

安宁缓和医疗 症状处理 手册

宁晓红 曲璇 主编



中国协和医科大学出版社

安宁缓和医疗症状处理手册

主 编 宁晓红 曲 璇

副主编 刘容吉 葛 楠

马 克 秦新艳



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

安宁缓和医疗症状处理手册/宁晓红, 曲璇主编. —北京:
中国协和医科大学出版社, 2017. 12

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0944 - 1

I. ①安… II. ①宁… ②曲… III. ①临终关怀学 - 手册 IV. ①R48 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 261125 号

安宁缓和医疗症状处理手册

主 编: 宁晓红 曲 璇

责任编辑: 顾良军

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260431)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京玺诚印务有限公司

开 本: 787 × 1092 1/32 开

印 张: 3.75

字 数: 93 千字

版 次: 2017 年 12 月第 1 版

印 次: 2017 年 12 月第 1 次印刷

定 价: 25.00 元

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0944 - 1

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

安宁缓和医疗症状处理手册

主 编 宁晓红 曲 璇

副主编 刘容吉 葛 楠 马 克 秦新艳

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 克 昆明市第三人民医院

宁晓红 北京协和医院老年医学科

曲 璇 北京协和医院老年医学科

朱鸣雷 北京协和医院老年医学科

刘荣吉 北京协和医院药剂科

孙建琴 复旦大学附属华东医院营养科

李 玲 郑州市第九人民医院

李冬云 北京中医药大学东直门医院

李思远 四川大学华西医院

吴晓明 中国医学科学院肿瘤医院

陈 曦 美国爱荷华大学口腔医学院

陈怀红 浙江大学附属第二医院老年科

陈洛婷 中央音乐学院

郭欣颖 北京协和医院老年医学科

秦新艳 北京和睦家医院

高 磊 北京医院康复科

崔 英 北京芳香乐府英国 CIBTAC 国际认证芳疗师

葛 楠 北京协和医院老年医学科

舒德芬 四川大学华西医院

董碧蓉 四川大学华西医院

谢 华 复旦大学附属华东医院营养科

序

医者，无法为有限的生命多延长一些日子，却能在有限的日子中，多增添一些微笑的美好。当疾病无法治愈时，不代表没有照护的可能。缓和医疗（palliative medicine）就是一种组合医疗：它结合各种专科服务，聚焦于减轻症状的严重程度，既非不作为而提早中止生命，更不是违背自然强行拖延生命进展。实践表明，缓和医疗可有效地提升病人的生活质量。

症状处理是缓和医疗的重要基石。随着体弱与疾病进展，病人会出现许多诸如疼痛、呼吸不畅、失眠、水肿、恶心呕吐、排便不畅等生理上的问题，这些生理上的问题可能又会引起心理精神上的抑郁、焦虑等症状，也会引发照顾家属的压力和负担。本书聚焦于患者的症状处理，可谓切中肯綮。

本书内容是本世纪每一位医疗工作人员都应具备的，因为解除身体上的不适是每个人基本的追求、也是医学发展的最初目标。书中结构性和简练的方式介绍常见的症状与急症处理，能够帮助每一位患者在有限的日子中，尽力缓解痛苦，让患者与家属多增添一些微笑的生命。

赖允亮 教授医师

亚太安宁缓和医学学会（APHN）前理事长、现任理事

台湾安宁缓和医学会创会理事长

台湾首座安宁疗护教育示范中心创始主任

马偕医学院教授

目 录

第一章 缓和医疗总论	(1)
一、缓和医疗的定义与原则	(1)
二、缓和医疗的发展历史及国际国内现状	(2)
三、缓和医疗的具体实施:团队的方式与服务模式 ...	(3)
四、缓和医疗的具体内容	(3)
第二章 生命末期	(5)
第一节 预后	(5)
一、预后的作用	(5)
二、预后的要素	(5)
三、预后的判断方式	(6)
四、精算预后的评估模式	(6)
五、安宁疗护准入评估	(14)
第二节 终末期的处理	(16)
一、定义	(16)
二、识别	(16)
三、提醒启动	(18)
四、沟通	(18)
五、文件的准备和签署	(19)
六、相关重要的医疗护理原则告知	(19)
七、居家缓和医疗/安宁疗护	(19)
八、特殊情况的应对原则	(20)
第三章 缓和医疗症状控制	(21)
第一节 缓和医疗症状控制原则	(21)
第二节 疼痛	(22)
一、评估	(22)

