



近期，意大利一项回顾性研究显示，从1994—2013年，全球癌症疼痛治疗质量有所改善，但仍有将近1/3患者未接受到与癌痛程度成比例的镇痛治疗；临床43.4%的癌症患者存在癌痛治疗不足情况。疼痛是癌症患者的常见症状，会对患者生活质量产生实质性影响。尽管阿片类药物使用及治疗指南更新使癌痛治疗质量不断提高，但癌痛治疗不足现状普遍存在（J Clin Oncol. 2014;32:4149）。这不仅与国家资源、医疗水平相关，更与临床治疗观念、指南实践情况密不可分。

难治性癌痛治疗的新观念

癌痛需分段治疗，微创介入技术不可低估；改善患者生理功能后镇痛更有效

▲ 天津医科大学肿瘤医院疼痛科 王昆



王昆 教授

需要思考的问题是，以药物治疗为代表的三阶梯治疗方案在国外发达国家已普及，药物也可足量应用，但癌痛的治疗效果仍然不尽人意。这主要与癌痛病因和机制的特殊性相关，因此需要调整治疗理念。

自1982年WHO推广癌痛三阶梯治疗以来，已过去33个年头，距1990年原卫生部联合WHO在广州举办第一届癌痛三阶梯治疗学习班也有25年的时间。但国内外癌痛治疗的现状并不乐观。国外统计资料表明，晚期肿瘤患者75%以上的患者会有疼痛问题；已完成抗肿瘤治疗的患者中，也仍然有33%的患者存在疼痛问题。我国近几年的癌痛控制调研发现，半数以上患者的癌痛未获得有效缓解。WHO认为，癌痛是全球健康问题，发展中国家发病率高，且获得药物更难。

肿瘤损害脏器和神经功能为癌痛首要元凶

癌痛主要(77%~80%)是由肿瘤所致，由于肿瘤扩张性的特点，对人体器官和神经进行侵犯，随着重要脏器和神经功能损伤，疼痛作为伤害感受的典型代表会越发严重。另外，肿瘤以有氧酵解为代谢特点，在酸性环境下进行增殖，同时释放出多种致痛递质，因此疼痛常与炎性相关。

肿瘤对神经的侵犯分为两种类型：一是直接压迫神经；二是侵入神经结构内，导致神经

的完整性破坏，使神经向中枢发出病理性冲动。持续存在的伤害性刺激会导致外周神经敏化，如果不能及时控制伤害性冲动向中枢神经系统的轰击，中枢神经系统就会发生敏化及塑性变化，痛阈降低，甚至感觉倒错，即正常状态下的触摸觉感受为剧烈的痛觉；临床表现为镇痛药物疗效下降，增加药物剂量迅速，不良反应难以耐受。这些都是难治性癌痛的典型临床表现。

