

借

舒缓治疗与 症状控制手册

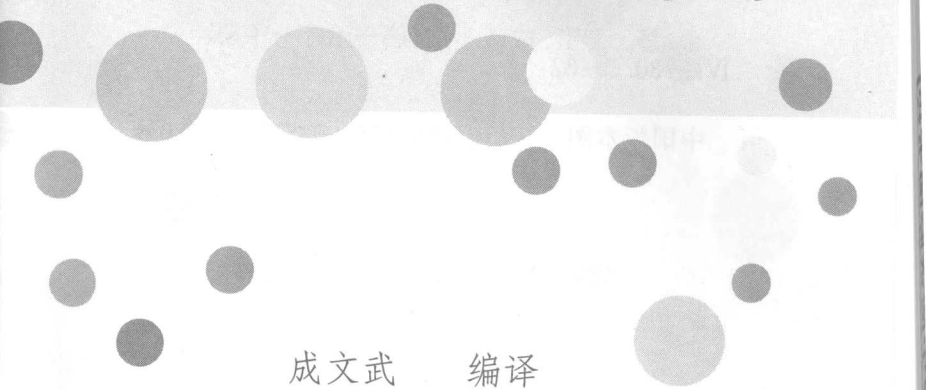
Shuhuanzhiliao yu
zhengzhuang
kongzhishouce

成文武 编译



上海科学技术文献出版社

舒缓治疗与症状控制手册



成文武 编译

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

舒缓治疗与症状控制手册 / 成文武编译. —上海:
上海科学技术文献出版社, 2005. 7

ISBN 7-5439-2634-2

I. 舒... II. 成... III. 癌—治疗—手册
IV. R730.5—62

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第061680号

责任编辑: 储文瑞

封面设计: 通 文

舒缓治疗与症状控制手册

成文武 编译

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市武康路2号 邮政编码200031)

