

Journal of Asian Rehabilitation Science

Vol.1 (Suppl. 4) October 2018

Abstract of the 4th International Meeting of
Asian Rehabilitation Science in Beijing



The Society of Asian Rehabilitation Science

Editorial advisor

Hitoshi MARUYAMA (International University of Health and Welfare)

Editor-in-chief

Ko ONODA (International University of Health and Welfare)

Editorial board

Japan: Nobuyuki HIRAGI (Ryoutokuji University)

Takamichi TANIGUCHI (International University of Health and Welfare)

China: Huang QIUCHEN (China Rehabilitation Research Center)

Korea: Kim Myung CHUL (Eulji University)

The Journal of Asia Rehabilitation Science (ISSN 2433-6033) is published for the Society of

Asia Rehabilitation Science. The journal is published quarterly.

The editors welcome original papers with significant areas of physical therapy, occupational therapy and speech and language therapy.

Manuscripts should be submitted to:

<https://rehaac.org/asiareha.html>

For enquiries please contact:

JARS Editorial Office

acarehacenter@yahoo.co.jp

Journal of Asian Rehabilitation Science Vol.1(Suppl.4) October 2018.

Printed 27th October 2018

4th International Meeting of Asian Rehabilitation Science in China

October 27, 2018

Sanhuan Cancer Hospital

Chair: Professor Yurong Zhang and Professor Chao Wang (China)

Contents

I. Special Lecture

8:30 Special Lecture1

康复医学与肿瘤康复概述 王超 1

8:50 Special Lecture2

癌症康复的现状与展望 丸山仁司 2

9:20 Special Lecture3

悪液質により惹起される骨格筋機能障害に対する運動や電気刺激の効果 藤野英己 3

9:50 Special Lecture4

ガン患者に対する簡単な呼吸療法 村上慎一郎 4

10:20 Special Lecture5

癌症与焦虑抑郁 李冰 5

11:05 Special Lecture6

中医药在肿瘤康复中的应用 冯利 6

11:30 Special Lecture7

中医外治法在肿瘤中的应用 孙韬 8

11:55 Special Lecture8

腹部肿瘤术后胃瘫肠梗阻的中医适宜技术治疗 杨琳丽 9

12:10 Special Lecture9

食管癌放疗的营养支持 王鑫 10

13:30 Special Lecture10

针对乳腺癌术后调查情况的康复探讨 张育荣 11

13:50 Special Lecture11

肿瘤相关营养不良及治疗策略 刘金英 12

14:10 Special Lecture12

神经肌肉关节促通法治疗脑肿瘤术后的短时效果：病例报告 葛萌 13

14:30 Special Lecture13

肿瘤患者营养风险筛查 周琼 14

14:50 Special Lecture14

癌症康复治疗指南 霍明 15

Special Lecture - 1

康复医学与肿瘤康复概述

王超

北京市朝阳区三环肿瘤医院

康复医学和预防医学，保健医学，临床医学并称为“四大医学”。康复医学是 20 世纪中期逐渐形成的一门新兴学科。与研究疾病的病因，诊断，治疗和预后的临床医学不同，康复医学是以消除和减轻人的功能障碍，弥补和重建人的功能缺失，设法改善和提高人的各方面功能的医学学科。康复医学是具有基础理论，评定方法及治疗技术的独特医学学科，是促进病，伤，残者康复的医学，主要针对有关功能障碍开展预防，评定和处理（治疗，训练）工作，与保健，预防，临床共同组成全面医学。康复医学与临床学科在人员组成，工作形式和内容等诸多方面均有不同。

肿瘤康复是康复医学领域研究的新课题。21 世纪后，我国慢病的疾病谱发生了很大变化，十年来我国恶性肿瘤发病率呈上升趋势，随着治疗技术的提升，肿瘤患者生存期有所提高，但生活质量下降的情况并未得到改善。近年我国每年新增恶性肿瘤患者有 300 多万，每年存活的恶性肿瘤患者有 3000 多万，恶性肿瘤是一种慢性全身消耗性疾病，肿瘤及其治疗（手术，化疗，放疗）都会导致肿瘤患者不同程度的身体，生理功能障碍，社会属性受损和职业能力下降，如：头颈部肿瘤放疗的迟发性放疗损伤导致吞咽功能障碍，化疗药物神经毒性导致手足麻木和/或神经系统功能障碍，脑肿瘤及其术后的偏瘫，癌痛造成的心理障碍等。将康复医学运用于肿瘤患者的功能障碍康复已被业内专家，学者认识到它的重要性，必要性和急需性。肿瘤患者对康复的需求是刚性的，在我国肿瘤康复现状的一项问卷调查显示：肿瘤患者对康复的需求依次为：营养康复（72%）；改善症状（65%）；心理康复（54%）。

