

晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理最佳证据总结

张璐¹, 伍晓琴¹, 黄月霖^{1,2}, 陈佳增¹, 杨婷¹, 傅静¹

摘要:目的 检索并总结晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理最佳证据,为临床干预提供循证依据。方法 系统检索 UpToDate、BMJ Best Practice、Cochrane Library、国际指南协作网、美国国家临终关怀及姑息治疗联盟、PubMed、中国知网、万方数据库中晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理有关的所有证据,检索时限为 2010 年 1 月至 2022 年 11 月。由 2 名研究者独立对文献质量进行评价及证据提取,与循证小组共同进行证据核对及整合。结果 纳入 20 篇文献,包含 8 篇指南、2 篇临床决策、1 篇推荐实践、2 篇证据总结、4 篇系统评价、3 篇随机对照试验。从管理原则、筛查与评估、介入管理的时机、环境管理、药物干预、非药物干预、健康教育、培训与保障 8 个方面总结 24 条最佳证据。结论 晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理最佳证据可为医护人员开展晚期癌症患者心理痛苦预防和护理提供循证依据。临床应用时,需结合实际情况、充分考虑患者及家属的需求和意愿,制订科学的、个体化的心理痛苦管理方案,以提高晚期癌症患者生活质量。

关键词:晚期癌症; 心理痛苦; 安宁疗护; 临终关怀; 姑息治疗; 证据总结; 循证护理

中图分类号:R473.73;B849 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.07.075

Best evidence summary for palliative management of psychological distress in patients with advanced cancer Zhang Lu, Wu Xiaojin, Huang Yuelin, Chen Jiazeng, Yang Ting, Fu Jing. School of Nursing, Southwest Medical University, Luzhou 646000, China

Abstract: **Objective** To search for and summarize the best evidence on palliative management of psychological distress in patients with advanced cancer, and to provide evidence-based evidence for clinical intervention. **Methods** The publications published during January 2010 to November 2022 on palliative management of psychological distress in patients with advanced cancer, were retrieved from UpToDate, BMJ Best Practice, Cochrane Library, International Guideline Collaboration, National Hospice and Palliative Care Alliance, PubMed, CNKI, Wanfang Data, etc. Two reviewers independently evaluated the quality of the literature and extracted evidence, and worked in partnership with an evidence-based team to check and integrate the evidence. **Results** Twenty publications were included: 8 guidelines, 2 clinical decision reports, 1 best practice report, 2 evidence summary reports, 4 systematic reviews, and 3 randomized controlled trials. The best evidence was summarized into 8 aspects totaling 24 pieces of evidence: management principles, screening and evaluation, timing of interventional management, environmental management, pharmacological intervention, non-pharmacological intervention, health education, and training and guarantee. **Conclusion** The summarized best evidence of palliative care management of psychological distress in patients with advanced cancer, can provide an evidence-based basis for medical workers to take preventive measures or provide care for psychological distress in this population. In clinical application, it is necessary to conform to the actual clinical situation and fully consider the needs and wishes of patients and their families to formulate scientific and individualized psychological distress management programs, in an effort to improve the quality of life of end-stage cancer patients.

Key words: advanced cancer; psychological distress; palliative care; end-of-life care; hospice care; evidence summary; evidence-based nursing

据国际癌症研究机构数据^[1]显示,2020 年中国癌症死亡病例 300 万例,位居全球癌症死亡病例数首位。癌症现已成为中国人群的主要死亡原因之一^[2]。随着病情的恶化,晚期癌症患者要承受严重的疾病症状、治疗不良反应,还将随时面临死亡的威胁,极易产生巨大的心理痛苦^[3]。美国国家综合癌症网络(Na-

tional Comprehensive Cancer Network, NCCN)将癌症相关性心理痛苦定义为^[4]:一种心理(认知、行为及情感)、社会、精神和(或)身体等多种因素引起的不愉快体验,会干扰患者有效应对癌症、身体症状及治疗的能力。安宁疗护旨在为疾病终末期患者控制痛苦和不适症状,提供身体、心理、精神等方面的照护和人文关怀服务,以提高患者生命质量^[5],现已被认定为晚期癌症的标准疗法之一^[6]。研究表明,早期介入安宁疗护管理能够改善癌症患者的心理痛苦和生活质量^[7]。但由于我国安宁疗护起步较晚、安宁疗护医疗体系还未完善,目前国内尚缺乏针对晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护循证管理方案。因此,本研究系统检索国内外晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理相关研究,通过循证方法评价、提取并总结最佳证据,

