



让晚期癌症患者乐享“新生活”

大家云集 共商我国姑息医学发展大计

▲ 本报记者 李玉梅

金秋十月，硕果累累，第八届全国癌症康复与姑息医学大会在美丽海滨城市“奥帆之都”青岛隆重召开。本届大会由中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会（CRPC）主办，山东省抗癌协会姑息治疗分会承办，青岛市医学会肿瘤专业分会和青岛大学医学院附属医院协办，来自美国、英国、比利时、中国大陆及港台地区等世界各地的癌症康复与姑息治疗领域的专家学者参加了此次盛会。



王新生 教授



王瑛 教授



于世英 教授



于金明 院士



梁军 教授

癌症康复与姑息治疗 凸显时代所需

中国抗癌协会理事长郝希山院士委托王瑛教授带来了贺信。郝院士指出，近年来，世界范围内癌症发病率以每年3%~5%的速度递增，防癌抗癌形势十分严峻。2011年9月在美国纽约召开的联合国非传染性疾病预防会议上，大会通过了政治宣言，决定将癌症等非传染性疾病的防控问题纳入到未来全球最受关注的大事议程中。

据有关部门统计报告显示，2008年癌症造成全球760万人死亡，其中30%~50%伴有不同程度的疼痛。由于各种原因，我国很多癌症患者在确诊时已属晚期。最近调查表明，我国在世的癌症患者中伴有不同程度疼痛者占51%。因此，大力发展癌症康复与姑息治疗在我国具有更为现实的重要意义。

随着学科发展和科学进步，

癌症康复与姑息治疗已经成为现代医学的重要支撑和治疗技术。目前其发展水平在全国参差不齐，但相信今后在CRPC指导下会进一步推动学科的进步和发展。因此，开展高层次国内外学术交流合作尤为重要。全国癌症康复与姑息医学大会为我国肿瘤学者搭建广阔的学术交流平台，已成功举办七届，均取得了丰硕成果。本届大会以“关注晚期患者，加强多学科协作”为主旨，不仅借鉴国外先进理念，更结合国内一线工作者的实践经验，探讨我国癌症姑息治疗的发展方向，内容丰富，涵盖了癌症康复与姑息治疗领域基础研究和临床研究最新进展。这是一次高水平、高层次的学术盛会，相信必将对提高我国肿瘤防治整体水平定能起到积极推动作用。



左起：梁军、于世英、秦叔逵教授在授旗仪式上

本届大会还有青岛大学医学院附属医院副院长梁军、青岛副市长栾新、青岛市卫生局局长张华、青岛市医学会秘书长江威等领导出席了会议。左图为南京八一医院秦叔逵院长接过会旗，宣布下届大会将于明年在南京举办。

患者的生活质量，既是医疗的难题，也是社会的难题。围绕本次大会主题“关注晚期患者，强化多学科协作”，大会特别邀请了国内外多学科领域顶级专家，探讨晚期癌症患者的姑息与支持治疗，相信本次大会将给与会者带来更多先进理念

和临床实践指引。

本届大会召开恰逢“世界姑息治疗日”，当周也是“世界疼痛周”，本次大会的召开是我国姑息治疗领域工作者对世界姑息治疗日和世界疼痛周做出的最积极回应。姑息治疗学既是一门专门的学科，也是

一门慈善事业。无论医疗技术多么发达，无论肿瘤患者的疾病转归如何，患者需要在得到现代医学技术支持帮助的同时，还需要关注他们的切身体验和生活质量，才能抚慰他们受伤的心灵，本届大会将探讨这一难题。

癌症疼痛与姑息治疗发展翻天覆地

中国抗癌协会副秘书长、天津医科大学附属肿瘤医院副院长王瑛教授：20年来，我国癌症疼痛与姑息治疗领域发生了翻天覆地的变化，主要体现在以下方面：第一，从一开始对癌症疼痛束手无策，到现在已有很多药物和手段可控制疼痛及其他症状；第二，以前我国医生使用吗啡等阿片类药物常害怕成瘾，经过多年的努力、吸收国外的经验，现已能按照“癌症三阶梯止痛治疗原则”积极使用阿片类药物，使得吗啡

