

癌症姑息治疗



世界卫生组织



人民卫生出版社

世界卫生组织
欧洲地区办事处

癌症姑息治疗

王 依 群 译
陆 如 山 审校

人 民 卫 生 出 版 社

ISBN 92 890 1059 2

© 世界卫生组织 1989

根据《全世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品，并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较，已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏，专利产品第一个字母均用大写字母，以示区别。

本书所提出的观点是编著者的观点，并不一定代表和说明WHO的决议和政策。

以WHO咨询会议（利兹，1987年2月10～11日）的建议为基础的一份政策性说明

癌症姑息治疗

王 依 群 译

人民卫生出版社出版

（北京市崇文区天坛西里10号）

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 1 $\frac{1}{2}$ 印张 27千字

1991年4月第1版 1991年4月第1版第1次印刷

印数：00 001—2 000

ISBN 7-117-01567-5/R·1568 定价：1.00元

序 言

尽管癌症治疗方面的新进展提高了治愈率，延长了生存期，但大多数癌症患者还是需要姑息治疗。而姑息治疗又是一个全球性的，被忽视的公共卫生问题。

有效地控制疼痛和症状是WHO癌症控制规划重点工作之一。WHO有关缓解癌症疼痛的指导方针正在一些国家中应用。WHO也在努力说服各国政府应当把姑息治疗列入国家卫生政策和癌症规划。

WHO欧洲地区办事处于1987年在英国利兹市召开了一次多学科咨询会议。与会者包括癌症流行病学，公共卫生学家，社区医学专家，在癌症姑息治疗方面有丰富经验的两名医生以及癌症医院的主管护理人员。^{*}他们应能够：

- 指导医护人员如何最好地满足晚期癌症患者生理和心理的需求；
- 建议卫生当局和管理人员制定长期的支持服务计划；
- 要考虑到医疗卫生工作者，尤其是初级卫生保健医生，社区护士和社会工作者在姑息治疗方面的继续教育问题。

本政策性说明是根据与会人员的建议而产生的。希望每一位关心不可治愈癌症患者的人从阅读本书中受益。

Lajos Döbrössy

WHO 欧洲地区办事处

负责癌症工作的地区官员

^{*} T. D. Bates, L. Döbrössy (Secretary), I. D. G. Richards (Chairman), J. Stjernswärd, R. Tiffany, R. Twycross(Rapporteur) and J. Waterhouse.

目 录

序言	
引言	1
1. 适用范围	3
2. 总体战略	6
3. 癌症姑息治疗	8
3.1 定义	8
3.2 症状控制	9
3.3 患者的心理护理	13
3.4 对家庭和亲友的支持	14
3.5 工作人员的支持	15
3.6 适当的治疗	16
4. 教育和培训	18
4.1 专业卫生工作者	18
4.2 群众	20
5. 组织	22
5.1 卫生服务部门	22
5.2 家庭	27
5.3 交流	27
6. 制定服务计划	28
7. 质量控制	30
8. 结论和建议	31
8.1 结论	31
8.2 建议	31
参考文献	33
其他读物	36

引 言

癌症是工业化国家和发展中国家成年人三大死因之一，全球的发病率和死亡率都有升高，估计主要是由于人口平均年龄增高，烟草使用增多以及其他主要卫生问题得到较好控制的结果⁽¹⁾。

为了在抗癌方面取得更大的进步，WHO 提倡要协调地开展国家癌症政策和规划中的各项工作。癌症控制规划的内容有：控制接触增加癌症危险的因素，尤其是吸烟；公共教育问题；筛选规划；包括康复治疗，姑息治疗，缓解疼痛治疗的设施；癌症登记；临床，流行病学和基础的研究；以及评价工作^(2,3)。

过去的 25 年中，尽管在某些类型癌症的治疗方面取得了进展，但大多数癌症病人仍然未能治愈⁽⁴⁾。幸运的是，虽然许多会员国还很少在临床上应用这些知识，而姑息治疗已经得到了很大的发展。影响进行有益姑息治疗的主要障碍似乎是：

- 许多从事癌症方面工作的卫生人员对姑息治疗持否定态度；
- 对有关控制疼痛和症状的可能因素缺乏认识；
- 对卫生保健人员，特别是对医生和护士进行有关姑息治疗的教育很不够；