全国新华书店经销

江苏常熟人民印刷厂印刷

*

开本787×1092 1/32 印张4.75 字数119 000

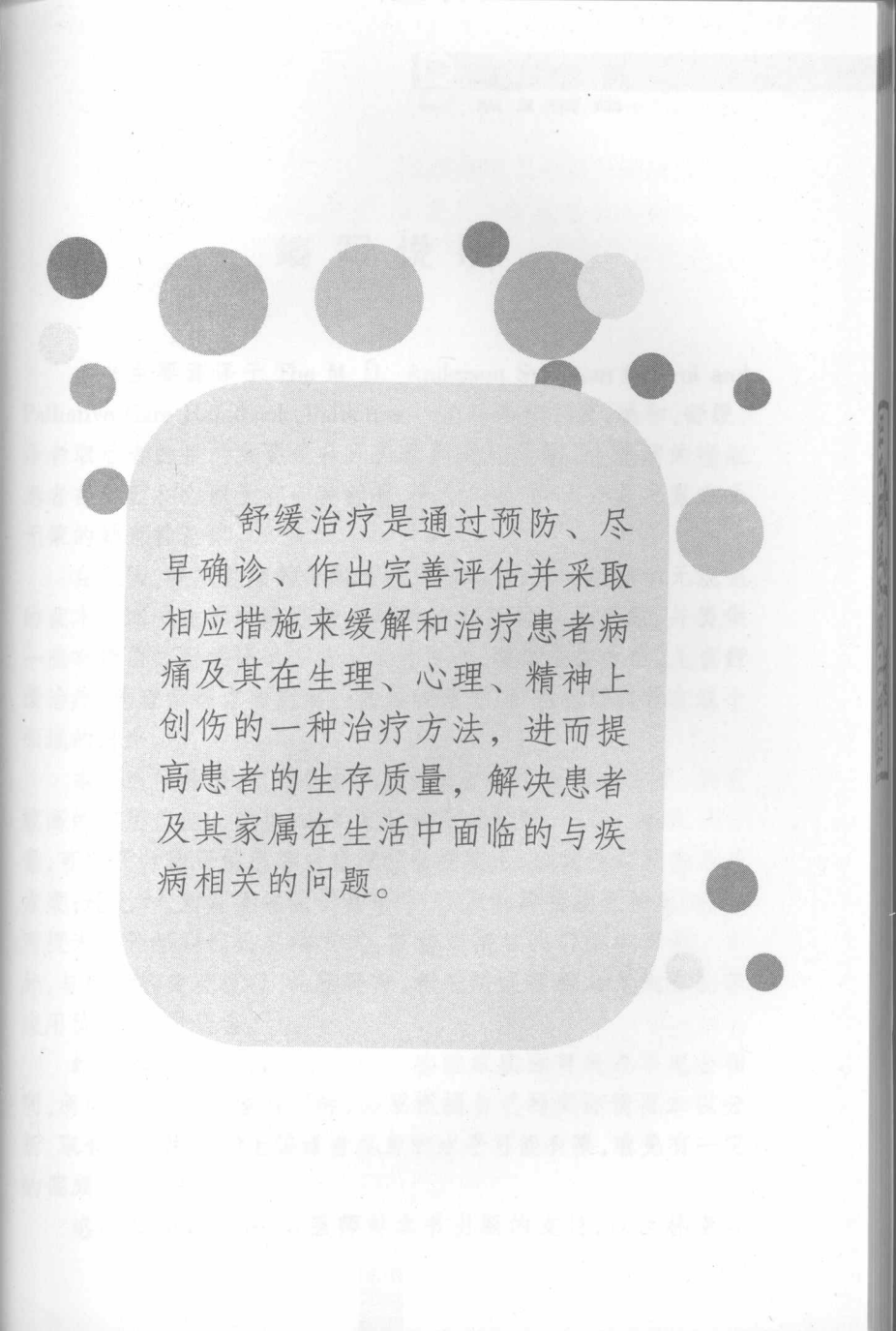
2005年7月第1版 2005年7月第1次印刷

印数: 1—6 000

ISBN 7-5439-2634-2 / R·736

定价: 11.00元

<http://www.sstlp.com>



舒缓治疗是通过预防、尽早确诊、作出完善评估并采取相应措施来缓解和治疗患者病痛及其在生理、心理、精神上创伤的一种治疗方法，进而提高患者的生存质量，解决患者及其家属在生活中面临的与疾病相关的问题。



编写说明

本书主要源译于 The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook, Palliative 一词可译作姑息、缓和、舒缓,译者取后者的目的主要是从人性化的角度考虑,让晚期的癌症患者在生理和心理上有一种舒适、缓和的境界,而不是感觉束手无策的姑息性治疗。

在我国,晚期肿瘤的舒缓治疗只是刚刚起步,目前尚无规范的蓝本。本书主要对晚期肿瘤的一些临床症状做介绍,并提供一些有价值的科学评估方法与治疗方法,特别是在疼痛、儿童舒缓治疗、伦理学等方面提供一些新的理念,扩展我们目前在这个领域的思路。

本书通俗易懂,可供医护人员、患者及广大读者使用,具有较高的实用价值。比如,其对症状的评估判断,以 0~10 刻度分量,可以及时地了解患者对症状控制的情况,以保持或调整治疗方案;还比如,对疼痛的认识和治疗,以及麻醉药物之间的转换,可极大地开拓我们的思维方式,帮助和指导我们临床用药。另外,与患者的交流技巧、症状评分、相关法规等都具有颇高临床应用价值,值得借鉴。

然而,国外的东西与中国的一些临床实际可能并不完全相同,所以在学习、借鉴的同时,必须根据自己的实际情况加以分析、取舍与应用。加上编译者本身的水平可能有限,难免有一定的偏颇,还请谅解。

感谢 Edurado Bruera 医师对本书出版的支持,以及林幸玖



先生在翻译过程中给予的帮助。

愿这本书能造福广大患者,使他们少一份痛苦,多一份舒适,也是编者编写本书的初衷。

编 者

前言

全世界每年有上千万人罹患癌症,其中半数以上是晚期癌症,他们经受病魔的折磨,遭遇肉体 and 精神的痛苦。舒缓治疗最早在欧洲开始实行,本着减轻、舒缓患者及其家属身心创伤痛苦之目的,让千百万临终患者安详地度过余生,取得了整个医学界和全世界的广泛认可。

之后,由于其人性化的特点,该治疗迅速传入美洲。M. D. Anderson Cancer Center 是目前全球最大的癌症治疗中心,5年前成立了舒缓治疗康复科,开始接受和开展这项治疗,以使更多的患者减轻痛苦。经过几年的临床实践和理论的探索,总结出了一系列的治疗经验,包括症状控制、医学伦理、临终关怀以及相关的法律法规,撰写了《舒缓治疗和症状控制手册》,详尽地介绍了这方面的知识,为晚期肿瘤治疗提供了有益的医学指南。

在我国,随着肿瘤患者的逐年增加,同样存在晚期肿瘤和终末期患者等诸多问题,并也开始意识到需要开展舒缓治疗和症状控制来减轻患者及其家属的痛苦,该手册可作为极好的范本和借鉴,因此作者把它翻译过来并重新编写,结合我国特有的中医中药治疗,以期发展和完善我国的舒缓治疗,造福于广大患者。

