

# 晚期癌症患者预后沟通策略的证据总结

詹永佳,李永红,黄润勤,晏超,黎静,杨胜欢

**摘要:**目的 评价并总结晚期癌症患者预后沟通策略的最佳证据,为临床实践提供参考。方法 根据“6S”证据模型,检索晚期癌症患者预后沟通相关的所有证据,包括临床指南、临床决策、专家共识、系统评价。评价纳入文献的质量,进行证据的归纳与总结。结果 共纳入 7 篇文献,其中 1 篇临床决策、2 篇指南、4 篇系统评价,汇总了沟通前评估、沟通前准备、沟通时技巧、促进希望的方式、提高沟通能力共 5 个方面 19 条证据。结论 晚期癌症患者预后沟通策略最佳证据可为临床相关人员与晚期癌症患者进行良好的预后沟通提供参考。但在证据转化时需进行本土化决策,以提高晚期癌症患者生活质量。

**关键词:**晚期癌症; 预后; 沟通策略; 姑息照护; 生存质量; 希望; 循证护理; 证据总结

**中图分类号:**R473.73 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.13.077

**Summary of the evidence on strategies for prognostic communication in advanced cancer patients** Zhan Yongjia, Li Yonghong, Huang Runqin, Yan Chao, Li Jing, Yang Shenghuan. Nursing Department, Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Zunyi 563003, China

**Abstract:** **Objective** To evaluate and summarize the best evidence on how to communicate prognosis with advanced cancer patients, and to provide reference for clinical practice. **Methods** According to the 6S evidence pyramid model, clinical guideline, best practice statement, expert consensus statement and systematic review related to the communication of prognosis to advanced cancer patients were retrieved. Methodological quality of the literature was evaluated and evidence was summarized. **Results** One best practice statement, two guidelines, and four systematic reviews were included. Nineteen pieces of evidence were summarized and categorized into five aspects: assessment before communication, preparation before communication, communication skills, ways to promote hope, and improving communication ability. **Conclusion** The best evidence of strategies for prognostic communication in advanced cancer patients can provide reference for clinical personnel, but local adjustment should be made before clinical practice to improve quality of life of patients.

**Key words:** advanced cancer; prognosis; communication strategy; palliative care; quality of life; hope; evidence-based nursing; evidence summary

全球癌症负担估计研究结果显示,我国癌症的发病率和病死率均高于世界平均水平,且呈逐渐上升趋势<sup>[1]</sup>。由于筛查意识的缺乏与地区差异等因素,大部分肿瘤患者确诊时已为晚期<sup>[2]</sup>。尽管抗肿瘤治疗方法在不断发展,但癌症仍然是全世界的主要死亡原因<sup>[3]</sup>。在我国,受传统文化的影响,人们对死亡等不良结局的讨论持避讳态度,同时由于患者的文化程度、医生沟通方式甚至民族差异等原因导致患者并未真正了解自身疾病的预后状况。如何与晚期癌症患者正确沟通其疾病进展、预后不良是一直以来的难题<sup>[4-5]</sup>。对于已无法治愈的癌症患者,知晓预后对参与治疗决策、实现与其偏好和价值观相一致的照护措施、提高临终生活质量起着至关重要的作用。目前,国外虽有关于如何与晚期癌症患者沟通预后的文献,但缺乏统一标准,而我国在该领域的研究较为缺乏。

本研究旨在通过系统的文献检索、文献质量评价、最佳证据的提取和总结,为临床实践提供参考,从而优化晚期癌症患者终末期的生命历程。

## 1 资料与方法

**1.1 确立问题** 根据 PIPOST 研究模型提出问题。P(Population):目标人群为年龄 $\geq 18$  周岁的晚期癌症患者;I(Intervention):干预方法包括沟通前的评估和准备、沟通方法与技巧、相关注意事项等;P(Professional):应用证据的专业人员为医务人员;O(Outcome):结局包括心理状况、对医务人员的总体满意度、生活质量等;S(Setting):医院、社区、宁养机构;T(Type of Evidence):证据类型包括指南、证据总结、推荐实践、专家共识及系统评价。

