

·述评·

肿瘤康复在中国的现状分析与展望

张 俊¹



张俊教授

2015年中国平均每天新发12000例癌症,而有7500个死亡病例^[1],发达国家中5年存活率在65%^[2],而在中国肿瘤患者5年的存活率约为美国的一半^[3]。随着医学科学及相关学科的发展,恶性肿瘤的诊治水平不断增高,癌症患者较长期存活,甚至治愈的病例越来越多。癌症尽管难治,但每个患者都渴望能够得到治愈,科学的临床治疗无疑是治愈疾病的关键措施,但如何防止复发和转移,如何适应新的家庭和社会生活等涉及康复的问题也是患者非常关心的,这些患者在临床治疗时和治疗后,有必要进行康复治疗。

肿瘤康复医学是新近发展起来的,是康复医学和肿瘤学的一个分支,1972年美国国立癌症研究院将癌症康复划分为:社会心理支持、体能优化、职业辅导(帮助患者恢复生活技能)、社会功能优化4个方面^[4]。目前,在康复医疗界关于肿瘤康复尚无明确的公认概念,但有些观念已得到了大部分专家的认同,即肿瘤康复是调动医、患、家庭和社会各方面的积极性,综合运用西医、中医、心理、营养、身心锻炼、社会支持等措施和技术,最大限度地提高癌症的治愈率,延长患者的生存期,改善患者的生活质量,帮助患者早日回归社会。肿瘤康复涉及多个学科,而且要体现全程、全面、全员的原则,即多学科综合诊治(multi-disciplinary team, MDT)理念,是对肿瘤患者进行全面和全程管理的过程,由肿瘤外科医生、肿瘤内科医生、放疗科医生、康复科医

生、心理科医生、疼痛科医生、营养科医生、康复治疗师、中医师、康复护士和患者家属共同协作完成的医疗和社会行为。因此,肿瘤康复正在多方面同步发展,不仅包括多个学科机构的康复学设置,也包括肿瘤疾病的急性期康复、亚急性期康复、门诊康复和家庭康复。

1 中国肿瘤康复现状

分析中国肿瘤康复的现状,可以从方法特点上分析,也可以从机构特点来分析,本文从机构特点方面进行简单分析,以期让医护人员及患者全面了解肿瘤康复及自己的需求,从而进行正确的选择。

1.1 临床治疗阶段(肿瘤医院的肿瘤内科或者肿瘤外科)

目前,肿瘤治疗公认的手段主要是手术、放疗和化疗,康复治疗往往被忽视,但已有一些肿瘤医院的内外科医生在治疗肿瘤过程中介入了康复的手段,如心理疏导、营养支持、止痛药物对症治疗等,还有一些肿瘤内科医生和外科医生在肿瘤治疗过程采取了非常积极的手段,降低了患者可能出现继发性障碍的几率,如华西医院的胸外科车国卫^[5],在给肺癌患者手术时,采用加速康复外科的理念,在术前、术中、术后均采取了比较积极、合理的措施,减少患者并发症,缩短住院时间,这其实是临床医生应有的康复理念。肿瘤专科医院以肿瘤康复学校为平台的整体康复干预,它顺应医学模式的发展,克服了临床工作中重治疗、轻康复的现象,使肿瘤科学治疗的三大领域即预防、治疗与康复变得更为协调统一^[6]。但多数的临床医生不具备这样的理念,重治疗轻康复,往往忽略患者出现的继发性肢体功能障碍、心理障碍、社会障碍等,或没有相应的应对措施,严重影响了肿瘤患者后期的生活质量。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.01.002

1 黑龙江农垦总局总医院暨黑龙江省第二肿瘤医院,哈尔滨,150088

作者简介:张俊,男,主任医师; 收稿日期:2017-08-01

1.2 肿瘤医院的康复科

目前有一些肿瘤专科医院设立了专门的康复医学科,科室成员多为心理科医生或者是中医科医生。针对肿瘤患者,心理治疗也是有效的。王霞报道^[7],良好的情绪和心态对癌细胞有强大的杀伤力,是药物所不能替代的。胡君娥等^[8]研究结果显示,集体心理治疗可缓解癌症患者的焦虑和抑郁,提高整体生活质量,但单纯的心理治疗并不是肿瘤康复的全部。

