

恶性肿瘤姑息治疗的进展

Progress in Palliative Care for Malignancy
WANG Cun-de, GONG Quan, ZHANG Li-juan, et al.

王存德, 龚 泉, 张利娟, 张建华 综述, 黄云超 审校
(云南省肿瘤医院 昆明医学院第三附属医院, 云南 昆明 650106)

摘 要:许多恶性肿瘤患者确诊已属中晚期,姑息治疗在恶性肿瘤综合治疗中居重要地位,属于支持治疗。恶性肿瘤姑息治疗主要改善患者及家属的生活质量。文章分析恶性肿瘤姑息治疗的概念、原则、治疗方式及发展现状,以期规范化建设恶性肿瘤姑息治疗学科发展。

关键词:恶性肿瘤;姑息治疗;治疗原则;范畴

中图分类号:R730.5 **文献标识码:**A **文章编号:**1004-0242(2012)03-0206-05

恶性肿瘤严重威胁着人类的健康,据世界卫生组织(WHO)报告 2010 年全世界共有 840 万人死于恶性肿瘤,预计到 2020 年可能增至 1 000 万^[1]。我国恶性肿瘤每年发病人数约 180 万,死于约有 130 万人死于恶性肿瘤,恶性肿瘤已成为我国人口死亡的首要因素^[2]。近 20 年来,随着分子生物学、细胞生物学、免疫学等相关学科的飞速发展,新的治疗理念和方法层出不穷,多种抗癌新药物和综合治疗方法的广泛应用,多种恶性肿瘤的治疗效果明显,5 年生存率和长期无病生存率显著提高。然而由于肿瘤的异质性及当前诊断手段的限制,相当多的肿瘤患者在确诊时已属中晚期,80%以上患者需要进行姑息治疗,姑息治疗在肿瘤治疗中占有重要地位^[3]。

1 姑息治疗的概念、目的和任务

姑息治疗是指对于那些严重威胁生命的疾病,改善患者及其家属生活质量的治疗方法,通过早期及时地诊断、准确的评估及合理的防治来达到缓解患者的疼痛和解决其他躯体、社会、心理及精神等各种问题^[4]。

姑息治疗属于支持性治疗,其目的和任务是:

①改善患者和家属的生存质量;②帮助患者以较平静的心境和较强的毅力面对困难;③帮助患者积极地生活直至死亡;④帮助家属面对现实、承受打击等^[5]。姑息治疗最重要的目标是缓解因恶性肿瘤本身或治疗恶性肿瘤的措施所导致的各种症状和并发症^[6],使患者达到和维持躯体、情感、精神、职业和社会行为能力的最佳状态,从而减轻患者的躯体痛苦和心理负担^[7]。

2 姑息治疗的范畴

姑息治疗的范畴包括:①对疼痛的控制^[8];②对肿瘤伴随症状(尤其是各种肿瘤急症)或抗肿瘤治疗所致不良反应的预防、诊断、评估和治疗^[9];③心理疏导和护理^[10];④对其他非肿瘤性疾病的预防和治疗^[11];⑤末期恶性肿瘤患者的临终关怀及居丧辅导^[12];⑥姑息治疗领域相关科研和宣传教育等,特别是亟需进行循证医学方面的研究^[13]。

恶性肿瘤姑息治疗的范畴最早局限于对一些已经无法治愈的晚期肿瘤患者进行对症支持治疗、护理和康复治疗^[14]。由于认识的局限和观念的相对狭隘,过去姑息治疗在肿瘤综合治疗中常处于较为边缘的地位^[15]。近年来,随着肿瘤诊治水平的不断提高以及恶性肿瘤患者生存期的不断延长,医生对恶

收稿日期:2011-12-14
E-mail:wcd69@foxmail.com

性肿瘤姑息治疗的认识也在不断深入,其范畴也在不断拓展。姑息治疗范畴的拓展也带来了治疗模式的改变,使得姑息治疗在抗肿瘤治疗中的地位愈发重要,康复和姑息治疗学已经成为一门独立的新兴学科^[16]。

3 姑息治疗的原则

3.1 姑息治疗的核心原则

姑息治疗的核心原则是理论研究和临床实践中必须时刻注意的准则,包括:①患者的自主权,即尊重患者的选择;②行善,即做善事,治疗措施的根本出发点是有益于患者的生存质量;③非侵袭性,即治疗过程中采取伤害最小的方法;④公平性,即公平地使用有限的资源^[17]。上述几项核心原则以尊重生命为背景,将死亡视作自然发生的事件,期望患者能够配合医生的治疗措施,平静地接受这一最终不可避免的结果,反映了姑息治疗的伦理学属性^[18]。

