

癌症康复研究现状

叶 颖 陈娇花 王杰宁

摘 要 当前,癌症康复治疗在癌症患者的综合护理中往往没有得到充分应用,难以满足患者需要,首要原因之一便是这一重要概念仍然未被广泛熟知,因此本文从癌症康复的概念、分类、QOL 与癌症康复的关系、不同时期的康复措施、不同肿瘤的康复研究等方面,综合介绍和阐述了癌症康复当前发展和研究现状。

关键词 癌症 康复 生活质量

中图分类号 R493

文献标识码 A

DOI 10.11969/j.issn.1673-548X.2016.04.005

随着手术治疗、放疗、化疗等癌症治疗手段的不断发展,癌症患者的五年生存率现在已经超过了50%^[1]。生存率的提高和生存时间的延长,让人们有了更高的期望,越来越多地去研究探讨癌症患者的需求,癌症治疗的目标不再简单地停留于如何使患者生存,而是更多地关注如何提升癌症患者生理功能状态和生命质量,即癌症康复(cancer rehabilitation)。

一、概 念

癌症康复的概念最早由美国在1971年国家癌症计划中提出,1972年,美国国立癌症研究院(National Cancer Institute, NCI)举办了“癌症康复计划会议”,将癌症康复明确划分为:社会心理支持(psychosocial support)、体能优化(optimization of physical functioning)、职业辅导(vocational counselling,帮助患者恢复生活技能)、社会功能优化(optimization of social functioning)4个方面^[2]。Cromes^[3]将癌症康复定义为“在癌症疾病本身和癌症治疗手段所导致的限制条件之下,帮助癌症患者,使他/她自己能够最大限度地恢复身体、社会、心理和职业功能”。这个定义作为癌症康复的具体方法,支撑着整个学科的发展。

二、癌症康复的分类

由于肿瘤自身具有不可预知的潜在发展特性,癌症康复根据目标不同可分为恢复性康复(restorative)、支持性康复(supportive)、姑息治疗(palliative)和预防性康复(preventive)^[1]。恢复性癌症康复的目

标是争取以最小的功能损伤恢复到癌症发病前的个人生理、心理、社会和职业功能;而支持性康复则寻求减少功能性的困难,并对永久性的损伤进行弥补;姑息治疗的对象通常是癌症晚期患者,以治疗或减轻并发症(特别是疼痛)为目的;最后,预防性康复,举例来说,包括在乳腺癌手术中要进行的关于上肢力量控制和关节活动度的术前训练。不同的癌症可能导致不同种类的功能障碍,因此,癌症康复现在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,也包括疾病的急性期康复、亚急性期康复、门诊患者康复和家庭保健康复。

三、生活质量(QOL)与癌症康复

关于生活质量(quality of life, QOL), WHO 在1993年将其定义为,一个人在自己的文化和价值观背景下,根据其人生的目标、期望和标准,对自己生命质量和生活水平的个人评估和感知^[4,5]。生活质量须以生活水平为基础,但其内涵具有更大的复杂性和广泛性,它更侧重于对人的精神文化等高级需求满足程度和环境状况的评价。更为具体地说,当这一术语被引入医学研究领域时,即为健康相关的生活质量(health related QOL, HR-QOL),成为了一个多维概念,至少包括个体生理、心理、社会和认知功能4方面的状态评估,即健康质量^[6,7]。与存活和其他类型的临床结果一样,患者的生活质量也是他们所接受的医疗保健服务有效性的一个重要指标。QOL技术可追溯到1949年, Karnofsky 和 Burchenal 用功能状况表对癌症患者的身体功能进行测定。1977年“QOL”收入医学主题词表(MeSH)。1985年美国食品与药品管理局(FDA)开始在接受新药时须同时提交药物对病人生存质量和生存时间影响的资料。1992年,出版生命质量研究杂志《Quality of Life Research》^[8]。作

基金项目:上海市卫生和计划生育委员会基金资助项目(面上项目)(20134365)

作者单位:200137 上海市第七人民医院中心实验室(叶颖),院长办公室(陈娇花、王杰宁)

通讯作者:王杰宁,研究员,电子信箱:wangjinqy@163.com

为评估癌症患者生活质量的测试方法,生活质量评估问卷所反映出的数据分析可以帮助医生判断癌症患者哪一方面的生活质量受损,而根据这些,就可以建立具体的癌症康复计划。关于癌症患者生存质量调查的文献主要集中出现于 20 世纪 60 年代中期,70 年代中期评估癌症患者治疗后 QOL 的研究则采用 Karnofsky & Burchenal 标准^[9,10]。而后,生活质量评估被广泛应用于科研和临床实践,通过描述癌症和癌症治疗给患者带来的影响而证明癌症康复的有效性,从而制定更佳的癌症康复方案。但是,这些标准虽然能反映出肿瘤相关的一些状态,但是并不能提供 QOL 中其他重要方面的定量信息。20 世纪 80 年代,欧洲癌症治疗研究组织(EORTC)的 QOL 研究组开发出了 EORTC QLQC36,并将其进一步改良,最终命名为 EORTC QLQ - C30^[11]。这是一份具有 30 项主题的多角度调查问卷,专门针对大量而又庞杂多样的癌症患者群体而定制。