肿瘤康复最显著的特点之一是比传统康复更需要以多学科协作团队模式向患者提供康复服务。基于肿瘤及肿瘤治疗给患者带来的不良反应及身体功能障碍，国内学者就肿瘤康复的广义概念达成共识，即肿瘤康复涵盖肿瘤患者在康复过程中的各方面问题。不仅涉及肿瘤患者的身体，功能，心理，社会等各方面可能存在的问题，并且从癌症诊断开始至生命终结肿瘤康复应贯穿于全过程，是通过多学科协作团队（包括西医，中医，护理，康复治疗师，心理治疗师，营养师，音乐治疗师，社会工作者和志愿者等）帮助患者在与肿瘤抗争，共存，康复的过程中获得更好的生活质量与和谐的身心，并且提供必要的人文支持，社会福利保护，以帮助肿瘤患者及家庭共度难关。

肿瘤康复的目标是监测与预防肿瘤复发，转移或新发恶性肿瘤；适当的躯体功能康复，心理康复，合理营养从而改善生活质量；回归家庭和社会。肿瘤康复的方法包括运动疗法，物理因子疗法，心理治疗，营养支持，作业治疗，言语与吞咽治疗，中医传统康复治疗技术。

Special Lecture - 2

癌症康复的现状与展望

丸山仁司

国际医疗福祉大学

伴随着癌症治疗方法的不断进步，癌症发病后的生存率明显提高，成为慢病的一种。近年日本的医保体制改革，参照现有癌症循证康复指南，将癌症康复正式纳入医保范围。从而迅速推进了日本的癌症康复发展。今天重点介绍日本癌症康复的现状，康复治疗内容，康复治疗流程，癌症康复的循证标准等，展望今后癌症康复趋势。

Special Lecture - 3

悪液質により惹起される骨格筋機能障害に対する運動や電気刺激の効果
(Effects of exercise training and electrical stimulation on cachectic muscle wasting)

藤野英己¹, 村上慎一郎², Saad Al-Nassan³, 田中孝平⁴, 田中 稔⁵, 近藤浩代⁶
(Hidemi Fujino, Shinichiro Murakami S, Saad Al-Nassan, Kohei Tanaka, Minoru
Tanaka, Hiroyo Kondo)

¹ 神戸大学生命・医学系保健学域・神戸大学大学院保健学研究科, ² 姫路獨協大学,
³ Hashemite University, ⁴ 大阪警察病院, ⁵ 大阪保健医療大学, ⁶ 名古屋女子大学

目的：悪液質状態では炎症性サイトカイン等の分泌により筋タンパク質の異化作用やミトコンドリア傷害が亢進する。また、糖新生の亢進は筋タンパク質の異化を加速する要因となる。そこで、筋タンパク質の異化作用を抑制するための運動や電気刺激について検討した研究を紹介する。結果：運動は炎症により誘導される P38 MAPK リン酸化や筋萎縮を誘導するメディエーターである FoxO3a リン酸化やユビキチンタンパク質の亢進を抑制することができた¹⁾。また、中周波電気刺激も同様に FoxO3a リン酸化、ユビキチンタンパク質や筋特異的ユビキチンリガーゼ (Atrogin-1) の抑制し、筋肥大を抑制するミオスタチン発現も低下させた²⁾。また、中周波電気刺激は骨格筋中の TNF α を減衰させ、ミトコンドリア機能の指標である SDH (コハク酸脱水素酵素) や CS (クエン酸シンターゼ) 活性の減少を抑制させ、ミトコンドリア新生に関する PGC-1 α の減少も抑制した³⁾。一方、血中 TNF α の減少は観察されなかったために運動や電気刺激を実施した部位のみでの効果であると示唆される。結語：運動や電気刺激は悪液質に伴う骨格筋の萎縮やミトコンドリア機能の障害を予防することが可能であるが、その効果は治療を実施した部位のみに限定される。

1) Al-Nassan S, Fujino H. Exercise preconditioning attenuates atrophic mediators and preserves muscle mass in acute sepsis. *Gen Physiol Biophys* 37: 433-441. 2018.

2) Tanaka M, Tanaka K, Tategaki J, Fujino H. Preventive effects of kilohertz frequency electrical stimulation on sepsis-induced muscle atrophy. *J Musculoskeletal Neuronal Interact* 16, 152-160. 2016.

3) Tanaka K, Tanaka M, Takegaki J, Fujino H. Preventive effects of electrical stimulation on inflammation-induced muscle mitochondrial dysfunction. *Acta Histochem.* 118: 464-470. 2016.

Special Lecture - 4

ガン患者に対する簡単な呼吸療法

村上慎一郎¹, 霍明¹, 藤野英己², 李徳盛³, 丸山仁司⁴

- 1 姫路獨協大学 2 神戸大学生命・医学系保健学域・神戸大学大学院保健学研究科
3 中国リハビリテーション研究センター 4 国際医療福祉大学大学院

肺ガンに限らず, ガンは進行すると, さまざまな原因から呼吸困難を呈することがある. 呼吸困難は, ガン患者本人の ADL や QOL (生活の質) を低下させるとともに, 看護する側にも 大きな負担となる. 原因によっては正常な呼吸状態にまで回復させることは難しいこともあるが, そのようなとき, どのようにサポートをすれば, 少しでも楽に過ごせるようにしてあげられるのでしょうか? また, そのような状態をできる限り回避してあげることができるのでしょうか?

