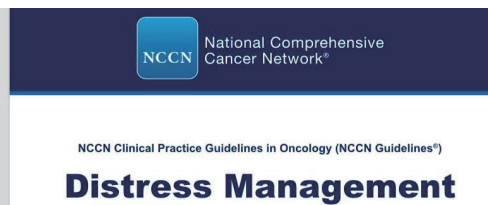




《NCCN 痛苦管理指南(2021)》解读 探索适合中国肿瘤患者的痛苦管理模式

▲北京大学肿瘤医院康复科 唐丽丽 苏中格 庞英 汪艳 何双智

美国国家综合癌症网络(NCCN)肿瘤临床实践指南是肿瘤临床工作中藉以参考的重要指南之一,其中的痛苦管理指南极具特色,充分体现了肿瘤临床照护中的人文关怀。该指南编写委员会由多学科专家组成,包括内科医生、肿瘤科医生、护理人员、精神心理专业人员、支持治疗人员(缓和医疗医生、疼痛管理专家、牧师)、社会工作者和病人权利倡导者。该指南自2003年首次发布以来,为世界各国致力于缓解癌症患者痛苦的临床实践者提供了详细的指导原则和实践技能。



新指南首先对“痛苦”的基本概念进行讲解,并介绍痛苦管理的标准。指南中痛苦(Distress)被定义为一种多因素的,不愉快的体验,包括心理的(例如认知的、行为的、情绪的),社会的,灵性的,和(或)躯体的特征,可能会影响患者有效应对癌症、症状及其治疗的能力。“痛苦”这个词,比起“精神”(Psychiatric)“心理社会”(Psychosocial)和“情绪”(Emotional)更容易被人接受,能够减少患者的病耻感,这个词听起来更正常,不会让患者觉得太尴尬,而且患者可以用自我报告的方式来定义和评估自己的痛苦。

指南整体分为两大部分,第一部分主要以流程图组的方式直观展现了对恶性肿瘤患者痛苦管理的评估,诊断,治疗及随访的全流程。具体包含评估和治疗过程的概况、管理可能出现的痛苦症状、心理痛苦温度计及问题列表、心理社会痛苦患者的特征、心理/精神科治疗指南、社工及灵性关怀服务指南、如何将心理社会干预纳入到肿瘤临床常规诊疗等主体框架。指南涉及的心理/精神疾病包含了神经认知障碍(如痴呆、谵妄)、抑郁障碍、双相及相关障碍、精神分裂症



唐丽丽 教授

谱系和其他精神病性障碍、焦虑障碍、创伤和应激源相关障碍(如,适应障碍、强迫及相关障碍)、物质相关和成瘾性障碍和人格障碍。

第二部分主要讨论围绕痛苦管理相关内容的详细流程,对每部分的实施细节进行更具体的讲解,并对更新内容进行了解读。主要内容包括成年肿瘤患者的心理社会问题,痛苦管理照护与执行标准,肿瘤患者的痛苦筛查工具,另外讨论了肿瘤专科医生的初步痛苦筛查和精神专科团队对痛苦管理的具体干预措施,包括心理治疗干预、药物干预、运动/综合疗法。指南在最后还讨论了社工及灵性关怀服务以及肿瘤专科医生的职业倦怠问题。

关联阅读全文
扫一扫

要点

NCCN 痛苦管理临床实践

指南为心理社会肿瘤学临床实践提供了循证医学的指导,对促进心理社会肿瘤学标准化临床服务模式的建立具有重要意义,也推动了心理社会肿瘤学在中国的实施与发展。新指南内容突出了对癌症患者痛苦的综合管理。指南特别推荐使用心理痛苦温度计及问题列表对患者进行痛苦筛查,强调了对患者痛苦的身、心、社、灵全面评估,对治疗结果的监测,以及适时的再评估和随访。

该指南对我国癌症患者的痛苦管理也具有指导意义,但未来还需要在国际指南的基础上进一步开展高质量的临床研究,探索适用于我国肿瘤临床的痛苦管理模式。

预期心理痛苦症状的管理

与前一版NCCN痛苦管理指南相比,新版指南在“管理可能出现的痛苦症状”流程图组的干预部分对以下两点进行了更新:

第一,修订支持小组和(或)个体心理咨询,增加“循证干预部分”。以意义为中心的团体心理

治疗方法已被证明可以减轻晚期癌症患者的心理痛苦。尊严疗法、表达性写作、利他互联网支持小组等团体治疗方法在改善患者焦虑、抑郁等情绪方面的效果不一,证据质量不佳,需进一步证实。

第二,加入“正念”

治疗。多项强有力的证据表明,基于正念的干预可以改善癌症患者的焦虑、抑郁和压力,这种效果可持续6个月之久。正念减压疗法(MBSR)可以减少患者的心理痛苦,但效果持续时间较短,需要进一步证实。

增加患者痛苦风险因素

增加患者痛苦的风险因素,包括精神障碍或物质滥用史,抑郁/自杀未遂史,创伤和(或)虐待史(身体、性、情绪、语言),认知障碍,沟通障碍、严重的共病,社会事件,灵性/宗教问题,难以控制的症状,与抑郁

风险相关的癌症类别(如胰腺癌,头颈部癌症)。较前一版指南更新的是社会事件因素,在这个因素中增加了三个患者痛苦风险的因素:社会隔绝,性健康和生育问题,以及歧视(如种族、性别)。这些痛苦会导致患

者治疗依从性下降,如果肿瘤团队未能识别和治疗患者的痛苦,可能会导致患者难以做出治疗决定,可能会额外多次去办公室/诊室找医生或去急诊就诊,这会花费更多的时间,给肿瘤团队带来更大的压力。

抑郁障碍

抑郁障碍在癌症患者中是比较常见的。一项2141例患者的横向研究显示,患抑郁障碍或双相障碍的4周患病率为6.5%。如果癌症患者的抑郁障碍不加以控制,最终可能会发展为自杀行为。美国的研究发现,癌症患者的自杀比例是普通人群的两倍。

2021年最新的痛苦管理指南中建议使用痛苦温

度计(Distress Thermometer, DT)筛查肿瘤患者的痛苦,但是针对肿瘤患者的抑郁障碍筛查,专家组认为抑郁筛查量表-2(Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2)或抑郁筛查量表-9(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)优于DT,并建议使用。

新指南更新了患者评估后的治疗部分。在判定患

者对自己或他人没有威胁的情况下,治疗加入了“优先管理导致抑郁症状的躯体症状”。另外,原有的“考虑线上或电话医疗资源”在最新的指南中被移除。移除的原因不排除在原有指南中只有一条文献支持线上或远程治疗,侧面说明了NCCN指南对于推荐意见的归纳更为严谨。

物质相关和成瘾障碍

物质滥用和成瘾在那些没有阿片类药物、酒精、烟草、大麻、咖啡因或其他补充剂或处方药物的滥用或成瘾史的癌症患者中非常罕见。在治疗过程中出现的物质使用障碍可能是由于症状管理的不足。

新指南在降低风险策略中,明确提到了“可以考虑为这些患者提供药物治疗、

药物辅助治疗和纳洛酮。如果对治疗没有反应或部分反应,那么推荐转到强化门诊或住院治疗。可以对那些没有动力戒除/减少使用的患者进行简短的动机访谈,直到他们准备去做。”对于中毒患者的急性管理,增加了“应安排备用交通工具回家”,体现了对患者的心理社会关怀。

