

(上接第23版)

肿瘤患者躯体症状：不应忽视非药物治疗

肿瘤患者躯体症状处理原则为：预期生存期数周及数月以上者需在抗癌治疗同时积极控制躯体症状，在治疗期间注意反复评估。对于临终患者以姑息治疗为主。处理肿瘤患者躯体症状以药物干预为主，但同时不应忽视非药物干预的作用，这一点目前在我国临床往往容易忽视。

针对躯体症状应用非药物干预，建议充分考虑接受人群的特征（包括生理功能、症状特征、体能状态、性别、年龄、地域等）给予相应干预。

指南推荐临床医护人员将非药物治疗方法

纳入躯体症状管理，并开展临床研究。临床医生应将认知行为疗法纳入睡眠障碍及疲劳管理环节，推荐和药物治疗同步实施。推荐将综合护理干预作为常规临床症状管理的基础干预措施。音乐治疗可应用于轻、中度癌痛及术后疼痛的辅助治疗，音乐治疗联合药物可改善患者睡眠质量。

在充分评估患者耐受性的基础上，可推荐存在躯体症状的恶性肿瘤患者适度运动，如居家步行、骑行、瑜伽等，并给予患者相应运动指导。推荐针灸作为癌痛及疲劳的辅助治疗。

肿瘤姑息治疗和临终关怀：姑息镇静治疗大有裨益

濒死和濒死干预

濒死目前无统一定义，多指死亡前数小时至数日（1周~2周）阶段。一项涉及10 752例死亡的恶性肿瘤患者观察性队列研究提示，在生命最后6个月，功能状态（PS）评分逐步下降，疼痛、恶心、焦虑、抑郁评分相对稳定，而呼吸困难、嗜睡、食欲下降、疲劳以及总体健康状况下降却逐步加重，临终前一个月内最为明显，超过1/3患者在生命最后1个月有中-重度评分，研究提示在生命终末阶段针对恶化的症状要加强处理。

MD Anderson 学者进一步研究了3日内死亡患者的临床特征，结果表明：桡动脉搏动消失、下颌抬举样呼吸、陈-施呼吸、尿量减少（<200 ml/d）、喉鸣、外周发绀是3日内死亡高度特异性提示。

在濒死阶段谵妄发生率高达50%~90%，多数为淡漠型谵妄，缺氧、代谢紊乱、药物、脱水是濒死阶段谵妄主要病因。此阶段患者再定向治疗难以奏效，应给予家属/照护者指导和支持，避免患者受伤，尽

量少用约束手段。停止不必要的药物，纠正代谢紊乱，去除不必要管道，必要时阿片药物转换。经前述手段处理失败，可给予药物治疗。顽固性谵妄的患者可以进行姑息镇静治疗。

姑息镇静

姑息镇静是指通过镇静药物降低患者的意识水平，从而缓解常规治疗无效的顽固性症状带来的难以忍受的痛苦。系统性分析表明：濒死阶段的患者多合并存在多个常规治疗难以缓解的顽固症状，约34.4%的患者实施了濒死阶段姑息镇静，激越型谵妄、呼吸困难、疼痛居姑息镇静需求前3位。虽然没有随机对照研究，但目前的证据显示只要掌握好适应证、合理用药，姑息镇静并不会缩短生存期。

指南推荐：（1）濒死患者的痛苦如果经常规治疗无法缓解仍难以忍受，推荐姑息镇静治疗（强烈推荐，低质量证据）；（2）临床医生在使用姑息镇静时应该遵循达到有效的最低剂量原则（强烈推荐，低质量证据）。

肿瘤患者心理干预：促进患者对疾病的适应性应对

肿瘤患者心理干预包括适用于一般临床工作人员的支持性干预以及专业人员从事的心理干预。

临床工作人员可进行支持性心理干预

支持性心理干预是一种间断的或持续进行的治疗性干预，旨在帮助患者处理痛苦情绪，强化自身已存在的优势，促进对自身疾病的适应性应对。

它能在相互尊重与信

任的治疗关系中，帮助患者探索自我，适应体象改变和的角色转换。医护人员通过与患者建立信赖关系，以及对患者病情上的掌握和知识上的权威性更容易为患者提供心理支持。一对一的简单的