呼吸困難の患者や呼吸困難に陥りそうな患者への簡単な呼吸療法, サポートと考え方について概説する.

Special Lecture – 5

癌症与焦虑抑郁

李冰

北京大学第六医院 心理科

大约 25% 的癌症病人患有抑郁症, 美国的研究数据显示: 普通人群抑郁症的患病率为 7.6%, 由此可见, 癌症病人的患病率远远高出一般人群. 但由于各种原因癌症人群中抑郁症的识别和治疗还很缺乏. 美国在 90 年代就有这方面的研究, 并且有专门的肿瘤心理学杂志, 美国国立卫生研究院国家癌症研究所就肿瘤与抑郁症问题有专门的研究报告, 特别对这部分病人的评估和干预做了专门的讲述. 美国医学研究所和英国国家健康研究所均要求把对抑郁症的治疗作为癌症康复治疗的一部分. 2015 年美国外科医师学会癌症委员会要求对所有癌症病人进行焦虑和抑郁的评估和筛查.

在我国, 对此问题的刚刚引起重视.

抑郁症直接影响肿瘤的预后和病人的生活质量, 而且同样影响病人家人的生活质量, 所以关注肿瘤病人的焦虑和抑郁是十分重要和急需的.

造成癌症病人的抑郁症状患病率高的因素包括: 患癌症的打击, 疼痛, 代谢异常, 内分泌异常, 一些药物的使用等.

对综合医院来说, 可以应用一些自评的评估工具对病人进行抑郁的筛查.

抑郁症的治疗包括行为治疗和药物治疗, 抗抑郁药物能使病人症状得到一定程度缓解, 行为治疗包括: 纠正病人对疾病歪曲的认知, 加入治疗性团体, 放松治疗, 锻炼, 寻找精神的力量等等.

总之, 应该马上行动起来, 重视癌症病人的抑郁焦虑问题, 使他们能够顺利地走在康复治疗的路上.

Special Lecture – 6

中医药在肿瘤康复中的应用

冯利

中国医学科学院肿瘤医院

一. 中医药在肿瘤康复中应用的相关背景

1. 肿瘤流行病学概况

恶性肿瘤具有高发病率，高死亡率的特点，已经成为危害人类健康的第一位因素。我国恶性肿瘤发病率由高到低依次为东部，中部，西部。各地区中男性发病率均高于女性。按发病例数排位，肺癌位居全国发病首位，每年发病约 70 余万，其后依次为胃癌，结直肠癌，肝癌和乳腺癌。肺癌和乳腺癌分别位居男女性发病的第一位。

2. 肿瘤防治的相应国家政策

1) 中共中央，国务院在《“健康中国” 2030 规划纲要》中明确提出要“突出发挥中医药在治未病中的主导作用，在治疗重大疾病中的协同作用，以及在疾病康复过程中的核心作用”。

2) 国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2014 年工作总结和 2015 年重点工作任务》提到：要破除以药补医，推动建立科学补偿机制。所有县级公立医院和试点城市公立医院全部取消药品加成（中药饮片除外），降低虚高药价。

3) 《中医药法》新规提到：政府举办的综合医院，妇幼保健机构和有条件的专科医院，社区卫生服务中心，乡镇卫生院，应当设置中医药科室。生产符合国家规定条件的来源于古代经典名方的中药复方制剂，在申请药品批准文号时，可以仅提供非临床安全性研究资料。

4) CFDA 关于发布中药新药临床研究一般原则等 4 个技术指导原则的通告（2015 年第 83 号）提到：现阶段中药新药治疗恶性肿瘤的临床定位通常可分为三类：第一类，肿瘤治疗用药，以生存期延长和/或生活质量的改善作为主要疗效指标，同时瘤灶缩小或持续稳定等为前提条件；第二类，肿瘤治疗辅助用药，在不影响原有常规治疗方法（如手术，放疗，化疗等）疗效的前提下，预防/减轻肿瘤治疗所致的不良反应的药物；第三类，改善肿瘤症状用药，以改善肿瘤相关的主要症状为疗效指标，包括癌性疼痛，癌性发热，癌因性疲乏等。