本书虽然主要源译于国外的经验,但经译者做了一定的修改,使其更简便实用,并增加了中医中药学方面的内容,使之更符合中国的国情。

海纳百川,希望本书有他山之石之功。

编者

原著致谢

本书是由Larry Driver医师与Eduardo Bruera医师所编的《舒缓治疗手册》第一版改编而成，而本书第一版源自Jose Pereira医师和Eduardo Bruera医师所编的The Edmonton Aid to Palliative Care，感谢所有参与编辑及撰稿的同事。

原著致读者

医学知识在不断地更新，当新的知识到来时，我们有必要改变一些治疗观念、手术方式或设备及药物的使用方法。本书所提供的信息，包括事实陈述的正确性、治疗的适用性、药物的正确剂量以及常见的不良反应和后遗症，均有据可查。对于内容中的错误或疏忽，作者、编者和发行单位不负法律上的责任。请尊重本书的著作权。在用药物治疗时，读者应阅读药物所附的说明书以了解适应证、推荐剂量以及其他安全有效的注意事项，特别是该种药物与其他药物合并使用时所需注意的事项。另外，读者必须注意药物的使用是否合法或符合临床标准。

原 序

每年有 100 多万的美国人患癌症,且超过一半的患者会因患癌症而死亡。临床医师与肿瘤专家目前面临如何治愈癌症的挑战。美国德州大学 M. D. Anderson 癌症中心正通过癌症研究来领导世界“让癌症成为历史”。由世界各地来到癌症中心求诊的患者都抱着能治愈的希望。许多患者承受着影响预定治疗计划的身心不适,有一部分患者会因疾病或相关治疗造成的并发症而死亡。舒缓治疗康复科的建立正是帮助患者及家属在患者病程中减轻不适,改善生活质量。

2001 年,美国国家科学院医学部建议将舒缓治疗纳入癌症治疗的整体计划中。2002 年,美国临床肿瘤协会开始以舒缓治疗的理念来治疗癌症患者。

M. D. Anderson 癌症中心的舒缓治疗和康复部门正通过临床治疗、科学研究和教育等手段对癌症患者的严重不适加以评估和处置。舒缓治疗康复科的目的是增进与癌症中心其他科室以及和世界各地肿瘤治疗团队合作,以给予患者最佳的症状控制和舒缓治疗。舒缓治疗康复科包括门诊、院内会诊以及有急剧生理与心理不适的急性症状或由其他科室转来的患者的住院治疗。

我们很高兴能看到 M. D. Anderson 的《症状控制和舒缓治疗手册》第二版的发行,此手册能提供读者临床常见问题简明、实用的处理策略,以提高舒缓治疗的水准。这些咨询、评估工具及治疗建议在理论依据上能促进读者尽早拟定治疗计划。



本书并非是最详尽的资料,但应该是临床治疗患者时简单易用的工具书,更全面的治疗模式将在实践中完善。

编者: Ahmed Elsayem

Larry Driver

Eduardo Bruera



目 录

原序	1
第一章 疼痛简介	1
第二章 疼痛与其他症状的评估	6
第三章 疼痛的处理	12
第四章 慢性恶心与呕吐	35
第五章 便秘	42
第六章 食欲不振与恶病质	47
第七章 谵妄	52
第八章 疲乏	59
第九章 呼吸困难	63
第十章 水化	69
第十一章 高血钙症	74
第十二章 抑郁	78
第十三章 焦虑	84
第十四章 小儿舒缓治疗	89
第十五章 舒缓治疗的药物交叉反应	94
第十六章 放射治疗	100
第十七章 医学伦理	106
第十八章 告知真相	110
第十九章 临终关怀	118
第二十章 肿瘤的中医治疗	122

附录 评估工具.....	133
附录 1 症状控制和症状评估表(ASAS)	133
附录 2 精神状态评估表(MMSE)	134
附录 3 CAGE 问卷	136
附录 4 生活功能自理性测评(FIM)	137



第一章 疼痛简介

无论是正在积极治疗的患者或者是晚期肿瘤患者,疼痛是常见的症状之一。癌性疼痛往往会因疾病的自然过程或同时伴有生理或心理问题(如严重的疾病、癌症晚期、临终状态)而难以控制。

疼痛的定义

国际疼痛研究学会把疼痛定义为“一种伴随组织确实或潜在的受伤或破坏的不愉快感觉及情绪”。疼痛的强度依组织受伤的程度、疾病的严重度以及对情绪的影响程度不同而不同。疼痛的第二层含义是“痛苦”。因此,疼痛是一种主观感受,它表示一个人因痛的有害刺激造成由感觉神经传入的一种痛苦的反应。主观的疼痛定义是:疼痛是感受者认为存在就存在,认为是什么样就什么样。但这种定义太过于简单了,其可能忽视了躯体化作用以及对不良刺激的适应性。

