



作者简介: 刘晓红, MD&PhD, 主任医师, 博士生导师。北京协和医院老年医学科主任, 北京协和医学院老年医学系主任。中国老年保健医学研究会副会长, 中国老年保健医学研究会缓和医疗分会主任委员, 北京医师协会老年医学专科医师分会主任委员, 北京医学会老年医学分会副主任委员, 国家执业药师资格考试命审题专家。《中华老年多器官疾病杂志》副主编, 《中国实用内科杂志》常务编委, 《中华老年医学杂志》编委, 《中国医学论坛报》老年医学专栏特约主编。发表文章 120 余篇, 主编《老年医学诊疗常规》(北京医师协会版)、《协和老年医学》、《老年医学速查手册》、《老年医学诊疗常规》(北京协和医院版)、《国家执业药师考试指南》(药学综合知识与技能, 2015)。Email: Xhliu41@medmail.com.cn

开展老年安宁缓和医疗之管见

刘晓红

(中国医学科学院北京协和医院老年医学科, 北京 100730)

[摘要] 老年人临床诊疗宗旨是维护个体功能而不是针对疾病。安宁缓和医疗对于罹患共病, 失能, 处于疾病末期、生存期有限的老年患者来说不可或缺。介绍老年安宁缓和医疗的特点, 强调应将工作重点放在医院外, 社区医务工作者应将社区初级保健和初级缓和医疗并重, 该文对如何在我国发展老年安宁缓和医疗提出建议, 探讨新型安宁疗护模式。

[关键词] 临终关怀医疗; 伦理学, 临床; 管理医疗规划

中图分类号: R052 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3969/J.issn.1672-6790.2017.06.001

How to carry on geriatric hospice palliative care in China? Liu Xiaohong (Department of Geriatrics, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

[Abstract] The purpose of care for elderly patients is to maintain individual function rather than to cure diseases. Hospice and palliative care is indispensable for elderly patients with severe multiple chronic conditions, severe disability, or limited life expectancy. This paper introduces the characteristics of geriatric hospice palliative care (GHPC) and emphasizes that should be carried out beyond the hospital. Community medical workers should pay equal attention to primary care and primary palliative care. This paper puts forward some suggestions on how to develop GHPC in China, and discusses the new GHPC care models.

[Key words] Hospice care; Ethics, clinical; Managed care programs

在人口老龄化的今天, 现代医学已从传统亚专科“以疾病为中心”的急性病为主、单病诊疗模式转向以慢性病管理为主、“以人”为中心的个体化医疗时代 (personalized medicine)。现有的医疗模式和传统的分科需要改革。患终末期疾病的老年患者面临

诸多问题, 如对疼痛及不适症状控制不充分; 很多家属不愿意患者知晓病情, 医务人员不了解患者本人意愿, 预立医疗自主计划缺位; 患者和家人对临终状态的信息缺乏, 医疗碎片化, 对于是否采用维生治疗常难以决定; 保险支付问题造成长期住院、过度医

疗;造成患者的终末期生活质量不高甚至较差,并影响平均 4 位患者家人的生活质量,带来高额无效的医疗花费和家庭负担。国际上迅速发展起来的老年安宁缓和医疗(geriatric hospice and palliative care, GHPC)是老年医学和缓和医学(palliative medicine)的交叉专业,可以改善末期老年患者和家人的生活质量。

首先,有必要在概念上统一。

缓和医疗(palliative care, PC)是对于不能治愈的晚期慢病或严重疾病,在不影响疗效的前提下,尊重患者和家庭成员的愿望,力图预防和减轻患者的不适症状、改善其生活质量的照护方法,重视患者的生理、精神情感、灵性及社会需求,帮助患者获取信息并自主选择。在医学实践模式中除了治愈与部分治愈、还有缓解痛苦与不适(缓和医疗)、等待与观察以及上述方案的混合。随着慢性病进展,在医疗中对病因治愈性治疗越来越少,而针对老年综合征及不适症状的处理越来越多。PC 贯穿于慢病治疗始终,重视患者的生理、精神情感、灵性及社会需求,帮助患者保持自主性,获取信息并自主选择。