用量成千倍增长；第三，先前癌症疼痛治疗使用吗啡等阿片类药物只能在三甲医院，现在已普及到县级以上医院。

最近，卫生部进行“癌痛规范化治疗示范病房”评审，有利于推动和更好地开展癌症疼痛与姑息治疗工作。

卫生部医政司决定至2013年底，在全国范围内创建150个“癌痛规范化治疗示范病房”，这又是一个很大进步。这些变化使得患者得到了实惠，解除了病痛。

强化中国特色 推动姑息治疗蓬勃发展

中国工程院院士、中国抗癌协会副理事长、中华医学会放射肿瘤专业委员会主任委员、山东省肿瘤医院院长于金明院士：姑息治疗是恶性肿瘤综合治疗的重要组成部分，肿瘤姑息治疗学已成为一门新型学科。本届大会主题表达了广大医务工作者关爱晚期肿瘤患者、尊重生命本质的治疗理念以及加强多学科协作，努力为患者提供最好的姑息治疗，使患者和

家属能享受更美好、有尊严的生活。

CRPC以“团结、协作、务实”为宗旨，严密组织，精心部署，围绕本次主题，在积极宣传推广姑息治疗原则的基础上，强化鲜明的中国特色和学术风格，进一步改革和完善会议形式，充实会议内容，增加交流深度和广度，邀请国内外著名癌症姑息治疗专家做精彩学术报告。同时广泛征

集临床肿瘤医生分享科研成果和交流实践经验，力求全面准确的反映当前姑息治疗领域的新观念、新进展、新信息，探讨我国癌症姑息治疗发展方向，努力将本次大会办成一次高规格、高质量、高水平的学术盛会。相信通过本次大会能更好地了解姑息治疗领域最新研究进展和成果，推动我国癌症康复与姑息治疗蓬勃发展。

关注晚期患者需多学科合作

中国抗癌协会癌症康复与姑息医学治疗专业委员会主任委员、华中科技大学同济医学院肿瘤中心主任于世英教授：抗癌治疗让肿瘤患者活得更长，是诸多肿瘤学术活动交流的中心话题。

而本届CRPC大会中心话题是支持治疗让肿瘤患者生活得更好，“姑息与支持治疗可让所有肿瘤患者获得更好生活质量”这是共识。晚期癌症患者是医学和社会关注的薄弱群体，改善晚期

交流学习 增进人民群众健康福祉

青岛大学医疗集团总院长、青岛大学医学院附属医院院长王新院长：目前肿瘤疾病已经成为危害人类健康的主要疾病，肿瘤疾病的诊疗水平也已成为各医院技术实力的重要标志。多年来，在国内外专家同道的关心指导下，青岛大学

医学院附属医院肿瘤科紧跟全国前沿、不断探索创新，学术管理水平取得一定的进步，在放疗、化疗、靶向治疗、生物治疗及中医药治疗方面积累了一定的经验，为青岛市及周边城市群众提供了高质量的医疗服务。

由青岛大学医学院附属医院协办本届CRPC年会，是该院向国内外专家和兄弟单位学习的难得机会；本届大会在青岛召开，必将惠及青岛市，尤其对该院肿瘤治疗水平的提高，为改善人民群众的健康福祉做出积极贡献。



强化姑息理念 推进实践转化

▲ 本报特约记者 程熠（华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤中心）

Sheila Payne 教授：

从患者角度看姑息治疗策略

EAPC 与中国

EAPC 致力于通过信息交流、教育推广和多专业合作研究来发展和壮大姑息治疗，同时吸引各方的关注和参与，以满足患者及家属的要求。目前 EAPC 的成员包括来自于 31 个欧洲国家的 51 个国家组织，以及世界范围内其他 47 个国家的个人成员，据估计欧洲成员超过 8 万人。EAPC 有自己的研究网络，主要工作包括提升患者的临床治疗质量，进行医学教育和卫生专业人员的培训，提供相关服务和发展组织三大方面，已出版 EAPC 白皮书章程及多部科学出版物和临床指南。

近年来 EAPC 与 CRPC 紧密

相连，2007 年第 10 届欧洲姑息医学大会发起的“布达佩斯行动”与 2009 年第五届全国癌症康复与姑息医学大会发表的“武汉宣言”一脉相承，均旨在建立姑息医学发展目标，研究姑息医学发展方法，开展姑息医学教育、研究、网络，寻求政策支持，普及姑息治疗理念，重在提供姑息治疗基本用药目录，寻求国家政策支持，普及姑息治疗医学生教育和继续教育，进行资质认证，制定姑息医学标准、指南及质量评估考核体系，加强研发和转化医学研究，建立相关研究基金，力求为广大癌症患者带来治疗福音。

