

ESMO 新发两部姑息治疗指南

强调姑息治疗对终末期患者的意义,但我国推行仍有难度

▲本报记者 王坤



姑息治疗已成为欧洲肿瘤内科学会(ESMO)工作组各项工作的中心组成部分,涉及欧洲和全球范围内的科研、教育、公共医疗政策制定。今年,ESMO 2014大会同期发布了最新“姑息治疗晚期治疗计划指南”及“终末期难治性症状应用姑息性镇静临床实践指南”,再次强调姑息治疗对终末期患者的临床意义。



于世英 教授

姑息治疗贯穿肿瘤诊疗全程,但临床实践的真正难点是肿瘤晚期,尤其是终末期。晚期及终末期肿瘤的医疗,不仅是涉及到复杂的医疗技术问题,而且还涉及到复杂的医患沟通、人文、伦理、法律等社会问题。



成文武 教授

晚期患者的镇静治疗是重要的治疗手段。其使临床医生在使用其他方式不能有效缓解痛苦时,可采用镇静来缓解症状。然而镇静阻碍了患者交流的能力,需要谨慎使用。明确的适应证和指南可防止滥用药物、加速患者死亡及对姑息治疗医生不利的社会和伦理影响,保护医师继续从事姑息医学的意愿。

指南: 尊重患者意愿及知情权

ESMO“晚期肿瘤患者姑息治疗计划”包括患者放弃抢救复苏预嘱计划或允许自然死亡计划;积极缓解患者复杂症状负荷、为其提供全方位支持治疗等具体措施以及临末期姑息性镇

静剂应用,终止抗肿瘤和抢救治疗的医疗决策。指南提出,实施这些方案,需在患者本人充分知情情况下,让患者表达自己意愿,尊重和文书记录患者本人意愿。

ESMO“终末期难

治性症状应用姑息性镇静临床实践指南”提出对不同阶段患者症状的评估;与患者沟通并执行知情同意;镇静处方应用及注意等。需指出,姑息性镇静并非加速终末期患者死亡。

国外: 姑息治疗未得到重视

“多数晚期、无法治愈的癌症患者未接受过任何姑息治疗。”ESMO 2014大会一项最新研究报告中所述。令人吃惊的是,该结果均来自于姑息医学开展较早的欧洲、加拿大等国的癌症中心。

ESMO姑息治疗工作组成员Alexandru Grigorescu表示,将姑息治疗整合到癌症治疗始

终存在挑战,尤其在资源短缺、医疗财政预算低的国家,姑息专业人员不足,医院也缺少资金购买某些药物。

ESMO提出,将姑息治疗与专门抗癌治疗方案结合,指导肿瘤内科工作,并试用于罗马尼亚、瑞士的6家癌症医疗机构后发现,17%的患者未接受到姑息治疗干预,26%未得到症

状处理。20%的患者渴望与专科医生讨论临终问题,但其中只有15%实现了谈话。

该研究显示,为晚期、无法治愈患者提供姑息治疗的理念与医疗实践仍存在很大差距。在罗马尼亚,临床没有独立的姑息治疗专业,因此,姑息治疗应成为肿瘤内科医师无法推卸的责任。

国内: 讨论死亡是难题

在我国,姑息治疗更需肿瘤医师普遍关注。同时,我国文化也造成了特殊国情。华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤中心于世英教授介绍,我国医生很难向患者直接交待病情及讨论姑息治疗,人们忌讳讨论死亡是摆在姑息医疗临床的常见难题。

临床上,向患者本人直接告知病情比向家属交待病情难;告诉坏消息比告诉好消息难;讨论治疗选择比讨论“放弃”、终止治疗难,讨论死亡问题更是难上加难。晚期肿瘤治疗决策

常让患者、家属及医生都处于“欲救不能、欲舍不忍”的进退两难境地。可见,ESMO最新姑息医疗指南在我国推行有相当难度。

目前,推行晚期肿瘤患者姑息治疗计划临床实践指南,需根据患者及家属年龄、个人生活、性格类型、受教育程度、文化背景、对疾病状态和死亡等问题的认知,在现有法律框架下,个体化讨论实施。探讨推行尊重患者本人意愿的放弃抢救复苏预嘱及允许自然死亡应是推行晚期治疗计划的