四、不同时期的康复措施

癌症会导致多重障碍和行为限制,当前的各种肿瘤治疗方法(手术、放疗、化疗、生物治疗以及它们的组合治疗)虽能成功延长生命,但却经常由此带来功能损伤的后果。常见的功能障碍包括运动控制的损失、颅神经障碍、认知和语言问题、吞咽问题、感觉损伤。如脊髓肿瘤可引起与脊髓损伤相似的包括运动、感觉、肠和膀胱损伤的神经功能障碍,而头颈部癌症可能会导致吞咽与讲话困难。这些问题并不在原发疾病的治疗范围之内,需要专业的康复人员根据特定的功能障碍和不同的治疗阶段,进行有针对性的康复治疗^[12]。(1)诊断期:癌症诊断期的康复以健康教育及心理支持为主。包括使患者了解癌症治疗对正常功能的影响,使其理解并懂得如何保留自身的身体、社会、心理和职业功能,并对总体的综合康复进行预处理,例如活动范围(range of movement, ROM)、日常生活活动(activities of daily living, ADL)和力量控制等方面。(2)治疗期:癌症治疗期的康复包括评价治疗方法(手术、化疗、放疗、生物制剂)对功能的影响,通过运动锻炼、控制水肿和增加活动来恢复机体功能,以及通过物理疗法、药物疗法、心理疗法和介入疗法等方法来进行癌症疼痛的控制。(3)治疗后:制订一个康复计划并坚持下去,以帮助患者恢复日常生活和促进健康的生活方式。还可以对患者进行自我监测培训,使其学会自己能够观察监测力量、ROM、水肿、疼痛等指标的变化。另外,康复人员应对恢复计

划进行监督、维护和提供帮助。(4)复发期:使患者了解癌症复发的影响及其给身体、社会、心理和职业功能带来的改变,要在新的临床状态的背景下,重新对患者进行各种指标的监测,调整康复计划,保证其在适当程度的康复过程中能够恢复机体功能,或者是防止功能衰退,从而协助患者维持生命活动和生活质量。(5)终末期:这个时期,康复医护人员应引领患者及家属掌握辅助设备的使用,使患者尽量保持良好的身体力学功能,帮助患者使用除了除药物治疗之外的方法控制疼痛、减轻症状,努力使患者保持人格独立和生活质量,与患者家属一同做好临终关怀工作。

五、不同肿瘤的癌症康复研究现状

(1)头颈部癌症康复:头部和颈部的癌症可以影响到人类一些最基础的生理功能——如口头沟通、社会互动、饮食和呼吸。用于头颈部尤其是鼻咽部肿瘤的放射治疗,在治疗过程中通常会影响到颞骨和脑干,辐射可能与出现在一些患者身上的听力损失或前庭功能紊乱有关^[13]。完全耳聋康复的唯一可能就是人工耳蜗植入术的植入(理论层面)或脑干植入。另外,紧随手术治疗或放射治疗之后的头颈部淋巴水肿,则会导致头、面部的畸形,早期康复的内容包括按照顺序,先进行头颈部人工淋巴引流,随后进行肩部理疗、模拟肌肉、穿着呼吸系统和头颈部压力服,从而保护和优化人工淋巴引流的效果^[14]。(2)肺癌康复:通过积极的多学科共同努力,现在医生已经能够延长肺癌患者的生命。因此,肺癌康复,是使用多学科的方法治疗肺癌以提高肺癌患者 QOL 的重要组成部分^[15]。外科手术治疗(肺切除术、肺叶切除术)会导致呼吸困难的症状,为了抵消这种损害,包含有呼吸技巧和肺部卫生维护指南的康复疗法,就显得尤为重要了,应教会患者如何进行最大限度地扩张胸腔、咳嗽的技巧以及缩唇腹式呼吸和节段性呼吸练习^[16]。(3)前列腺癌康复:前列腺癌是老年男性中最常见的癌症。在早期发现前列腺癌的患者中,前列腺根治性切除术、放疗和雄激素治疗有助于获得更长的生存时间。物理性能受损、心理困扰、疲劳、体重增加、尿失禁、性功能障碍、男性的身体形象的变化则是前列腺癌的长期后遗症。癌症康复的目标就是改善身体和情绪的功能,使患者可以更好地回归参与正常生活,加强力量和耐力的训练是提高日常生活的参与度的重要途径。尿失禁是前列腺癌根治术后常见的长期并发症,术后恢复正常尿路的时间长达 1~2 年,治疗前列腺癌根治术后尿失禁的第一选择是骨盆底重建,