深刻认识姑息治疗的内涵

从广义上来讲，姑息治疗涵盖了终末期治疗、临终治疗、临终关怀和支持治疗等方面内容。在治疗的初期，它主要着重于支持治疗，而在病程的后期，逐渐

过渡至临终治疗和临终关怀。就具体治疗而言，姑息治疗和终末期治疗，可由专科化的姑息治疗专家，也可由非专科的医生提供。尽管姑息治疗的切入途径不一样，

姑息治疗应建立的教育框架

姑息治疗教育水平可分为 ABC 三个水平，从低到高，完整概括了从事职业与所完成的姑息治疗教育之间的关系。

水平 A 是针对医学生的基础教育，它又分为本科生教育和研究生教育。前者重在针对未来卫生服务人员的基础培训，后者会细化到在一般的

医疗机构，针对各个姑息治疗的具体环节和情况，完成对症状的处理。

水平 B 是研究生教育的高级阶段，它指的是具有合格的姑息医学治疗资质，在专门的姑息治疗机构的卫生服务人员，或是具有合格的姑息医学治疗资质，拥有足够资源的一般机构的卫



Sheila Payne 教授

国际临终关怀观察组织主席、欧洲姑息医学学会（EAPC）主席、英国兰卡斯特大学医学和健康系临终关怀研究部主任 Sheila Payne 教授在题为“晚期癌症患者对姑息治疗和信息的需求”的演讲中介绍了以下四部分内容。

姑息治疗实践：挑战与方向

姑息治疗重在评估 10 大核心标准：优化在患者生活中身体上的舒适；满足患者的心理需求；满足患者的社会需求；满足患者的精神和生存需要；响应患者的家庭需要 / 停止其他相关的短期、中期和长期护理的需要；应对姑息治疗中的临床挑战和道德决策；开发人际关系和沟通技能；在所有提供姑息治疗的环境下实践全面护理和跨学科的团队工作；实现自身价值和持续职业发展；宣传有关的特殊的政治、经济和文化背景。

Payne 教授指出，世界姑息医学联盟（WPCA）统计数据显示，中国已进入姑息治疗初步整合阶段，仅次于欧美等发达国家，在同等国力的发展中国家中位居前列。

WHO 对于缓解疼痛的医疗资源水平，从疼痛评估、药物和疼痛专科干预三个方面进行了阐述。它所要求的最大化的医疗资源，包括来自于姑息治疗和（或）疼痛治疗的内科医生和（或）疼痛专科医生，在影像学基础上所进行的多学科疼痛评估；要求药物涵盖至少 3 种多种剂型的第三阶梯止痛药物（包括透皮贴剂和注射剂型）和美沙酮，并且有包括双膦酸盐在内的多种辅助用药；在疼痛专科干预方面，要求具备治疗骨转移疼痛的放疗科医生，侵袭性的干预措施如神经松解术等，及其他内科和心理科治疗。可见，中国姑息治疗还有不小的差距。

国际姑息治疗协会（IAHPC）已公布了姑息治疗基本用药目录，包括吗啡短效及长效剂型、羟考酮等 13 种药物及其剂型和适应症。WHO 也在 2011 年公布了在需控制药物的国家政策指南。如何提供经济合理的药物？应重点注意通过立法保障供给，合理定价，广泛使用，教育医护人员如何治疗癌痛及其他症状，以及注意癌痛的文化差异（东方人不愿意报告疼痛和使用处方止痛药物）。

西方国家针对以家庭为单位的医疗决策，信息及交流模式可供参考：在癌症治疗中开家庭会议，对诊断和预后向患者及家属进行充满同情心的告知，并全家一起讨论后续治疗计划和临终相关问题。

对于以改善患者专注力为基础的干预（如瑜伽等），对于癌症患者的焦虑、沮丧、压力、性功能障碍、生理觉醒和免疫功能有很大帮助。但这种干预措施应充分保障患者的利益。而在精神护理方面，重视宗教、精神信仰、人生存在的苦恼和意义等方面的交流十分重要。

Payne 教授最后指出，将姑息治疗与肿瘤专科治疗相结合，使姑息治疗不再仅仅局限于疼痛和症状处理，对于提高专业人员能力，改善患者总体生存质量来说十分重要。应注意不同的医疗文化背景，采取综合治疗的方法。

