

缓和医疗中缓和镇静的研究进展

黄光华 杨嘉年 刘红菊 宁晓红 黄宇光

【摘要】 缓和镇静是缓和医疗中控制痛苦症状的最后手段。缓和镇静适用于处于终末期、已接受系统性缓和医疗服务、存在顽固性症状且该症状产生无法忍受痛苦的患者。缓和镇静存在严格的适应证和决策流程。但我国尚无相关指南出台,且医护人员对其认知欠缺。本文将汇总国内外相关文献,就缓和镇静国内外发展现状、定义、分类、适应证、规范决策流程和常用策略等进行综述,旨在为我国缓和镇静的规范应用提供参考。

【关键词】 缓和医疗;缓和镇静;适应证;决策流程

Progress of palliative sedation in palliative care HUANG Guanghua, YANG Jiantian, LIU Hongju, NING Xiaohong, HUANG Yuguang. Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Science & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China
Corresponding author: NING Xiaohong, Email: ningxh1973@foxmail.com

【Abstract】 Palliative sedation is the last resort for symptom control in palliative care. It could be applied to terminal-stage patients with intractable symptoms which continuously induce intolerant pain even after receiving systematic palliative care. Palliative sedation has strict indications and decision-making processes. Nevertheless, no relevant guidelines have been issued in China, and medical staff may not fully understand the details of palliative sedation. Our study reviews the present development domestically and abroad, definition, categories, indications, decision-making processes and common strategies of palliative sedation, aiming to provide references for its standard use in China.

【Key words】 Palliative care; Palliative sedation; Indications; Decision-making process

缓和医疗(palliative care)又称姑息治疗、舒缓医疗等,其根本目的为减轻患者痛苦,而非延缓或加速死亡。安宁疗护(hospice care)又称临终关怀,是缓和医疗的最后阶段,一般指以预期生存期 ≤ 6 个月的患者为对象,以减轻痛苦和改善生活质量为目的的照护项目^[1]。终末期患者因顽固性症状而出现无法忍受的痛苦时,可实施缓和镇静(palliative sedation)^[1]。本文就缓和医疗中缓和镇静的临床应用进行阐述,旨在为缓和镇静的规范使用提供参考。

缓和医疗与缓和镇静的国内外发展概况

缓和医疗 截至 2017 年,全球已有 138 个国家和地区提供缓和医疗服务,可提供大规模服务的国家主要集中在欧洲和北美洲^[2],英国拥有超过 200 家安宁医院及数量庞大的志愿者^[3],美国拥有至少 300 张床位的医疗机构中,设立缓和医疗团队的比例超过 90%^[4]。我国台湾地区的缓和医疗水平也走在世界前列。

近 3 年缓和医疗在我国政府推动下迅速发展,国家卫生

健康委员会发布的《2019 年卫生健康事业发展统计公报》显示,截至 2019 年底,全国设有安宁疗护专科的医疗机构共 354 个,相关配套工作也在逐步推进过程中^[5]。目前,上海市已实现所有社区卫生服务中心均提供安宁疗护服务的目标^[6]。国内十余所大学、高职院校已面向医学生、护理生开设相关课程^[7],继续教育项目也在开展。志愿者体系在部分地区初具雏形,如北京已有数个运作良好的安宁志愿团队。

缓和镇静 近 5 年来,16.3%~33.6%来自不同国家的缓和医疗中心患者接受了缓和镇静,实施缓和镇静最常见原因为谵妄、疼痛和呼吸困难,最常用药物为咪达唑仑^[8-11]。我国缓和镇静发展较晚,相关报道较少,多数为病例报道和小型对照研究^[12-15]。美国国立癌症综合网(NCCN)发布的《缓和医疗 2020 版指南》提出,当接受缓和医疗的患者出现顽固性症状时可实施缓和镇静缓解痛苦。欧洲肿瘤内科学会(ESMO)发布的相关指南也支持此观点^[16]。这两份指南均详细描述了缓和镇静的临床应用策略。目前国内尚无针对此领域的指南或专家共识。

缓和镇静的定义、分类及适应证

缓和镇静的定义及分类 缓和镇静不影响患者的生存期^[16],是缓解终末期患者因顽固性症状而出现的无法忍受

DOI: 10.12089/jca.2021.07.024

作者单位:100730 中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院老年医学科(黄光华、杨嘉年、宁晓红),麻醉科(刘红菊、黄宇光)