作者单位:1. 西南医科大学护理学院(四川 泸州,646000);2. 西南医科大学附属医院心内科

张璐:女,硕士,学生

通信作者:傅静,414011449@qq.com

科研项目:教育部《虚拟仿真技术在职业教育教学中的创新应用》专项课题(ZJXF2022300);国家级大学生创新创业训练计划项目(202210632010)

收稿:2022-12-20;修回:2023-02-08

旨在为医护人员开展晚期癌症患者心理痛苦的预防和管理提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 问题确立 根据 PIPST 模式^[8]提出结构化心理痛苦的安宁疗护管理循证问题, P(Population, 证据应用的目标人群): 具有心理痛苦产生风险及已产生心理痛苦的晚期癌症患者。I(Intervention, 干预措施): 心理痛苦的安宁疗护管理措施。P(Professional, 应用证据的专业人员): 安宁疗护医护人员。O(Outcome, 项目的结局指标): 心理痛苦发生率及程度、患者心理状态改善情况、患者及家属生活质量。S(Setting, 证据应用场所): 安宁疗护病房、安宁疗护中心及相关机构。T(Type of Evidence, 证据类型): 临床决策、临床实践指南、最佳实践、证据总结、系统评价、专家共识、随机对照试验等。

1.2 检索策略 按照“6S”证据资源金字塔模型^[9], 自上而下进行数据检索。检索包括 BMJ Best Practice、UpToDate、Cochrane Library、JBI 循证卫生保健中心、国际指南协作网(GIN)、苏格兰校际指南网(SIGN)、美国国家综合癌症网络(NCCN)、加拿大安大略注册护士协会(RNAO)、欧洲肿瘤内科学会(ESMO)、美国临床肿瘤学会(ASCO)、意大利肿瘤医学协会(AIOM)、美国国家临终关怀及姑息治疗联盟(NCHPC)、Medline、Embase、SinoMed、CINAHL、PubMed、Web of Science、中华人民共和国国家卫生健康委员会官方网站、中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库中关于晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理的所有证据。中文检索词: 晚期, 终末期, 临终期; 癌症, 肿瘤; 心理痛苦, 心理危机, 心理困扰; 安宁疗护, 临终关怀, 缓和医疗, 姑息治疗, 姑息护理, 临终护理, 管理, 护理。英文检索词: advanced, end-of-life, terminal, near-death period, end stage; cancer, tumor, oncology, neoplasms; psychological distress, psychological crisis, psychological pain, mental pain; hospices, hospice care, palliative care, terminal care, disease management, management, nursing。检索时限为 2010 年 1 月至 2022 年 11 月。

1.3 文献纳入及排除标准 纳入标准: ①研究对象为具有心理痛苦产生风险及已产生心理痛苦的晚期癌症患者; ②文献类型为临床决策、临床实践指南、最佳实践、证据总结、系统评价、专家共识、随机对照试验; ③发表语言为英语或中文。排除标准: ①重复发表的文献; ②无法获取全文; ③简要版本或指南解读类文献、研究计划书、报告及会议摘要。

1.4 文献质量评价

1.4.1 文献评价标准 因临床决策来源于 BMJ Best Practice、UpToDate, 属于“6S”金字塔中的顶层

证据、证据质量高^[10], 因此直接采用符合本研究及我国临床应用场景的证据。指南采用临床指南研究与评价系统(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II, AGREE II)^[11]进行质量评价。专家共识、最佳实践、随机对照试验分别采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心对意见和共识类文章的真实性评价工具、对随机对照试验的真实性评价工具进行质量评价^[8,12]。证据总结采用证据总结质量评价工具(Critical Appraisal for Summaries of Evidence, CASE)^[13]进行质量评价。系统评价采用系统评价评估工具(Assessment of Multiple Systematic Reviews, AMSTAR)^[14]进行质量评价。

1.4.2 文献评价过程 由 2 名经过规范化循证培训研究生学历的研究者对纳入文献分别进行独立评价, 出现意见分歧时由 2 名评价者进行协商, 不能达成一致时请第 3 人共同讨论。

1.5 证据整合与证据分级、推荐强度 2 名研究者分别对经过质量评价后纳入的文献进行证据提取, 并与循证小组共同进行证据核对及整合。当不同来源的证据结论冲突时, 遵循循证证据优先、高质量证据优先、最新发表权威证据优先的原则^[15-16]。证据整合后, 采用 2014 版 JBI 证据预分级系统^[17]对证据进行预分级, 证据等级划分为 1~5 级, 1 级为最高级别, 5 级为最低级别。预分级后根据 JBI 证据推荐强度分级原则^[17], 由安宁疗护研究方向教授及护理研究生、安宁疗护及癌症临床护理专家组成的循证小组共同确定证据推荐强度, 即 A 级推荐(强推荐)和 B 级推荐(弱推荐)。