Bart Morlion 教授：

从现代视角解读 WHO 阶梯治疗策略

国际疼痛研究会（IASP）比利时分会会长、比利时鲁汶大学医学院附属医院、鲁汶疼痛研究管理中心主任 Bart Morlion 教授做了题为“癌痛管理的发展趋势：从现代视角看 WHO 阶梯治疗策略”的演讲，从以下方面进行阐述。

56% 癌症患者每个月经历一次疼痛；70%~80% 患者在疾病晚期经历疼痛，若不经正确的止痛治疗，急性疼痛往往会演变为慢性疼痛，并引发焦虑、抑郁和睡眠问题等一系列问题。

在癌痛的多模式治疗手段中，药物治疗的核心地位毋庸置疑。此外，介入治疗、外科手术、放疗、心理治疗、理疗、生活方式的改善、营养与姑息护理也应考虑在内。

但都需要遵守相同的治疗原则。

姑息治疗如何与抗癌治疗紧密联系，以至于成为整个抗癌治疗中不可或缺、贯穿始终的一部分，已成为当今研究的热点问题。

生服务人员，或是具有合格的姑息医学治疗资质，经常面对姑息治疗的卫生服务人员，如肿瘤科、社区护理、儿科和老年护理。

水平 C 是专家级水平，指的是姑息治疗医疗机构负责人，或提供咨询服务的，或积极从事姑息治疗教育和研究的卫生服务人员。

WHO 三阶梯治疗利与弊

众所周知，WHO 三阶梯止痛治疗方案涵盖了口服、按时、按阶梯、个体化给药和注意细节等五个方面的原则。从 1986 年公布至今，“三阶梯止痛原则”的简单清晰受到了赞誉，但也呈现出不足之处。第 2 阶梯推荐使用弱阿片类药物，目前已有研究支持在第 2 阶梯就开始使用强阿片类药物能够达到更好的止痛效果。需要注意的是，这些研究都是初步的，目前尚无充分的证据支持或反驳 WHO 推荐的“非甾体抗炎药（NSAID）应联合弱阿片药物治疗中度癌痛”。

Morlion 教授指出，他的用药经验为对于轻度疼痛，应起始应用非阿片类药物镇痛治疗；若疼痛不能充分控制，应根据患者个体需要，加用低剂量强阿片类药物并进行滴定；对于中度疼痛，应起始应用低剂量强阿片类药物镇痛治疗并滴定，加用或不加用非阿片类药物；重度疼痛的治疗需立即使用强阿片类药物，加用或不加用非阿片类药物；当有指征时，在任何阶段都可使用辅助药物（非典型镇痛药 / 抗精神病药物）。

（下转第 21 版）



Bart Morlion 教授



(上接第20版)

EAPC 临床实践指南更新

目前,涉及到癌痛治疗的临床实践指南包括WHO、ESMO、EAPC等多个版本。各个版本既有统一的内容,又有各自的特点。

疼痛评估 使用VAS、VRS或NRS对疼痛强度和治疗效果进行常规评估,应注意包括心理困扰在内的所有影响患者的组成部分都应考虑在内且被评估。

药物治疗 应注意选择恰当的镇痛药,处方恰当的剂量,选择恰当的给药途径,安排恰当的给药间隔,预防持续性疼痛和治疗爆发痛,积极的药物剂量滴定,预防、预知和处理药物不良反应。

阿片类药物滴定原则

阿片类药物剂量的个体差异很大,如何安全有效地进行滴定是一个重要的问题。阿片类药物的不良反应包括镇静、恶心、呕吐、便秘、幻觉和谵妄、尿潴留、瘙痒、呼吸抑制、肌阵挛、躯体依赖和成瘾等。

72%~100%的胰腺癌患者会

2004年Marinangeli F发表在《Journal of Pain and Symptom Management》的研究将WHO阶梯治疗与强阿片类药物治疗进行了对比,发现后者癌痛改善程度明显优于前者;两组死亡时给予阿片类药物中,强阿片类药物剂量相当。

目前EAPC治疗的趋势是考虑低剂量的强阿片类药物,而非选择可待因或曲马多(这里的低剂量的强阿片类药物包括:羟考酮 ≤ 20 mg/d单独使用或与对乙酰氨基酚联合使用;吗啡 ≤ 30 mg/d;氢吗啡酮 ≤ 4 mg/d)。