**1.2 检索策略** 依次检索 UpToDate、循证卫生保健中心数据库(Joanna Briggs Institute, JBI)、国际指南图书馆(Guidelines International Network,GIN)、美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)、美国指南网(National Guideline Clearinghouse, NGC)、Embase、加拿大安全注册护士协会(Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)、英国国家临床医学研究所指南库(National Institute for

作者单位:遵义医科大学附属医院护理部(贵州 遵义,563003)

詹永佳:女,硕士在读,护师

通信作者:李永红,liyonghong8990@163.com

科研项目:贵州省护理学会立项课题(GZHLKY201939);遵义医科大学护理学院立项课题(Hlxyky2021-02)

收稿:2022-02-20;修回:2022-04-10

Health and Care Excellence, NICE)、CINAHL、Cochrane Library、PubMed、中国知网、万方数据、中国生物医学文献服务系统(SinoMed)。检索时间限定在 2011 年 11 月 30 日至 2021 年 11 月 30 日。为提高查全率,对相关文献的参考文献进行追溯查找。英文检索词为“cancer, oncology, tumour, malignancy; prognosi \* ; communicat \* , discuss \*”。中文检索词为“癌症、恶性肿瘤;预后;沟通、交流”。

**1.3 文献的纳入和排除标准** 纳入标准:研究对象为年龄≥18 岁的晚期癌症患者;文章涉及预后沟通前的评估、准备、沟通的方式等内容;证据类型为指南、证据总结、推荐实践、专家共识及系统评价;发表语言限中文或英文。排除标准:信息不全无法获取全文、文献质量评价低、简要版本或指南解读类文献。

**1.4 文献质量评价标准**

**1.4.1 文献质量评价** 由 2 名通过循证护理培训的研究人员完成评价,若有争议,由第 3 位研究人员(安宁疗护领域)介入,共同进行讨论,直至达成共识。若有不同来源的证据结论冲突时,纳入原则为循证证据

优先,高质量证据优先和最新出版的文献优先。指南的质量评价采用 2012 年更新的《临床指南研究与评价系统 II》(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II, AGREE II)<sup>[6]</sup>进行。系统评价采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心系统评价的质量评价工具(2016 版)<sup>[7]</sup>。

**1.4.2 证据汇总和证据级别划分** 证据级别和推荐强度由 JBI 循证卫生保健中心的证据预分级和证据推荐级别系统(2014 版)<sup>[8]</sup>确定,根据证据的设计类型分为 Level 1~5 级,研究设计越严谨,证据等级越高。根据证据的合理性、适用性、临床意义和有效性,确定证据的推荐强度包括 A 级推荐(强推荐)和 B 级推荐(弱推荐)。

**2 结果**

**2.1 纳入文献的基本特征** 共检索出 623 篇文献,导入 EndNote X9 去重后获得 427 篇。初步阅读标题与摘要剩余 39 篇,通过阅读全文筛选后共纳入 7 篇文献,包括临床决策 1 篇<sup>[9]</sup>、指南 2 篇<sup>[10-11]</sup>、系统评价 4 篇<sup>[12-15]</sup>,纳入文献的一般特征见表 1。

表 1 纳入文献的一般特征

纳入文献	发表时间(年)	文献来源	文献主题	文献类型
Smith <sup>[9]</sup>	2021 年	UptoDate	舒缓医疗中关于预后的沟通	临床决策
Royal College of General Practitioners <sup>[10]</sup>	2015 年	NICE	成年患者临终照护	指南
Gilligan 等 <sup>[11]</sup>	2017 年	PubMed	患者与临床医生间的沟通	指南
van der Velden 等 <sup>[12]</sup>	2020 年	PubMed	预后沟通对患者预后的影响	系统评价
Selim 等 <sup>[13]</sup>	2020 年	PubMed	改善成年患者预后沟通的干预措施	系统评价
Johnson 等 <sup>[14]</sup>	2015 年	Embase	癌症患者的预后沟通	系统评价
George 等 <sup>[15]</sup>	2021 年	PubMed	改善晚期疾病患者对预后认识的干预措施	系统评价