2 结果

2.1 纳入文献的一般特征 本研究初步获得文献 1 675 篇, 导入 NoteExpress 去重后获得文献 1 075 篇。通过阅读标题和摘要获得 438 篇文献, 阅读全文后最终获得符合纳入标准的文献 20 篇, 包含 8 篇指南^[3-5,18-22]、2 篇临床决策^[23-24]、1 篇最佳实践^[25]、2 篇证据总结^[26-27]、4 篇系统评价^[28-31]、3 篇随机对照试验^[32-34]。纳入文献的基本特征见表 1。

2.2 文献质量评价结果

2.2.1 指南 共纳入 8 篇指南, 其中 4 篇指南^[4,19-20,22]总体质量为 A 级, 4 篇指南^[3,5,18,21]为 B 级。各领域标准化百分比及质量评价结果, 见表 2。

2.2.2 最佳实践和随机对照试验 共纳入 1 篇最佳实践^[25], 除条目 2 评价结果为“不清楚”、条目 6 评价结果为“否”外, 其余条目评价结果均为“是”。研究设计比较完整, 整体质量较高, 准予纳入。共纳入 3 篇随机对照试验^[32-34], 其中李玉梅等^[33]的研究, 除条目 2、条目 4、条目 6 评价结果均为“不清楚”, 条目 5 评价结果均为“否”外, 其余条目评价结果均为“是”。Du 等^[32]和 Serfaty 等^[34]的研究, 除条目 5、条目 6 评价结果均为“否”外, 其余条目评价结果均为“是”。研究

设计比较完整,准予纳入。

表 1 纳入文献的基本特征($n=20$)

纳入文献	发布时间 (年)	文献来源	文献类型	文献标题
Crawford 等 ^[3]	2021	ESMO	指南	成人癌症患者的临终关怀
NCCN ^[4]	2022	NCCN	指南	NCCN 肿瘤学临床实践指南:心理痛苦的处理(2022 年)
国家卫生计生委 ^[5]	2017	知网	指南	安宁疗护实践指南(试行)
NCCN ^[18]	2020	NCCN	指南	NCCN 患者指南:癌症护理期间患者心理痛苦
Caminiti 等 ^[19]	2021	AIOM	指南	成人癌症患者的社会心理护理
海峡两岸医药卫生交流 协会全科医学分会 ^[20]	2021	知网	指南	姑息治疗与安宁疗护基本用药指南
Lam 等 ^[21]	2019	PubMed	指南	中医癌症安宁疗护临床实践指南
NCHPC ^[22]	2018	NCHPC	指南	全国共识项目姑息治疗临床实践指南,第 4 版
Fremonta 等 ^[23]	2021	UpToDate	临床决策	晚期疾病的心理社会问题
Peter 等 ^[24]	2021	UpToDate	临床决策	癌症患者精神障碍的管理
Rodin 等 ^[25]	2020	ASCO	最佳实践	晚期疾病患者的心理干预:对肿瘤学和姑息治疗的影响
Fong 等 ^[26]	2022	JB1	证据总结	癌症患者:痛苦体温计
Magtoto 等 ^[27]	2022	JB1	证据总结	姑息治疗:音乐疗法
Wang 等 ^[28]	2020	PubMed	系统评价	基于互联网的心理健康教育干预对癌症患者心理健康和生活质量的影响
Xiao 等 ^[29]	2019	PubMed	系统评价	尊严治疗对姑息治疗癌症患者尊严、心理健康和生活质量的影响
Kang 等 ^[30]	2019	PubMed	系统评价	晚期或晚期癌症患者以意义为中心的干预措施
Mitchell ^[31]	2010	PubMed	系统评价	癌症相关痛苦的简短筛查工具
Du 等 ^[32]	2022	PubMed	随机对照试验	心对心纸牌游戏对接受家庭姑息治疗的晚期癌症患者的影响
李玉梅等 ^[33]	2018	知网	随机对照试验	团体心理辅导对改善晚期肺癌患者心理困扰及自我感受负担的效果研究
Serfaty 等 ^[34]	2012	Cochrane Library	随机对照试验	芳香疗法按摩与认知行为疗法对癌症/姑息治疗患者心理痛苦临床有效性的研究

表 2 纳入指南的质量评价结果($n=8$)