而对于NSAID而言,一项针对42项研究进行的系统综述

认为,与安慰剂相比,NSAID治疗癌痛更有效。无明显的证据支持某一种NSAID的安全性和疗效优于其他NSAID。与任意单药治疗相比,NSAID联合阿片类药物治疗的文献结果为:14篇文献中有4篇结果为疗效无明显差异,1篇结果为有显著疗效,9篇结果为总体改变轻微但有统计学意义。因此,NSAID治疗癌痛的疗效和安全性尚未得出普遍规律。

因此,在癌痛控制不佳的时候,加大强阿片类药物单药滴定和换药是基本原则,而非联合使用强阿片类药物;加大滴定和换药两者对比,前者为优。

康定可每隔24h增加剂量。患者最终剂量是奥施康定200mg(每日2次)和必要时Oxynorm 60mg,在这种剂量下不良反应可以耐受,癌痛控制可。因此,与吗啡滴定相比,奥施康定滴定可减少给药次数,提高患者依从性,从而提高治疗效果。

阿片药物选择

羟考酮生物利用度为60%~87%,其代谢产物不影响止痛作用,可激动Kappa受体,可能更有利于内脏痛和神经病理性疼痛,镇痛效能是吗啡的两倍。奥施康定采取双相释放和吸收模式,既能快速起效,又能12h持续缓解疼痛,无剂

量封顶效应。清除半衰期短,24h内达到稳态。患者依从性好,长期使用有效。

与吗啡相比,奥施康定更少发生恶心、呕吐、瘙痒等不良反应,肾功能衰竭的患者较少蓄积,因此临床应用更加安全。

推荐多模式治疗策略

多模式治疗策略对于癌痛治疗十分重要。如转移性脊髓压迫症(MSCC):早期诊断和治疗是MSCC预后的有力预测因子。大部分MSCC患者应接受单纯放射治疗(RT),手术只在一些特定的病例中使用,可选择低分次量的RT。一些特定的预期寿命较长的MSCC患者可采用持久的RT进行治疗。MSCC患者应处方中等剂量地塞米松。多发性成骨细胞性骨转移的患者,在放射性同位素治疗时应进行评估。

再如骨转移疼痛的治疗:

双膦酸盐、放疗、手术是阿片类药物的重要补充。服用双膦酸盐之前,应注意口腔检查。另外,地舒单抗可作为实体瘤骨转移性疾病有/无骨痛患者双膦酸盐的替代治疗。

Bart Morlion教授最后总结到,疼痛不可避免,痛苦可以选择。疼痛是可治疗的,疼痛的治疗是强制性的。避免使用2阶梯药物,积极进行强阿片类药物滴定,采取多模式治疗策略,能够明显缓解患者的癌痛。

王欣教授:

提升治疗与研究水平 切莫忽视症状学要素

美国临床研究者培训现状

以2012年ASCO大会为例,内容涉及到癌症康复与姑息治疗医学的有以下两大版块:患者与癌症幸存者的护理和卫生服务研究。前者包括临终关怀、社会心理学研究、医疗质量及改善、症状学处理/支持治疗/姑息治疗,后者包括获得卫生服务的途径、成本、少数族裔差异、医疗质量及改善。在针对医生癌症康复与姑息治疗培训方面,2011年美国癌症学会举办了为期5d的培训项目,包括临床试验的设计与类别、决定研究假设和研究成分等内容。而在美国德州大学也有一个为期2年的培训项

目,重点课程为介绍流行病学研究、卫生服务研究和临床试验设计等。

流行病学课程提供了针对观察性研究设计与理解所需要的概念和方法学技能,它主要包括效度(随机误差、偏倚和混淆),疾病发生与影响的测定,相关性、信度和普遍性的测定,因果性的推断,批判性地回顾相关证据等方面的内容。卫生服务研究则是包括卫生服务质量的概念(包括经典的“要素、环节、终端”三维质量结构)和安全性,卫生服务评估的质量,校正危险因素,调查研究和定性研究的介绍等方面的内容。



王欣教授

美国MD Anderson癌症中心的王欣教授进行了题为“症状学与姑息治疗的临床与转化医学研究:培训与应用”的演讲。

成功进行临床研究的三部曲

如何进行一项成功的临床研究是临床试验设计课程所涉及到的内容,该课程针对临床试验涉及的基础、研究对象的招募、随机和盲法、数据收集和质量控制、研究对象依从性、样本量大小、数据监测和分析以及Meta分析等内容,从临床设计的启动、设计、实施等方面进行阐述。