二. 中医药在肿瘤康复中的具体应用

1. 中医药在肿瘤康复中的作用概括：

- ①提高生活质量，延长生存期；
- ②减轻放化疗毒副反应；
- ③防止肿瘤的复发及转移。

2. 中医药在肿瘤康复应用的临床及基础研究举例：

中医药在胃癌中的临床研究及防治肿瘤发生相关机制研究。

3. 中医药在肿瘤康复中相关思考：

- ① “道”——需要更丰富和系统的中医四大经典理论指导，和丰富的中医肿瘤学内涵；
- ② “器”——缺少与现代科技的有机接轨以及无创，微创新技术的快速融合。

4. 中医药在肿瘤康复中的应用典型案例：

- ①治疗肿瘤：崇尚经方，辨证施治。肺癌为例。桑菊饮加减。
- ②肿瘤手术后，化疗后或晚期肿瘤引起的消化道反应。半夏泻心汤加减。
- ③肿瘤化疗后症候综合症：疲乏无力，失眠，晨起赖床，食欲不振，精神萎靡抑郁，出虚汗，晨重暮轻等。柴胡桂枝温胆汤加减。
- ④肿瘤放，化疗后出现的口咽干燥症。竹叶石膏汤加减。
- ⑤肿瘤化疗后，化疗药物诱导性周围神经病变。大剂量附子及有毒中药马钱子等的使用。
- ⑥肿瘤化疗后引起的寒热错杂症。乌梅丸加减。
- ⑦肿瘤引起的癌性躯体痛。专利：骨痛贴。

三. 中医药在肿瘤康复中的应用发展思考

- 1) 回归经典，继承创新。熟读精思中医经典著作及条文。
 - 2) 多法并用，多管齐下。中药离子导入，耳穴埋豆，气压循环泵，中药穴位贴敷，中药穴位注射等。
 - 3) 广泛交流，加强协作。成立世界中医药联合会肿瘤经方治疗研究专业委员会，成功举办四届学术年会；与世界权威知名肿瘤研究中心开展广泛的交流与合作。
- 四. 中医药在肿瘤康复中的应用前景展望
- 概括：特色鲜明，前景广阔。

Special Lecture – 7

中医外治法在肿瘤中的应用

孙韬

北京中医药大学东方医院 肿瘤科

古代中医外治技术历史悠久，手段多样，我科根据传统中医理论将中医外治法应用于肿瘤治疗，以中医外治法“热毁其体，寒制其用”，临床取得一定疗效。“胃瘫外敷方”针对阳虚为本的病机，治疗肿瘤相关胃瘫，通过随机对照研究表明疗效优于安慰剂组，临床观察可见胃液引流量逐渐减少，患者食欲逐渐增加。中药外敷联合导入治疗癌性疼痛，以温阳散寒，解毒散结，通络止痛为治法，配合电脑中频经络通治疗仪进行贴敷，临床观察可有效缓解患者疼痛。华蟾素注射液腹腔灌注治疗胃肠道肿瘤腹水，口腔内瘤体直接注射治疗牙龈癌，介入治疗肝，胃肠，胰腺，盆腔肿瘤，及膀胱内灌注治疗膀胱癌血尿等，均可有效抗肿瘤，缓解症状。“养肺消疹汤”外洗治疗肺癌靶向治疗后阴虚毒热证型患者皮疹，随机对照研究表明疗效优于西药组。此外常用的中医外治法还包括：围药，穴位注射，中医外洗，中医外敷，中医灌肠，针灸，推拿，中药含漱等，可对症治疗水肿，疼痛，皮肤破溃，腹胀等多种症状，达到“中西医结合，内外治兼施”的效果。