无论是暂时性或永久性的,还是轻度或更严重的,骨盆肌肉的康复都能够有效地治疗并改善前列腺切除术后尿失禁^[17]。

4. 乳腺癌康复:手臂活动的限制和淋巴水肿是乳腺癌患者最常见的并发症,手术部位的疼痛和肌肉痉挛也时常发生。早期康复对于恢复患者个人的机体功能而言非常重要。据报道,物理治疗与良好的肩部活动能力之间具有直接联系^[18]。手臂锻炼通常开始于术后1~2天,训练关节的旋转性但限制外展和屈曲40°,到第4天,屈曲逐渐上升到45°,并在能够容忍的情况下每天增加10°~15°。John等^[19]发表了一个专门设计的练习程序,用于乳腺癌术后患者。

六、展望

根据患者身体功能缺失程度、疾病进展程度、患者对治疗的敏感度和可提供的医疗服务不同,癌症康复可以在各种不同的条件之下实施。癌症康复治疗极大地影响着患者身体、心理、社会和生存的健康水平。相关研究表明,康复治疗是一种具有很好的耐受性和极高的安全性的辅助治疗方法,可以减轻癌症患者常见的一些肿瘤治疗不良反应。癌症康复服务可以使患者在整个疾病治疗过程中连续长时间受益,在已经发表的文献中可以发现,它在长期存活癌症患者和晚期肿瘤患者中的贡献越来越明显。为了有效地满足这部分人群的需求,癌症康复治疗医师必须对疾病过程进展、疾病治疗方法、不良反应等相关知识全面把握,综合分析。因此,癌症的康复治疗任重道远,需要各学科医护人员密切配合,并需要有社会力量的积极参与,共同为提高癌症患者的生活质量而努力。

参考文献

- 1 Fialka - Moser V, Crevenna R, Korpan M, *et al.* Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments[J]. *J Rehabil Med*, 2003, 35(4):153 - 162
- 2 董倩,林洪生. 从国外癌症康复现状论中医药在癌症康复中的应用与挑战[J]. *世界中医药*, 2014, 7(9): 857 - 863
- 3 Cromes GF. Implementation of Interdisciplinary Cancer Rehabilitation. [J]. *Rehab Couns Bull*, 1978, 21(3): 230 - 237
- 4 WHO QOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (the WHO

QOL)[J]. *Qual Life Res*, 1993, 2(2):153 - 159

- 5 屈艳花. 康复干预对肺癌患者术后生活质量的作用分析[J]. *护士进修杂志*, 2013, 27(10): 2012 - 2013
- 6 Moinpour C. Measuring quality of life: An emerging science[J]. *J Clin Oncol*, 1994, 21(5):48 - 63
- 7 Osoba D. Lessons learned from measuring health - related quality of life in oncology[J]. *J Clin Oncol*, 1994, 12(9):608 - 616
- 8 张耀光,徐玲. 中国居民健康相关生命质量研究[J]. *医学与社会*, 2013, 26(6): 82 - 84
- 9 Izsak FC, Medalie JH. Comprehensive follow - up of carcinoma patients[J]. *J Chronic Dis*, 1971, 24(2): 179 - 191
- 10 Pergolotti M, Cutchin MP, Muss HB. Predicting participation in meaningful activity for older adults with cancer[J]. *Qual Life Res*, 2015, 24(5):1 - 6
- 11 Aaronson N K, Ahmedzai S, Bergman B, *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ - C30: a quality - of - life instrument for use in international clinical trials in oncology[J]. *J N Cancer I*, 1993, 85(5):365 - 376
- 12 Gerber LH. Cancer rehabilitation into the future[J]. *Cancer*, 2001, 92(4):975 - 979
- 13 Leung SW, Lee T. Treatment of nasopharyngeal carcinoma by tomotherapy: five - year experience[J]. *Leung Lee Radiat Oncol*, 2013, 8(5): 107
- 14 Piso DU, Eckardt A, Liebermann A, *et al.* Early rehabilitation of head - neck edema after curative surgery for orofacial tumors[J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2001, 80(4):261 - 269
- 15 Postolache P, Munteanu A, Nemeş RM, *et al.* Pulmonary rehabilitation and quality of life in lung cancer patients[J]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2014, 118(2):293 - 300
- 16 Schmidt - Hansen M, Page R, Hasler E. The effect of preoperative smoking cessation or preoperative pulmonary rehabilitation on outcomes after lung cancer surgery: a systematic review[J]. *Clin Lung Cancer*, 2013, 14(2):96 - 102
- 17 Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, *et al.* Effect of pelvic - floor re - education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial [J]. *Lancet*, 2000, 355(9198): 98 - 102
- 18 Pollard K, Callum K, Altman D. Shoulder movement following mastectomy[J]. *Clin Oncol*, 1976, 2(4): 343
- 19 John K, Becker K, Mattejat F. Impact of family - oriented rehabilitation and prevention: an inpatient program for mothers with breast cancer and their children[J]. *Psycho - oncology*, 2013, 22(12): 2684 - 2692

(收稿日期:2015 - 10 - 05)

(修回日期:2015 - 10 - 15)