通信作者:宁晓红,Email: ningxh1973@foxmail.com

痛苦的一种缓和医疗手段^[1]。缓和镇静按程度分为浅度镇静和深度镇静,按时间分为间歇镇静和持续镇静^[10, 17]。浅度和深度镇静的简单区分方法为被镇静者能否进行口头交流^[17]。间歇镇静是指对患者进行短时间镇静,如仅夜间实施镇静以辅助患者入睡。持续镇静包括持续渐进镇静和持续深度镇静。前者指持续使用镇静药并视情况增减剂量,后者是缓和镇静的最后手段,持续用药直至死亡。因出现顽固性症状的患者预期生存时间一般较短,故缓和镇静实施时间通常较短。但在少数情况下,非持续深度镇静的时间可达数月。

缓和镇静的适应证 目前国内对于缓和镇静的应用稍显混乱,有必要进一步阐明其适应证。接受缓和镇静的患者应符合以下条件:(1)处于终末期。终末期无明确时长定义,也难以准确评估。Robert 等^[1]研究表明,患者的预计生存时间在 2 周以内即视其进入了终末期^[1]。(2)已接受系统性缓和医疗服务。因终末期患者可存在躯体、心理、社会和灵性四个维度的痛苦^[18],故系统性缓和医疗服务需覆盖上述内容,应至少包括:①针对躯体症状行非药物及药物治疗;②针对心、社、灵痛苦进行充分沟通、评估和支持照顾;③邀请患者家属、朋友、志愿者、音乐治疗师、心理咨询师等成员共同参与缓和医疗活动。(3)存在一个或多个顽固性症状。顽固性症状指在不降低意识水平时,经多科综合治疗后仍无法有效缓解的症状^[19]。顽固性症状的产生常由躯体、心理、灵性等多重因素叠加而成^[18],可表现为呼吸困难、疼痛、睡眠障碍、泌尿道症状等^[20]。此时应组建一个含缓和医疗医师、其他专科医师和心理治疗师的多科团队对患者进行全方位评估^[19](图 1)。顽固性症状应符合以下特征:①除外心理、社会、灵性因素影响后症状仍无法缓解;②现有治疗效果不佳;③无法在可接受的时间范围内得到有效治疗;④可能的治疗手段存在无法接受的风险^[19]。(4)顽固性症状产生了无法忍受的痛苦。无法忍受的痛苦常由患者主观定义,但医护人员可使用 NRS 评分、面谱法等辅助评估疼痛级别。DT (distress thermometer) 是一个可用于痛苦综合评估的简单工具。当患者无法交流时,医护人员应与家属一同评估^[17]。(5)存在接受缓和镇静的主观意愿^[11, 17]。以下情况不适用于缓和镇静:患者不存在顽固性症状,但为避免直面死亡而要求进行镇静;产生痛苦的症状存在未被纠正的可逆因素;痛苦可忍受;患者拒绝;家属单方面要求;医师为减少自身工作量而让患者接受镇静等^[17]。

此外,持续深度镇静的适用条件更为苛刻,在上文基础上还应包括:(1)间歇镇静效果不佳;(2)团队已再次确认患者情况;若生命末期突发大出血、窒息等严重症状,可紧急应用持续深度镇静^[1, 16, 21]。