**2.2 文献质量评价** ①指南。纳入 2 篇<sup>[10-11]</sup>,范围和目的、参与人员、指南开发的严谨性、指南呈现的清晰性、指南的适用性、指南编撰的独立性分别为 97.22%、91.67%、86.11%、75.00%、73.47%、61.22%、81.63%、69.44%、85.41%、62.50%、83.33%、100.00%。经评价指南总体质量为 A 级。②系统评价。纳入 4 篇<sup>[12-15]</sup>,2 篇<sup>[12,14]</sup>文献的所有评价条目结果为“是”。1 篇<sup>[13]</sup>的质量评价条目 8 评为“不清楚”,其余为“是”。1 篇文献<sup>[15]</sup>除条目 11 评为“否”以外,其余条目均为“是”。文献整体质量合格。均纳入。

**2.3 最佳证据总结及分析** 研究从沟通前评估、沟通前准备、沟通时技巧、促进希望的方式、提高沟通能力共 5 个方面进行归纳和整合,最终形成 19 条证据,见表 2。

**3 讨论**

**3.1 沟通前评估** 预后沟通前对晚期癌症患者进行沟通评估,了解患者疾病状态、预后、沟通偏好等,利于沟通的顺利进行。有研究发现,大部分晚期癌症患者希望了解自身预后,缺乏预后信息反而会加重他们的痛苦,但也有少部分患者认为会加重心理负担而不

愿知晓<sup>[16]</sup>。同时由于患者文化程度、医务人员传达信息的偏好与方式、缺乏沟通技巧等因素造成沟通的内容与患者所理解的存在一定差异,患者通常认为预后会比实际情况更乐观<sup>[17-18]</sup>。因此在进行沟通前需充分评估患者,以便提供个性化的沟通方式。

**3.2 沟通前准备** 良好的医患关系能够增加患者的信任。从患者入院开始医务人员应同患者建立良好的人际关系,为患者建立信心,取得信任与合作。为确保能向患者提供准确的疾病信息,应提前掌握患者的基本状况。有研究显示,在告知癌症患者疾病信息时,大多数患者表示希望能够在安静、较隐蔽的地方进行讨论<sup>[19]</sup>。这有利于保护患者隐私,避免外界打扰,减轻患者焦虑感,促进医患沟通。除此之外,医务人员投入的时间也会影响沟通质量,故医务人员需有充足的交谈时间为患者解答疑惑。

**3.3 沟通时技巧** 第 8~14 条证据总结了在与患者进行沟通时的方法。沟通时医务人员应避免使用专业术语,提供通俗易懂的信息,使患者能对疾病状况有所了解,而不是被动地接受检查和治疗<sup>[20]</sup>。晚期癌症患者的预后尤其是生存时间具有不确定性,从而

阻碍了医务人员与患者的沟通<sup>[21]</sup>。因此,在告知预后时需强调可能出现的结果范围,如几个月、几周、几天的时间框架,并告知最坏的、典型的和最好的情况<sup>[9]</sup>。同时,大部分患者对医学知识了解甚少,从外界如媒体、网络、病友等多途径获取的信息会造成理解误差,因而有必要向患者解释、纠正错误的观点。视觉辅助工具有利于患者理解复杂的数据与信息,这对于文化水平较低的患者更为受益<sup>[22]</sup>。可使用视频、图表等视觉辅助工具促进患者对信息的理解。QPL 在国外被广泛应用于晚期癌症患者,QPL 能够促进医患关于癌症预后方面的沟通,促进患者参与医疗决策,帮助患者满足个人信息需求<sup>[23-24]</sup>。但该工具源于国外,因此需要进行文化调适后使用。一次性交流大量信息会影响沟通效果,第 12 条证据提出避免