Special Lecture – 8

腹部肿瘤术后胃瘫肠梗阻的中医适宜技术治疗

杨琳丽

北京市朝阳区三环肿瘤医院

术后胃瘫，肠梗阻是腹部肿瘤治疗过程中常见并发症之一，如何使患者尽早康复，把握时机早日进行下一步治疗，显得尤为重要。本报告主要用临床验案讲述分析如何应用中医适宜技术治疗腹部肿瘤术后胃瘫，肠梗阻。首先先了解一下术后胃瘫，肠梗阻。（一）胃瘫（gastroparesis）定义：胃瘫是腹部手术，尤其是胃癌根治术和胰十二指肠切除术后常见并发症之一，是指腹部手术后继发的非机械性梗阻因素引起的以胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征，其临床特征为胃无动力，排空会延迟。其诊断依据：（1）经单项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻。（2）术后 3~5 d，拔除胃管进食后出现上腹胀，恶心，呕吐等。胃管引流液量 > 800 mL/d，持续时间 >10 d。（3）无明显水，电解质代谢紊乱及酸碱平衡失调。（4）无引起胃排空障碍的基础疾病如糖尿病，结缔组织病等。（5）未应用影响平滑肌收缩的药物。主要治疗方法：一般以非手术治疗为主 1）心理治疗；2）营养支持；3）促胃动力药物；4）胃起搏治疗；5）再次手术；6）中医治疗；（二）术后肠梗阻（POI）该定义目前并没有统一而明确的认识。一般认为术后 3-6 天，表现腹胀，恶心，呕吐，停止排气排便等症状便可诊断。其诊断依据：一般认为术后 3 天，临床上建议 6 天，表现腹胀，恶心，呕吐，停止排气排便等症状便可诊断。主要治疗方法：1）胃肠减压；2）纠正水电解质平衡；3）营养支持；4）生长抑素（抑制消化液分泌以减轻体液电解质丢失）；5）非阿片受体阻滞剂如爱维莫潘等。中医学认为胃瘫（PGS），术后肠梗阻（POI）属中医学“痞满”，“呕吐”，“胃反”，“腹痛”范畴，主要由于脾胃升降失常，气机不畅，传导失司引起。其发病机理较为复杂，其中医辨证包括：脾胃虚弱，脾肾阳虚，胃阴不足，肝郁气滞，寒热内扰等。本报告引用了临床中两例术后胃瘫患者，两例肠梗阻患者，在对这四位患者的治疗中灵活运用了毫针刺法，腕踝针，穴位贴敷，艾条灸，口服中药治疗等中医适宜技术，并在治疗过程中均都取得良好的治疗效果。根据三环肿瘤医院中医科 2018 年 1 月至 9 月份中医诊疗数据初步统计发现术后的胃瘫，肠梗阻，应用中医适宜技术治疗，其治愈率达到 99%，平均治疗天数 2.07 天；以全部肠梗阻患者（内科+外科）为例，治愈率可达 63%，有效率可达 31%，其他原因无效 4%，平均治疗天数 4.32 天。总结治疗特点如下：治疗中以辨证论治为基础，过程中重视“望，闻，问，切”四诊合参，牢记《内经》所讲“善诊者，察色按脉先别阴阳。”“凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也。”重视个体差异，根据地域，生活环境，饮食习惯，性格行为习惯等因素对疾病发展过程的影响，知同病异治之变；重视培补元气；用穴时常取四肢穴位，因《灵枢·根结》指出，足六经的“根”在四肢末端，“结”在上部，由此说明肘膝关节以下部位经气初始，针刺之易激发经气，调节脏腑经气之功能。治疗中不受治疗方法约束，喜欢多种方法联合应用，“针”所不能及取“灸”，或“针，灸”并用，针灸不能及者用药或穴位贴敷。同时非常重视患者的心理疏导，赢得患者的认同，达到治疗效果的最大化。中医适宜技术除此还可用于肿瘤术后呃逆，化疗后胃肠道反应，手足综合征，便秘，骨髓抑制，呃逆，腹泻等的治疗。祖国医学博大精深，中医适宜技术只其冰山一角，在肿瘤的康复治疗中，中医适宜技术是重要治疗手段，希望未来能够帮助更多的肿瘤患者，使其早日回归社会，重返家庭。

诊断依据以及目前所掌握的的治疗手段与方法。熟悉中医适宜技术定义，掌握中医适宜技术各种方法。本题列举临床术后胃瘫与肠梗阻验案分析，剖析辨证思路，取穴原理。整个治疗过程中我们强调中医辨证基础，做到“同中求异，知常达变”合理选择中医适宜技术，精准治疗。以 2018 年 1 月至 9 月三环肿瘤医院中医科诊疗记录为据进行疗效评价，结果显示胃瘫，肠梗阻采用中医适宜技术治疗治愈率可达 63%，有效率达 31%，其他原因无效 4%，平均治疗天数 4.32 天，其中术后胃瘫肠梗阻治愈率可达 99%。中医适宜技术是肿瘤康复治疗的重要手段之一，希望未来能够帮助更多的肿瘤患者。

Special Lecture – 9

食管癌放疗的营养支持

王鑫

中国医学科学院肿瘤医院 放疗科

我国是食管癌高发国家，每年新发病例约 47.8 万，占全球将近一半。更为严峻的是，食管癌患者 5 年生存率仅为 20-30%，晚期食管癌患者平均生存期也仅仅在 1 年左右，这其中营养干预的缺失是其重要原因之一。

放疗是食管癌综合治疗的主要手段，80% 的食管癌患者在其治疗的不同时期需要接受放疗，包括术前放疗，术后放疗，根治性放疗，姑息性放疗等。接受放疗的食管癌患者可能会发生不同程度的放射性食管炎，放射性肺炎等并发症，导致吞咽疼痛，吞咽困难，食欲不振，乏力，咳嗽等症状，在一定程度上导致或加重营养不良的发生。营养不良对食管癌放疗患者的治疗和预后具有负面影响，如增加放疗不良反应，延长住院时间，加大放疗摆位误差，影响放疗的精确度，降低放疗敏感性甚至影响疗效等，是预后不良的独立危险因素。

食管癌放疗患者营养支持具有积极的意义。国外研究表明，肠内营养可以明显降低患者治疗期间体重下降的发生率，缩短住院时间，改善生活质量，提高治疗疗效。当前，国内外多项指南对食管癌放疗的营养支持给出了推荐建议。美国肠外肠内营养学会（ASPEN）指南中明确指出食管肿瘤在放疗过程中可以考虑肠内营养支持。对于进食受到影响的食管癌患者，欧洲临床营养和代谢学会（ESPEN）指南推荐应用管饲的肠内营养方法，以利于患者营养状况，改善预后。2015 年，中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会发布了《食管癌放疗患者肠内营养专家共识》。一系列的指南共识已指出了营养支持在食管癌放疗患者中的作用，但关于营养支持的时机与途径，以及对患者生存的影响仍有待进一步研究。