纳入文献	各领域标化得分百分比(%)						≥60%的	≥30%的	推荐 级别
	范围和目的	参与人员	严谨性	清晰性	应用性	独立性	领域数(个)	领域数(个)	
Crawford 等 ^[3]	94.44	55.56	69.79	91.67	77.08	91.67	5	6	B
NCCN ^[4]	94.44	75.00	65.63	86.11	77.08	62.50	6	6	A
国家卫生计生委 ^[5]	94.44	50.00	46.88	91.67	97.22	91.67	4	6	B
NCCN ^[18]	83.33	61.11	63.54	75.00	72.92	58.33	5	6	B
Caminiti 等 ^[19]	91.67	77.78	79.17	91.67	79.17	95.83	6	6	A
海峡两岸医药卫生交流协会 全科医学分会 ^[20]	97.22	63.89	71.88	91.67	83.33	83.33	6	6	A
Lam 等 ^[21]	86.34	49.46	50.11	78.84	75.06	86.34	4	6	B
NCHPC ^[22]	100.00	69.44	83.33	91.67	62.50	91.67	6	6	A

2.2.3 证据总结和系统评价 共纳入 2 篇证据总结^[26-27],2 篇文献除条目 3 评价结果为“否”外,其余条目评价结果均为“是”。研究设计比较完整,整体质量较高,准予纳入。共纳入 4 篇系统评价^[28-31],其中 3 篇研究^[28-30]除条目 4 评价结果为“否”外,其余评价结果均为“是”;1 篇研究^[31]为系统评价再评价(追溯至之前已发表的系统评价^[35]进行研究方法学评价),除条目 4、条目 10 评价结果为“否”外,其余条目评价结果均为“是”。研究设计比较完整,整体质量较高,准予纳入。

2.3 证据汇总 通过对晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理证据进行提取与整合,共总结管理原则、筛查与评估、介入管理的时机、环境管理、药物干预、非药物干预、健康教育、培训与保障 8 个方面 24 条最佳证据,见表 3。

3 讨论

3.1 坚持心理痛苦安宁疗护管理的基本原则是实施临床干预的基础 指南^[5]强调,安宁疗护中心理支持的目的是引导患者面对和接受疾病状况,帮助患者应对情绪反应,让其保持乐观顺应的态度度过生命终期。安宁疗护强调对生命尊重,实施心理痛苦安宁疗护管理需把握“人文关怀”的基本原则,坚持以患者和家属为中心,提供人文照护并动态调整管理方案,以最大程度地提高患者生命末期质量。终末期患者常见疼痛、呼吸困难、厌食、恶心、呕吐等身体症状^[36],研究表明,终末期患者的身体症状恶化将导致患者心理痛苦程度显著上升^[23]。因此,控制终末期患者身体症状是安宁疗护的重要内容,也是实施临床心理干预的基础。但由于疾病发展和身体机能下降,许多晚期癌症患者的身体症状均存在不可逆的恶化。故考