一姑息治疗研究和开发的资金不足。

因此，WHO 有关癌症姑息治疗的目标可归纳如下：

- 一要为会员国卫生当局提供有关癌症流行情况的预测报告，以促进长期计划的实施；
- 一要注意姑息治疗与其他医疗保健相比在资源分配方面的严重不平衡；
- 一要对资源分配负责人以及如何提供以生活质量为重点的姑息治疗系统的服务计划进行指导；
- 一探讨现有姑息治疗技术在所有会员国的实施办法。

1. 适用范围

大多数国家的癌症患者数目在增加。在欧洲地区，癌症成为各国第二位最常见的死亡原因；它与相当高的并且常常持续很久的发病率有关。在许多国家死于恶性变疾病的人数占总死亡人数的20%以上，而且比例在不断上升^[1,5]。其原因可能有两方面：

一人口在老化，而且老年人癌症发病率较高；

一几个主要部位的癌症发病率本身也在升高。

通过对不同国家中不同部位癌症的死亡趋势调查，可以估计这些因素产生多大的影响。利用存储在WHO死亡率数据库中的有关死亡率的统计数字，同时与WHO一起进行了两项相关的研究^[6,7]。这些研究与许多国家获得的，逐个发病部位的经验作了比较，预测了到2000年可能出现的死亡率的模式。为此使用了联合国计算出的人口预测。通过所谓分解分析人口统计技术^[7]，能够将老化的影响与其他因素的影响，如发病率本身变化的影响区分开来。

下面举例说明从这些研究所得到的数据。表1显示了1980~2000年间各种恶性变疾病可能发生的变化。在4个国家中年龄老化有明显的影响。在日本和法国“其他”因素对女性没有影响，所以就法国而言，女性死亡总数稍有降低。

因癌症致死的两个主要发病部位是支气管和胃。支气管

癌和胃癌的预后都很差，但两者的发生倾向不同；支气管癌普遍有所增加，女性尤为明显，而胃癌却在不断地减少。另一个常见的原发部位是大肠（结肠和直肠），肠癌的预后要好得多。在英格兰和威尔士，男性和女性的大肠部位统计学直方图均显示男性的发病率相对地稍有上升，而女性的发病率则下降。在这两种情况下，老龄化的作用呈正相关性，而疾病发生方面的变化则呈负相关性。对妇女来说老化的作用不明显，这是因为老年妇女人数的增加估计要少于男子。

表 1 1980~2000 年间 4 个国家癌症死亡百分比的变化
(取整数)

国家	男性	女性
英格兰和威尔士	+ 20	+ 12
法国	+ 40	- 6
日本	+ 80	+ 40
美国	+ 50	+ 30

对很多国家来讲，乳腺癌仍然是女性最重要的原位肿瘤。它有一个相对长的预后时期。英格兰和威尔士的资料表明死亡率在上升（当地乳腺癌居女性癌症总死亡的第五位）。在日本（当地乳腺癌比较少见）1960~1980 年间，死亡人数增加了一倍多，由于老龄化和疾病发生方面的变化，类似情况很可能在今后 20 年中再次出现。其他大多数国家的资料说明乳腺癌的发生率大概以每年略多于 1% 的速度少量而持续地上升。这样，在 50 年期间，乳腺癌发病总数可增加 70%。

与乳腺癌相反，宫颈癌的死亡比例下降。在英格兰和威尔士以及美国，疾病本身造成的死亡率的下降明显抵消了老龄

化升高死亡率的作用。然而，这两个国家之间有明显的差异，值得进一步更详细地调查。在日本，这两种影响起相反的作用，而且或多或少相互抵消，因此死亡总数几乎不变。

这里所说明的到2000年癌症死亡可能发生的某些变化列举了各国、各病变部位广泛而复杂的变化模式的分析实例。很明显，各病变部位之间的变化情况不一致。根据不同的预后，这一事实就很有意义。其次，由于这是从WHO得到的一份资料，所讨论的问题基本上局限于死亡率的分析。可以设想，从原发部位、性别、年龄和国家各个层次的大量新的病例中将会得出更有用的分析结果。如果这些数据与同类的存活率结合计算，就可以得到流行病学资料。遗憾的是，发生率和存活率数据不象死亡率数据那样容易得到。然而，从死亡率资料计算中得到的预期变化的情况已足以准确用来确定一些计划目标，包括确定姑息治疗服务的需求。