3.2 姑息治疗的具体原则

在具体实践中,需要遵循以下一些具体原则:

适度治疗原则:即保持必要的适度治疗,避免不必要的过度治疗。这既是医学原则,也是伦理学原则,尤其对晚期恶性肿瘤的姑息治疗非常关键^[19]。在无法根治的情况下应避免可能进一步损伤体质的治疗,如非必要的放疗、高强度的化疗或不必要的手术,以免增加患者痛苦、缩短其生存期。长期以来,人们过分追求抗肿瘤效果,往往忽视了姑息治疗手段的合理运用,结果由于抗肿瘤治疗造成的不良反应反而降低了许多患者的生存质量,很多时候患者本已脆弱的机体承受不了治愈性治疗的打击,寿命反而缩短^[20],同时增加了医疗成本。

无痛治疗原则:即遵照 WHO 疼痛治疗三阶梯的要求,结合患者实际情况制定个体化的治疗方案,尽可能控制或消除疼痛,这是恶性肿瘤晚期患者姑息治疗的重要任务之一,也是当前大多数医院恶性肿瘤姑息治疗领域开展的主要工作^[21]。实际应用中应尽可能采用口服或贴剂等无痛苦的方式给药,同时应有规律地按时给药,并根据疼痛的等级变化逐步调整用药^[22]。

个体化治疗原则:在姑息治疗开始前必须首先明确诊断,综合既往病史及目前状况进行病情评估,

根据患者病情变化、体质等具体情况的差异选择合适的治疗方案^[23]。要注意引起症状(如疼痛)的原因既可能是恶性肿瘤本身,也可能是抗肿瘤治疗的毒副作用或与肿瘤相关的虚弱或者用一元论无法概括的其他并发症。治疗方案的选择还应根据恰当的问诊来确定,在治疗过程中,应定期重新评估,根据病情和疗效调整治疗方案^[24]。

注重心理治疗原则:注重心理治疗和疏导,采取有针对性的措施改善或消除恐惧、焦虑、悲观、失望甚至轻生等消极心理。辅导患者及家属肯定生命,并把死亡看成一个正常的过程,对死亡过程既不加速也不刻意延缓。对患者进行全身心的照顾,使其尽可能主动生活都可能对疾病治疗起到有利作用^[25]。

全面细致护理原则:全面护理是姑息治疗的重要环节,包括皮肤黏膜基础护理、呼吸道管理、生活护理、心理护理等,对缓解症状、提高生活质量具有重要意义。高质量的护理需要掌握娴熟的护理技术,应尽可能减少患者的痛苦和恐惧,提高治疗效果^[26]。这些需要医生和护士紧密合作、加强交流,同时对护理人员的献身精神也提出了极为严格的要求。

3.3 姑息治疗的三阶段原则

姑息治疗应该贯穿于恶性肿瘤治疗的始终,应该让患者尽早的建立起姑息治疗的概念,确保抗肿瘤治疗的合理应用,使各种治疗手段处于使患者受益的阶段。根据恶性肿瘤病变的发展,恶性肿瘤姑息治疗大致分为三个阶段,即姑息治疗的三阶段原则:第一阶段,抗肿瘤治疗与姑息治疗相结合,治疗对象为可能根治的恶性肿瘤患者,此阶段姑息治疗主要是缓解恶性肿瘤进展和抗肿瘤治疗所导致的各种症状,进行对症支持治疗,保障患者在治疗期间的生活质量和机体状态^[27];第二阶段,抗肿瘤治疗可能不再获益时,以姑息治疗为主,治疗对象为无法根治的晚期恶性肿瘤患者,姑息治疗主要是缓解症状、减轻痛苦、改善生活质量^[28];第三阶段,为预期生存时间仅为几天至几周的终末期恶性肿瘤患者提供临终关怀治疗及善终服务^[29]。

4 姑息治疗的方式

姑息治疗的实施手段主要包括以下几个方面:

姑息性手术:恶性肿瘤发展到晚期时通常无法

行根治手术,但为了减轻患者痛苦、延长患者生命,可进行姑息性手术。如各种造瘘术、姑息性肿瘤切除术、食管内支架术等。姑息性手术的实施必须严格掌握适应证。

姑息性化疗:姑息性化疗在中晚期恶性肿瘤患者治疗中的应用尚存在争议。最新随机对照研究结果证实,一般情况较好的晚期非小细胞肺癌患者早期接受姑息性治疗可显著改善生活质量和心境,生存期也显著延长^[30]。在采用姑息性化疗前应根据患者全身情况、肿瘤病理类型及化疗药耐药情况等充分评估疗效和不良反应^[31]。我们认为,化疗应该作为姑息治疗的常规组成部分,在疾病早期即应该渗透姑息性化疗的观念,很多时候可以与治愈性治疗同时进行,两者并不矛盾。

姑息性放疗:姑息性放疗是指应用放疗方法治疗晚期肿瘤或复发、转移灶,以达到改善症状的目的。姑息性放疗常用于缓解肿瘤骨转移所致的疼痛,以及原发或转移性肺癌引起的咯血,肿瘤浸润引起的压迫、梗阻等^[32]。

此外,祖国传统医学是肿瘤姑息治疗的重要途径之一,中西医结合辨证施治能够提高抗肿瘤效果,减少复发和转移,延长患者生存期,在提高患者生存质量方面有独到的优势^[33]。

5 姑息治疗的历史和发展

姑息治疗起源于公元4世纪古罗马拜占庭帝国的临终关怀医院(Hospice),1940年在英国和美国有医师开始使用止痛药治疗病人,并提出了对终末期疾病的新认识:把死亡看作是生命的自然结束,给予人道主义的医疗照顾。世界上首个现代化的Hospice于1967年在英国伦敦建成(St. Christopher Hospice),随后世界各国纷纷建立起姑息治疗机构,至20世纪末英国已建成700多家,日本有86家,美国则多达3000余家^[8]。1982年WHO提出了姑息治疗的定义和原则,并在全世界推广WHO癌症三阶梯止痛原则。1993年英国和加拿大学者编写了第一部姑息医学教科书,为姑息医学这门年轻学科的发展奠定了坚实的理论基础。1994年美国公共卫生署出版了“癌痛治疗临床实践指南”,1996年欧洲肿瘤学会出版了“癌症疼痛手册”,2003年国际乳腺癌会

议提出将“最大耐受性治疗”转变为“最小有效性治疗”,使得提高生存质量的理念全面融入到恶性肿瘤综合治疗中^[17]。

经过长时间的发展,姑息治疗已成为多学科共同努力为恶性肿瘤患者提供生理、心理、社会等多方面帮助和支持的代名词。面对当前不断上升的肿瘤发病率和死亡率,姑息治疗的理念在全球范围内日益得到认同,已成为当前肿瘤学界的研究热点和奋斗目标。

6 我国姑息治疗的发展概况

我国恶性肿瘤姑息治疗事业始于20世纪80年代,1985年李同度教授在广州召开的全国肿瘤防治经验交流会上做了“晚期癌症患者的收治是个社会问题”的报告;1987年我国第一个以收治晚期恶性肿瘤患者为主的医疗机构——中国癌症基金会安徽肿瘤康复医院成立,标志着恶性肿瘤姑息治疗在我国的全面起步。1994年8月,中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会正式成立,随后多个省市级癌症康复姑息治疗专业委员会相继成立,极大地推动了我国姑息治疗医学的发展。20世纪90年代初,我国开始进行WHO癌症三阶梯止痛治疗推广工作,多个国家级的癌痛治疗指南随之出版,多学科协作治疗难治性疼痛等的临床研究也取得了丰硕成果^[34-37]。恶性肿瘤疼痛的规范化处理也促进了姑息治疗工作广泛、全面开展。

然而,我国恶性肿瘤姑息治疗目前仍以三阶梯止痛为主,对晚期恶性肿瘤患者提供包括止痛在内的全面姑息治疗及临终关怀服务在国内起步较晚,与西方发达国家相比仍存在明显差距。解除患者的痛苦是医生的职责,开展姑息治疗工作具有很大的现实意义,然而人们对姑息治疗这一新兴学科仍有很多疑问,在相关宣传教育不足的情况下,很多患者、家属甚至医务人员对姑息治疗的理解存在着误区。例如有人认为,姑息治疗就是“放弃”治疗、“等死”治疗,是“没有希望”的治疗,是不积极的治疗。有学者认为或许将“姑息治疗”改为“支持治疗”或“综合治疗”更为恰当,能够更容易地得到患者及家属的接受和认同。

