

中国科协举办第310次青年科学家论坛

肿瘤临床痛苦筛查及应答模式呼之欲出

▲ 北京大学肿瘤医院康复科 汪艳



司马雷 教授



褚倩 教授



吴荻 教授



朴瑛 教授

论坛一 癌症相关疼痛的规范化评估及管理流程探讨

执行主席: 中日友好医院司马雷教授

发言嘉宾: 解放军总医院路桂军副主任医师 中国医学科学院附属肿瘤医院杨敏副主任医师
 山东省医学科学院附属肿瘤医院刘彬副主任医师

50%~80% 中晚期癌症患者会经历中重度疼痛的折磨, 司马雷教授介绍, 疼痛管理不足在世界各地都很普遍, 近48% 癌症患者疼痛没有获得合理的管理, 而我国肿瘤临床由于存在多种文化社会因素, 疼痛管理不足尤其明显。常见的疼痛评估量表包括 NRS 评分、神经病理性疼痛 ID pian 评分、LANSS 量表等。

阿片耐药分为原发性耐药和继发性耐药, 国内部分医院可以开展基因检测, 筛查哪些患者容易出现耐药。

焦点讨论: 已开展阿片类药物肝药酶代谢检测的医院, 相关研究屈指可数, 数据不能统一。呼吁能在科协的支持下, 以中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会(CPOS)为平台, 开展全国多中心的相关研究。

路桂军医生从人性化角度解读了癌症患者的疼痛管理, 指出疼痛是一种与实际或潜在组织损伤相关, 包括了感觉、情感、认知和社会成分的痛苦体验。倡议疼痛管理中纳入“总痛”的理念, 从躯体、心理、社会及灵性多角度关注疼痛。

杨敏医生指出, 当患者出现意识障碍, 很多临床医生会紧急处理意识问题, 而把疼痛放到次要位置。实际上, 由于痛觉感知的传导系统没有出现故障, 患者在意识障碍过程中仍会有疼痛的体验, 需要引起临床关注。

对于意识障碍患者的疼痛评估, 由于其无法表达主观感受, 临床面临着严峻的挑战。

NCCN 指南中指出, 对于无法用语言表达的患者, 应通过行为观察及其者照顾的汇报等途径评估患者的痛觉感受。如疼痛行为量表(BPS)、危重症患者疼痛观察工具(CPOT)等。

焦点讨论: 由于研究的局限性, 目前对于意识障碍患者的疼痛评估尚无“金标准”。经与会者讨论得出, 若患者出现意识障碍, 可考虑首先让精神科会诊改善意识问题。谵妄与止痛药物的使用有复杂的联系, 因此多学科疼痛小组能够起到积极的作用。

刘彬医生指出, 约20%的癌痛难以通过单纯的药物治疗得到控制, 而多学科治疗能使患者获

表1 难治性疼痛的药物选择

难治性癌痛	药物治疗
伴骨转移	Nsaid 类
伴失眠焦虑	精神科药物
伴水肿	激素

益, 因此建议对癌痛分段管理。对于易于控制的疼痛, 可由肿瘤内科医生治疗。对于难治性疼痛, 需肿瘤内科联合疼痛科医生, 将镇痛药物与心理治疗相结合(表1)。当药物无效或副作用较大, 疼痛局限或神经根性疼痛时, 可选择介入治疗。

焦点讨论: 难治性疼痛病因复杂, 需要多维度评估, 要有针对性地去解决患者疼痛伴发的问题。

对难治性癌痛的处理, 最体现一个团队的疼痛管理水平, 多学科协作可能是目前的最优途径。

论坛二 癌症常见症状的临床评估及处理流程

执行主席: 华中科技大学同济医学院附属同济医院褚倩教授

发言嘉宾: 解放军总医院黄海力副主任医师
 华中科技大学同济医学院附属同济医院韩娜副主任
 医师和陈阳阳副主任护士
 北京大学肿瘤医院何毅博士

褚倩教授指出, 尚没有一台仪器能够检测出患者的全部问题, 因此临床需要症状评估。目前倡导纳入患者报告结局(PRO), 由患者描述自己的情况, 体现了以患者为中心的医疗理念。推荐使用 MD 安德森癌症中心的症状管理量表(MDASI)中的13条核心症状量表。