一次性提供大量信息而导致信息量超载,评估并检查患者对信息的理解情况。同时,在告知预后信息时患者可能会出现不良情绪反应,共情不仅是医学人文的一种体现,也是医患互动、有效沟通的桥梁<sup>[25]</sup>。医务人员此时可作出共情反应,以支持的表达方式缓解患者的情绪困扰,让患者表达自己的感受,安抚患者。第 14 条证据推荐在谈话结束后记录讨论的主要内容,并告知患者会定期评估疾病状况与下次面谈的时间。记录谈话内容有利于其他医务人员了解沟通情况,若有多学科团队协作可确保信息的一致性。告知患者会定期评估疾病状况与下次面谈时间,可让患者感知疾病虽已处于终末状态,但医务人员并不会放弃他们,从而稳定患者情绪,减少焦虑与担忧,增加信心。

表 2 晚期癌症患者预后沟通策略的最佳证据总结

证据类别	证据内容	证据等级	推荐级别
沟通前评估	1. 患者对其疾病状态、预后、治疗效果的理解程度与期望 <sup>[9,11-12]</sup>	Level 5	A 级
	2. 是否希望得到有关预后的信息,以及希望知道多少,对于矛盾且犹豫不决的患者,可讨论了解预后的利弊 <sup>[10-11]</sup>	Level 5	A 级
	3. 有何沟通偏好,包括沟通时是否需要他人参与,是否有特定的语言、文化、宗教、社会或精神等方面的需求 <sup>[10,14]</sup>	Level 5	A 级
沟通前准备	4. 从入院起培养患者对医务人员的信任、信心与合作行为 <sup>[11]</sup>	Level 5	A 级
	5. 沟通前掌握患者的医疗状况,尽可能提供准确可靠的信息 <sup>[12-13]</sup>	Level 5	A 级
	6. 尽可能选择安静、无干扰、能够保护患者隐私的地方 <sup>[9,11]</sup>	Level 5	A 级
	7. 确保有充足的时间提供预后信息、回答患者问题 <sup>[11]</sup>	Level 5	A 级
沟通时技巧	8. 提供通俗易懂的预后信息,清楚简洁地告知,尽量避免使用专业术语 <sup>[11]</sup>	Level 5	A 级
	9. 在告知预后时应强调可能出现的结果范围,解释说明预后信息具有不确定性,告知最坏的、典型的和最好的情况,讨论并纠正患者从其他途径获取的错误信息 <sup>[9-10]</sup>	Level 1	A 级
	10. 使用视觉辅助工具呈现信息,包括文字、图表、视频等促进患者对沟通内容的理解 <sup>[15]</sup>	Level 1	B 级
	11. 鼓励患者提问,使用问题提示列表(Question Prompt List, QPL)指导患者在讨论时询问更多关于预后的问题 <sup>[13]</sup>	Level 5	A 级
	12. 避免一次性提供大量信息而导致信息量超载,检查评估患者的理解情况 <sup>[10-11]</sup>	Level 5	A 级
	13. 注意患者对预后信息的情绪反应,当患者表现出情绪时,应作出共情反应,以支持的表达方式缓解患者的情绪困扰,让患者表达自己的感受并安抚患者 <sup>[9,11]</sup>	Level 5	A 级
	14. 谈话结束后记录讨论的信息,告知患者会定期评估疾病状况与下次面谈的时间 <sup>[9,11]</sup>	Level 5	A 级
	15. 与患者重新规划未来、向患者说明不会放弃,并会尽所能地给予支持,帮助他们获得最好的结局,以减轻绝望感 <sup>[11-12,14]</sup>	Level 5	A 级
促进希望的方式	16. 除了医学信息,关注其他提供希望的来源,包括信仰、尊严、有意义的生活事件、人际关系等 <sup>[12]</sup>	Level 5	A 级
	17. 通过与多个学科专家积极协作的行为方式为患者培养希望 <sup>[14]</sup>	Level 4	B 级
	18. 帮助患者找到额外的支持来源,如家庭、朋友、相关的支持小组、心理咨询师、社会工作者等 <sup>[11,13]</sup>	Level 5	A 级
提高沟通能力	19. 通过沟通技能培训提高沟通的能力,包括技能实践、经验学习、场景角色扮演等 <sup>[11-13,15]</sup>	Level 5	A 级