当患者存在心力衰竭、呼吸衰竭等顽固性症状,但无法判断患者是否处于生命末期时,可先应用间歇镇静,以便医师进一步评估情况及治疗^[22]。

缓和镇静的规范决策流程和常用策略

规范决策流程 缓和镇静的决策流程应在顽固性症状

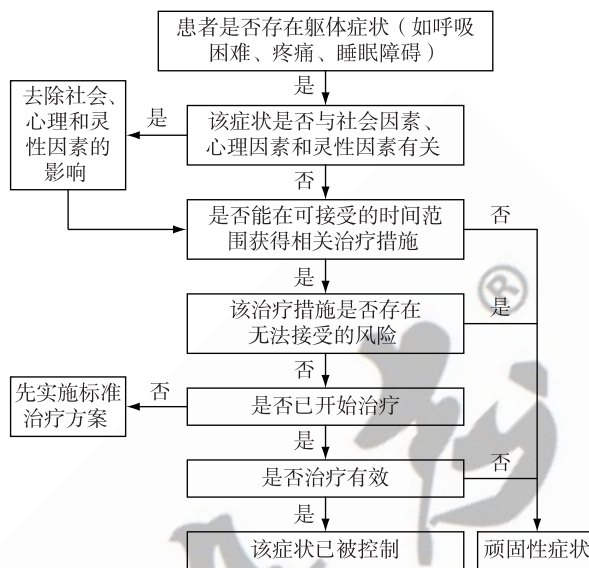


图 1 评估是否存在顽固性症状的流程^[19]

出现之前启动。应充分告知患者缓和医疗的目的与措施,让患者意识到即使经过多种手段治疗仍无法控制症状时,缓和镇静可作为最后的手段来保证患者有尊严的离世。

患者的书面(推荐)或口头申请是第一步。申请内容应包括申请人、申请理由、希望接受何种形式镇静治疗和家属意见等。当患者家属对此决定不知情时,照顾团队应在征得患者同意后与家属沟通,向家属告知患者的病情、治疗方案、实施缓和镇静的意愿、交流喜好等信息,帮助家属和患者有效沟通。极少情况下患者会拒绝家属参与决策,若拒绝则说明仍存在某些尚未解决的痛苦。照顾团队应再次与患者深入交流,并建议重新考虑。此外,医师可根据病情建议患者接受镇静治疗,但最终仍需患者主动提出申请^[16]。

收到患者申请后,照顾团队应根据临床资料、患者陈述、家属或照护者提供的信息全面评估患者躯体、心理、社会、灵性情况,明确患者是否存在实施缓和镇静指征。若患者存在相关指征,照顾团队应制定详细镇静方案,包括镇静目的、用药方案、配套监护措施等。同时把患者申请书、镇静方案选择依据、专家讨论记录等信息载入病史档案中。

最后是与患者和/或家属再次充分讨论,签署知情同意书。当患者具有自主决定能力时,照顾团队应与患者及家属充分讨论以下内容:(1)患者病情、预期生存期等;(2)承认病情无法痊愈;(3)缓和镇静的目的、用药方案、不良反应等;(4)实施镇静期间可能会停止其他延长生命的治疗,如补液、心肺复苏等;(5)除缓和镇静外其他治疗方案^[16]。若患者不愿直接参与讨论或做出最终决定时,可要求患者通过书面方式指定代理人。此时知情同意书还应注明:(1)患者已通过书面方式指定代理人;(2)已向代理人提供患者病情、缓和镇静方案、替代方案等信息;(3)代理人做出选择时已充分考虑风险与获益^[16]。若患者缺乏自主决定能力且无亲属时,相关讨论和决策过程应在合乎法律规定的基础上进行。若患者是儿童,也应通过合适的方式与患儿直接交流,

但知情同意书应由监护人签署。若患者出现急性大出血等紧急情况而无法按照常规流程取得知情同意书时,可由照顾团队决定是否实施镇静,若实施需尽快联系其家属签署知情同意书^[16]。

常用策略 实施缓和镇静时应遵循升阶梯原则。李金祥等^[23]推荐了四阶梯用药方案,首选咪达唑仑,其次是左美丙嗪、苯巴比妥,丙泊酚在其他药物均无效时才考虑使用^[24]。

小 结

缓和镇静是缓和医疗的最后手段。本文总结了缓和镇静国内外发展现状、定义、分类、适应证、规范决策流程和常用策略。其中准确把握适应证及决策流程是规范实施缓和镇静的前提。缓和镇静适用于处于终末期、已接受系统性缓和医疗服务、存在顽固性症状且该症状产生无法忍受痛苦的患者。患者应主动提出接受缓和镇静的申请,照顾团队收到申请后应对患者情况进行全面评估并制定实施方案,最后照顾团队应与患者及家属再次充分讨论,签署相关同意书。实施镇静时应遵循升阶梯原则。随着我国缓和医疗的发展,未来应在医护群体中不断推广正确的缓和镇静理念、决策流程及实施流程,努力让相关人员取得初级缓和医疗实践能力、让终末期患者能有尊严、少痛甚至无痛地面对死亡。