考虑第 3 条证据的临床可行性和适宜性,将该证据推荐 级别定为 B 级。

表 3 晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理最佳证据总结

证据主题	证据内容	证据等级	推荐级别
基本原则	1. 应注意加强患者及家属的心理支持和人文关怀,帮助其良好应对情绪反应 ^[5]	5b	A
	2. 应根据患者及家属的需求和愿望、疾病的性质和阶段进行心理痛苦管理方案调整 ^[25]	1a	A
	3. 应尽可能控制患者疼痛、乏力、呼吸困难等身体症状,这是解决心理痛苦的前提 ^[23]	5b	B
筛查与评估	4. 建议早期开展心理痛苦筛查和评估,关注患者心理痛苦的前期症状,如患者对将来和疾病表示恐惧、担忧、悲伤、紧张、睡眠不好、食欲差,出现自杀想法等 ^[3-4,19,22-23]	5b	A
	5. 注意识别高风险心理痛苦患者,如长期治疗或住院史、精神障碍病史、自杀企图史、沟通障碍、家庭/照顾者冲突、社会支持不足、抑郁症病史、与抑郁风险相关的癌症类型(如胰腺癌、头颈部癌)等。若对自己或他人构成危险,需进一步患者评估自杀和他杀风险 ^[3-4,18,25]	1b	A
	6. 建议持续动态评估患者心理痛苦,特别是在疾病复发、进展、症状控制不佳、出现并发症等变化时 ^[4,22,25]	1b	A
介入管理的时机	7. 推荐评估工具: ① 推荐 NCCN 心理痛苦温度计 (Distress Thermometer,DT) 和 NCCN 心理痛苦问题清单 (Problem List,PL) 作为心理痛苦的最佳简短筛查工具 ^[26,31]	2a	A
	② 推荐使用癌症患者精神痛苦测评工具 (Faith,Importance and Influence,Community and Address Spiritual History Tool,FICA) 进行患者精神痛苦程度评估并了解其精神关注内容 ^[3]	5b	B
	③ 推荐使用癌症患者失志综合衡量表 II (Demoralization Scale-II,DS-II) 对患者的自杀意愿进行评估 ^[25]	1a	A
环境管理	④ 推荐使用医院焦虑抑郁量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale,HADS)、抑郁-焦虑-压力自评量表 (Depression Anxiety Stress Scale,DASS) 进行心理痛苦具体临床症状的深入筛查 ^[4,31]	2a	A
	⑤ 推荐使用死亡和濒死痛苦量表 (Death and Dying Distress Scale,DADDS) 衡量患者面对死亡事件的心理痛苦程度 ^[25]	1a	B
	8. 建议患者 NCCN 心理痛苦温度计评分≥6 分时,结合临床情况决定是否由跨学科心理关怀团队介入管理 ^[26]	1b	A
非药物干预	9. 建议病房保持安静,光线柔和,空气清洁,温度、湿度适宜,以最大限度地提高患者的安全感和控制感 ^[5,22]	5b	A
	10. 建议病房布置尽量满足患者及家人偏好,允许患者保留自己的生活方式,促进患者家人及朋友照顾与探访 ^[22]	5b	A
	11. 有自杀或他杀风险的患者,需加大巡视监控力度,移走病房内危险物品,确保患者安全 ^[23]	5b	A
	12. 建议根据患者心理痛苦的不同类型,选择对症的心理护理方法 ^[25] ; ① 对于疾病认知不够、对治疗及预后有误解的患者,推荐使用认知行为疗法 ^[4,24-25,34] ,包括 a. 与患者展开会谈,使患者尽可能了解治疗的目的和意义;b. 帮助患者认识治疗和生活中积极的、可以掌控的方面,摒弃错误的认知;c. 帮助患者掌握应对负性情绪和思维的方法,如放松技巧、记忆和注意力适应训练等	1b	A
	② 对于病情严重、感到极度悲伤和痛苦的晚期癌症患者,推荐使用尊严疗法 ^[29] ,包括 a. 帮助患者回忆人生重要的经历(如人生重要角色、人生经验、个人成就等)以提高个人价值感;b. 引导患者表达内心情感和愿望,缓解患者心理痛苦	1a	A
	③ 对于感到丧失生命意义、治疗及生活毫无价值的患者,推荐使用以意义为中心的心理治疗 ^[30] ,包括 a. 分享实现生命意义的个案讲座;b. 帮助患者回顾自己认为重要的生命意义来源;c. 促进患者进行未来生活规划;d. 协助患者完成一直想做却未完成的心愿,以提高患者生命意义感	1a	A
	④ 对于心理负担较重、出现焦虑、抑郁等心理痛苦的患者和家属,推荐使用家庭和夫妻共同心理干预 ^[25] ,包括 a. 鼓励夫妻、家庭相互扶持、互相关照;b. 提供患者和家庭疾病应对和照护管理策略;c. 帮助患者和家庭正视疾病,共同面对心理痛苦困扰	1a	A
	⑤ 对于有沟通意愿、渴望获得社会支持的患者,推荐使用团体心理辅导 ^[33] ,包括医护人员及患者组成团队进行确立抗癌信念、疾病自我管理学习、抗癌和生活经历分享等,改善患者心理痛苦和疾病不确定感	1c	B
	13. 建议向患者及其家庭提供心理综合干预; ① 使用芳香疗法按摩头部、太阳穴、眉心、面额、耳廓、肩颈、脊椎、足底等,可显著改善肿瘤患者焦虑、抑郁等心理痛苦症状 ^[34]	1b	B
	② 结合中医治疗措施,使用针灸结合穴位按摩、药枕、药膳改善失眠症状,推荐癌症失眠治疗通用穴位神门、三阴交、百会 ^[21]	5b	A
	③ 使用放松技术缓解患者焦虑,包括 a. 呼吸放松训练,放松身体使呼吸平稳和安静,完整的呼气与吸气 4 次,持续 30~60 s;b. 意向放松训练,在安静的环境里使意念放松且平和,大脑需保持清醒、注意力集中,感觉意念游走至身体每个部位,持续 10 min;c. 冥想,使身体放松辅以放松冥想的音频等,在脑海中想象一个使自己感到愉悦和放松的画面或场景,持续 10 min ^[4,24]	1c	B
药物干预	④ 使用音乐疗法,音量不宜超过 70 dB,通过乐器演奏、音乐演奏等方式,可有效减少患者疲劳、焦虑,提升患者幸福感 ^[27]	1c	B
	14. 对于患有急性焦虑症的患者,建议使用苯二氮卓类药物如口服劳拉西泮 0.5~1.0 mg,2 次/d;患有慢性焦虑症的患者,建议使用地西泮 ^[3,20]	5b	A
	15. 对于患有抑郁的患者,建议使用一线抗抑郁药物如 5-羟色胺再摄取抑制剂,如口服氟西汀 20 mg,1 次/d ^[3,20,24]	5b	A
健康教育	16. 对于患有恐惧、激动、谵妄等症状的患者,建议使用抗精神病药物,如口服氯氮亭 0.5~2.0 mg,2~3 次/d ^[4,20]	5b	A
	17. 对于失眠的患者,建议使用氯丙嗪。如患者发生过度嗜睡,建议口服哌甲酯 2.5~20.0 mg,2 次/d ^[20]	5b	A
	18. 对于出现难治性心理痛苦临床症状的患者,可经多学科团队综合判断后,考虑使用姑息性镇静。建议使用咪达唑仑静脉注射,常用有效剂量为 1~20 mg/h ^[20]	5b	A
	19. 建议推进预立医疗照护计划。可使用用心对心纸牌游戏等沟通工具,协助患者与家属开展患者偏好、疾病治疗方案、预后安排、目标计划等沟通对话,并提供相应的护理支持,可显著改善患者心理痛苦水平 ^[5,23,32]	5b	B
	20. 推荐患者及家属适当参考癌症患者心理痛苦教育资料,如 NCCN 患者指南、癌症护理期间患者心理痛苦,以帮助患者认识心理痛苦产生的原因、表现形式、求助方式、自我调节方法等 ^[4,18]	5b	A
	21. 建议通过互联网如建立健康知识教育网站、移动设备软件平台等为患者及家庭提供健康知识获取途径,进行疾病知识、症状管理、预后信息等健康教育 ^[28]	1a	B
培训与保障	22. 建议成立跨学科心理关怀团队,进行患者心理痛苦管理 ^[4,24] :① 初级医师负责症状管理及治疗;② 安宁疗护专科护士协助和实施心理护理、健康教育并监测治疗情况;③ 精神卫生专家(如精神科医生)提供咨询和监督;④ 社会工作志愿者提供心理辅助	5b	B
	23. 建议制订教育和培训方案,注重沟通技能培训和心理痛苦管理文件的掌握,以确保安宁疗护医护人员及社会志愿工作人员具备心理痛苦相关评估和管理知识 ^[19,22,25]	1b	A
	24. 建议医护人员与患者及家属维持良好且可靠的医患关系,促进患者及家属维持健康的心理状态 ^[23]	5b	A

