



JICENG YISHI ZHONGLIU GUXI  
ZHILIAO SHOUCHE

# 基层医师肿瘤姑息 治疗手册

闵大六 孙元珏 林 峰 主编

 复旦大学出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

基层医师肿瘤姑息治疗手册/闵大六,孙元珏,林峰主编. —上海:复旦大学出版社, 2020.6

ISBN 978-7-309-14913-5

I. ①基… II. ①闵… ②孙… ③林… III. ①肿瘤-治疗-手册 IV. ①R730.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2020)第037240号

### 基层医师肿瘤姑息治疗手册

闵大六 孙元珏 林峰 主编

责任编辑/贺琦

复旦大学出版社有限公司出版发行

上海市国权路579号 邮编:200433

网址: fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

门市零售: 86-21-65102580 团体订购: 86-21-65104505

外埠邮购: 86-21-65642846 出版部电话: 86-21-65642845

上海春秋印刷厂

开本 850×1168 1/32 印张 8 字数 196 千

2020年6月第1版第1次印刷

ISBN 978-7-309-14913-5/R·1800

定价: 58.00 元

---

如有印装质量问题, 请向复旦大学出版社有限公司出版部调换。

版权所有 侵权必究

## 序

姑息治疗是恶性肿瘤综合治疗的重要组成部分,更是晚期恶性肿瘤及生命终末期的主要治疗手段。肿瘤姑息治疗的目标是改善患者的生活质量。恶性肿瘤本身和抗肿瘤治疗引起的一系列躯体和精神心理症状、合并症和并发症是导致恶性肿瘤患者生活质量降低的主要原因。例如,癌痛、乏力、恶心呕吐、便秘、腹泻、恶性肠梗阻、恶病质、呼吸困难、骨髓抑制、静脉血栓栓塞症、肝功能不全、肾功能不全、抑郁、焦虑、睡眠障碍、谵妄等。发生身心症状负荷及并发症的种类越多、程度越重,患者的生活质量就越差。缓解和防治肿瘤相关症状及合并症是改善肿瘤患者生活质量的最佳切入点。肿瘤支持与姑息治疗,是指针对肿瘤及抗肿瘤治疗所引起的躯体和精神心理症状及并发症,进行积极的预防和治疗,从而改善患者的生活质量。因此,肿瘤姑息治疗是一项基本医疗,患者获得姑息治疗是一项基本权力。

基层医师是肿瘤姑息治疗的主力军。几乎每一位晚期肿瘤患者,尤其是在生命终末期,时刻都期望回家。然而,当今医疗模式,却让许多晚期及终末期患者离家越来越远。理想的人性化医疗,应该努力让患者离家越来越近。回家的距离,既是从医院到家的地理距离,也是患者与家人的距离,更是回归自身心灵的距离。缩短晚期癌症患者回家的距离,改进患者就医体验,合理医疗资源的分配,都离不开基层医师及医疗机构专业服务。



因此,提升基层医师及医疗机构专业服务品质是十分必要的。

《基层医师肿瘤姑息治疗手册》正是为提升基层医师肿瘤姑息治疗水平而撰写的。本书根据姑息治疗基本理论、研究证据,并结合主编和编委们在肿瘤姑息治疗实践中的丰富临床经验编写而成。内容涉及晚期肿瘤常见合并症的诊治,常见肿瘤急症的诊治,抗肿瘤治疗常见不良反应的防治,静脉血栓栓塞症的诊治,癌痛的姑息治疗,中医在肿瘤姑息治疗中的作用,肿瘤营养与支持治疗,肿瘤患者的心理康复治疗,晚期肿瘤患者的护理,终末期肿瘤患者的安宁疗护等常见临床问题。本书是一本简明、实用的肿瘤姑息治疗临床手册,值得向广大基层医院的肿瘤医师和护理人员推荐。

