

复旦大学附属肿瘤医院乳腺内科主任胡夕春教授
我最想做的是癌痛全程管理

▲《医师报》融媒体记者 秦苗

改变患者对癌痛的理念是医生的职责

“患者发生了肠梗阻，当时的医疗水平完全可以处理好的，为什么他要选择自尽呢？”这个曾经的病例，让胡夕春反复地问自己，如果当初能用药物进行更好的控制，也许患者就不会死。这被胡夕春视为从医生涯中一个巨大的教训，也让他认识到癌痛的严重性和重要程度，从根本上改变了他对医学、对患者、对疾病的认识。

由于患者对癌症的认知不够，所造成的恐惧心理使得他们愿意尽一切可能进行治疗。传统理念认为癌痛是治疗癌症必须付出的代价。胡夕春介绍说，一提到姑息治疗，患者往往认为医生已经没有针对性治疗方法，放弃患者“想吃什么就吃什么”。这就要求医生必须做充足的解释工作，告诉患者，患癌症和治疗癌症不意味

着要忍受疼痛，癌痛完全可以通过干预处理，并且合理使用镇痛药物并不会成瘾。

胡夕春开始关注姑息治疗的同时，也养成了一个习惯，他在给患者制定治疗方案的时候，都会将自己和患者变成同一个战壕里的“战友”，他时刻叮嘱患者，在制定方案时医生会作出方方面面的考量，如果在治疗过程中有痛苦的地方，请一定要和医生讲出来，医生会进行处理。“我从医已经30年，最大的体会是肿瘤患者生病已经很痛苦了，外加癌痛、恶心呕吐等不良反应，对患者和家属的生活质量受到全方面影响；另一方面，癌症的疼痛控制不仅是使用止痛药物那么简单，要从心理上了解患者的需求，提供人文等全方位的关怀，才是一名合格肿瘤科医生必备的素养。

从“三阶梯”止痛到标准化治疗

癌痛是由癌症本身及癌症治疗引起的，统称为癌痛。以前人们认为只要癌症就会有疼痛，对癌痛不重视，认为这是一件“理所当然”的事情。1990年，在孙燕院士的领导下，将三阶梯止痛治疗推向全国。胡夕春介绍，三阶梯止痛是九十年代标准、规范治疗，指根据患者疼痛程度分为三级，给予相应的药物。

据胡夕春介绍，到了二十世纪，癌痛的治疗有了新的进展：第一、随着循证医学的发展，癌痛的内涵再不断延伸，认为癌痛不仅患者一个人的事情，而是对一个家庭的重要影响。癌痛本身不仅指生理上的疼痛，还包括精神上的疼痛；第二、癌痛的药物使用也发生了较大变化，WHO三阶梯癌痛治疗原则仍是基础，以前轻中度的疼痛使用弱阿片类药物，因为需要长时间用药，药物的毒副作用很大。之后在循证医学的指导下，发现强阿片类药物更加安

全可控，中度疼痛的患者使用强阿片类药物，剂量较低，更加安全有效。第三、提倡所有医生都要进行标准化治疗，建设标准化癌痛示范病房，进而推动中国癌痛治疗标准规范。

胡夕春目前是上海化疗质控中心的主任委员，也是上海抗癌协会癌症康复和姑息治疗委员会主任委员，借助这两个平台，胡夕春希望能够将癌症姑息标准化治疗向更深更广推进。

上海化疗质控中心是半政府性质的机构，在上海卫生健康委员会的领导下，胡夕春不仅开展癌痛诊疗的宣传，同时也对各个癌症疼痛标准化示范病房进行检查，发现并纠正不规范的同时，树立典型，让更多的医院借鉴学习，“希望借此能让医生们为患者提供标准化治疗的同时，再针对每个患者的情况制定个体化诊疗方案，”胡夕春说，最终的目的是给每位患者提供全程管理。