Special Lecture – 10

针对乳腺癌术后调查情况的康复探讨

张育荣

北京市朝阳区三环肿瘤医院

前言

近年来,我国乳腺癌的发病率呈总体上升趋势,我国女性乳腺癌的发病岁数从40-50岁逐渐年轻化,很多女性了解自己的病情之后,无法接受心情抑郁,乳腺癌患者经过手术以后也没有康复锻炼的意识.经调查美国权威机构发布《临床医师癌症杂志》(CA: A Cancer Journal for Clinicians, SCI影响因子高达162.5)上发表,综合各项研究表明,癌症患者在日常生活中最常见需要康复的几个问题,如:癌症患者治疗和恢复期间需要运动;有适合癌症患者运动的专门预防措施;定期运动可以降低癌症复发风险等因素.在我国乳腺癌术后出现的问题还未被完全重视,该研究目的为针对乳腺癌术后患者存在的身体功能障碍,日常生活能力及生活质量进行了问卷调查.

方法

100名乳腺癌术后患者为实验对象,进行问卷调查.调查时期为2018.8-10月.

结果

术后一个月到三个月的患者有48人,出现肢体活动障碍的有24人占总数的50%;出现水肿的患者有7人占比14.6%;术后出现麻木的患者有14人占比29.2%;术后影响正常生活的有16人占比33.3%.术后三个月到半年的患者有30人,出现肢体活动障碍的有12人占总数的40%.术后出现麻木的患者有10人占比33.3%.术后影响正常生活的有10人占比33.3%.术后6个月到一年的患者有11人,出现肢体活动障碍的有7人位占总数的64%.术后出现麻木的患者有3人占比27.3%.术后12个月以上的患者有11人,出现肢体活动障碍的有5人占总数的45%.术后出现麻木的患者有3人占比27.3%.术后影响正常生活的有2人占比18.2%.

总结

结果表明,术后患者的肢体功能仍影响日常生活质量.如患侧上肢肩关节僵硬,肌肉黏连,肌肉萎缩,肩关节活动幅度受限,上肢淋巴水肿,部分区域感觉异常或丧失,肌力低下,运动后迅速出现疲劳及手的精细动作功能障碍,不能完成穿衣,如厕,洗澡等日常生活自理方面.

通过提高肿瘤患者对康复的认识,针对不同病种开展个性化康复方案流程的制定,进行科学化管理实施康复治疗.此次调查我们通过乳腺癌术后康复促进血液及淋巴循环,减轻水肿,淡化瘢痕,改善上肢及手功能障碍,从而缩短患者术后恢复时间,提高生活质量.

Special Lecture – 11

肿瘤相关营养不良及治疗策略

刘金英

中国医学科学院肿瘤医院 营养科

流行病学显示：肿瘤患者比非肿瘤患者更易发生营养不良。一项 17 个中心，1545 名患者研究显示，根据肿瘤部位，分期及治疗的不同，30.5% 的肿瘤患者存在体重减轻和营养不良；31~87% 的患者在肿瘤诊断前已有体重丢失；约 15% 的患者在确诊时 6 个月内体重下降超过 10%；4%~23% 的终末期癌症患者死于营养不良。

营养不良过去是，现在是，今后仍将是整个人类健康的最大威胁，是全世界范围内的第一死亡原因。1980 年美国的一项大型研究显示 31~87% 的肿瘤患者存在程度不等体重下降，重度营养不良发生率 15~38%。2010 年欧洲的一项研究显示仍然有 46%~79% 的肿瘤患者存在程度不等体重下降，重度营养不良发生率达 31%。

营养不良与肿瘤是一对孪生兄弟，一方面营养不良显著增加肿瘤的发病率，死亡率，显著耗费社会资源，医疗费用，显著降低肿瘤患者的治疗效果，生活质量及生存时间；另一方面，肿瘤本身及其治疗措施又反过来导致或加重营养不良，营养不良促进肿瘤的发生发展，肿瘤又通过多种机制引起营养不良从而形成恶性循环。

肿瘤患者营养不良导致不良结局：增加感染率，术后并发症发生率增加，对放化疗的耐受性降低；进一步导致治疗费用增多，抗癌治疗耐受性降低，健康状态下降，社会负担增加；从而导致患者生存质量降低，死亡率增加。有营养不良的肿瘤患者接受手术治疗时，更易发生伤口愈合不良，感染率增加，术后肠功能恢复延迟等。营养不良发生的相关因素：肿瘤代谢自成一体，营养误区多，早期摄入不足，癌症治疗加重营养不良程度等方面。