**3.4 促进希望的方式** 希望是一种积极的应对机制,受人口因素、心理状态、社会支持等多个因素影响,但提供不良预后信息时如何维护患者希望是一个难题<sup>[26]</sup>。晚期癌症患者的希望主要来源包括与亲密的人建立良好的关系、实现有意义的生活目标、自我价值感和精神支持。另一方面,孤独感、持续的痛苦和自尊心的降低会对希望产生负面影响<sup>[27]</sup>。患者的希望水平也会影响其生活质量,由此医务人员需积极关注患者希望,从希望的影响因素出发,提高患者希望水平,使患者保持更加乐观、积极的生存态度。

**3.5 提高沟通能力** 有文献表明,大部分肿瘤领域的医务人员缺乏预后相关的沟通技能或能力<sup>[28]</sup>;通过技能培训可提高医务人员沟通能力,能够更有效地

与患者沟通,建立信任关系,识别并解决患者不良情绪<sup>[29-30]</sup>。目前我国医学生和医务人员缺乏相关沟通技巧训练,沟通技能培养是我国医学教育的薄弱环节。因此,相关的医学专业可开设培训课程,通过技能实践、经验学习、场景角色扮演等形式进行培训,从而提高医务人员的沟通能力。

**4 小结**

本研究总结的晚期癌症患者预后沟通策略最佳证据,可为医务人员进行预后沟通提供循证依据。但国内相关研究较为缺乏,纳入的证据均来自于国外文献,与我国的文化背景、医务人员及患者观念存在一定差异,因此在证据转化时需进行本土化决策。同时,建议临床医护人员进行证据应用时,及时评估患