于世英

2020年6月

## 前 言

随着医改的不断推进和完善,我国正在加快建设以社区为基础的  
新型城市卫生服务体系以及农村医疗卫生服务体系。在新的医疗保障体系的完善和支持下,大部分城乡人群往往就近到当地基层医院就诊,故基层医师的知识水平和实际诊治能力直接影响医疗服务的质量和疾病的防控效果。随着城市化进程的加快和生活方式的改变,肿瘤发病率日渐增高,恶性肿瘤已成为危害我国人民群众健康的主要疾病之一。鉴于基层医院担负着最直接的诊疗任务,作为首次接诊的基层医院对肿瘤的规范化治疗起着至关重要的作用。此外,由于医疗资源及患者经济承受力的有限性,绝大多数肿瘤患者治疗后的随访无法在三级医疗机构的肿瘤专科中完成,这也进一步要求提高基层医疗机构及医务人员对肿瘤规范化治疗的认识,从而在整体上降低医疗费用,节约社会医疗资源,改善肿瘤患者的预后。由于医学教育的局限性,目前仍有相当一部分基层医师对肿瘤及肿瘤治疗可能带来的并发症认识不清。在肿瘤患者的规范化、个体化治疗方面做得不到位,有些治疗显得较为混乱,存在过度治疗或消极治疗的现象,不仅没有起到治疗效果,反而不利于身体康复,甚至加重病情,直接影响患者的就诊质量,限制了基层医疗机构在肿瘤患者治疗后康复中的作用,不利于医疗资源的优化及健康中国目标的实现。因此,对基层医师进行全方位的肿瘤规范



化治疗的培训,尤其是常见抗肿瘤治疗后并发症的认识及处理是目前亟待解决的问题。这要求基层医师对抗肿瘤治疗的基础知识和并发症有一定的了解,能够胜任基本的肿瘤患者的随访及康复治疗。有鉴于此,我们邀请国内肿瘤治疗领域的诸多专家编写本书。本书从常见肿瘤的常规治疗手段入手,详细介绍各种肿瘤治疗并发症的发生机制、临床表现、预防及治疗,病种涵盖目前国内常见的乳腺癌、鼻咽癌、结直肠癌、妇科恶性肿瘤、肝癌、肺癌、食管癌、胃癌等,治疗上不仅介绍经典的化疗、放疗、内分泌治疗及手术,也介绍目前新兴的靶向治疗、HIFU治疗、免疫治疗等。本书以“立足于临床,服务于临床”为宗旨,内容通俗易懂,紧贴临床需要。我们相信本书有助于基层医院医师肿瘤学知识的规范化培训,提高其业务水平,为基层医疗机构在肿瘤综合治疗中发挥更大作用起到微薄之力,以期将我国恶性肿瘤的治疗工作提高到一个新水平。

姚 阳

2020年6月



# 目 录

第一章	肿瘤姑息治疗的发展历史与现状	1
第二章	晚期肿瘤常见合并症的诊治	7
第一节	食欲减退及厌食	7
第二节	肿瘤相关性贫血	11
第三节	肿瘤相关性疲劳	15
第四节	肿瘤相关性发热	25
第五节	肿瘤相关性感染	31
第三章	常见肿瘤急症的诊治	38
第一节	急性出血	38
第二节	急性梗阻	48
第三节	胃肠道肿瘤急性穿孔	56
第四节	上腔静脉压迫综合征	57
第五节	肿瘤溶解综合征	59
第六节	脊髓压迫综合征	61
第七节	颅内压增高	63
第八节	电解质代谢紊乱	65
第九节	酸碱平衡失调	70