起点。

“姑息治疗倡导的不是放弃对患者有益的治疗,而是放弃难以获益甚至有害抗癌治疗及抢救。”于教授指出,“姑息治疗倡导积极缓解患者及家属的心身痛苦,帮助患者以较平静心境和较强的毅力面对困难,帮助患者积极生活直到生命终点,帮助家属面对现实承受打击。”

医学无力彻底改变人类生老病死进程,但能给予患者充分的医疗技术帮助,体现人性的挚爱和职业温暖,提升患者生命质量和尊严。

临终难治性患者需要姑息性镇静治疗

什么是难治性症状?复旦大学附属肿瘤医院姑息治疗科成文武教授介绍,尽管加强了患者生理心理症状处置,仍不能充分缓解的症状可称为难治性症状,其中疼痛、呼吸困难、焦虑和躁动性谵妄在肿瘤患者生命终末期最常见。

那姑息性镇静又是怎么回事呢?姑息性镇静不同于安乐死,成教授解释,自愿安乐死是根据患者要求给予积极干预,故意终止患者生命。相反,姑息性镇静用于缓解严重、难治性症状。医生在监管机构内给予镇静药物,减轻

终末期患者的痛苦。

除了紧急情况,在采用姑息性镇静治疗前应先尝试间歇性或轻度镇静处理。对于某些患者,“清醒镇静”状态、保留其对于言语刺激的反应,可在不影响交流能力的情况下提供充分的症状缓解。

ESMO 临床实践指南要点

终末期难治性症状应用姑息性镇静

患者评估

对于忍受严重症状的终末期患者应及时评估,最好由姑息治疗专科医生进行。评估明确是否有可逆(可治疗)因素参与了患者病情进展及严重痛苦状态。此后,需对患者预后再评估,这对探讨最佳治疗方式必不可少。

一般说来,考虑姑息性镇静首先需要多学科讨论,确保所有其他合理治疗方式已考虑或尝试。

与临终患者交流

医生需不断重复与晚期肿瘤患者及其家属进行情感交流。这是肿瘤科医生需要扮演的最困难也是最必须的一个角色。

知情同意

治疗决策的讨论应包含治疗目的、获益、姑息镇静风险及替代治疗方案,包括:(1)患者一般情况和痛苦原因;(2)承认之前治疗不成功;(3)当前病情预后;(4)采取姑息性镇静的理论依据、目的和方法,包括计划镇静深度、患者监测和停止镇静可能性;(5)替代治疗方案减轻痛苦的可能性和每种方案的预期生存时间;(6)镇静的预期影响,如意识水平下降程度和对患者心理、语言沟通和摄食的预期影响;(7)潜在风险,如出现反常性躁动、症状缓解不及时或不充分及加速死亡的可能性(过度镇静引起)。

指南建议,与患者家属沟通前应告知患者并征得患者同意;患者同意后,与家属讨论患者病情、治疗方案、结果及患者期望值。成教授指出,这与我国大部分地区的做法相反,我国往往是和家属谈而回避了患者。

临床如何处方应用?

咪达唑仑经常用于姑息性镇静,其他包括左米丙噻、氯丙噻;苯巴比妥和丙泊酚。给药最初需进行剂量滴定,以获得症状缓解,接着继续维持疗效以达到充分缓解。建议给予爆发性症状及时治疗。

注意事项

一旦症状获得缓解,临床需行患者监护及下一步剂量滴定。若治疗引起呼吸抑制危及生命,需降低剂量;若病情波动,可谨慎给予苯二氮草类抑制剂解救。

无论是否给予姑息镇静治疗都不影响人工补液及营养支持的决策。成教授建议,只要患者和家属未完全放弃,适当扶正性补液是值得的。

指南也谈及人文理念,值得临床深思和借鉴。

对待患者家属和朋友的方式

(1)应鼓励家属多陪伴患者。在许多情况下,能在最后时刻与患者告别非常重要;(2)需反复告知家属:其他方式都已考虑和(或)尝试,但无效,镇静并不会缩短患者生命;(3)应让其了解什么对患者是幸福的及患者所期望的。

伦理、道德问题考虑

指南表明,镇静治疗决策取决于患者(或其代理人)的意见或患者事先作出的决定。伦理问题不可回避,尤其对于我国国情,更要深刻理会。

成教授认为,参与治疗的临床医生需意识到滥用药物、不慎或不熟练的用药可能导致的潜在危害,以及难治性精神症状使用镇静仍存在争议。