM, 2007, (356): 981 - 984.
- [9] 刘谦. 关于构建和谐医患关系的思考[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2006, 27(12): 21.
- [10] 陆铁琳. 医药购销领域治理商业贿赂案件查办取得突破[N]. 健康报, 2006 - 10 - 17(1).
- [11] 汤姆·麦肯齐, 菲利普·约翰. 商业贿赂败坏大陆医疗行业声誉[N]. 参考消息, 2006 - 07 - 19(15).
- [12] 李虎军. 万种新药背后的诱惑[N]. 南方周末, 2006 - 03 - 02 (B12).
- [13] 沈颖. 上海东方医院再调查[N]. 南方周末, 2006 - 12 - 21(B12).
- [14] 柴会群. 病历造假为何成为潜规则[N]. 南方周末, 2007 - 03 - 22 (B13).
- [15] 罗俊华. 医疗纠纷处理的“国”退“民”进[N]. 南方周末, 2006 - 12 - 27(B13).
- [16] 曹勇. 衡阳“凌辱医生案”调查[N]. 南方周末, 2002 - 05 - 23 (B12).
- [17] 马昌博. 一位普通医生的八年揭“黑”路[N]. 报刊文摘, 2006 - 12 - 08(4).
- [18] 马亚楠, 何钦成. “医闹”产生的原因及防范对策[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2007, 28(3): 38.
- [19] 郭艾琳. 医疗第三方浮出水面[N]. 报刊文摘, 2007 - 04 - 06(4).
- [20] 罗俊华. 医疗纠纷处理的“国”退“民”进[N]. 南方周末, 2006 - 12 - 27(B13).
- [21] 董瑞丰. 四大机制化解内部矛盾[J]. 望: 新闻周刊, 2006, (46): 24 - 26.

作者简介: 杜治政(1932 -), 男, 长沙人, 中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会理事长, 大连国际人文社会医学中心主任, 《医学与哲学》杂志主编, 教授, 研究方向: 医学哲学。

收稿日期: 2007 - 05 - 08

修回日期: 2007 - 06 - 15

(责任编辑: 赵明杰)