二、疼痛病理生理学机制分类	(23)
三、治疗	(23)
第三节 呼吸困难	(34)
一、评估	(34)
二、治疗	(35)
第四节 咳嗽	(38)
一、评估	(38)
二、治疗	(39)
第五节 疲劳	(42)
一、评估	(42)
二、治疗	(43)
第六节 恶心呕吐	(45)
一、评估	(45)
二、恶心呕吐发生机制	(46)
三、治疗	(47)
第七节 厌食	(51)
一、评估	(51)
二、治疗	(52)
第八节 腹胀	(54)
一、评估	(54)
二、腹胀的治疗	(55)
第九节 便秘	(56)
一、评估	(56)
二、便秘的处理	(57)
三、粪嵌塞的处理	(59)
第十节 呃逆	(61)
一、评估	(61)
二、治疗	(61)
第十一节 谵妄	(64)
一、评估	(64)
二、临床表现	(65)

三、治疗	(65)
第十二节 睡眠障碍 (失眠)	(67)
一、评估	(67)
二、治疗	(68)
第十三节 抑郁	(70)
一、评估	(70)
二、常见表现	(70)
三、治疗	(70)
第十四节 焦虑	(73)
一、评估	(73)
二、常见表现	(73)
三、治疗	(73)
第十五节 发热	(75)
一、评估	(76)
二、治疗	(77)
第十六节 淋巴水肿	(77)
一、评估	(78)
二、干预	(78)
第十七节 皮肤问题	(79)
一、皮肤瘙痒症	(79)
二、压疮	(80)
三、下肢溃疡	(81)
第十八节 营养问题	(82)
一、筛查和评估	(83)
二、缓和医疗中给予营养支持的决策	(83)
三、营养支持方法	(83)
四、营养支持输注方法	(84)
五、营养支持并发症处理	(85)
第十九节 临终患者的口腔问题及处理	(86)
一、概述	(86)
二、生命期有限患者常见的口腔问题及评估 ...	(86)

附：口腔问题的其他治疗	(96)
第二十章 急症	(97)
一、高钙血症	(97)
二、出血	(98)
三、临终躁动	(99)
附录	(101)
安宁疗护中心基本标准	(101)
安宁疗护中心管理规范	(103)
参考文献	(107)

第一章 缓和医疗总论

在缓和医疗（palliative care）的理念迅速进入医务人员及民众的视野并被接受的时候，我们非常开心于“好的理念”被接受，但同时体会到被帮助者需要的是让他们减少痛苦的“真招”。因此，我们需要先从理论上掌握缓和医疗的实质性内容，这是我们付诸实践帮助别人的第一步。

一、缓和医疗的定义与原则

1. 定义

缓和医疗是指通过镇痛、控制各种症状，减轻精神、心理、灵性痛苦等多种手段，帮助终末期病人及其家属获得最好的生存质量，给予那些生存期有限的患者及其家人全面的综合治疗和照护。

缓和医疗是以减轻痛苦、追求临终的安详与尊严为目的的学科，是一门医学专业技术与人文相结合的学科。实施缓和医疗应该成为医生的基本技能。

2. 几个重要的原则：

- （1）以患者为中心；
- （2）关注患者的舒适和尊严；
- （3）不再以治疗疾病为焦点；
- （4）接受不可避免的死亡；
- （5）不加速也不延缓死亡。

3. 缓和医疗与临终关怀的区别

临终关怀指接近生命终点的那段时间的照顾，一般是指临终前6个月的照料。而缓和医疗的时间起点是当我们意识到患者的生命期是有限的时刻。后者的时间跨度更长。可见，临终关怀是缓和医疗的服务内容的一部分，二者并无本质区别。当然，在不同的医疗环境下划分和处理的内容和方式会有差别。