<b>第四章</b>	<b>抗肿瘤治疗常见不良反应的防治</b> .....	74
第一节	全身性抗肿瘤治疗的不良反应 .....	74
第二节	局部抗肿瘤治疗的不良反应 .....	103
<b>第五章</b>	<b>静脉血栓栓塞症的诊治</b> .....	117
第一节	静脉血栓栓塞症的发病机制 .....	118
第二节	静脉血栓栓塞症的危险因素及评估 .....	119
第三节	静脉血栓栓塞症的临床表现及诊断 .....	120
第四节	肿瘤合并静脉血栓栓塞症的治疗 .....	122
第五节	恶性肿瘤相关静脉血栓栓塞症的 预防 .....	125
<b>第六章</b>	<b>癌痛的姑息治疗</b> .....	128
第一节	癌痛三阶梯治疗原则 .....	128
第二节	癌痛的评估方法 .....	130
第三节	癌痛治疗常用药物的使用及其不良反应 的防治 .....	131
第四节	癌痛治疗的临床实践 .....	145
<b>第七章</b>	<b>中医在肿瘤姑息治疗中的作用</b> .....	153
第一节	中医与肿瘤姑息治疗的理念 .....	153
第二节	中医在肿瘤姑息治疗中的作用 .....	154
第三节	中医在肿瘤姑息治疗中的前景 .....	159
<b>第八章</b>	<b>肿瘤营养与支持治疗</b> .....	163
第一节	概述 .....	163
第二节	营养风险筛查与营养评估 .....	164
第三节	非终末期手术肿瘤患者的营养治疗 .....	169
第四节	非终末期化疗肿瘤患者的营养治疗 .....	173

	第五节 非终末期放疗肿瘤患者的营养治疗·····	176
	第六节 终末期肿瘤患者的营养治疗·····	179
	第七节 经口营养补充·····	183
<b>第九章</b>	<b>肿瘤患者的心理康复治疗·····</b>	<b>185</b>
	第一节 心理社会肿瘤学概述·····	185
	第二节 常见精神心理问题·····	186
<b>第十章</b>	<b>晚期肿瘤患者的护理·····</b>	<b>214</b>
	第一节 压力性损伤的诊疗及护理·····	214
	第二节 腹水的护理·····	217
	第三节 咳嗽、胸痛的护理·····	219
	第四节 中心静脉导管的护理·····	221
<b>第十一章</b>	<b>终末期肿瘤患者的安宁疗护·····</b>	<b>229</b>
	第一节 呼吸困难·····	229
	第二节 临终喉鸣·····	232
	第三节 咳嗽、咳痰·····	233
	第四节 咯血·····	234
	第五节 口臭、口干、口腔炎·····	235
	第六节 食欲不振-恶病质综合征·····	236
	第七节 慢性恶心、呕吐·····	238
	第八节 消化道出血·····	239
	第九节 腹胀·····	240
	第十节 淋巴水肿·····	241
	第十一节 压疮·····	243
	第十二节 癌性发热·····	243
	第十三节 癌性疲乏·····	245

# 肿瘤姑息治疗的发展历史与现状

姑息治疗是肿瘤治疗不可或缺的一部分，姑息治疗开始得越早，患者的生活质量和生存期相应地会越高。

姑息治疗最初主要集中在提供临终关怀方面，后来转向家庭护理，最终形成由姑息治疗团队提供系统支持的模式。临终关怀起源于公元4世纪古罗马拜占庭发起的临终关怀医院运动。现代临终关怀始于20世纪60年代的英国，当时形成的总体原则包括缓解患者身体、精神和心理上的不适，对身体疼痛的患者适当使用阿片类药物，同时关注临终患者的家庭成员和朋友的需求等。1967年，世界上第1个现代临终关怀医院由桑德斯(Cicely Saunders)博士在伦敦建立。有无法治愈的疾病且生命垂危的患者被送到医院接受临终关怀，直到死亡。现代姑息医学的模式就此确立。其后，这种模式逐渐被世界各地所接受和推广。

姑息治疗一词最早是在1974年由一位加拿大医生提出，随后不断地发展和普及，同时保留了临终关怀的特点，包括多维评估和管理严重的身体和情绪痛苦；除了医生和护士外，由多个学科组成的跨学科姑息治疗团队，不仅照顾患者，同时也照顾他们的家人。

2002年，世界卫生组织(WHO)将姑息治疗定义为一种提高有威胁生命疾病的患者及其家属生活质量的方法，通过早期



认识和全面评估来预防和缓解痛苦,包括治疗疼痛和其他生理、心理以及精神问题。该定义侧重“缓解疼痛和改善生命质量”,后者是整个姑息治疗的基础。

2019年美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)临床实践指南将姑息治疗定义为以患者、家属和照料者为中心的医疗保健,注重对痛苦症状的优化管理,同时充分考虑患者、家属和照料者的需要、价值观、信仰和宗教文化,满足他们在社会心理和精神上的需求,为患者提供最佳的生活质量。