目前作为以心理治疗或者中医为主的康复科,干预方法主要为心理治疗,精神障碍治疗,抗抑郁、焦虑药物治疗,或者是中药调理为主,没有专业的康复医师、康复技师、营养师参与,也没有必要的康复仪器等,治疗比较单一,患者来源也并不是多学科会诊的结果,而是患者在稳定期为寻求更理想的效果才去康复科就诊。所以,目前我国肿瘤医院的康复科,还没有与临床科室有机地结合起来,也不是真正意义上的康复科。肿瘤康复还没有形成系统的、全面的康复治疗体系,甚至更多的肿瘤医院尚未设立专门的康复科,缺少有计划的肿瘤康复。暨南大学附属肿瘤医院整合治疗中心引进“整合医疗”概念,加强对肿瘤患者的综合治疗和运动宣教指导,在肿瘤病区设立健身房、建设肿瘤患者散步花园,其结果证实了运动对终末期患者的康复有重要价值^[9]。

1.3 综合医院的康复科

近年来,随着国家政策的要求及业内大形势的引导,综合医院都成立了康复科,但这些康复专业机构多数是以神经科康复、骨科康复为主,还有一些机构增加了心肺康复、急症康复,很少开展肿瘤康复。即使一些机构开展了肿瘤康复,也是“单兵种作战”,与其他临床科室合作制定康复计划的机会很少。康复治疗只是针对明确的功能障碍进行处理,如手术放化疗后遗留吞咽障碍,张口困难、肢体活动障碍,肢体水肿,皮肤黏膜及软组织损伤等。张丽娟等^[10]的随机对照试验,探讨放疗前即开始进行吞咽功能训练对头颈部肿瘤患者吞咽困难的干预效果,结果显示,吞咽功能训练可改善头颈部肿瘤患者放射治疗引起的吞咽苦难。这些方法的实施,虽已具备了肿瘤康复的雏形,但缺乏对肿瘤的后期管理,没有形成有计划的多学科合作,没有康复医师和康复治疗师的参与,缺少综合全面的肿瘤康复的能力。

1.4 康复专科医院

由于国内还没有建程序化的分级转诊制度,使我国康复专科医院与综合医院康复科的人员配置模式和服务范围没有本质上的区别,功能相近,肿瘤康复工作的开展情况和综合医院的康复科大体相同,无特殊分析。

1.5 专门的肿瘤康复医院

在我国,目前还没有公立的专门的肿瘤康复医院,但已有个别的地区由民营资本和社会资本成立了专门的肿瘤康复医院,但多是冠以肿瘤康复之名,以特殊的治疗手段为主要的经营方法,缺少康复医师和康复治疗师的适时参与,缺少有计划的康复评定,常夸大特殊疗法的作用。但这些医院还是能从营养、心理治疗、健康生活方式等方面阐述了肿瘤康复的全程性和全员性,具备了科学的肿瘤康复的模型。这些机构如不能与真正的肿瘤或者康复机构合作,转归到正规的医疗行列里,按原有方向一直走下去,不仅不能成为肿瘤康复机构的主力军,未来可能会被肿瘤康复的大形势所限制。

1.6 中医体系的肿瘤康复

在中国,因为有传统医学的存在,疾病的治疗都不同程度地掺杂着传统医学的内容,特别是在一些慢性疾病的治疗与调养上,传统医学具有优越性,这在肿瘤康复方面表现得尤为明显。传统医学康复是中国肿瘤康复的特色部分,虽尚无明确定义,但已经在肿瘤康复领域发挥着重要作用。

中医的精髓在于辨证论治,中医的心理康复、食疗康复、体能康复、针灸康复、音疗康复及导引康复等模式都是根据中医基本理论,结合患者的临床症状,辨证论治而制定出的个体化康复模式。中医在肿瘤病因、食疗、改善癌症疲劳等方面有着指导作用,以及中医针灸在改善癌症疼痛及放化疗后副反应也有效。但这些研究都缺少大样本观察及统计学分析,缺少治疗后肿瘤大小及影像学观察。同时也缺少专业康复的介入。中医治疗也有一些缺点,如长时间服用某些药物可能会引起中药对其他脏器的损伤。

以杨宇飞教授为首的中医肿瘤界的一批专家学者,充分认识到多学科合作可以使肿瘤患者获得更大收益,提出了“全程全员康复”的理念,将肿瘤内科医生、心理科医生、营养科医生和中医肿瘤科医生的技能进行整合。毋庸置疑,多学科合作将是肿瘤康复模式的未来。