2. 总体战略

癌症的病变类型多种多样，而且预后范围也相当广泛。支气管癌治愈者极少，平均寿命只有几个月。大多数支气管癌患者从确诊时起就作为姑息治疗的对象。这与乳腺癌截然不同，尽管乳腺癌病人治愈者不超过 20%，但其预后估计以若干年计算，有时达 25 年或者更多^[8]。因此多数乳腺癌患者最初以治愈为治疗目的。大多数患者迟早都要接受姑息治疗，这种治疗常需经过数年时间。

在英国，约有新近确诊的所有癌症患者的 50% 接受可治愈的疗法^[9]。为了取得成功，常常必须积极采用手术，放疗和/或化疗。这种治疗方法适用于 3 种情况：

- 可能治愈时；
- 具有值得延长生命的切实可能性；
- 临床试用某项新的、可能有效的治疗方法。

放弃可治愈疗法，而采取姑息治疗是很重要的决定。可治愈疗法对那些确实需要姑息治疗的患者不太有利。再者，最初采用可治愈疗法的患者，大约有 60% 的人会复发。一旦发生这种情况，他们也可以作为姑息治疗的对象（图 1）。

即使在癌症晚期，放疗、化疗和手术在癌症姑息治疗中也都起到了重要的作用。上述疗法在应用时要加以改进，并使患者治疗后明显出现利大于弊的情况^[10,11]。

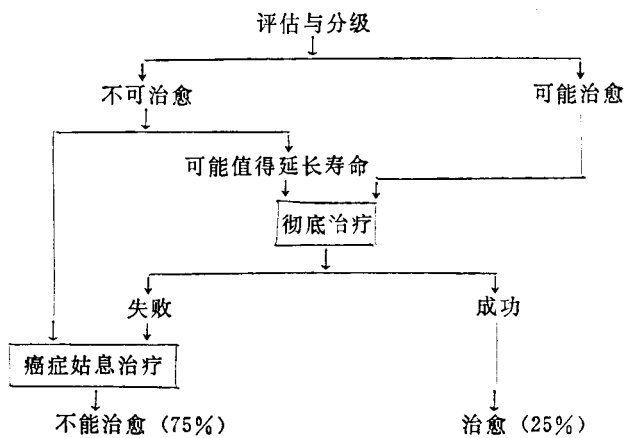


图1 癌症患者的管理战略

3. 癌症姑息治疗

3.1 定义

姑息一词从拉丁语 *pallium*，即覆盖物或掩盖物派生而来。因此，姑息是下列情况的一种治疗方式：

- 认识到治愈或长期控制是不可能的；
- 关心的是生活质量而不是生命的长短；
- 用治疗掩盖那些难治而又痛苦的症状，治疗的主要目的或者唯一目的是要尽可能使病人得到最大的安慰。

癌症姑息治疗的目的可以用康复一词来概括，那就是帮助患者达到和维持其机体，情感，精神，职业和社会行为能力的最佳状态，而疾病的发展使这一目标受限。

然而，许多保健工作者尚未认识到晚期癌症有姑息性康复的可能。这是因为缺乏一定的经验，而且对癌症没有采取积极的态度。例如，人们很容易忘记，尽管胰腺癌在确诊之后，其患者的平均寿命不足 6 个月，但却有一半患者实际生存时间较长，有些人则更长。在乳腺癌，当发现继发瘤之后，仍有许多人存活 5 年以上。此外，不适症状自行缓解明显改善

无论如何，只要重视以下各种问题，便可充分认识姑息治疗的目的：

- 一为患者减轻疼痛和其他不适症状；
- 一从心理和精神上关心患者；
- 一要有一个支持系统来帮助患者在面临死亡的时候尽可能保持生活的勇气；
- 一要有一个支援系统在亲人患病和病故期间来支持患者的家庭。

尽管患者在机体上不能最终复原，他们仍有能力从事很多活动和独立生活，家属没有必要常常去限制他们的行动。然而，当患者一旦了解全部可能出现的病情时，控制不适症状和耐心鼓励就显得很重要了。

3.2 症状控制

极晚期癌症患者表现出各种各样的症状（表2）。要达到最大限度地安慰病人或缓解症状，就必须有明确的对策。关于患者最常见不适症状的最新治疗的详细指导已经问世，它类似于WHO的《缓解癌症疼痛》准则^[12]，即将由WHO出版。与此同时，我们要牢记以下几个重要问题。

1. 要有明确的医疗负责人以确保控制症状的良好效果。应当鼓励患者到几个不同的专家门诊去就医。原则上，一个医疗组应当协调，指导和说明各种医疗问题。此外，患者和家属都必须知道，在紧急情况下去找谁。

