

(上接第22版)



与会专家达成的共识和建议

1

将痛苦筛查纳入临床肿瘤诊疗常规
建议在卫生计生委制定的肿瘤临床诊疗常规细则中,明确纳入痛苦筛查,在三甲肿瘤专科医院评审规则中纳入痛苦筛查。

2

痛苦筛查专业队伍建设
以CPOS为平台,组织专家在全国开展痛苦筛查培训,包括:筛查工具的使用、筛查结果评估、如何进行转诊、初步心理支持干预、专业心理治疗、全国督导师培训等。

3

统一筛查工具及筛查流程
目前NCCN推荐使用的DT可用于初筛或普查,在人员不足的情况下,可根据DT得分所呈现问题进行转诊。若人员充足,尤其有心理治疗师、精神科医师、社工等团队参与,可考虑使用MDASI或者DART系统进行筛查。医疗机构与患方都应拿到筛查结果,医疗机构提供心理支持人员到病房进行联合会诊,或门诊医生根据患者的痛苦评分及痛苦来源进行转诊。

4

建立全国电子化痛苦筛查平台
建议购买国外MDASI或DART软件,与国内软件公司进行合作将上述软件汉化,并纳入NCCN推荐的DT等筛查工具。以CPOS办公场所所在单位为全国痛苦筛查的网络中心,各参与单位购置软件及用于筛查的iPad。各地进行筛查的数据统一汇总的CPOS网络中心,定期发布痛苦筛查现状以及各中心进行痛苦筛查情况汇总。

论坛三 痛苦筛查的临床获益及遇到的问题

执行主席: 吉林大学第一医院吴荻教授

发言嘉宾: 四川省肿瘤医院张玉萍副主任护师

吉林大学第一医院王楠娅、孟莹副主任医师和刘冬雪副主任护师

吴荻教授带领团队(王楠娅、刘冬雪、孟莹医生)分享了吉林大学第一医院中,痛苦筛查的实践情况。吉林已开展对近500例患者的加拿大DART评估。DART评估系统包括:埃德蒙顿症状评估系统、9条目健康问卷抑郁量表、广泛性焦虑障碍量表、社会实际问题量表、ECOG患者活动状况评估,加拿大问题列表、自杀的2步评估。

通过评估可全面掌握患者的症状、心理、社会及精神状况,便于筛查后干预和转诊;有利于加强医患沟通、提高患者满意度、保障患者的身心健康;提高医护人员对癌症患者痛苦的关

不同的筛查参与者,对筛查工具的期望有所差异

01

肿瘤科医生:工具简单、易于学习,操作简便,用时短,筛查结果一目了然,方便解释;

02

肿瘤患者:工具语言清晰易懂又充满温情,不会套取个人隐私,能够得到主管医生的反馈,且不被扣上心理问题的帽子;

03

精神科医生:关注量表的有效性、稳定性,希望筛查全面,也能被广大临床医生接受。

注度,是生物、心理医学模式结合的真正实践。

张玉萍护师介绍,痛苦筛查已在多家医院陆续开展,患者对疼痛筛查的依从性高于痛苦筛查但是心理痛。疼痛的患者在接受阿片类药物的治疗时,

可能会出现与临床工作者关系紧张的情况(如情绪失控,有攻击倾向)。

通过痛苦筛查可使临床医生认识到患者的问题所在,予以及时的心理支持和心理支持,患者获得了更好的症状控制结果。

论坛四 痛苦筛查后心理社会支持的重要意义

执行主席: 沈阳军区总医院朴瑛教授

发言嘉宾: 北京大学医学部官锐园副教授 湖北省肿瘤医院王惠芬副主任护师

沈阳军区总医院丁震宇副主任医师 河北医科大学第四医院洪雷副主任医师

朴瑛教授介绍了支持性心理治疗的理论框架,如情绪理论、理性情绪疗法、心理神经免疫学理论等。心理支持可改善患者的疼痛感觉,提高患者的生活质量,降低临床治疗的不良反应。

沈阳军区总医院开展“五师下临床”,其中就包括心理师。一线的医护人员关注患者的情绪和困扰,遇到对病情认识不足、有家庭矛盾或有抑郁倾向的患者,便邀请心理科治疗。心理师更多选择倾听患者的诉求,帮其解决问题。这是目前该医院实行的一种心理支持的纳入临床的模式。

焦点讨论:在北京大学肿瘤医院,有心理和精神科医师主动深入临床,联络会诊、参与查房,发现患者的心理社会问题及时予以处理。这是一种主动深入临床的、成功的干预模式。

官锐园医生表示,心理症状与不良行为有关,应聚焦于“问题解决”,帮助患者改善负性情绪。唤起和维持患者的求助欲望,开展新的、亲密的、富有建设性的人际关系和情绪,可以在团体中进行

疏泄,同时患者认知得到重建,这些可有效管理疼痛等其他症状。

筛查后,如果患者轻度抑郁,认知行为策略、积极心理支持等会起到作用;如果抑郁症状较重,建议临床医护人员转诊。

王惠芬护师介绍,痛苦管理多学科的最优团队模型包括:医生护士、心理精神、社工、姑息医师、志愿者牧师、健康管理师、临床药师。出院后支持团队包括:家庭、朋友、同事、社区、癌症康复会、互助小组。以CPOS为平台,对各中心的痛苦管理队伍进行循环培训以期同意筛查模式。

丁震宇医生表示,团队心理治疗患者更易接受,其中可加入冥想放松训练、知识讲解等行为干预技术。支持性干预不能治愈疾病,只能缓解某些症状,属于辅助性干预范畴。心理支持不是万能的,但也是不可或缺的。

焦点讨论:目前存在的问题是对患者的实际问题关注不够,类似经济困难的问题难以解决。评价心理支持的主观性很大,缺少客观的评价标准。对于肿瘤患者,可能只有

20%的人需要心理治疗。因此,要建立完善的心理咨询、心理治疗、督导系统,通过筛查可以得出,哪些患者需要健康教育、人文关怀;哪些患者需要专业的心理治疗。

洪雷医生指出,JCO文献显示,肿瘤患者抑郁与疼痛密切相关。多个Meta分析显示,认知行为干预可改善患者的疼痛。临终患者给予尊严治疗可有效减轻痛苦体验、改善抑郁症状。系统回顾显示,情绪管理与患者的生活质量密切相关。

美国整合肿瘤学会于2014年发布了关于综合治疗乳腺癌的首个临床实践指南,包括冥想放松、音乐疗法及其他替代治疗辅助改善患者的生活质量。

《新英格兰医学杂志》有研究提示,早期姑息治疗可延长转移性非小细胞肺癌患者的生存时间,在世界范围内吹响了姑息心理支持的号角。电子时代的来临需要让患者也体验到优越性,患者定期在智能手机客户端自行填写症状,可以给患者更早提供支持,降低影像学检查的频率,节约治疗成本。