安宁疗护(hospice)通常指对预期寿命 ≤ 6 个月患者的特殊缓和医疗项目,包含医护照料、丧葬服务及 1 年的配偶哀伤辅导服务等诸多项目。在保险支付上与传统的医疗支付不同,当两位专业医生评估符合进入标准,患者签署文件自愿进入安宁疗护,放弃无效抢救和对原发病昂贵治疗时,可以进入安宁疗护项目。目前中国大陆地区,正在试点针对癌症患者按天付费项目,尚无纳入非癌老年患者的安宁疗护保险项目。从技术层面看,安宁疗护是首先需要着手开展的工作,但是从专业发展和普及理念角度考虑,应该推广安宁缓和医疗(hospice and palliative care, HPC)。

老年缓和医疗(GPC)为老年患者提供个性化的全人、连续医护照料延伸,到居家善终服务和家属支持;GPC 是老年医学工作者必须掌握的内容;在 HPC 中老人患者占多数。由于死亡年龄不断延后,伴有多种慢性病、功能依赖,需要照护的患者数不断增加成为普遍现象。老年患者功能下降的轨迹远较癌症患者复杂,也就是说医务工作者需要掌握癌症姑息治疗之外的老年医学知识。对于老年患者来讲,老年医学与安宁缓和医疗常联合用于医护照料中,在医疗模式上相同,均是采取筛查—评估—干预,以患者为中心、个体化、连续性、多学科团队的干

预,充分体现患者意愿的人本医疗(person-centered care),具体方案制定采取以目标为导向的医疗(goal-oriented patient care),这个目标更多的是考虑到患者本人的意愿(patient-defined goals)^[1]。

由于老年医学、社区初级医疗和安宁缓和医疗在我国都是新兴的临床分支,在发展中有必要获取并坚持这些专业的基本知识体系和核心技能,在医疗模式上既与现有医疗模式不同,也不能照搬国外成功经验,要充分尊重地区差异。以下几点看法供参考:

1 预测生存期,分期管理

1.1 早期缓和医疗 预测生存期超过 6 个月。有证据显示早期缓和医疗介入有助于患方理解患者的预后、结局抉择和治疗风险。工作内容主要有:与患者讨论后期的治疗目标,指定医疗代理人,做好财务规划;提示需要在认知清楚时完成的重要任务;在疾病缓解治疗同时,进行缓和医疗症状评估管理;讨论预先医疗计划(advance care planning, ACP);家属或照顾者的教育、支持和咨询。

具有缓和医疗理念的各专科医生在这个阶段发挥重要作用。在社区医疗工作中,初级医疗(primary care)和初级缓和医疗(primary palliative care)并重,在社区讨论 ACP 是最适宜的场合。医院内 HPC 医生工作模式以会诊为主。

1.2 安宁疗护 预测生存期少于 6 个月。是目前首先和重点关注的阶段。需要建立跨专业的整合团队,保障医院—社区—居家服务连续性,满足在患者希望的地点服务。HPC 医生参与安宁疗护的准入评估;针对不适症状评估管理;接受门诊转诊患者及远程医疗咨询,支持分级诊疗。在综合医院内建立安宁疗护病房起到示范和教学作用,但是对多数医院而言,HPC 医生以院内会诊、共管模式为宜,各专科病房不得拒收需要医疗处理的末期患者。通过转诊医疗,将患者安全地转至医院外,可以减少不必要住院、过度医疗、用药风险,可减少医源性问题发生风险,改善患者和家人的生活质量。

制定进入标准是整个安宁疗护的核心环节。需要尽快参考各国经验,制定出我国的初步标准,随着实践加以完善。非癌老年患者(见下述功能下降轨迹)的预测生存期较为困难,更多考虑到患者愿望,“按需进入”,到期后再评估、延续。在处理上,症状控制同时也需要有一般性对因治疗和老年综合征的管理^[2]。