MD 安德森已经将该量表电子化, 患者可通过电子设备在家中做评估, 上传至中心系统, 预警系统可以提示医生安排患者下一次的就诊流程。

该体系可应用于临床, 与护士随访相结合。充分调动患者的积极性、改善医患沟通、减少门诊时间, 便于数据整合到临床的 RCT 研究中, 发表高水平的论文。电子设备进行症状评估有利于节约资源, 这是痛苦筛查模式纳入临床的前提。

值得注意的是, 患者会出现多种症状叠加, 因此对筛查出的症状簇进行管理需要多学科协作。统一国内筛查工具并推行电子化筛查设备流程, 便于将所有中国数据纳入一个中心数据库, 顺应大数据时代, 发表代表中国的科研文章。

黄海力医生指出, 老年患者是一个特殊的人群, 并非所有老年患者都不能进行抗肿瘤治疗。因为, 患者的实际年龄并不等同于其生理年龄。

NCCN 指南中, 很多肿瘤的临床研究纳入了老年患者, 然而老年患者合同多重基础疾病, 身体器官逐渐退化, 更需临床医生谨慎权衡利弊。推荐进行老年综合评估(CGA), 从医学、体能、认知、心理和社会状况等多维度对老年患者进行全面评估, 确定治疗目标, 进行针对性干预。

韩娜医生与陈阳阳护士介绍了华中科技大学同济医

学院附属同济医院的症状管理内容, 如疼痛规范化诊疗流程, 乏力、恶心呕吐筛查评估, 恶病质以及终末期症状等。尤其应用 NCCN 推荐的痛苦温度计(DT)以及初步使用加拿大的 DART 筛查工具进行评估的尝试, 并在筛查后给予有效的心理社会支持。

《中国肿瘤心理治疗指南》描述了关于痛苦筛查的细节, 其中并没有指出哪种量表更有优势, 只要得到很好信度和效度的量表, 都可以用以筛查。简单量表有利于在临床推广, 而复杂量表优势则是更加全面, 建议阶梯式筛查, 逐步深入。

何毅医生从精神科医师的角度出发, 提供了肿瘤临床常用精神心理量表的循证医学证据。对于癌症患者负性情绪与预后、生活质量等研究, 医院多使用焦虑抑郁量表(HADS)评估癌症患者焦虑、抑郁的症状。该量表只能描述癌症患者的焦虑抑郁症状, 因此多用于筛查诊断和分类。如需进一步确诊焦虑障碍和抑郁障碍, 需与精神科进行结构性访谈作为金标准。

在随访研究中, 如需研究癌症患者抑郁情绪变化对结局的影响, 常选用患者健康问卷抑郁量表(PHQ-9), 并常选择50%的减分率作为抑郁改善的标准。此外, 在精神心理干预性研究中, 除了上述基础量表之外, 会根据具体的干预方法和结局选择相应的量表。

焦点讨论: 由于国内没有政策的硬性支持, 痛苦筛查纳入临床全凭医生的一腔热血。不仅没有经济支持, 而且非医学专业的心理学学生不能进入临床实习。希望随着大众意识的改变, 国家政策能够更多支持人文的内容。

(下转第23版)



中国科协第310次青年科学家论坛

——肿瘤临床痛苦筛查及应答模式建设

2016.12.2~3

CPOS 肿瘤心理专栏
 Chinese Psychosocial Oncology Society
 主办: 中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会

名誉主编: 季加孚 赵平 刘端祺
 主编: 唐丽丽
 执行主编: 刘巍 王丕琳 吴世凯
 强万敏 刘爱国
 本期轮值主编: 唐丽丽
 编委: 李小梅 王昆 刘晓红 周晓艺