我国姑息治疗的发展始于20世纪80年代1985年李同度教授提出“晚期癌症患者的收治是个社会问题”,并于1987年筹建了安徽肿瘤康复医院,标志着肿瘤姑息治疗在我国的正式起步。随后上海、北京、广州等城市相继设立晚期肿瘤患者病房。1990年中国卫生部和WHO共同召开全国癌痛专题研讨会,将癌痛三阶梯止痛方案正式引进并推向全国。中国抗癌协会肿瘤康复与姑息治疗专业委员会于1994年8月正式成立,随后多个省市也相继成立姑息治疗委员会,进一步在全国范围内推动了姑息治疗的发展。1999年出版了由孙燕、顾慰萍主编的《癌痛三阶梯止痛指导原则》,同年李同度主编了《癌症疼痛控制与姑息治疗分册》。2011年卫生部开展“癌痛规范化示范病房”创建工作,制定了癌症疼痛诊疗规范,全国各级医院在癌痛规范化治疗方面取得了长足的进步。2015年十八届五中全会首次提出推进健康中国的建设,《“健康中国2030”规划纲要》明确提出要加强康复、老年病、长期护理、慢性病管理、安宁疗护等接续性医疗机构的建设。2019年举办了第二届CSCO肿瘤支持与康复治疗学术年会暨第十五届全国癌症康复与姑息医学大会,全面推动肿瘤支持和姑息治疗的发展。

近年来国内肿瘤界相应制定了一系列癌症姑息治疗的指南



和规范,如《肿瘤治疗相关呕吐防治指南》《肿瘤化疗所致血小板减少症专家共识》《恶性肿瘤骨转移及骨相关疾病临床诊疗专家共识》等。有关肿瘤恶病质,肿瘤患者营养状态的评估,姑息性放化疗、手术,肿瘤患者心理关怀,针对晚期肿瘤患者的医患沟通等方面取得了新的成果,这些措施保证和促进了姑息治疗的顺利实施。

姑息治疗团队常常由医生、护士、临床药师、心理学家、营养学家、康复专业人员、公共卫生人员、社会工作者等组成。建立姑息治疗团队的目的是解决姑息治疗中遇到的问题,并通过提供基于专业知识和技术的支持,帮助其他医护人员更有效地履行日常职责。按照癌症发展阶段可以将抗肿瘤治疗分为支持治疗、姑息治疗和临终关怀。支持治疗是这一模式的基础,从疾病的初始阶段就开始提供,姑息治疗是对晚期癌症进行更专业的对症缓解,而临终关怀则是关注生命末期,主要在生命最后6个月的护理。根据姑息治疗的提供者不同,又可以分为3级。初级姑息治疗由肿瘤医师和初级护理者提供。有更复杂的治疗需求的患者将被转到二级姑息治疗,专科姑息治疗团队按患者需求治疗。在三级姑息治疗中,姑息治疗团队作为主体为患者提供更复杂的支持性治疗。

姑息治疗顺应了现代医学的生物-心理-社会医学模式转变,即从以疾病为中心向以患者为中心的转变。肿瘤治疗不只是消灭肿瘤,同时也要考虑患者心理、生理和社会适应能力,努力提高生存质量。譬如疼痛是癌症患者最常见的症状之一,也是姑息治疗的重要组成部分,晚期癌症患者疼痛发生率高达60%~80%,其中1/3为重度疼痛,严重影响癌症患者的生活质量。尽管早在20世纪80年代WHO就在全球范围内推广三阶梯止痛方法,但时至今日,癌痛治疗效果不佳仍是全球性的普遍问题。合理使用止痛药物是缓解癌痛的主要治疗方