2. 治疗前必须要进行评估。在癌症患者，症状不一定是由恶性变过程所致。导致各种症状的因素有：

- 一癌症本身
- 一治疗
- 一不活动和长期卧床
- 一并发第二种疾病

上述因素是否与疼痛有关很容易证明^[3]，这也同样适用于其他大多数症状。

表 2 1975~1984 年间，在圣·克里斯托弗济贫院中近 7000 名住院患者的常见症状和不适原因

症状	百分比
体重减轻	77
疼痛	71
厌食	67
呼吸困难	51
咳嗽	50
便秘	47
衰弱	47
恶心或呕吐	40
水肿，腹水或胸腔积液	31
失眠	29
失禁或导管插入术	23
吞咽困难	23
褥疮	19
出血	14
瞌睡	10
麻痹	8
黄疸	6
结肠造瘘	5
腹泻	4
瘰	1

文献摘自：英国、伦敦、圣·克里斯托弗济贫院年度报告：入院和出院详细情况

3. 一种症状可以由多种因素引起。当某些症状可由几种因素造成时，必须确定有关的因素，然后设法去纠正那些可逆的因素。这样，虽然原来的病理机制仍未改变，而某些症状却常常在不能完全缓解的情况下得到明显的改善。

4. 在很大程度上，治疗方法以原有的病理机制为基础。即使在确诊为癌症的时候，一种症状也可以由各种不同的机制产生，治疗也就因人而异。

5. 将医生对每一症状起因的解释作为最初的治疗。这种方法大大减轻了患者对症状的心理压力。如果不进行解释，则患者会继续认为他们的病情神秘不解。患者甚至还会认为医生将束手无策，并为此而感到恐惧。

6. 卫生工作者应当经常和患者讨论治疗方案，应当让学生参与决定最近的治疗方案。在讨论有关治疗时受到轻视最能伤害一个人的自尊心了。医务人员忽视患者，不重视他或她的治疗是有害的。

7. 与病人亲属交谈，可以有机会取得家属的合作和进一步完善症状控制计划。这一点对住在家里的患者尤为重要。如果要主动帮助患者，那么在患者同意的情况下，他们的家属应当了解整个病情。但重要的是不要让家属“取而代之”。一旦有可能，必须满足患者的愿望。

8. 对疼痛和许多其他症状的治疗都不应仅限于用药。例如，恶心常常由食物气味的大量散发或经久不散，见到某些食物或见到盛满食物的盘子而引起。医院的病房要进行调整，以避免食物的气味。在家里，要由其他人来代替患者烹饪。

9. 在用药物治疗某种顽固症状时，医务人员应当在预防的基础上常规给药。现在已经逐渐采纳了有关止痛药使用以

及疼痛处理的一些根本性建议。尚未充分掌握止吐药和缓泻剂的应用方法。“按需”给药代替了常规给药仍然是使很多症状不能缓解的原因。

10. 治疗应当越简单越好。每当考虑增加用药时，就应当考虑下列四个问题：

- 治疗的目的是什么？如何对它进行监测？
- 药物副作用的危险性是什么？或者药物间的相互影响有哪些？
- 患者是否会停用他或她正在使用的一种或多种制剂？
- 是否可用一种药代替经常服用的任何两种药，或者准备开成处方的药物？

11. 在遇到似乎难以处理的情况时，医护人员则应当向同事请教。如果医务人员护理晚期癌症病人经验不足，或者以前从未遇到某种特殊症状时，更应强调这一点。许多患者由于不知道如何才能更好地控制症状，只能忍受着不必要的恶心、呕吐和便秘。另一方面，如果症状缓解不明显，则改变患者的生活方式就可能成为工作的重点。

12. 不论患者还是医疗人员都不应当丧失希望。希望是人们期望达到某一目标的起点。因此，只要患者还继续追求某一目标，希望才能持续，而不必去考虑治愈与否或生存时间问题。在生命就将结束时，这一目标仅仅是为了解除痛苦或平静死去。因此，保证尽最大努力来缓解不适症状，消除患者疑虑很重要。最好是逐步进行，而不要极力想达到立即的全面缓解。把总目标分成若干小目标，从而使患者和医疗人员更有可能抱有某种希望^[13]。

13. 精心的药物治疗监测实属重要。精确的指导是得到患者最佳合作的必要条件。告诉患者用药时想服多少服多