临床实践告诉我们,许多中晚期恶性肿瘤患者

经过系统的姑息治疗,其相关症状得到了有效缓解,痛苦明显减少,生存质量显著提高,甚至不少患者带瘤生存,在有效的姑息治疗措施下可开始相对正常的工作和生活。

7 小 结

姑息医学学科广义是指临床各专业学科的疾病经过早、中期的诊断和治疗不能完全康复,由于病程进展致多器官功能衰竭,导致基本的生活功能、生理机能丧失,需要家人、他人陪护,社会、医疗护理全程照顾,以支撑生命的最后阶段。姑息医学学科中狭义的姑息治疗是指恶性肿瘤的姑息治疗中最为广泛的牵制着多学科专业基础理论与临床实践的具体指导实施,以改善患者及其家属生活质量的诊疗方法为最终目的。恶性肿瘤的姑息诊治范畴,包括肿瘤急症处理,癌痛的规范化镇痛治疗,恶性肿瘤并发或合并的心脑血管疾病及糖尿病的先后诊疗次序,对晚期恶性肿瘤并发的感染、贫血等的对症治疗,适时时机的放化疗和靶向药物治疗或中药抗肿瘤制剂和免疫制剂的应用,恶性肿瘤康复治疗以及临终关怀等。

现代姑息医学发展至今已有近 50 年的历史,传统观念中的人们对肿瘤领域的兴趣主要集中在治愈性治疗,对中、晚期恶性肿瘤患者症状的控制以往被认为是抗肿瘤治疗中的辅助角色,经过发展现已迅速成为肿瘤综合治疗中的主要角色。

姑息医学是一门新兴的、多学科交叉的学科,在其发展的过程中在肿瘤领域得到了最广泛的研究和应用。姑息医学其实并不仅限于恶性肿瘤领域,在其他一些专科的难治性、终末期患者进行应用和推广无疑也是恰当的,如 AIDS 患者终末期的症状控制和照顾^[38]。近年来,国内外对于姑息医学领域的科研工作广泛开展,许多令人兴奋的观点、现象不断涌现,新的思路、方法、理念推动着姑息医学这一新兴学科的不断进步^[39-41]。随着肿瘤科医师和其他专科医师对姑息治疗的相关知识需求日益增加。我们需要进一步普及和开展姑息医学专业教育工作,在医学本科生、医学其他专业研究生中进行相关课程的讲授,进而发展到姑息医学专科医师的培养等。

姑息医学的学科发展,特别是对恶性肿瘤的姑息诊治范畴,规范化建设该学科的发展,需要同仁

们的继续探讨和研究。

参考文献:

- [1] WHO. Cancer Control: Knowledge into action,WHO guide for effective Programmes,Palliative Care [M]. WHO Press,2010.
- [2] Parkin DM,Bray F,Ferlay J,et al. Global cancer statistics 2002 [J]. CA Cancer J Clin,2005,55(2): 74-108.
- [3] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.
- [4] WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [M]. 2nd Edition. WHO Press. 2002.
- [5] Sepulveda C,Marlin A,Yoshida T,et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective [J]. J Pain Symptom Manage,2002, 24(2): 91-96.
- [6] 曹培国,郑兰香. 晚期恶性肿瘤的姑息治疗与临终关怀 [J]. 实用预防医学,2004,11(1): 25-27.
- [7] Marco M, Augusto C, Cinzia B, et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations-a study by the steering committee of the European association for palliative care [J]. J Clin Oncol, 2005,23(25): 6240-6248.
- [8] Derek D, Geoffrey H, Nathan C, et al. Oxford textbook of palliative medicine[M]. Third Edition. Oxford:Oxford University Press,2004. 42-51.
- [9] Robert T, Andrew W. Symptom management in advanced cancer[M]. Third Edition. Oxford:Radcliffe Medical Press, 2002. 39-51.
- [10] Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS, et al. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review [J]. J Support Oncol,2009,7 (1): 27-34.
- [11] Lagman R, Rivera N, Walsh D, et al. Acute inpatient palliative medicine in a cancer center: clinical problems and medical interventions, a prospective study [J]. Am J Hosp Palliat Care,2007,24(1): 20-28.
- [12] True G, Phipps EJ, Braitman LE, et al. Treatment preferences and advance care planning at end of life: the role of ethnicity and spiritual coping in cancer patients [J]. Ann Behav Med,2005,30(2): 174-179.
- [13] 聂馨. 姑息治疗及其在肿瘤学中的地位[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版),2008,29(3): 19-22,33
- [14] Glare PA, Sinclair CT. Palliative medicine review: prognostication [J]. J Palliat Med,2008, 11(1): 84-103.
- [15] 孙燕. 重视姑息治疗是当前临床肿瘤学发展的重要趋势[J]. 中国健康月刊,2007,26(5):34.
- [16] Edwards A, Pang N, Shiu V, et al. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-