1.3 善终服务 临终前数天至临终前 2 周。善终服务有不同地区的文化背景,不能做单一规范和硬性标准。采取以护士为主导的专业化团队在社区或上门服务。HPC 医师起到评估和制定方案作用,上级 HPC 团队帮助一线团队。对于高龄衰弱的老年人而言,抢救的成功率很低,即便心肺复苏成功,也无法改善结局。在康琳报告的 1084 例中位年龄 74 岁的被调查者中,91.8% 愿意了解自己的病情并作出决策;43.6% 选择不做心肺复苏;26% 选择在家中离世;13.7% 选择上门善终服务;10.5% 选择临终关怀机构,也就是说超过半数选择不住院。因此,居家善终、短期居住社区中心或护理院等多种选择将取代住院^[3]。

2 按照功能轨迹下降模式设立相应照护模式

老年人健壮—衰弱—失能—死亡的功能衰退轨迹与主要疾病有关联,大致分为 3 种类型^[4]。

2.1 癌症 因癌症死亡约占死亡老人的 1/4,通常在数月内死亡。对这类患者主要是控制疼痛等不适症状,在我国,肿瘤科 HPC 医生常参与管理,开设了姑息治疗门诊。由于在社区难以获取吗啡等镇痛药品,入住姑息治疗病房或基层医院,通常费用可测、可控。如果加强社区医疗和药品保障,可以减少不必要住院和占床。

2.2 非癌慢病脏器功能衰竭 约占死亡老人 1/3,如充血性心力衰竭、呼吸衰竭、尿毒症末期、多脏器功能衰竭等。每 1 次疾病急性加重后功能下降难以恢复至基线水平,躯体功能轨迹逐渐下降,但难以预测生存期,可能是数年。在急性期通常需要利用急诊、住院等医疗资源,对于专病处理要求较高,需要有 HPC 培训的老年科、急诊科、专科医生和康复师介入的团队诊疗模式。美国以急性医疗单元模式存在。

2.3 衰弱(存活不良, failure to thrive)、晚期痴呆等约占死亡老人的 1/3,并随着社会高龄化占比增加。这类老年人的功能状态长期处于低水平状态,生活不能自理、照护需求多、医疗需求较少、多因吸入性肺炎等感染性疾病去世,抢救获益不大。在医护配置上加强基本护理,减少住院,是居家、社区长期照护或入住长期照护机构的主要对象。老年医学同样是在处理上不针对疾病,而是针对老年综合征和影响生活质量的症状,模式如美国的老年人全面照护模式(program of all-inclusive care for the elderly, PACE)^[5]和日本 30 min 养老照护圈^[6]都是值得借

鉴的全人连续性照护模式,我国台湾地区也在探索居家照护的打包付费服务。对于这些老年人,ACP 在决策中非常重要,医疗主要由老年科、社区医生来负责,需要有 HPC 培训。

3 需要探索的问题

建立新型医护模式需要政府多个部门和社会的支持,小型的探索性研究可以提供参考性建议。

3.1 医保改革 在会诊、多点执业、远程医疗、新职业(老年主管护师、社工、个案管理员等)、家属照料补偿(喘息服务)与团队模式上均需要有相应收费规定。

3.2 保险支付 开发老年人安宁疗护险、护理险,适合老年人医护照料整合服务的、以全人总额预付费或以按质量付费部分取代按数量付费的新型保险险种,减少医疗花费和负担。

3.3 照护模式 鼓励非公立医疗机构参与,将社区医疗、长期照料和 HPC 整合,开发“人本医疗”新型模式。特别是在社区采用初级医疗与初级 PC 整合模式,医护的目标是针对患者及其家人,而不是疾病,缓解不适症状;将本人意愿、社会环境因素纳入医护决策,达成一份以患者为中心的照护计划,评价要看是否提高患方满意度,降低费用。

3.4 社区善终服务 解决限制社区或居家善终服务发展的瓶颈,如善终服务所需的十余种对症处理的药品获取问题;对于有不愿心肺复苏、希望宁静死亡的老人,其去世地点、见证者和开具死亡证的规范和流程。