支持性干预也能够起到积极的作用。

指南推荐，医护人员在恶性肿瘤患者全病程中都应提供一般性心理支持，包括主动关心患者，了解患者的感受和需要，倾听并给予共情的反

应，同时给予患者信息和知识上的支持，减轻其不确定感，特别是在患者的诊断期，治疗期以及晚期伴有严重躯体症状的时候给予支持性干预尤为重要（强烈推荐，中等质量证据）。

专业心理治疗师可利用多种干预手段

专业的心理治疗师除了能够为患者提供教育性心理干预和支持性心理干预之外，还可以利用其他多种干预方法来帮助恶性肿瘤患者（图1）。

→ 图1 恶性肿瘤常用心理干预方法

个体干预

- ★ 支持治疗
- ★ 认知行为治疗（CBT）
- ★ 认知分析治疗（CAT）
- ★ 正念疗法
- ★ 叙事疗法
- ★ 尊严疗法
- ★ 写作情感宣泄疗法

团体干预

- ★ 支持表达性团体（SEGT）
- ★ 短期结构性心理教育团体
- ★ 意义中心团体
- ★ 夫妻团体

夫妻/家庭干预

- ★ 晚期恶性肿瘤患者的夫妻治疗（聚焦亲密关系和生命意义）
- ★ 性功能障碍的治疗
- ★ 哀伤辅导

乳腺癌患者特定心理社会问题：根据患者实际情况进行个体化治疗

对于乳腺癌患者特定的心理社会问题，指南提出了各项推荐意见（图2）。

中国女性乳腺癌发病率为268.6/10万，是中国女性发病率最高的恶性肿瘤，占女性所有恶性肿瘤病例的15.1%。在亚洲，女性乳腺癌发病年龄峰值在40~50岁，中位年龄为48岁，比西方国家早10年。

乳腺癌患者特定的心理社会问题包括体象痛苦、心理问题以及生育相关的需求问题。

→ 图2 乳腺癌患者特定心理社会问题推荐意见

★ 推荐对乳腺癌患者的心理痛苦（特别是焦虑、抑郁）进行早期筛查，特别是在刚诊断时、诊断后4个月、8个月等，对于筛查出的心理痛苦水平较高的患者给予干预或转诊至肿瘤心理科或精神科（强烈推荐，证据等级中等）；

★ 对于有重度躯体症状，或体能状况差（KPS评分<80分）的患者应注意评估其心理状态（强烈推荐，证据等级中等）；

★ 对于术前对手术类型决策困难的患者，应关注其术后情绪的变化，及时评估其心理状态（强烈推荐，证据等级中等）；

★ 对于乳房缺失的患者，特别是年轻，仍然在工作的患者应给予体象方面的评估，推荐使用乳腺癌患者体象问卷中文版（BIBCQ-C），对于有体象障碍的患者应给予必要的信息支持（义乳、乳房重建）或转诊（肿瘤心理科、精神科、整形外科）（强烈推荐，证据等级低）；

★ 应当关注患者对乳腺癌复发的恐惧，并给予专业上的解释，如果患者恐惧程度强烈，并伴有焦虑，甚至疑病倾向应转诊至肿瘤心理科或精神科（强烈推荐，证据等级高）；

★ 对于年轻乳腺癌患者，在治疗前应了解其是否有生育方面的需求或顾虑，并给予信息方面的支持和指导或转诊至专业的生育机构进行咨询（弱推荐，证据等级低）；

★ 重视患者，特别是年轻患者对于信息的需求，在沟通时能够邀请患者提问。如果因为时间不够不能充分沟通时，也尽量通过书面材料、图片等满足患者对于诊断、检查、治疗、康复等方面的信息需求（强烈推荐，证据等级中等）。