



胡建莉教授专访

疲乏是最不可忽视的主观感受

扫一扫
关联阅读全文

医师报讯（融媒体记者 秦苗）“老张被诊断为晚期胰腺癌后，就开始接受化疗。在第四个周期化疗之前，效果都不错，再加上他乐观积极的性格，面对最凶险的癌症时，一点都没有怵。但是，最近老张有些反常，白天常常喊累，站起来就喘气，严重时走路都困难，只能终日躺在床上，休息也无法缓解，眼看他日渐消瘦，整个人的情绪也变得郁郁寡欢，急坏了家属。入院后经过一系列影像学 and 血常规检查发现长在老张胰腺和肝脏的肿块并没有进展，反而缩小了。同时血常规、肝肾功能都正常，仅有轻微的贫血，这究竟是什么原因导致的呢？”

华中科技大学同济医学院附属协和医院胡建莉教授是老张的主治医师，在经过仔细筛查、评估、诊断等一系列操作后，确诊老张为典型的癌症相关性疲乏。（以下：疲乏）胡教授指出，癌痛、贫血、发热等癌症相关症状因其表现明显或易于测量，一直以来备受医患重视，而疲乏因其为患者的主观感受，不像其他症状那样易于发现，常常被忽视。



胡建莉教授

一个常常被遗忘的“困”境

肿瘤患者出现的症状都可大致分为主观感受和客观症状。客观症状可以通过病史采集、体格检查、实验室数据等检查结果一目了然，临床医生更关注客观存在的症状，患者同样也

更关注肿瘤是否缩小，是否有进展。而肿瘤患者的主观感受却常常隐藏在不为人知的地方。对于患者来讲，肿瘤带来各种痛苦的感受很多，例如厌食、恶心、呕吐、疲乏等，这些主观感受会严

重影响患者的日常生活，甚至是疾病的治疗。其中最常见且又隐秘的主观感受就是疲乏。

据统计，恶性肿瘤患者的疲乏发生率高达76%，若配合其他治疗方式，疲乏

的发病率会进一步增高，甚至高达100%。其中54%伴有恶心呕吐，23%有抑郁症状，20%感到疼痛。所以胡教授指出，疲乏不是一个孤立的症状，大多数情况下与其他症状合并存在。

重视疲乏才能实现全方位照护

胡教授指出，疲乏不像癌痛、贫血等存在可参考的国内指南或共识，并形成规范化的诊疗模式。目前，运动干预对控制疲乏的效果有充分的证据。近年来，许多临床试验评价了运动对疲乏的作用。建议癌症患者根据自身的情况保持运动，如早期患者每周4 d以上、每次30 min以上的中等强度活动。

运动形式包括患者居家自行运动和在专业人员引导下的有氧运动、阻抗训练、瑜伽等。其次，疲乏的心理治疗可采取多种联合方式，如调动患者的社会支持力量，解答患者的疑问，重建认知力和放松意念，改变不良生活习惯等都有助于改善疲乏。心理疗法还可通过改善患者的疼痛、焦虑、抑郁、

睡眠，进而减轻疲乏症状。

谈到未来，胡教授告诉记者，我们应该加大对疲乏的关注力度，加强从基础实验向临床应用过渡的转化性研究，开展大规模前瞻性随机对照临床试验，不仅对抗疲乏患者躯体的疲惫感，更应在患者社会、精神、心理等方面给予足够的重视。

不该把疲乏当做患者忍耐的下限

胡教授告诉记者，在临床工作中，由于各种原因，疲乏的筛查常常无法系统、有效地进行。例如，患者担心报告的疲乏程度高，会导致医生把治疗重心转移，从而影响到正常的抗癌治疗。还有患者不想被认为是抱怨而不谈疲乏。由此，有些医生不清楚患者疲乏的情况，误以为疲乏是小受众的现象，

而忽视这个在肿瘤患者中广泛存在的情况。

另一方面，由于疲乏的诊断主要是由患者的主观感受而定的，是由患者自己评价自身的症状及体征，不同疲乏患者症状的程度和表现均不相同，且疲乏并无明确的实验室指标或检查来协助诊断，因此目前对于疲乏的确诊较为困难。

胡教授指出，在国际

疾病分类标准第10版诊断的基础上，往往需要参考量表来协助诊断，判断患者疲乏的程度和影响的维度。国外目前对该领域展开了较为系统的研究，并已有许多成熟的量表用于疲乏的评估，我国学者已借鉴了很多国外的测评工具，近年来逐步研发出适合我国国情的疲乏评价量表，并应用于临床实践。