2018 推动行业前行的力量
十大医学促进专家

胡夕春 教授

在胡夕春从医三十年的记忆里，有很多温馨的、难以忘怀医患故事，但最让他难以忘记的是年轻时改变他从医理念的一个悲恸的故事。曾经治疗过一个患者，在使用的抗肿瘤药物时由于产生严重不良反应后引起麻痹性肠梗阻，身患癌症同时承受着癌症治疗产生的癌痛。最终患者没有被癌症夺去生命，却因为癌症治疗中产生的癌痛而选择结束自己的生命。这个让他难以释怀的从医经历，让胡夕春从此和癌痛“较上了劲”。

那时，对癌症疼痛的理念也没有现在这样完善，我国癌症姑息治疗事业始于20世纪80年代初，1990年在孙燕院士等老一辈专家的推动下，我国政府与WHO共同在广州召开专题会议，把WHO癌症三阶梯止痛治疗原则推向全国。1994年8月，中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会正式成立。

从80年代引进姑息治疗理念，到如今经历了改革开放40年光阴。上海市抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会主任委员，上海市肿瘤医院肿瘤内科胡夕春教授80年代开始从事肿瘤内科的临床工作，从癌痛的定义到含义的延伸及制定专家共识，跟进最新的临床进展，胡夕春亲历并参与了我国姑息治疗40年从无到有，不断地发展并与世界接轨的过程。

扫一扫
关联阅读全文

敬畏生命需要先尊重患者

关于癌痛治疗未来的发展，胡夕春认为还是应该回归医疗的本源，敬畏生命，尊重患者。“目前绝大部分癌症仍无法治愈，医学的每一点进步其实都是患者用痛苦甚至用生命换来的，”胡夕春说，“在临床中我常常问下级医生一个问题，如果患者是你的父母、亲人，你会提供这样的治疗方案吗？我们要学会从患者的角度思考问题。”

比如抗肿瘤药物的使用，给药方案如静脉、口服还是贴片，要根据每个患者的情况制定药物的综合使用方案，静脉给药可能有成瘾性的风险，口服给

药更为方便，如芬太尼贴片等经皮肤用药也有自己的优势，贴剂给药不经过胃肠道吸收和肝脏代谢，癌痛治疗中目前没有办法克服的就是胃肠道的毒副作用，贴剂的毒副作用更小，可以一直使用，各级肿瘤科医生容易掌握。胡夕春说：“我们到医院检查的过程中，发现药物的使用也有不规范的地方，”胡夕春说，我们不断强调要“宣传+检查”，让每个医生，至少是肿瘤医生要有这样的理念，同时能够规范化用药，“医生掌握癌痛治疗并不难，却能造福千万患者。”

专家共识必须是“拿来就能用”

2011年，原卫生部制定了《癌症疼痛诊疗规范（2011版）》。由于癌痛研究进展及治疗药物的改变，胡夕春等业内专家意识到在临床中亟待一本指导临床医生治疗癌痛规范化用药的专家共识。上海市抗癌协会癌症康复与姑息专业委员会全体委员经过6年的调研、多方协商、反复修改，于2017年，《癌症疼痛诊疗专家共识（2017版）》撰写完毕（以下简称《共识》），这部《共识》为指导临床实践带来了真正的获益。

该《共识》将癌痛内涵从对组织损伤和心理层面的关注，扩展到患者认知和社会功能层面。明确了癌痛用药和管理

必须全方位进行，并需涉及生理、心理和社会各个层面的多学科管理。

“只要受过医学教育的临床医生，2小时就能搞懂《共识》中的内容，”胡夕春介绍说，我们主要强调的是实用性，强调药物的使用和剂量换算，让医生们“拿来就能用”。指南的内容主要由两部分构成；一部分是有循证医学证据，我们把最新进展写进去，另一部分是没有循证医学证据，但临床上出现了这样的问题和需求，我们参照国际上的相关指南，结合我国的临床实际情况编纂。希望能够给临床医生以指导，“如果医生有必要使用止痛药物，就要规范使用。”胡夕春说。



复旦大学附属肿瘤医院肿瘤内科全家福