者,充分考虑证据的可行性和适用性,有选择地使用相关证据,结合患者的需求与意愿提供个体化沟通策略,使晚期癌症患者能够尽早进入姑息照护阶段,提高终末期生存质量。

#### 参考文献:

- [1] 刘宗超,李哲轩,张阳,等. 2020 全球癌症统计报告解读[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2021,7(2):1-13.
- [2] 饶洁. 终末期癌症患者治疗的现状调查和相关原因探索[D]. 武汉:华中科技大学,2015.
- [3] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*,2018,68(6):394-424.
- [4] Temel J S, Shaw A T, Greer J A. Challenge of prognostic uncertainty in the modern era of cancer therapeutics[J]. *J Clin Oncol*,2016,34(30):3605-3608.
- [5] 尹霄朦. 晚期癌症患者预后和治疗认知的问卷修订及影响因素研究[D]. 青岛:青岛大学,2020.
- [6] Hoffmann-Esser W, Siering U, Neugebauer E A, et al. Guideline appraisal with AGREE II; systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments[J]. *PLoS One*,2017,12(3):e174831.
- [7] 顾莺,张慧文,周英凤,等. JBI 循证卫生保健中心关于不同类型研究的质量评价工具——系统评价的方法学质量评价[J]. 护士进修杂志,2018,33(8):701-703.
- [8] 王春青,胡雁. JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J]. 护士进修杂志,2015,30(11):964-967.
- [9] Smith A. Communication of prognosis in palliative care[EB/OL]. (2021-04-30)[2022-01-07]. <https://www.uptodate.cn/contents/communication-of-prognosis-in-palliative-care>.
- [10] Royal College of General Practitioners. Care of dying adults in the last days of life[EB/OL]. (2015-12-16)[2022-01-07]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/chapter/Recommendations#communication>.
- [11] Gilligan T, Coyle N, Frankel R M, et al. Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline[J]. *J Clin Oncol*,2017,35(31):3618-3632.
- [12] van der Velden N C A, Meijers M C, Han P K J, et al. The effect of prognostic communication on patient outcomes in palliative cancer care: a systematic review[J]. *Curr Treat Options Oncol*,2020,21(5):40.
- [13] Selim S, Kunkel E, Wegier P, et al. A systematic review of interventions aiming to improve communication of prognosis to adult patients[J]. *Patient Educ Couns*,2020,103(8):1467-1497.
- [14] Johnson M, Tod A M, Brummell S, et al. Prognostic communication in cancer; a critical interpretive synthesis of the literature[J]. *Eur J Oncol Nurs*,2015,19(5):554-567.
- [15] George L S, Matsoukas K, McFarland D C, et al. Interventions to improve prognostic understanding in advanced stages of life-limiting illness: a systematic review[J]. *J Pain Symptom Manage*,2022,63(2):e212-e223.
- [16] Hui D, Mo L, Paiva C E. The importance of prognostication: impact of prognostic predictions, disclosures, awareness, and acceptance on patient outcomes[J]. *Curr Treat Options Oncol*,2021,22(2):12.
- [17] You J J, Downar J, Fowler R A, et al. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families; a multicenter survey of clinicians[J]. *JAMA Intern Med*,2015,175(4):549-556.
- [18] Ingersoll L T, Alexander S C, Priest J, et al. Racial/ethnic differences in prognosis communication during initial inpatient palliative care consultations among people with advanced cancer[J]. *Patient Educ Couns*,2019,102(6):1098-1103.
- [19] Kim S H, Kim J H, Shim E J, et al. Patients' communication preferences for receiving a cancer diagnosis: differences depending on cancer stage[J]. *Psychooncology*,2020,29:1540-1548.
- [20] 吴筠倩,周红光. 浅谈在医患沟通中医学学术语通俗化的必要性[J]. 中国医学人文,2018,4(12):11-13.
- [21] Hui D, Paiva C E, Del Fabbro E G, et al. Prognostication in advanced cancer: update and directions for future research[J]. *Support Care Cancer*,2019,27(6):1973-1984.
- [22] Hofmann S, Vetter J, Wachter C, et al. Visual AIDS for multimodal treatment options to support decision making of patients with colorectal cancer[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*,2012,12:118.
- [23] Chawak S, Chittem M, Maya S, et al. The Question-prompt list (QPL): why it is needed in the Indian oncology setting[J]. *Cancer Rep (Hoboken)*,2021,4(2):e1316.
- [24] 郜心怡,孙墨然,陈长英. 晚期癌症患者问题提示列表的引入与修订[J]. 护理学杂志,2020,35(18):40-43.
- [25] 曾诗慧,尚鹤睿. 共情视角下的医患共同决策实践困境及对策研究[J]. 医学与哲学,2019,40(24):24-27,36.
- [26] Olsman E, Duggleby W, Nekolaichuk C, et al. Improving communication on hope in palliative care. A qualitative study of palliative care professionals' metaphors of hope; grip, source, tune, and vision[J]. *J Pain Symptom Manage*,2014,48(5):831-8. e2.
- [27] Alena S. How to work with hope in patients with advanced cancer[J]. *Klin Onkol*,2020,33(Suppl):S134-S137.
- [28] Lakin J R, Block S D, Billings J A, et al. Improving communication about serious illness in primary care: a review[J]. *JAMA Intern Med*,2016,176(9):1380-1387.
- [29] Gyawali B, Tsukuura H, Honda K, et al. Some questions on the randomized controlled trial of communication skills training for oncologists[J]. *J Clin Oncol*,2015,33(2):222.
- [30] Epner D E, Baile W F. Difficult conversations; teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time[J]. *Acad Med*,2014,89(4):578-584.