2 展望

通过对中国肿瘤康复机构现状的分析,一方面是肿瘤康复机构良莠不齐,另一方面是一些学者的康复治疗方法对某些肿瘤功能障碍有良好的治疗效果,并且已经有一些机构和专家开始倡导多学科合作模式,使中国的肿瘤康复开始具有向科学的

方向发展的迹象。笔者认为,根据肿瘤患者所处的不同阶段,构建三级肿瘤康复平台,建立起各阶段不同的康复模式,主要应该体现出以下的特点:

2.1 一级康复平台——临床治疗期

主要进行治疗前功能障碍的预防干预措施,即所谓的预防康复,通过运动治疗、控制水肿和增加活动来恢复机体功能,同时通过心理治疗及物理治疗来进行肿瘤的控制,方案主要设计者应是经过康复专科培训的临床医生,包括外科医生、内科医生和放疗科医生,康复护士、心理科医师、康复治疗师、营养科医生,共同参与协商制定其干预措施。

2.2 二级康复平台——治疗间歇期

继续采取预康复的手段对因疾病和治疗可能出现的功能障碍进行干预,对已经出现的功能障碍进行积极处理,积极应对患者已出现或可能出现的心理问题、营养问题、体能问题、各种功能障碍等。此期方案的主要设计者应该是经过培训的专门从事肿瘤康复方向的康复科医师,执行者或是肿瘤医院的康复科团队,或者康复专科医院的专门团队,或者是专门的肿瘤康复医院的专业化团队。此时,应该指导患者改变不良生活方式,尽可能地为患者提供无空气污染的生活环境,建立定期复查时间表,及举办患者家属培训班,以及指导家属如何与患者相处等。

2.3 三级康复平台——病情平稳期

继续对各种功能障碍进行康复治疗、加强体能训练、改变生存环境、改变生活方式、尽可能地回归家庭、参与社会活动以及重返工作岗位,与医院和医生保持联系,定期复查。此期方案的设计者应是专门的经过培训的康复科医师,执行地点可以在肿瘤康复专科医院,或者是具有此条件的康复护理院,或者是社区及家庭,主要执行者是患者自己、家人家属和康复护士。

2.4 其他方法与技术的应用

民族医药科学参与、生存环境的改造、生活方式的改变、疼痛处理、心理治疗与营养支持要贯彻治疗与康复始终,对肿瘤患者的康复结局都起着非常重要的作用。

综上所述,科学的肿瘤康复模式,要体现早期康复、全面康复、全程管理、全员参与,为癌症患者提供一个治疗、康复、随访、回归社会的平台,促进患者的身心康复,提高其生命及生活质量。我们期望在不远的将来,我国肿瘤康复机构体系建设将逐渐走向规范化,体现出有计划的多学科合作的科学模式。

参考文献

- [1] Chen W,Zheng R,Baade PD,et al. CA Cancer[J]. J Clin,2016,66(2):115—132.
- [2] Dennis A.Casdato,Mary C.Territo. 刘云鹏(译). 临床肿瘤学手册[M]. 第6版. 天津:天津科技翻译出版公司,2003.1—2.
- [3] Hongmei Zeng, Rongshou Zheng, Yuming Guo, et al. Cancer survival in China, 2003-2005: A population-based study[J].International Journal of Cancer,2015, 136(8):1921—1930.
- [4] Baili P,Hoekstra-Weebers J, VanHoof E,et al. Cancer rehabilitation indicators for Europe[J]. Eur J Cancer,2013,49(6):1356—1364.
- [5] 车国卫. 加速康复外科在中国大陆胸外科临床现状[J]. 中国肺癌杂志,2017,20(6):371—375.
- [6] 胡君娥. 整体康复干预对宫颈癌患者生活质量的影响[A]. 中华护理学会. 中华护理学会全国肿瘤护理学术交流暨专题讲座会议论文汇编[C]. 中华护理学会,2010:4.
- [7] 王霞,杨宇飞. 肿瘤康复研究进展[J]. 世界科学技术:中医药现代化,2015,17(12):2490—2493.
- [8] 胡君娥,严妍. 集体心理治疗在癌症患者中的应用及效果[J]. 中国医药导报,2011,8(26):55—57.
- [9] 陈永,李朝龙,文卫锋,等. 运动原则指导肿瘤患者康复的价值[J]. 临床肿瘤学杂志,2014,19(8):763—767.
- [10] 张丽娟. 吞咽功能训练对放射治疗的头颈部肿瘤患者吞咽困难的干预效果[D]. 天津医科大学,2016.