法。80%~90%肿瘤患者的疼痛症状能够通过规范、有效的治疗得以缓解。阿片类药物是癌痛止痛中的关键性药物。在全球范围内,阿片类药物的可及性被认为是姑息治疗面临的一大挑战。口服阿片类药物是一种经济有效的治疗癌症相关疼痛的药物。然而,超过70%的世界人口限制或无法获得口服吗啡。在癌痛控制中要加强知识普及,消除患者对阿片类药物成瘾的误解,对难治性癌痛进行个体化治疗,追求使癌症患者不痛的目标。

姑息治疗更重要的方面是关注患者的生命质量,晚期癌症患者会因肿瘤原发灶及肿瘤转移、浸润和坏死产生多种并发症,如进食困难,消化道出血,肠梗阻,恶性胸腔积液、心包积液引起的呼吸困难,肿瘤局部破溃出血,全身乏力,消瘦,恶心,呕吐,便秘,腹泻,恶病质等。姑息治疗的目的是要缓解癌症本身以及治疗导致的症状和并发症,减轻患者身体和心理负担。姑息治疗包括姑息性手术,应严格掌握手术适应证,减轻肿瘤患者痛苦,延长患者生命;姑息性化疗要根据患者全身状况,评估其对化疗的敏感及耐受情况;姑息性放疗可以控制疼痛,缓解局部症状。姑息治疗同时强调重视患者心理,采取积极的措施消除癌症患者的恐惧、悲观、抑郁甚至轻生心理,通过有效沟通解释、支持、理解患者,减轻患者痛苦,鼓励其正视疾病,积极配合治疗,保持乐观情绪。帮助患者及其家属正确认识死亡,把死亡看成一个正常过程。既不加速也不延缓死亡。反对放弃治疗和过度治疗,反对安乐死,尽力帮助患者达到有尊严地离世。

将姑息治疗纳入标准肿瘤治疗的概念已获得越来越多的共识。按照前面提到的3级分类模式,这种形式的治疗在本质上是初级姑息治疗、二级姑息治疗和三级姑息治疗结合起来,一起应对治疗中存在的问题。由肿瘤护理人员进行初级姑息治疗,对意外症状的诊断和处理可能不够及时。虽然二级和三级



姑息治疗可以解决多个问题,但应该从治疗关系形成就开始进行,由于涉及人员、专业较多,效率可能会下降。将姑息治疗纳入标准肿瘤治疗可以弥补缺陷,提高患者生命质量和临终关怀质量,降低抑郁症发病率,改善其满意度。这一概念最早是在2012年的美国临床肿瘤学会(ASCO)中提出,随后不断更新。指南指出,晚期癌症的住院患者和门诊患者应在病程早期接受专门的姑息治疗,同时积极抗肿瘤治疗,并强烈建议将姑息治疗纳入标准肿瘤治疗。早期姑息治疗可以改善患者的生活质量,改善抑郁症状,减轻家庭负担,并可能改善晚期肿瘤患者的生存和预后。姑息治疗包括和患者及其照顾者建立融洽关系,加强对症状、心理和功能状态的管理(如疼痛、呼吸困难、疲劳、睡眠障碍、情绪、恶心或便秘等),帮助患者提高对疾病与预后的认识,探索明确治疗目标,评估和满足患者需要,例如提供有尊严的治疗,协助医疗决策,与其他照顾者协调,必要时向其他机构转诊等。

经历几十年的发展,姑息治疗已在肿瘤治疗中占据重要地位。重视姑息治疗是临床肿瘤学发展的必然趋势。姑息治疗是每一位肿瘤医生的必修课,在肿瘤确诊时就应该让患者及其家属尽早建立姑息治疗的观念,在治疗全程重视患者身体和心理评估,不断调整优化治疗方案,加强多学科合作,以患者为中心,满足个体化需求,并努力提供对躯体症状、精神、家庭以及社会方面的支持,达到患者最大获益。发展肿瘤姑息治疗专业团队,探索肿瘤治疗和姑息治疗结合的最佳医疗模式,是今后工作的重要方向。未来,姑息治疗的原则应在全球范围内进一步规范,并不断充实和完善,为患者服务。

(章 慧 闵大六)