3.2 有效开展筛查与评估,促进专业团队及时介入 理痛苦^[37]。然而,相较于身体症状,心理痛苦更难以管理 调查发现,高达 52% 的癌症患者有明显的心理痛苦。然而,相较于身体症状,心理痛苦更难以被医护人员识别。因此,医护人员需提高识别心理痛苦

苦患者的敏感度。但缺乏可靠的衡量标准和测量工具是阻碍有效筛查和评估的重要因素^[29]。第 7 条证据总结了目前经过验证并广泛应用于心理痛苦的快速筛查^[26,31]、内容评估^[3]、程度评估^[25]、具体分类^[4,31]、自杀预测^[25]等多种评估工具。其中 DT 的 Cronbach's α 系数为 0.932^[38],信效度良好,并经过临床验证^[26]证实对癌症患者的心理痛苦敏感性较高。因此,医务人员在晚期癌症患者 DT 评分 ≥ 6 分时,应结合临床情况进行专业判断是否需要对患者实施介入管理。

3.3 舒适安全的环境管理,能够有效降低心理痛苦风险 晚期癌症患者长期处于病房环境,不良的环境管理将加剧患者的心理痛苦水平。建议医护人员将为患者提供舒适、安全的病房环境,尽可能满足患者和家属的环境偏好,同时强调对具有自杀或他杀风险的心理痛苦患者加强安全管理。良好的环境管理能够有效减少或避免心理痛苦相关风险因素,也能体现安宁疗护中的人文关怀理念。