如何判断肿瘤患者营养不良是通过如下诊断：一是营养筛查发现不良临床结局的风险，二是营养评估，三是综合测定，通过这些诊疗途径提供了有效依据。一个完整的肿瘤患者的入院诊断应该常规包括肿瘤诊断及营养诊断两个方面。要进行合理的营养治疗，首先需要了解患者的营养状况。营养评估的目的就是发现营养不良的患者，确定营养治疗的对象，从而保证营养治疗的合理应用，防止应用不足与应用过度。而且，在营养治疗过程中，要不断进行再评估，了解营养治疗效果，以便及时调整治疗方案，为患者提供安全，合理，有效的营养及支持治疗。

鉴于营养不良在肿瘤人群中的普遍性，以及营养不良的严重后果，因此，营养疗法应该成为肿瘤治疗的基础措施与常规手段，应用于肿瘤患者的全程治疗。既要保证肿瘤患者营养平衡，维护患者的正常生理功能；同时又要选择性饥饿肿瘤细胞，从而抑制或缓冲肿瘤进程。

营养疗法（干预）是通过饮食指导，营养补充及肠内肠外营养支持等途径预防和治疗营养不良，调节免疫代谢。最终达到改善营养状况，增强抗癌治疗效果，降低抗癌治疗的不良反应，提高患者生活质量的目的。使患者发病更少，活得更好，生存更久。

Special Lecture – 12

神经肌肉关节促通法治疗脑肿瘤术后的短时效果：病例报告

葛萌

北京市朝阳区三环肿瘤医院

目的

神经肌肉关节促通法（以下称 NJF）是将本体感觉神经肌肉促通法的促通要素和关节构成运动相结合的运动疗法技术。NJF 腕关节背屈模式及对指模式的基础研究表明，NJF 提高指伸肌腱，拇对掌肌肌力，缩短腕伸肌腱反应时间，促进拇长伸肌肌腱收缩等作用。本研究使用 NJF 腕关节背屈模式及对指模式针对手功能受限患者介入，获得了良好的短时效果，特此汇报。

脑肿瘤术后治疗概要

是神经系统常见疾病之一，严重危害神经系统功能。使得颅内压升高，压迫脑组织，导致中枢神经损害。病变毗邻脑组织结构复杂，病灶位于重要功能区，脑肿瘤术后可能出现偏瘫等脑神经损伤病变的表现。

病历介绍

患者，女性，6岁，行脉络丛乳头瘤术后。症状为术后出现右侧肢体偏瘫，手腕部肌肉张力低下，肌力逐渐下降，使腕关节的背屈，掌指关节屈伸，指间关节的屈伸主动活动均受限，特别是手部精细活动，握物及操作工具等日常动作均难以完成。经 OT，推拿，按摩等治疗，效果不明显。

NJF 介入方法

采用手背屈-桡屈，背屈-尺屈，及对指被动运动，抗阻运动。各进行 10 次治疗后，手部背屈，掌曲，手指对指等被动活动，主动活动均得到显著改善，手部力量及灵活性，协调性得到明显改善。

评估治疗效果

1, Peabody 运动发育量表精细运动量表

	治疗前	治疗后
对指	0：用 13 秒或更长的时间与每个手指相触	2：在 8 秒内拇指和每个手指相触
握笔	0：没有拿笔。	2：拇指，食指靠近纸握笔，其余三指环绕握笔。
放小丸	0：在 60 秒内，把 4 粒以下小食丸放入瓶中。	2：在 30 秒内，把 10 粒小食丸放入瓶中。

2、Fugl-meyer 运动功能评分

	治疗前	治疗后
肘关节 90 度，肩关节 0 度，腕背屈	0 分：不能背屈腕关节达 15 度	2 分：有些轻微阻力仍可保持腕背屈
腕环行运动（腕稳定性）	0 分：不能进行	2 分：正常进行
手指共同屈曲	1 分：能屈曲但不充分	2 分：（与健侧比）能完全主动屈曲
手指共同伸展	1 分：能放松主动屈曲的手指	2 分：能充分主动的伸展
握力：患者拇食指夹住一支铅笔	0 分：不能进行	1 分：握力微弱

考察

在脑肿瘤患者康复中出现的功能减退，导致生活质量下降等因素。NJF 疗法的介入可以提高患者的生活质量与社会参与度。针对此例患者进行 NJF 手法介入，扩大了其关节的间隙，促进关节囊内的回旋运动，改变关节囊内对位对线，同时对神经，肌肉，关节三维一体的共同促进，对肌肉反应时间，提高协调性及控制能力起到一定作用。因此，NJF 疗法值得在脑肿瘤患者功能恢复上推广运用。今后，积累病历数量，深入临床科研。