目前用于疲乏评估的

量表主要分成两类：单维度量表和多维度量表。由于疲劳本身就是多维度的主观体验，所以更适宜使用多维度量表。它既可以评估疲乏的持续时间、程度、性质，还可以评估疲乏对认知、情感、行为等各个方面的影响。胡教授指出，很多量表问题较多，答卷时间较长，可能会引起患者情绪的波动，从而影响评估效果。

肿瘤症状管理
专栏编委会

名誉主编：

吴孟超 孙燕 廖美琳
管忠震 于金明

主 编：秦叔逵 王杰军

副主编：

张 力 李萍萍 潘宏铭
黄 诚 梁 军 于世英
罗素霞 正元胶囊
Zhengyuan Jiaonang

专家视角



谢广伦教授

近日，吴孟达、赵英俊两名艺人因肝癌去世的消息刷屏。作为一名肿瘤医生，尤其是从事姑息治疗与安宁疗护的医生，我还关注另一个问题：达叔走的时候，是否和赵英俊一样，走的安详？

有消息透露，吴孟达最后几天每4 h打一次止痛药，赵英俊在创作时是吃着止痛药才完成创作的。肿瘤患者带瘤生存期间，尤其是临终期间生存质量尤其重要。

安宁疗护三点核心

安宁疗护又称临终关怀或缓和医疗，是姑息治疗的重要组成部分，它不同于常规的医学治疗，而是生命尽头的医疗支持。简言之，就是在患者的最后阶段，以人为本，通过医生、护士、志愿者、心灵关怀师等服务团队，与患者和家属一起努力，让患者少受罪，活的有尊严，走的安详。

安宁疗护有三条核心原则：第一，尊重生命的同时也要承认死亡是一种正常过程；第二，既不加速也不延后死亡；第三，提供解除临终痛苦和不适的办法。由此可以看出，安宁疗护并不是放弃治疗，更不是“安乐死”，而是在生命的最后阶段，不追求治愈性的治疗，

而是以人为本，重视患者相关症状的处理，关注患者的主观感受和舒适度，让患者活的时候“安乐活”，走的时候不痛苦。毫无疑问，吴孟达和赵英俊之所以能够走的安详，安宁疗护服务应该是从中起到了重要作用。赵英俊在最后阶段，入住于北京清华长庚医院疼痛科，科主任路桂军教授，是我国安宁疗护倡导者和具体实践者之一。

但遗憾的是，不是所有的临终患者，都能够像吴孟达和赵英俊一样，享受到安宁疗护带来的益处。2015年，在对全球80个国家和地区“死亡质量指数”的调查排名中，安宁疗护的发源地英国排名第一，而中国则排名倒数：第71位。也就是说，在中国大陆去世的人，

绝大部分走的并不安详，而是在痛苦和不安中去世。这，实在让人尴尬。

安宁疗护三个问题

第一，观念问题。首先，“好死不如赖活着”这句口头禅反映了绝大部分国人的生死观。国人大多注重生命的长度，而完全忽视了生命的质量，因此，愿意无论付出多大代价，无论是生活质量多么差，哪怕只能延续几天没有意义的生命，他们也会投入巨大代价。有数据统计，中国人一生中在健康方面的投入，60%~80%都花在了离世前一个月的疾病治疗上。肿瘤患者的“生命不息，化疗不止”就是这种观念的具体体现。

殊不知，这些过度治

疗因为对身体的害处，不但可能会让患者走得更痛苦，花费更高，而且有可能去世得更快。而安宁疗护不但提高生活质量，花费更少，反而因为生活质量提高，身体状况和免疫力有一定恢复，反而活的更久。与此同时，“喜谈生，拒谈死”则是老百姓的另一个常见观念。

第二，经济问题。国内的大部分医院，由于病房紧张，在收治常规患者的情况下，医院可以达到收支平衡，正常运营。而如果收治安宁疗护患者，由于住院时间长，护理要求高，医护压力大，但安宁疗护相关护理和治疗费用并不高，最终结果却和医院的儿科一样，医护人员干活多，拿钱少，医护人员

不满意，医院从经济考核和单位生存考虑，也不愿意预留更多病床。因此，从事安宁疗护的医院、医护人员以及相关专业技术人员不但数量少，而且水平参差不齐。

第三、地区差异巨大。

目前，随着国家对安宁疗护政策的支持，北京、上海等发达地区，以及安宁疗护试点单位的省市级地区，安宁疗护发展迅速，但经济不发达地区，尤其是非试点单位，由于经济、政策以及理念的落后，对安宁疗护的认识远远不到位，这也大大限制了安宁疗护的进一步发展。

关联
阅读全文