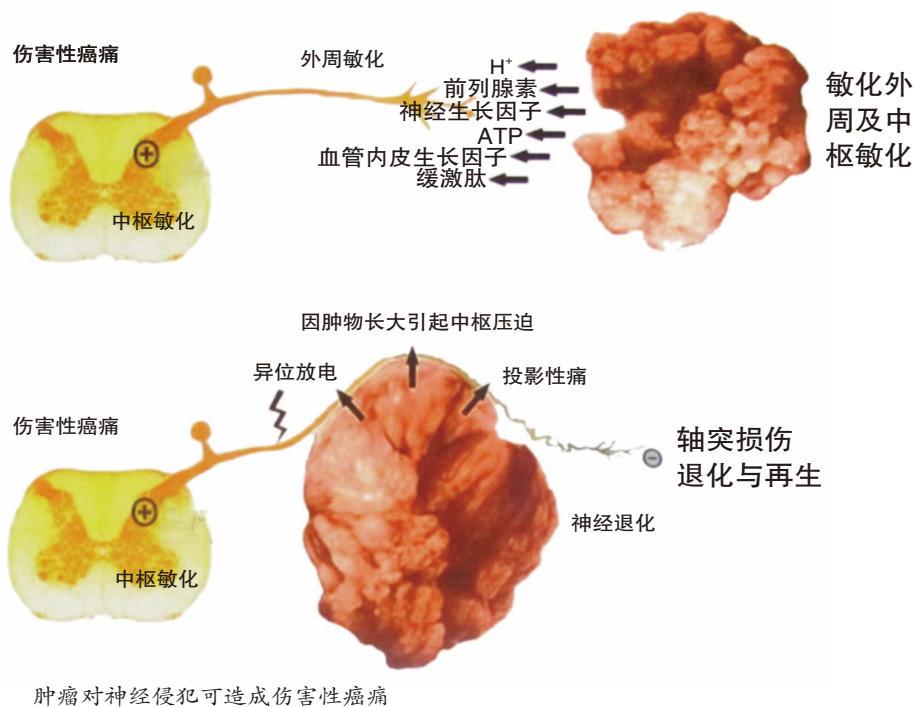
改善骨骼稳定是骨转移癌痛治疗要点

一般而言，肿瘤对脏器的功能损伤也是导致癌痛难以治疗、缓解的主要因素之一。

骨骼是肿瘤转移最为常见的靶器官，骨转移初期，转移病灶在松质骨内时，患者仅感受到骨痛，一般的镇痛药物（如非甾体抗炎药物）即可缓解，此时多数患者自行服药治疗；当骨结构进一步破坏，肿瘤侵及骨膜结构后，疼痛程度加重，此时联合阿片类镇痛药物还可缓解；而当骨破坏继续加重，骨结构稳定性受到影响后，患者出现爆发痛，活动性疼痛，还有可能存在体位受限；当骨破坏导致脊柱压缩骨折后，患者可出现严重的神经压迫或损伤，如果脊髓压迫就会出现截瘫，神经根压迫会出现被动体位及神经根性疼痛，包括酸、麻、胀及放射性或烧灼性疼痛，需大剂量阿片镇痛。这一阶段临床表现为大剂量阿片

药物或同时联合应用非甾体抗炎药物效果不佳、疼痛剧烈、活动受限、生活质量明显下降，同时还需联合抗惊厥药物治疗神经病理性疼痛。但这对于爆发痛的控制仍较为困难，患者常常活动受限，进食困难，大小便功能障碍，生存时间缩短。所以，此时骨转移癌痛治疗需在改善骨骼功能的前提下才会有效。

骨转移癌痛治疗是一种恢复骨骼功能的治疗，传统骨转移治疗金标准为：镇痛药物、磷酸盐类药物联合放疗，对多数患者有效。若患者已存在骨骼稳定性破坏，发生骨不良事件风险较大时，及时改善骨骼稳定最为重要。在骨骼稳定前提下给予相应的镇痛治疗或联合放疗对患者结局更为受益，因此这是癌痛治疗观念需要转变的要点，即骨转移癌痛的治疗要点是改善骨骼结构的稳定性和功能。



肿瘤对神经侵犯可造成伤害性癌痛

微创介入技术缓解胰腺癌疼痛被临床低估

最为典型的内脏痛是胰腺癌导致的癌痛，其特点为肿瘤侵入位于胰腺后的腹腔神经丛，临床表现为腰背剧烈疼痛，有时比腹痛更严重；体位受限，不能平卧，常为侧卧蜷曲位；消化道功能障碍，不能进食，恶心呕吐，大多患者严重便秘。传统治疗采用阿片镇痛药物为主的联合药物治疗，阿片镇痛药物需增量，疼痛才可部分缓解。但消化道障碍和

体位受限不能缓解，甚至会加重，患者生活质量并未获得根本性改变，因此治疗关键应为缓解神经损伤所致的功能障碍。

腹腔神经丛松解术是有价值的治疗技术，其在可视化技术的引导下，有效阻断腹腔神经丛的伤害性冲动向神经中枢的传递，缓解剧烈疼痛和严重的不适感受，消除体位受限。最重要的是缓解消化道功能障

碍，有效改善患者进食和排便，进而改善患者生活质量，使其多方面获益。

但需要提出的是，腹腔神经丛松解术需在影像引导下实施，最好是CT引导，治疗过程在直视下进行，效果可靠，可避免严重并发症。但从临床工作体会和文献分析来看，该类技术目前被临床低估，较少开展。

癌痛需分段治疗 多学科方法应关注

通过癌痛的临床现状和机制特点，临床试图提出用多学科观点对待癌痛的治疗问题，并于2011年提出癌痛需分段治疗：规范化镇痛药物治疗有效的患者应由临床肿瘤医生负责，在有效镇痛的

同时给予相应的抗肿瘤治疗。对于镇痛药物效果欠佳、不良反应难以耐受、同时存在功能障碍的患者，需要多学科方法合理治疗。

其中，医生应在关注镇痛治疗的同时，改善患者生理功能和不良反应，这一点也是美国国立综合癌症网络（NCCN）指南中的观点。所以临床应改进癌痛治疗理念，患者需要舒适镇痛，安全镇痛，及在改善生理功能基础上的有效镇痛。