3.4 专业可行的循证心理干预,可缓解不同类型心理痛苦 指南^[4]表明,专业的心理干预方法对于减少患者心理痛苦和提高整体生活质量具有重要意义。研究证实,认知行为疗法能有效减轻患者焦虑、抑郁^[34]。维护患者尊严是安宁疗护的重要照护目标,一项系统评价^[29]指出,尊严疗法能够提高患者的尊严感、缓解患者焦虑。以意义为中心的心理治疗提示医务人员应帮助患者维持内心和平、重拾生活目标。家庭是晚期癌症患者心理情感的重要支撑,家庭和夫妻共同心理干预强调可以通过增强患者家庭支持、提升家庭关系质量、完成角色期望等措施^[25],提高患者自我效能感、改善患者及家属的痛苦和照顾负担。医护人员也可以组织团体心理辅导,协助患者相互沟通及接纳,增强患者社会支持,促进患者自我成长^[33]。但由于晚期癌症患者身体状况较差,与他人的沟通能力以及意愿都较差,考虑临床可行性将该证据推荐级别定为 B 级。晚期癌症患者可能同时存在多种心理痛苦类型,医护人员应加强对患者的了解认知,增强临床分析能力和综合运用能力,提供给患者综合全面、专业可行的循证心理干预方法如中医干预、放松疗法、音乐疗法等,以缓解患者心理痛苦,提高患者生活质量。

3.5 提供科学药物干预,避免药物不良反应 根据 ESMO 指南^[3],苯二氮类药物用于治疗焦虑症时,会导致患者认知功能的下降,故临床中应避免老年晚期癌症患者或认知障碍患者使用。使用氟西汀进行抗抑郁治疗前,医护人员应首先排除患者是否存在原发性精神障碍^[20]。氟哌啶醇会导致患者产生运动障碍、直立性低血压、虚弱等不良反应^[4],医护人员在对谵妄患者用药时需注意剂量,尤其关注老年晚期癌症患者的用药反应以降低药物相关死亡风险。对于出

现难治性心理痛苦临床症状的患者,经多学科团队综合判断后,可考虑使用姑息镇静^[20]。实施前,医护人员需征求患者本人知情同意,如果患者不能够自主表达意愿,应当取得患者亲属的明确同意。

3.6 进行常规健康教育,促进患者自我调节 预立医疗照护计划是安宁疗护的重要环节,有利于保障患者的自主决定权,提升患者临终舒适度和治疗依从性。因此,临床工作中应将预立医疗照护计划纳入心理痛苦的健康教育范畴。医护人员可提供心理痛苦教育资料促使患者掌握自我调节方法,也可以打破传统的面对面健康教育方式,积极开发微信、公众号、短视频等依托于互联网的、更为便捷、更易接受的健康教育方式。研究表明,基于互联网的心理健康教育可以帮助患者克服空间、时间和心理障碍,改善癌症患者的疲劳、抑郁、增强患者自我效能^[28]。

3.7 开展医护人员培训,提升心理痛苦医疗保障 癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理是多方面、多维度的医疗过程,需要跨学科的高级心理关怀团队进行综合治疗和管理^[24]。目前,我国安宁疗护医疗技能培训较为缺乏,医护人员安宁疗护知识不足^[39],应当制订安宁疗护专业教育和培训方案,采用线上线下等灵活培训形式,以确保医护人员可以更自由、更全面地获取和掌握安宁疗护心理痛苦管理知识。同时,医护人员应注意与患者及家属进行沟通并维持良好可靠的医患关系,充分体现人文关怀,以增强患者信任、减少忧虑,促进其维持健康的心理状态。

4 小结

本研究基于循证方法总结晚期癌症患者心理痛苦的安宁疗护管理最佳证据,建议临床实践中医护人员坚持安宁疗护心理管理原则,动态筛查和评估患者心理痛苦症状,准确把握介入管理的时机,注意病房环境管理,掌握药物及非药物干预方法,重视患者及家庭心理健康教育,加强心理痛苦安宁疗护管理的循证知识培训,并结合临床实际情况促进最佳证据向临床转化,以降低晚期癌症患者心理痛苦的发生风险,提高患者生活质量,提升安宁疗护照护水平。

参考文献:

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3):209-249.

[2] Xia C, Dong X, Li H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: profiles, trends, and determinants[J]. Chin Med J (Engl), 2022, 135(5):584-590.

[3] Crawford G B, Dzierzanowski T, Hauser K, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO clinical practice guidelines[J]. ESMO Open, 2021, 6(4): 100225.