临床试验的启动 提出研究

问题;查找已有的专家共识和文献;确定研究能够填补临床工作中的空白,满足临床工作的需要;收集来自与研究或同事的初步数据;寻找资金来源;确定研究主要合作者如临床医师等。

临床试验的设计 进行团队讨论,确定主要研究终点、假设、样本量、试验类型、研究机构、随机方法、安慰剂、时间表、患

者来源及资金,并撰写和提交标书和研究方案。

临床试验的实施 撰写试验方案,经临床研究伦理审查,开展单中心或多中心的研究;收集并处理数据;处理试验过程中的问题;中期分析,为各种学术会议提供初步结果;总结最终数据,发表文章;提出未回答或尚需进一步研究的问题。

症状学研究案例

转化医学研究示例 临床医生常有下述疑问:为什么只有部分患者而非所有患者症状负荷和不良反应重?什么是关键的炎症标志物?王教授等在回顾同步放疗相关的症状学研究后发现,对于非特异性的症状(如乏力),并无已知的生物标志物作为干预靶点,因此开展了一项关于放疗症状学与细胞因子关系之间的研究。研究是描述性、非干预性的,采取患者报告M. D. Anderson症状量表(MDASI)的方法,在同步放疗前中后每周收集一次数据,并根据文献选择相关炎症标志物。样本是在MD Anderson进行治疗的局部晚期、接受同步放疗的非小细胞肺癌、食管癌、结直肠癌患者。

通过撰写标书、设计方案获批、建立团队处理数据等取得的中期分析结果在ASCO和PNIRS会议上报告,最终结果发表在《Brain, Behavior & Immunity》杂志上。

研究发现,患者各项症状在同步放疗进程中的变化趋势基本一致,非小细胞肺癌、结直肠癌和食管癌患者各自特有的症状,包括乏力等随着同步放疗剂量累积逐渐增加,在治疗完成后逐渐好转。而对

于非小细胞肺癌而言,血清中sTNF-R1、IL-6、IL-8随症状严重程度变化而变化。对于结直肠癌和食管癌而言,sTNF-R1、IL-6随以乏力为代表的症状严重程度变化而变化。

临床研究示例 现已知道立体定向放射治疗(SBRT)可明显缓解脊柱转移瘤的疼痛,可能延长患者的生存时间并且不明显增加患者的症状负荷呢?因此,王教授等开展了一项同步评估癌症控制和姑息症状缓解的队列研究,主要测量工具是简明疼痛量表,随访长达2年。研究发现,SBRT在放疗完成后的6个月内能够有效缓解疼痛,患者MDASI也有明显的改善;放疗有效地改善生存,1年PFS为80.5%,2年为72.4%。初步结果在ASTRO年会上发布,文章被《Lancet Oncology》收录。

王教授指出,一线专家是提出研究问题、形成可检测的假设的最合适的人选。学术研究一方面有助于提高姑息治疗水平、改善实践,另一方面也有利于医生自身职业发展。在中国,祖国传统医学可能会提供更多机会。



让晚期癌症患者享有全人关怀

姑息医学社会工作服务经验分享

▲ 本报特约记者 刘晓芳（李嘉诚基金会“人间有情”全国宁养医疗服务计划）

新加坡经验：慈怀服务的“三位一体”

新加坡国立大学社会工作系访问学者李宜玲女士分享了慈怀服务的发展与经验。

“Palliative and Hospice Care”在新加坡被称作“慈怀服务”，由已故新加坡前总统黄金辉亲自命名，体现对患者和家属“慈悲”与“关怀”的态度。新加坡从服务、教育、研究三个方面推动慈怀服务向多元化、全面性、跨学科方向发展，提升患者及其家属的福祉。社会工作者是其重要团队成员之一，扮演直接服务者、患者/家属与外部资源连接者、团队维护与支持者、研究者、项目策划与开发及政策倡导者的角色。

服务 1985年，St. Joseph's 老人之家首先设立病床服务末期患者；1989年，首家专门提供家居服务的慈怀服务协会成立，后改名HCA慈怀护理；1994年起公积金医保账户可支付慈怀服务住院费用；1995年，HCA慈怀护理设立总部并开办日间护理中心，以及由多家服务机构联合的新加坡慈怀服务总会成立。目前新加坡有8家区域性慈怀服务中心，5家政府医院都设有慈怀治疗部门。