处理疼痛的难点

虽然 90% 以上的疼痛可利用简单的药物有效地控制,但我们经常对疼痛的处置不够理想,造成至少有 25% 的患者在临终时仍有疼痛。疼痛治疗不够理想的原因有以下几点:



1. 对疼痛的评估不足。
2. 对疼痛及其治疗的认识不足。
3. 担心止痛药物造成的不良反应。
4. 患者和医师对疼痛和麻醉药物持有的看法、恐惧和误解。
5. 因麻醉药的耐药性问题以及成瘾性问题而被误导。
6. 疼痛治疗服务未被接受或利用。
7. 政府相关法律不够完善。

这些缺陷对增进疼痛的有效治疗产生多方面的影响,好在医学界肯定它的需要,而且人们也希望能改善对疼痛的处置,许多医学院正重新修订课程,以改进有关疼痛评估、治疗方式的选择(吗啡类止痛剂及其他辅助性止痛剂)、药物不良反应方面等医学教育。有许多组织如美国癌症学会正致力于促使癌症患者能了解疼痛及其治疗。康复联合会正在制订严格的规定来要求医院提供患者适当的疼痛治疗。法规如联邦药物管制法令及德州疼痛法令应放宽医师的权限。三张复写格式的处方在德州已经开始实行。

除了以上这些方式来消除障碍,促使疼痛治疗更方便,医德伦理上的基本责任要求每位治疗癌症患者的医师能熟练地评估和处置疼痛以及处理其伴随症状和不良反应。

疼痛的影响力

晚期肿瘤患者的重度疼痛对患者的生理和心理有着负面影响,并可能使原本已经难于控制的病情变得更糟。疼痛与其他症状如食欲不振、恶心、便秘、谵妄、呼吸困难、抑郁、焦虑、失眠相互作用,结果可能使问题更复杂。患者的生活功能



受到影响,自理能力受到威胁,自我尊严受到挑战,患者及家属可能会认为疼痛的加剧是死亡临近的前兆。所以医师应该安慰患者并尽一切力量来使疼痛与其他症状达到最佳控制状态。

疼痛的原因

癌症患者的疼痛可能是单一的或多因素造成的。

因肿瘤而引起

1. 肿瘤侵犯至邻近器官、组织、神经、骨骼或血管。
2. 肿瘤诱导物质(如白细胞介素、激肽)造成的炎症反应。

因治疗而引起

1. 手术后疼痛症候群(如:开胸术后、乳房切除术后、截肢术后)。
2. 化疗后疼痛(如:多发性神经病变、骨骼坏死、黏膜炎)。
3. 放射治疗后疼痛(如:神经纤维化、髓质病变、骨骼坏死、黏膜炎)。

非生理性疼痛

精神性疼痛,心理创伤。

非癌性疼痛

是与肿瘤无关的疼痛(如:肌筋膜、肌肉骨骼问题)。

大多数患者至少有一种疼痛是直接因癌症而引起的,晚期肿瘤患者大多有两种或两种类型以上的疼痛。一般而言,78%的晚期肿瘤患者会发生与肿瘤浸润有关的疼痛,有19%的患者会发生与治疗相关的疼痛,3%的患者疼痛与癌症或其治疗无关。

疼痛的类型

疼痛可根据发作时间的长短分急性和慢性,或依病理机制和特性分伤害感受性和神经病变性。晚期肿瘤患者常会发生慢性、持续性的疼痛并间有突发性疼痛。患者可能因为某些特殊的原因,如手术或其他治疗而发生急性疼痛。某些患者的突发性疼痛无规则可循,游走性间歇性疼痛是很难处理的。

癌症疼痛的主要机制可分为伤害感受性疼痛(包括躯体和脏器疼痛)和神经病变性疼痛。最近多国研究报告显示,72%的癌症患者有躯体性疼痛,35%有脏器性疼痛,40%有神经性疼痛。疼痛的分类可帮助我们了解其病理机制以促进有效的治疗。

伤害感受性疼痛

由伤害性感受器受到刺激后沿脊髓丘脑途径传递信号而产生疼痛。

躯体性疼痛:(包括皮肤、骨骼、肌肉、血管和黏膜)

(1) 持续的忽强忽弱疼痛,或间断性疼痛。

(2) 像叮咬的痛,有时是痉挛性痛。

(3) 局部性的疼痛。

脏器性疼痛:

(1) 持续的忽强忽弱疼痛。

(2) 钝痛、压痛、绞痛。

(3) 界限不易区分,可能是移动性疼痛。

神经病变性疼痛

由于中枢神经系统或周围神经系统受到压迫、浸润、破坏或功能障碍而产生的疼痛(但很多组织病理学机制仍不明)。