- of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research [J]. *Palliative Medicine*, 2010, 24(8): 753-770.
- [17] Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice [J]. *Palliat Med*, 2003, 17(1): 11-20.
- [18] Ida E, Miyachi M, Uemur M, et al. Current status of hospice cancer deaths both in-unit and at home(1995-2000), and prospect of home care services in Japan [J]. *Palliat Med*, 2002, 16(3): 179-184.
- [19] Chang Vt, Janjan N, Jain S, et al. Update in cancer pain syndromes [J]. *J Palliat Med*, 2006, 9(6): 1414-1434.
- [20] Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, et al. Symptom management: an important part of cancer care [J]. *Cleve Clin J Med*, 2011, 78(1): 25-34.
- [21] 熊林楷, 熊墨年. 浅谈晚期癌症姑息治疗的几个原则[J]. *实用中西医结合临床*, 2008, 8(6): 45-46.
- [22] 孙燕, 顾慰萍. 癌症三阶梯止痛指导原则[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2002. 69-72.
- [23] NCCN. Clinical practice guidelines in oncology. Palliative Care Version 1. 2010[EB/OL]. NCCN. 2010-01-19
- [24] Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients [J]. *Pain Symptom Manage*, 1999, 18(5): 338-346.
- [25] Cleeland CS, Sloan JA. Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2010, 39(6): 1077-1085.
- [26] Walsh D, Rybicki L, Nelson KA, et al. Symptoms and prognosis in advanced cancer [J]. *Support Care Cancer*, 2002, 10(5): 385-388.
- [27] 孙燕, 周际昌. 临床肿瘤内科手册[M]. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 181.
- [28] Potter J, Hami F, Bryan T, et al. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns [J]. *Palliat Med*, 2003, 17(4): 310-314.
- [29] Homsy J, Walsh D, Rivera N, et al. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment[J]. *Support Care Cancer*, 2006, 14(5): 444-453.
- [30] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer [J]. *N Engl J Med*, 2010, 363(8): 733-742.
- [31] 邓春美, 吴琦, 贺盛光. 恶性肿瘤的姑息治疗[J]. *实用医院临床杂志*, 2006, 3(1): 92-93.
- [32] 殷蔚伯, 谷铎之. 肿瘤放射治疗学[M]. 第3版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002.
- [33] 孙韬, 姜敏, 左明焕. 中医药与中晚期肿瘤的姑息治疗[J]. *中国康复理论与实践*, 2004, 10(6): 351-354.
- [34] 王肖, 张杰, 杜贤进. 癌症姑息治疗的临床意义和社会伦理思考[J]. *医学与哲学(临床决策论坛版)*, 2009, 30(4): 74-76.
- [35] 刘淑俊, 朱步东, 张金芳, 等. 癌症患者的抑郁和焦虑症状的调查分析 [C]. 2000年全国肿瘤大会论文集, 2001. 348-353.
- [36] 宋国红, 刘淑俊, 聂望, 等. 肿瘤伴发贫血及其对肿瘤患者生活质量影响的调查 [J]. *肿瘤防治杂志*, 2003, 10(11): 1186-1188.
- [37] 王存德, 董蕙, 陈曦, 等. 老年癌痛患者三阶梯治疗影响因素分析及临床意义[J]. *云南医药*, 2010, 31(5): 511-514.
- [38] Harding R, Easterbrook P, Higginson IJ, et al. Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses [J]. *Palliat Med*, 2005, 19(3): 251-258.
- [39] Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, et al. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure [J]. *J Palliat Med*, 2011, 14(6): 735-743.
- [40] Knapp C, Woodworth L, Wright M, et al. Pediatric palliative care provision around the world: a systematic review [J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2011, 57(3): 361-368.
- [41] Ho ZJ, Radha Krishna LK, Yee CP. Chinese familial tradition and Western influence: a case study in Singapore on decision making at the end of life [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2010, 40(6): 932-937.