教育 2000年初，慈怀服务总会顺利推动“慈怀医疗”被纳入本科医疗课程，包括临床授课与机构实习；2006年，“慈

怀医学”正式被认可为一门附属专业；2007年开始“慈怀医学”的高级专业训练；2011年，“慈怀医学专业分会”正式在新加坡医学院成立，同年开办“慈怀护理”高级护理文凭课程，及“慈怀与临终”单元的社会工作研究生课程。

研究 2008年连氏（Lien）慈怀教研中心在杜克-新加坡国大医学研究生院成立，2011年颁布国家性慈怀服务发展战略大纲。目前进行的研究项目包括诸如“临终关怀服务选择偏好”、“预立医疗照顾计划”、“患者及家庭照顾者生活质量及需求评估”等。

台湾经验：推广生死教育模式

台湾马偕纪念医院社会服务室社工、台湾安宁照顾协会理事李闰华女士分享了推广生死教育的经验。台湾安宁疗护团队推广生死教育的对象主要是医疗团队和社会大众。台湾早在1993年就开始在高校医疗、护理、社工教育中加入安宁疗护态度、知识和技巧方面的教育，主要包括症状控制、灵性照护、病情告知、法律伦理、团队合作和质量促进等内容。

以医学生为例，为1-3年级医学生开办“与患者为友”计划，2-3人一组，在5d内陪伴一个患者家庭，与患者做朋友，透过

患者与家属描述生病经验中的点滴，让学生以患者为师，学会了解患者痛苦，做一名人性化医生。为高年级医学生安排见习和实习，学习体会安宁疗护“全人照顾”的精神。

已拿到执照的在职医师、护理师、社工师，若要在安宁疗护机构工作，必需完成基础和进阶课程。若要成为安宁缓和专科医师及专科护理师，必需通过规定的培训及甄试，且每年需完成20h继续教育。专科护理师的课程与实习则较为重视舒适护理评估与处置。社工师的课程注重自我成长，以及个案、团体、家庭工作与团

队合作的知识与技巧。

面向社会大众的教育，对象主要为大学、中学、小学生及学校教师、年长者、其他社会人士，重点推广《安宁缓和医疗条例》及“预立医疗自主计划”，尊重不可治愈末期患者之医疗意愿及保障其权益；让大众了解安宁疗护与临终关怀的概念，关怀末期患者，宣扬“善终”理念；帮助遭遇失落的人群学会照顾自己的悲伤辅导，让人们更坦然面对死亡与积极生活的生死教育。在宣导过程中，运用案例、图片、影片等灵活的形式，借助与社会服务机构、媒体合作，达至良好效果。

香港经验 1：华人患者灵性照顾探索

香港大学社会工作及社会行政学系助理教授梁佩如女士做了题为“晚期癌症患者的灵性照顾”的演讲。到底什么是“灵性”？相信很多医务工作者都曾有这样的疑问，有时将“灵性”与“宗教”混淆。“灵性”不等同于“宗教”，每一个人，无论有无宗教信仰，也有心灵需要，也会追求心灵平静安宁。

回顾国际文献MEDLINE（1960-2005年）及CINAHL（1980-2005年）发现，晚期癌症患者的灵性需要包括：减轻心灵痛苦（如面对死亡的恐惧）、复和关系、维持希望与尊严、寻找爱、生命意义、人生目标，以及追求内心平静安宁。

2010-2011年香港一项研究对40位患者进行访谈，了解其面对晚期癌症的灵性经验，结果发现生命灵性经验的光谱，是一个由“心灵痛苦”到“内心安宁”的心灵过程，从“失去自我，心有不甘（为何是我？）”，失望，无助”，经历创造意义、建立联系及超越生死的心灵过程，达到“圆满人生，人际关系和谐，安然面对生死”的境界。

总结研究结果及实践经验，我们将晚期癌症患者的灵性照顾分为三个主要部分（图1）。第一是“生命整合”，主要是回顾、检视人生经历的意义及价值，整合生命中的正面经历、伤痛以及遗憾；第二“关系复和”，主要是分享、

传承、复和，包括与重要他人之间爱的表达、情感交流、人生经验与智慧的传承，以及创造冰释前嫌的机会；第三“活在当下”，主要是活得精彩，好好享受每一天，以及学会珍惜、欣赏和感恩。由于文化的不同，华人患者的灵性照顾重点体现在道德哲理和圆满关系两个层面。深入挖掘华人灵性照顾的内涵与方法，还需要通过更多的研究与实践来探索。