3.5 教育与宣传 解决专业人才匮乏是当务之急,同时在各层医务工作者和社区中普及宣传教育。(1)采取“请进来、走出去”的形式主办高水平 HPC 讲师培训班。(2)从老年科、内科、全科医师、肿瘤科中培养有资质的 GHPC 亚专科医生,可以提供安宁疗护准入评估及医疗指导。(3)在老年科医生、社区全科医生及护士的培训中加大 HPC 内容占比,包括掌握对于常见痛苦不适症状的评估与处理、沟通技能、跨学科团队,死亡质量及预测生存期。(4)逐步将老年医学和安宁缓和医疗纳入医学生、护士、内科及专科规培生培养大纲。(5)对于各个临床专科医护人员,均要求继续医学教育中纳入 HPC 内容,在进展期慢病长期管理中树立缓和医疗理念。(6)广泛社会宣传,尊重生命、提高死亡质量,尊重患者意愿,宣传 ACP 或“五个愿望”。

3.6 推动 ACP 在中国立法 老年安宁缓和医疗是

适合人口老龄化社会的新型交叉亚专业。对于非癌末期老年患者而言,老年医学与安宁缓和医疗是分久必合,可以由老年医学跨学科整合团队来照护。应以提供社区医疗和上门服务为主。综合医院内 HPC 医师以会诊为主,同时宣传教育以及支持院外医疗,远程医疗和移动医疗是有发展潜力的手段。

参考文献

- [1] REUBEN DB, TINETTI ME. Goal-oriented patient care — an alternative health outcomes paradigm [J]. N Engl J Med, 2012, 366(9): 777-779.
- [2] 彭仁奎, 邱泰源, 陈庆余. 老年缓和医疗简介 [J]. 安宁疗护杂志, 2006, 11(3): 273-284.
- [3] KANG L, LIU XH, ZHANG J, et al. Attitudes toward ad-

vance directives among patients and their family members in China [DB/OL]. [2017-07-18]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28676293>. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.014.

- [4] MURRAY SA, SHEIKH A. Palliative care beyond cancer: care for all at the end of life [J]. BMJ, 2008, 336(7650): 958-959.
- [5] 杨晓娟, 丁汉生, 杜丽侠. 美国老年人全面照护服务模式及其启示 [J]. 中国卫生资源, 2016, 19(4): 345-357.
- [6] 杨晓燕. 日本推进 30 分钟养老护理圈 [J]. 晚晴, 2016, 29(1): 132-133.

(收稿日期: 2017-07-21)

缓和医疗的定义

根据世界卫生组织 (WHO) 对缓和医疗 (palliative care) 的定义^[1]: 缓和医疗是一种提供给患有危及生命疾病的患者和家庭的, 旨在提高他们的生活质量及面对危机能力的系统方法。通过对痛苦和疼痛的早期识别, 以严谨的评估和有效管理, 满足患者及家庭的所有 (包括心理和精神) 需求。

很长时间以来, “palliative care” 的中文译法颇为多样: “缓和医疗”、“舒缓医疗”、“安宁疗护”、“宁养照顾”、“姑息治疗”等等, 基本上是指同一件事。

缓和医疗的原则^[2]

1. 以患者为中心, 而非以患者家属为中心。
2. 关注患者的意愿、舒适和尊严 以患者为中心的具体内容就是尊重患者的意愿, 而非首先考虑患者家属的意愿、舒适和尊严。
3. 不是以治疗疾病为焦点 因为那些导致病况的疾病已经被认定没有更好的方法可以使用。
4. 接受不可避免的死亡 除了患者本人和他们的家人需要接受这一事实, 更要指出的是医务工作者! 医生更需要学会接受死亡接近的事实, 积极面对和准备, 而非用“先进的医疗科技”抗拒死亡。
5. 不加速也不延缓死亡 不应该使用药物加速患者死亡 (如安乐死), 也不应该对那些心肺复苏支持系统无法带来益处的患者使用心肺复苏术。死亡是自然的过程, 应该得到尊重, 而非“用科技反抗”。

参考文献

- [1] WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Definition of Palliative Care [EB/OL]. [2017-10-10]. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>.
- [2] 于普林. 老年医学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 172-173.

《中国临床保健杂志》编辑部摘编