### 主要参考文献

- [ 1 ] Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 2002,24(2):91 - 96.
- [ 2 ] Hui D, de La Cruz M, Mori M, et al. Concepts and definitions for “supportive care” “best supportive care” “palliative care” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer*, 2013,21(3):659 - 685.
- [ 3 ] Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*, 2018,68(3):182 - 196.
- [ 4 ] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 2010,363(8):733 - 742.
- [ 5 ] Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care — creating a more sustainable model. *N Engl J Med*, 2013,368(13):1173 - 1175.
- [ 6 ] Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. *J Oncol Pract*, 2017,13(2):119 - 121.
- [ 7 ] Cherny NI, Catane R, Kosmidis P. ESMO takes a stand on supportive and palliative care. *Ann Oncol*, 2003,14(9):1335 - 1337.

# 晚期肿瘤常见合并症的诊治

## 第一节 食欲减退及厌食

食欲减退及厌食在肿瘤患者中非常普遍。肿瘤相关性厌食是指进食欲望下降,引起食物摄取减少,常以食欲下降、体重减轻、体力下降及组织消耗为主要表现,可伴有肌肉和脂肪组织的减少,导致生存期缩短。

肿瘤厌食-恶病质综合征是以厌食、体重进行性下降、营养状况恶化为表现的综合征,伴或不伴乏力、贫血。食欲减退及厌食是肿瘤患者常见症状,因肿瘤种类、临床分期而异,在胃肠道肿瘤及晚期肿瘤患者中常见,发生率为6%~80%。肿瘤厌食-恶病质综合征会降低对治疗的敏感性,危害患者生活质量,缩短生存时间。有近1/5的晚期肿瘤患者死于恶病质。

### 一、病因及发病机制

进食受外侧下丘脑“摄食中枢”和腹内侧下丘脑“饱食中枢”的双重调节。中枢神经系统能感受味觉、嗅觉变化及来自上消化道、肝的神经兴奋和肽类激素分泌。消化道对进食的影响包括两方面,进食后食物对上消化道产生的压力刺激可经神经末梢传递至饱食中枢,产生饱腹感;空腹时中枢传入冲动减少,可



兴奋摄食中枢产生饥饿感,促进进食。胃肠道内分泌细胞产生多肽类短效作用信号,通过血液循环或迷走神经将信号转导至中枢神经,产生饱腹感,调节膳食摄取量。激素信号,如胰岛素、瘦素和脂联素(脂肪组织产生),调节体脂和能量储存、能量平衡和维持体重。胰岛素具有调节营养素吸收和储存、维持能量平衡的作用,大脑瘦素水平低下致下丘脑促食欲信号增强,刺激进食和抑制能量消耗。摄食中枢、饱食中枢接收各种信息,综合决定食欲。

影响恶性肿瘤患者食欲减退及厌食的因素复杂,主要包括以下几种因素。

1. 肿瘤因素 包括恶性肿瘤的局部作用、伴随症状及代谢改变。局部作用如味觉改变、肝功能异常、消化道梗阻、浆膜腔积液等,伴随症状如癌痛、发热、失眠、便秘、腹胀等,从而诱导下丘脑神经元能量代谢改变,患者脑组织活性物质、细胞因子异常表达破坏下丘脑化学感受器,干扰饱腹感调节,包括5-羟色胺(5-HT)合成和释放增强。肿瘤组织向循环系统释放引起厌食的活性物质,如肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素(IL-1、IL-6)等炎性细胞因子,导致肿瘤相关性食欲减退及厌食。

2. 肿瘤治疗不良反应 化疗、放疗、手术等的不良反应可能引起食欲下降、恶心、呕吐、便秘。

3. 心理因素 肿瘤患者常有失眠、无助感、绝望、焦虑、抑郁、社会隔离感等心理危机,由此产生厌食和体重丢失。

## 二、诊断标准

食欲减退及厌食的诊断需要系统评估,系统评估包含肿瘤厌食的定量评估、营养状态评估、心理因素评估和肿瘤学因素评估。

1. 肿瘤厌食的定量评估 依据视觉模拟量表(visual