二、缓和医疗的发展历史及国际国内现状

1. 发展简史

自 16 世纪开始, 宗教人士开设了照顾病人和将死之人的场所。1905 年在伦敦开设了圣约瑟安宁院 (St. Joseph's Hospice), 成为缓和医疗发展的萌芽。1935 ~ 1990 年关于死亡和哀伤的心理社会学方面的研究有了迅猛发展。1967 年, 桑德斯 (Saunders) 在伦敦建立了圣克里斯托弗 (St. Christopher) 临终关怀院, 标志着现代缓和医疗的开始。之后, 缓和医疗在英国迅速发展, 1974 年美国也开始了这方面的工作。20 世纪 80 年代缓和医疗在整个美国发展, 并向亚洲扩展。1990 ~ 2000 年在全球 40 个国家都有缓和医疗的发展, 其中也包括不发达国家。最终, 世界卫生组织确立了缓和医疗的绝对重要地位, 并称其为“优先事项”。

2. 国际现状

2015 年 10 月, 《经济学人》智库发布了《2015 年度死亡质量指数》报告, 比较全面地反映了目前国际上缓和医疗的发展情况。“死亡质量指数”是衡量缓和医疗供应质量的指标, 聚焦于成人的缓和医疗的质量和供应情况, 由 20 项定性和定量指标的得分构成, 满分为 100 分。这些指标涵盖五大类别: ①缓和医疗环境 (权重 20%); ②人力资源 (权重 20%); ③医疗护理的可负担程度 (权重 20%); ④护理质量 (权重 30%); ⑤公众参与 (权重 10%)。

在 2015 年对全球 80 个国家和地区“死亡质量指数”的调查排名中, 英国位居全球第一, 中国大陆地区排名第 71, 中国台湾第 6, 中国香港第 22。

3. 国内情况

缓和医疗在中国大陆的普及一直很缓慢, 治愈性治疗方法占医疗战略的主导地位。中国大陆在 80 个国家的综合排名中位列第 71 位, 缓和医疗的需求量很大, 但供应非常有限且质量不高。

1987 年大陆地区逐渐重视临终关怀的理念, 并在天津成立临终关怀研究所。1990 年, 我国将 WHO 癌症三阶梯镇痛方案向全国推广, 医务界开始逐渐接触缓和医疗 (姑息治疗) 的理念。但真正意义的缓和医疗并没有很好的发

展机会。这些年一些城市开始了局部地区的尝试：例如，昆明第三人民医院的关怀科、成都华西医科大学第四附属医院姑息关怀科、上海复旦大学附属肿瘤医院姑息治疗科、大连市中心医院关爱病房、沈阳盛京医院宁养病房，北京德胜社区卫生服务中心关爱病房、郑州第九医院的姑息治疗暨宁养关爱病区等。由于这些缓和医疗机构并没有相应卫生政策的支持，患者仍然按照急性病保险的原则在处理，因此科室的持续运营以及患者所接受的缓和医疗的内容都受到很大的影响。

三、缓和医疗的具体实施：团队的方式与服务模式

缓和医学将尽可能维持患者和家人的生活质量作为目标，而影响生活质量的因素（包括文化背景、宗教信仰、生活经历、社会经济地位、社会支持、身体状况、疾病程度、治疗方案、心理预期等方面）远远超出了医生、护士等所能提供和完成的服务。因此，跨专业团队合作是实施缓和治疗的必要条件。缓和医学的跨专业团队的组成人员可以包括：医生、护理人员、营养师、康复理疗师、心理科医师、志愿者、社工、音乐治疗师、芳香治疗师、宗教人士（神职人员/灵性照顾者）等。

缓和医疗在哪里做？这一度成为困扰很多医生的问题。实际上，从定义上理解的话，只要能够帮助患者和家属，任何地点都可以！可以是病房，也可以在门诊、急诊、社区、家庭，甚至是ICU。

