

(上接 20 版)

关注厌食的癌症患者

晚期癌症患者常同时出现厌食和恶病质，临床上也统称为癌症厌食恶病质综合征，会严重影响患者的生活质量，甚至缩短患者生存期，也会造成不良的心理社会影响。

在临床上应使用筛查

工具对癌症患者进行厌食症状的筛查，关注患者的体重下降。国际恶病质专家共识建议评估患者的厌食或摄入食物的减少、代谢异常、肌肉质量和力量，以及恶病质对患者

的自尊、自我形象和社会交往。

医护人员应对厌食患者进行连续动态评估，包括厌食对患者心理状态的影响等。对于有抑郁或潜在抑郁的患者，应及早干预。

治疗策略

NCCN 姑息治疗指南中对于厌食患者根据预期生存期的不同，给予不同的治疗指导，推荐早期和多模式干预。常用的非精神科药物有孕激素、糖皮质激素、沙利度胺等，精神科药物米氮平、奥氮平也推荐用于癌症厌食和恶病质。喹硫平有增加体重的作用，临床上也用来改善厌食患者的体重下降，但目前缺乏研究证据。对于进食相关的痛苦，建议患者和家属接受心理治疗、音乐治疗或冥想等心理干预方式。

对癌症患者应进行自杀倾向筛查

国外研究显示癌症患者自杀的危险性是普通人

群的 2 倍。患者的自杀不仅是医疗活动的失败，而

且将导致严重的医患冲突和矛盾。

癌症自杀的危险因素包括

- 1 人口学特征：有研究显示肺癌、结直肠癌患者自杀的高危因素包括男性、诊断癌症时年龄较大，而妇科癌症患者自杀的危险因素包括诊断时年龄较小、分期晚和未行手术治疗；
- 2 重度抑郁是最常见的与自杀关系最为密切的精神障碍；
- 3 控制欠佳的疼痛是自杀的危险因素；
- 4 无望是癌症患者自杀意念和行为的独立危险因素；
- 5 预后差、分期晚的癌症类型自杀风险高；
- 6 癌症患者自杀大多是在癌症确诊后的 1 年内发生，尤其是诊断后的 3 个月内。

防治策略

每个医护人员应能通过访谈对癌症患者进行自杀评估，筛查出自杀意念的高危人群，从而进行三级预防和危机干预。对有自杀意念的患者，要评定自杀动机，预测自杀危险性大小，亲友和医师不必忌讳与有自杀意念的患者直接讨论自杀问题，应坦率交谈与分析，这样会降低自杀的危险性而不会促进自杀。在评定之初，至关重要是建立相互信任的关系与自由交谈的气氛。根据病史和访谈，特别注意是否有抑郁障碍、酒精依赖和人格障碍，重视精神疾病既往史，既往有自杀行为是将来自杀行为的最佳预测因子。

止痛药和心理治疗对癌痛同重

癌症疼痛常为慢性疼痛，如果得不到缓解，会发展为顽固性癌痛。

疼痛是癌症患者尤其是中晚期癌症患者中最常见，也最令患者痛苦的症

状之一。

2016 年疼痛定义更新为“一种与实际或潜在的

前的定义增加了认知和社会成分这两个维度。

因此，癌痛管理应该是多模式的，止痛药物与心理、社会治疗是同样重要的。

治疗策略

药物治疗管理中，除了 WHO 三阶梯镇痛原则外，联合精神科药物通常可以提高阿片类药物的疗效。联合药物具有独立的止痛作用，可以在三阶梯的全部阶梯中使用。常用的联合药物包括抗抑郁药、抗癫痫药、精神兴奋剂、抗精神病药物等。特别是抗抑郁药已经作为一线用药来处理神经病理性疼痛。

很多心理治疗技术可用于癌痛管理，包括意向性想象、认知分离与认知关注、渐进性放松、生物反馈以及音乐治疗等。治疗目标为指导患者体验控制疼痛的感受。

双管齐下防治预期性恶心呕吐

预期性恶心呕吐（ANV），是化疗引起恶心呕吐的一种特殊类型，通常患者已经历≥2 个周期化疗，在下次化疗药物使用前即开始发生的恶心呕吐，其特点是会被一些与化疗相关的环境因素诱发，例如闻到医院的味

道，看到装有化疗药物的治疗车等。

严重的呕吐不但可导致患者厌食，水、电解质、酸碱平衡失调，免疫力降低，还可造成病人精神极度紧张、焦虑，使患者对治疗产生恐惧，降低其依从性。ANV 的形成与条

件反射的建立密切相关，且受到化疗药致吐性、化疗次数等治疗因素和年龄、性别、焦虑情绪等心理社会因素的影响。一旦发生 ANV，常规的镇吐治疗，例如 5-HT₃ 受体拮抗剂昂丹司琼几乎起不到缓解作用。

治疗策略

精神科药物和心理治疗却能够有效地预防和缓解预期性恶心呕吐。苯二氮革类药物劳拉西泮、阿普唑仑，丁酰苯类抗精神病药氟哌啶醇，非典型抗精神病药物奥氮平以及抗抑郁药物米氮平都可用于 ANV 的预防和治疗。

心理治疗，特别是行为疗法（如渐进性肌肉放松训练、系统脱敏）能有效减轻 ANV。此外，催眠、生物反馈、引导性想象疗法、音乐治疗也是常用的治疗 ANV 的心理治疗方法。



癌症相关疲乏的精神科管理

癌症相关的疲乏（CRF）是肿瘤患者在患病及治疗期间常见的症状之一，但临床工作中对于该症状的认识和重视不足，且目前尚无得到充分肯定的治疗手段。然而多部指南指出对其进行综合的管理，临床获益明显。

NCCN 将疲乏定义为：一种痛苦而持续的主

观感受，为肿瘤本身或抗肿瘤治疗所致的躯体、情感和 / 或认知上的疲乏或耗竭感，且与近期的活动量不符，并影响患者的日常功能。与健康人出现的疲乏相比，肿瘤相关疲乏表现更加严重，带来的痛苦更加深刻，且通过常规的休息和睡眠并不能得到有效缓解。

筛查和综合评估是及

时发现 CRF 的重要环节，NCCN 推荐使用 0~10 分的筛查工具，得分 1~3 分轻度，4~6 分中度，7~10 分重度。如患者存在中度以上疲乏，积极评估相关因素：如贫血、化疗、营养不良、进展期疾病、疼痛、躯体功能减弱、伴随情感痛苦、失眠、焦虑抑郁、及其他系统功能下降等。

治疗策略

虽然针对 CRF 尚无特殊的治疗方法，以下患者自我管理措施以及评估获益基础上给予的非药物治疗和药物治疗可予考虑。患者自我管理：日常活动区分主次；调整日常活动的节奏，记活动日记；在精力最旺盛时安排活动；每天午休时间 <1 h；转移注意力：游戏、音乐、阅读、社交活动；辅助工具：浴后穿浴袍代替毛巾擦干、助步车等。专业人员的干预措施见下表。

专业人员的干预措施：

非药物治疗：

- （1）体能锻炼：瑜伽、游泳、散步（存在骨转移、血小板下降、贫血、发热、感染等情况者需慎重）；
- （2）心理干预：认知行为、心理教育等；
- （3）其他干预：白光照射治疗。

药物治疗：

- （1）治疗原则：治疗原发疾病；针对伴发症状的治疗，包括疼痛、情绪障碍、贫血、营养不良等。
- （2）治疗药物：中枢兴奋剂（哌甲酯、莫达非尼）；抗抑郁药（安非他酮）；类固醇激素（泼尼松、地塞米松）。