[4] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: distress management

- (version2, 2022)[EB/OL]. (2021-01-27)[2022-12-30]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.
- [5] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报, 2017(2):44-47, 53-57.
 - [6] Xu S, Wang X, Wang R. The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Ann Palliat Med*, 2022, 11(8): 2586-2599.
 - [7] Temel J S, Greer J A, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial[J]. *J Clin Oncol*, 2017, 35(8):834-841.
 - [8] 胡雁, 郝玉芳. 循证护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018:30-31.
 - [9] Dicenso A, Bayley L, Haynes R B. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5s model into a 6s model[J]. *Evid Based Nurs*, 2009, 12(4):99-101.
 - [10] 李繁荣, 唐如冰, 庞春华, 等. 肿瘤患者失眠评估与护理干预的最佳证据总结[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(2):96-100.
 - [11] Brouwers M C, Kho M E, Browman G P, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare[J]. *CMAJ*, 2010, 182(18): E839-E842.
 - [12] 张榆, 李菟丹, 罗迎霞, 等. 放化疗鼻咽癌患者消化道症状管理的最佳证据总结[J]. *护理学报*, 2022, 29(2):35-39.
 - [13] Foster M J, Shurtz S. Making the critical appraisal for summaries of evidence (CASE) for evidence-based medicine (EBM): critical appraisal of summaries of evidence [J]. *J Med Libr Assoc*, 2013, 101(3):192-198.
 - [14] Shea B J, Grimshaw J M, Wells G A, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews[J]. *BMC-Med Res Methodol*, 2007, 7:10.
 - [15] 邢唯杰, 胡雁, 周英凤, 等. 推动证据向临床转化(六)证据总结的制作与撰写[J]. *护士进修杂志*, 2020, 35(12):1129-1132.
 - [16] 詹永佳, 李永红, 黄润勤, 等. 晚期癌症患者预后沟通策略的证据总结[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(13):77-80.
 - [17] 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.
 - [18] National Comprehensive Cancer Network. NCCN guidelines for patients distress management—distress during cancer care [EB/OL]. (2020-03-11) [2022-12-30]. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>.
 - [19] Caminiti C, Diodati F, Annunziata M A, et al. Psychosocial care for adult cancer patients: guidelines of the Italian medical oncology association[J]. *Cancers (Basel)*, 2021, 13(19):4878.
 - [20] 海峡两岸医药卫生交流协会全科医学分会. 姑息治疗与安宁疗护基本用药指南[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(14):1717-1734.
 - [21] Lam W C, Zhong L, Liu Y, et al. Hong Kong Chinese-medicine clinical practice guideline for cancer palliative care: pain, constipation, and insomnia[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019, 2019:1038206.
 - [22] Ferrell B R, Twaddle M L, Melnick A, et al. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines, 4th edition[J]. *J Palliat Med*, 2018, 21(12):1684-1689.
 - [23] Fremonta L, Meyer M. Psychosocial issues in advanced illness[EB/OL]. (2021-10-06)[2022-12-30]. http://43.142.98.207/contents/zh-Hans/psychosocial-issues-in-advanced-illness?search=%E6%99%9A%E6%9C%9F%E7%96%BE%E7%97%85%E7%9A%84%E5%BF%83%E7%90%86%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E9%97%AE%E9%A2%98&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
 - [24] Peter P, Roy-Byrne M. Management of psychiatric disorders in patients with cancer[EB/OL]. (2021-09-21)[2022-12-30]. <http://43.142.98.207/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?search=%E7%99%8C%E7%97%87%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E7%A2%8D%E6%82%A3%E8%80%85%E7%9A%84%E7%AE%A1%E7%90%86&source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans&selectedTitle=2~150>.
 - [25] Rodin G, An E, Shnall J, et al. Psychological interventions for patients with advanced disease: implications for oncology and palliative care[J]. *J Clin Oncol*, 2020, 38(9):885-904.
 - [26] Fong E. Cancer patients: the distress thermometer[EB/OL]. (2022-03-13)[2022-12-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI11574>.
 - [27] Magtoto, Leaderlou S. Palliative care: music therapy[EB/OL]. (2022-03-05)[2022-12-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JBI6479>.
 - [28] Wang Y, Lin Y, Chen J, et al. Effects of internet-based psycho-educational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *Support Care Cancer*, 2020, 28(6):2541-2552.
 - [29] Xiao J, Chow K M, Liu Y, et al. Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *Psychooncology*, 2019, 28(9):1791-1802.
 - [30] Kang K A, Han S J, Lim Y S, et al. Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis[J]. *Cancer Nurs*, 2019, 42(4):