四、缓和医疗的具体内容

缓和医疗通过控制症状、沟通等手段，对患者的身体、心理、社会和灵性的痛苦给予照顾，从而实现帮助终末期患者的目的。

1. 症状控制

控制患者痛苦症状是帮助患者的第一步。每个个体的痛苦症状可能不同：疼痛、乏力、恶病质、恶心、呕吐、便秘、呼吸困难、焦虑抑郁等等。主动发现并积极给予控制是一切的基础。这一点要牢牢记住。本书讲解的就是症状控制的具体方法。

2. 沟通

面对生命期有限患者的“生死大事”，要沟通的内容实在是太多。沟通不及时、内容不详尽都可能会导致患者及其家属比较强烈的情绪反应。

我们不仅需要就治疗现况、治疗计划、未来预期发展和费用沟通，还需要针对帮助患者家属接受患者生命有限、即将离世的事实、家属需要做的具体事情、临终最佳照顾地点等话题进行沟通；尤其是对家庭内部意见不一致的，还需要协助家人完成共同决策的过程。

沟通是一项可以学习的技能。我们需要从理论到演练再到实践，然后从实践中再找到难点进行演练。只有经过不断反复的练习和实践，才能学习到经得起临床考验的沟通技能。这部分内容将在另一本书中详细讨论。

3. 心理、社会、灵性支持

缓和医疗体现的是全人照顾的核心理念。其实，医学本应该做到的是全人照顾，各个医学专科学科都不例外。但在照顾生命期有限的患者时“全人”的视角就显得尤其重要。这里的全人，指的是除了我们最常关注的患者的“躯体”症状之外，患者的心理（如焦虑等）和社会（如经济、与家人及朋友的关系等）、灵性等一切能够影响其自我感受的环节都应该予以关注，因为所有这些都会影响其生活质量，或者说整体感受。

对于心理和社会两个方面我们还是熟悉的，并且也曾经关注和处理过；在缓和医疗的领域，这种关注的力度还要大大地加强。

关于灵性（spirit），我们了解的就非常有限。但对于这些患者，这个问题持续存在。灵性问题处理得好不好，直接关系到患者是否能够达到“善终”，本书篇幅有限，不能详细介绍。请关注其他相关书目中的内容。

第二章 生命末期

第一节 预 后

预后（prognosis）是指医生对患者疾病的未来进程尤其是生存期的评估。

判断预后是从事肿瘤和缓和医疗的工作人员应该掌握的技能。较准确地判断患者的生存期对患者及家人都具有重要意义。

一、预后的作用

1. 生存期是患者和家属非常关心的问题，可指导患者和家属对治疗方案、未来生活做出选择和计划。

2. 预测生存期是安宁疗护准入的基础，也是欧美等国家制定安宁疗护政策的依据。

3. 用于告知医疗和非医疗的决定

（1）在疾病早期 预后帮助医生和患者衡量给予治疗（例如：辅助化疗）可能的益处。

（2）在疾病进展期 预后可能引发从最初的治愈性治疗到初期缓和医疗的转换，并由此引发一连串的临床和个人的决策改变。

4. 预后分类也许也能成为缓和医疗的通用语言 正如肿瘤学中 TNM 分期可以区别肿瘤的不同时期一样。

二、预后的要素

1. 预后的规划

2. 预后信息的有效沟通

两者同等重要，预后内容不准确不可能达成好的沟通，而如果告知患者没有达到预期的效果也不可能是一个准确的预后。

3. 要强调的是，医生有义务告知预后信息，患者及家

属也有权拒绝接受这些信息。

4. 在谈论生存期时，应避免提到具体的时间点，而应告知一个时间范围。

三、预后的判断方式

1. 主观预后

(1) 生存期临床预测 (clinical prediction of survival)，是临床医生主观判断的预后。

(2) 评估较为灵活，但受制于认知偏差的影响而不可避免地降低了准确性。

(3) 大量的研究显示医生对身患绝症的患者的预后实际上偏向于乐观。一项研究显示预后准确率只有 20% 左右，而且丰富的临床经验并不能提高预后准确性。

(4) 然而仍有研究显示，即使这种预后过于乐观，源于医生的辨别能力，预后仍与实际生存期呈正相关。研究发现把医生的临床预后和其他预后模式整合起来能提高预后模型的预后能力。