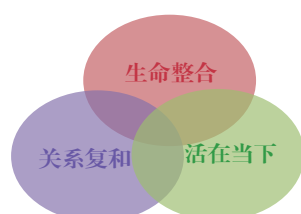


图1 灵性照顾包含三层面

香港经验 2：让患者“活出希望”

香港创域会主席、资深护师李兆红女士分享了关于让晚期癌症患者活出希望的香港实践经验。如何提升晚期癌症患者的希望？加拿大Saskatchewan大学科研小组研发的“活出希望”计划（Living With Hope Program）是一项为晚期癌症患者而设的心理社交支持计划，目的是促进希望、提升生活素质（图2）。

香港开展的“活出希望”实践研究邀请晚期癌症患者观赏描述“活出希望”的影片，为他们提供角色榜样及相关信息。然后请参加者在三个“希望”活动之中选择其中一个，在两个星期内连续进行。三个“希望”活动包括：（1）搜集“关于自

己”即讲自己的故事、回溯自己的生命、欣赏自己的事功；（2）搜集“希望”包括自己曾经拥有的值得珍惜的东西；（3）写信给生命中重要的人意在表达“感恩、请求原谅、爱、宽恕及再见”。

通过质性研究，“活出希望”计划的成效体现到大部分参与者都趋向较正面地接受疾病、接受死亡；能找到一些反映生命意义的事物；欣赏今天的生活；展望未来。参与者认为家人的支持和肯定存在价值能带给晚期癌症患者希望；晚期癌症患者希望的转化来自：认同“生命就是这样”；找到生命的意义；正面重新评价自己的处境及期望，改变希望的模式；获取相关知识，建立自信和乐观地活着。

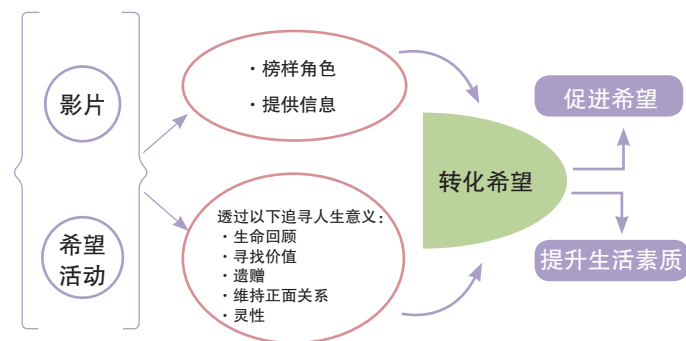


图2 “活出希望”计划的理念

倡导生前预嘱

选择与尊严公益网站创办人罗点点女士针对“生前预嘱”做了精彩阐述。生命和死亡的权利到底属于谁？临终或患有不可治愈疾病并忍受巨大痛苦的患者，有没有权利放弃自己的生命？或者应该在什么时候、什么情况下放弃自己的生命？这是一世界性的难题。

从全世界范围来看，解决该难题有两种办法：一种是积极的死亡协助，即“安乐死”，以荷兰为代表的一些北欧国家已将其合法化；另一种是“尊严死”，在生命进入末期后，放弃过度的治疗、抢救和生命支持系统，美国在1976年成为第一个通过“自然死法案”的国家，允许患者依照自己的意愿不使用生命支持系统而自然死亡，赋予个人填写的“生前预嘱”以法律效力。中国香港和台湾地区的做法也值得借鉴。香港法改会咨询委员会于2004年发表《预前指示》咨询文件，提倡在现有法律环境中，

不进行专门的分项立法，以政府为主体推广使用生前预嘱，并推出统一文本。台湾地区自上世纪90年代中期推广安宁缓和医疗，并于2000年通过《安宁缓和医疗条例》，让疾病末期不接受心肺复苏术的选择合法化，已有数十万人签署预立选择安宁缓和医疗意愿书。

生前预嘱包括四个构成要件：第一“意愿”，要什么，希望别人怎么对待自己；第二“放弃”使用心肺复苏术或其他过度医疗措施；第三自己不能发表意见时希望“委托”什么人帮助；第四可以随时“撤销”或改变自己的主意。“生前预嘱”、“安宁缓和医疗”合法化及大力推广，保护那些放弃生命支持系统或某些极端治疗的人在临终前并不消极等死。郑重承诺对临终者的身心痛苦和一切不适提供有效缓解和治疗。这种不涉及积极致死行为又给病重和临终者带来最大限度舒适的方法，正在世界范围内成为现实。