参 考 文 献

- [1] Robert T, Andrew W. *Introducing Palliative Care*. 5th ed. London: Pharmaceutical Press, 2018.
- [2] Clark D, Baur N, Clelland D, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*, 2020, 59(4): 794-807.e4.
- [3] Hodges E, Read S. How might organisational institutionalism support the challenges of the modern hospice. *Int J Health Plann Manage*, 2018, 33(4): 768-774.
- [4] Dumanovsky T, Augustin R, Rogers M, et al. The growth of palliative care in U.S. hospitals: a status report. *J Palliat Med*, 2016, 19(1): 8-15.
- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2019 年我国卫生健康事业发展统计公报. (2020-06-06) [2021-01-09]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24-cc145b198dd730603ec4442.shtml>.
- [6] 李晨琰. 上海安宁疗护全面试点一周年成绩单出炉. *文汇报*, 2020-10-11(2).
- [7] 宁晓红. 中国大陆应该大力发展安宁缓和医疗事业——北京协和医院的经验体会. *中国医学伦理学*, 2019, 32(3): 293-298, 318.
- [8] Schur S, Weixler D, Gabl C, et al. Sedation at the end of life—a nation-wide study in palliative care units in Austria. *BMC Palliat Care*, 2016, 15: 50.
- [9] Kim YS, Song HN, Ahn JS, et al. Sedation for terminally ill cancer patients: a multicenter retrospective cohort study in South Korea. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98(5): e14278.
- [10] Won YW, Chun HS, Seo M, et al. Clinical patterns of continuous and intermittent palliative sedation in patients with terminal cancer: a descriptive, observational study. *J Pain Symptom Manage*, 2019, 58(1): 65-71.
- [11] Prado BL, Gomes D, Usón Júnior P, et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC Palliat Care*, 2018, 17(1): 13.
- [12] 杨娟丽, 杨书芳, 史学莲, 等. 持续静脉镇痛联合姑息镇静治疗顽固性癌痛 1 例. *中国疼痛医学杂志*, 2015, 21(7): 560.
- [13] 李绍毅, 齐爱霞. 晚期癌症难治性疼痛合并重度生存痛苦姑息性镇静治疗病案的分析. *中国实用医药*, 2016, 11(12): 207-208.
- [14] 向平, 叶继彬, 张鹤, 等. 结肠癌晚期难治性疼痛合并顽固性生存痛苦姑息性镇静治疗 1 例报道. *世界最新医学信息文摘*, 2017, 17(76): 193-194.
- [15] 黄兰, 吴艳, 张川. 姑息性镇静缓解晚期癌症肠梗阻患者痛苦症状有效性研究. *结直肠肛门外科*, 2016, 22(S1): 123-124.
- [16] Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol*, 2014, 25 Suppl 3: iii143-152.
- [17] Weixler D, Roeder-Schur S, Likar R, et al. Austrian guideline for palliative sedation therapy (long version): results of a Delphi process of the Austrian Palliative Society (OPG). *Wien Med Wochenschr*, 2017, 167(1-2): 31-48.
- [18] Wachholtz AB, Fitch CE, Makowski S, et al. A comprehensive approach to the patient at end of life: assessment of multidimensional suffering. *South Med J*, 2016, 109(4): 200-206.
- [19] Patel C, Kleinig P, Bakker M, et al. Palliative sedation: a safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Aust J Gen Pract*, 2019, 48(12): 838-845.
- [20] Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. A comparison of symptoms in older hospitalised cancer and non-cancer patients in need of palliative care: a secondary analysis of two cross-sectional studies. *BMC Geriatr*, 2018, 18(1): 40.
- [21] Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, et al. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage*, 2007, 34(6): 666-670.
- [22] 李金祥, 陈慧平, 蒋建军, 等. 癌症晚期/生命有限患者的姑息性镇静治疗(一). *实用疼痛学杂志*, 2014, 10(2): 132-135.
- [23] 李金祥, 陈慧平, 张川, 等. 癌症晚期/生命有限患者的姑息性镇静治疗(三). *实用疼痛学杂志*, 2014, 10(3): 214-218.
- [24] Bodnar J. The use of propofol for continuous deep sedation at the end of life: a definitive guide. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2019, 33(3-4): 63-81.

(收稿日期:2020-09-11)