2. 精算预后

(1) 基于数据中得到的预后因素或预后因素的整合。

(2) 一般认为精算的判断会优于主观判断；然而，在预后的案例中，精算的判断仅仅和主观判断保持同等水平。

(3) 许多前瞻性或回顾性的研究探讨了影响终末期癌症患者生存期的因素，例如患者的功能状态、临床症状和体征、生物标志物等。

(4) 不仅如此，学者们还发掘出综合评估模式，希望能帮助医护人员更准确地评估患者的预后，而且有些模式的信效度已经得到验证。因此这种整合的综合模式是目前主要的发展方向。

四、精算预后的评估模式

1. 单一评估因素

(1) 功能状态 (performance status, PS)

①卡氏评分 (Karnofsky performance assessment scale, KPS)

KPS 为最常用的工具。许多研究已证实 KPS 评分与癌症末期患者的生存期正相关，即患者的功能状态越差，KPS

越低，其生存期也会随之减少。KPS 既是评价患者功能状态常用的量表，又可用于预测较长时间跨度的生存期，还可判断缓和医疗的分期，因此成为临床所推荐的预后工具之一（表 2-1，表 2-2）；②姑息功能评价量表（palliative performance scale, PPS）。

表 2-1 卡氏评分（KPS）

一般状况	评分
一切正常，无不适或病症	100
能进行正常活动，有轻微病症	90
可进行日常活动，但有一些症状或体征	80
生活自理，但无法维持正常活动或强度大的劳动	70
大部分生活可自理，但偶尔需要帮助	60
需要较多的帮助和经常的医疗护理	50
生活不能自理，需要特别照顾和帮助（卧床时间 > 50%）	40
严重失去生活能力，必须住院接受医疗护理，但暂时没有死亡威胁（几乎卧床不起）	30
病重，需要住院积极进行支持治疗（完全卧床不起）	20
垂危（昏迷或很少能唤醒）	10
死亡	0

表 2-2 KPS 与预后、缓和医疗分期的关系

KPS 评分（分）	预期生存期	缓和医疗分期
70 ~ 90	> 6 月	初期缓和医疗
50 ~ 60	2 ~ 3 月	早期缓和医疗
20 ~ 40	< 1 月	晚期缓和医疗
< 10	< 2 周	临终期

PPS 是一种加拿大改良版 PS 量表。已有 20 多项研究分析结果显示，PPS 与生存期密切相关（表 2-3）。

表 2-3 姑息功能评价量表（PPS）

水平	行动	活动及疾病证据	自我护理	摄取量	意识水平
100%	完全	正常活动或工作；无疾病证据	完全	正常	正常
90%	完全	正常活动或工作；一些疾病证据	完全	正常	正常
80%	完全	经努力保持正常活动；一些疾病证据	完全	正常或减少	正常
70%	减少	无法正常工作；明显疾病	完全	正常或减少	正常
60%	减少	无法进行感兴趣的事情或居家活动；明显疾病	偶尔需要协助	正常或减少	正常或意识错乱
50%	大部分时间坐位或卧床	无法进行任何工作；多方面疾病	需要大量协助	正常或减少	正常或意识错乱
40%	大部分时间卧床	无法进行大部分活动；多方面疾病	大部分时间需要协助	正常或减少	正常或嗜睡 ± 意识错乱
30%	完全卧床	无法进行任何活动；多方面疾病	完全被照顾	正常或减少	正常或嗜睡 ± 意识错乱
20%	完全卧床	无法进行任何活动；多方面疾病	完全被照顾	最小限度	正常或嗜睡 ± 意识错乱