Special Lecture – 13

肿瘤患者营养风险筛查

周琼

北京市朝阳区三环肿瘤医院

我们开展的营养支持，不管是肠内还是肠外营养，都要基于一个非常明确的目的，就是让患者得到真正的益处。如何能实现这个目标，就要进入一个规范化的营养支持过程，这个过程的第一步就是：营养风险筛查和评估，它也是整个营养治疗的基础。营养风险筛查 2002 (NRS 2002) 是 2003 年丹麦学者，瑞士学者及欧洲肠内肠外营养学会特别工作组提出的一种营养筛查方法。该方法的开发设想为：营养支持的指征是严重疾病合并营养需求增加的患者，或严重营养不良的患者，或较轻程度的严重疾病合并较轻程度的营养不良患者。同时包括目前没有营养不良，但是具有由于疾病和（或）治疗（如严重创伤，手术，化疗）而出现营养不良的风险的患者。这一开发设想将营养支持的适应证扩大到预防营养不良的发生。

NRS 2002 建立在循证医学基础上，简便易行，适用于住院患者的营养风险筛查。NRS 2002 的适用对象为：年龄 18-90 岁，住院过夜，入院次日 8 时前未进行急诊手术，神志清楚，愿意接受筛查的成年住院患者。中华医学会肠外肠内营养学会分会推荐在住院患者中使用 NRS 2002 作为营养筛查的首选工具。NRS 2002 是基于对 128 个相关营养支持临床随机对照研究进行的回顾性分析，研究结果显示，经 NRS 2002 评估发现存在营养风险的患者，即 NRS 2002 评分 ≥ 3 的患者，给予营养支持后临床预后比无营养风险的患者更好；而且分值越大，营养支持效果越好。而 NRS 2002 评分 < 3 分时，营养支持对多数患者无益。对肠内营养及口服营养而言，3 分的切点能提供最佳的区分；对肠外营养而言，3.5 分的切点能够提供较好的区分。不同研究者使用 NRS 2002 工具，对相同患者进行营养风险筛查结果的一致性，反映了该工具的信度。Kondrop J 等报告，丹麦的护士和营养师在一个 2 年的研究中，使用该工具对当地，区域及大学 3 个不同等级医院的患者进行营养筛查，得到了一致的结果。护士，营养师和医生使用 NRS 2002 筛查患者营养风险时，Kappa 系数为 0.67。他们还发现，750 例新入院患者中，99% 的患者可以使用 NRS 2002 进行营养风险筛查，表明 NRS 2002 有很好的临床适用性。协和医院研究者观察了 NRS 2002 对中国住院患者营养风险筛查的可行性，发现结合中国人群的 BMI 正常值，应用 NRS 2002 对中国住院患者营养风险进行筛查并判断是否需要营养支持是可行的。中华医学会肠外肠内营养学会分会主持的住院患者应用 NRS 2002 进行营养风险筛查的研究显示，结合中国人 MBI 正常值，NRS 2002 营养风险筛查能够应用于 94%-99% 的中国住院患者。在美国住院患者的调查中显示，99.5% 的患者可应用 NRS 2002 进行营养风险筛查。

Kondrop J 等人观察了 NRS 2002 对不同疾病患者的治疗有效预测性，发现切点 3 分对不同疾病营养支持有效的预测性高度一致，对 NRS 评分 ≥ 3 分的不同疾病患者进行营养支持，可以明显概述临床结局。通过 212 例住院患者的前瞻性临床随机对照研究，证实应用 NRS 2002 可以预测临床结局，对有营养风险的患者进行营养支持能缩短患者的住院时间。Gur AS 等人报告了 NRS 2002 在外科患者的应用，698 例新入院患者，在入院 24 小时内对患者进行营养风险筛查，他们发现 NRS 2002 能较好的甄别中青年患者与老年患者，良好疾病与恶性疾病患者（1.1% vs 28.1%），消化道恶性肿瘤与非消化道恶性肿瘤（31% vs 6.5%）的营养风险。

NRS 2002 本身属于筛查工具，只能判断患者是否存在营养风险，不能判定患者是否存在营养不良的风险，不能判定患者是否存在营养不良以及营养不良的程度。NRS 2002 使用的困难之处在于如果患者卧床无法测量体重，或者有水肿，腹水等影响体重的测量，以及意识不清的患者无法回答评估者的问题时，该工具的使用将受到限制。此外，NRS 2002 工作表中规定的疾病种类非常有限，遇到工作表中未出现的疾病时，需要采用“挂靠”类似疾病的方法进行评分，这可能增加了误差的可能性。NRS 2002 是新近发展的营养风险筛查工具，目前的研究多数集中于欧洲，中国，尤其是中国的研究更多，其他国家和地区应用较少，数据尚

不足，有待于更多的临床干预研究证明其预测性和有效性。

Special Lecture – 14

癌症康复治疗指南

霍明

姬路独协大学

介绍国际现行癌症循证康复指南. 由于近些年日本将癌症康复正式纳入医保范围. 从而迅速推进了癌症康复发展. 今天重点介绍日本癌症康复的现状, 康复治疗内容, 康复治疗流程, 癌症康复的循证标准等, 具体内容包括脑肿瘤, 头颈部癌症, 肺癌, 乳腺癌等疾病的循证康复诊疗以及康复流程. 展望我国今后癌症康复趋势和方向. 希望对临床医师, 康复医师, 康复治疗师有所帮助.