

编者按：3月12日，由中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会（CRPC）主办，羚锐制药承办，CRPC 中国行—癌症规范化管理精英培训班东北站开课。本次会议邀请了多位国内知名专家，就癌痛规范化治疗几大热点问题及 NCCN 指南更新要点进行详细解读，吸引了 130 多位东三省的肿瘤科医师，全场座无虚席，讨论热烈。

CRPC 主任委员王杰军教授表示，东北地区作为 2016 年癌痛规范化管理培训的首站，具有非同寻常的意义，并希望有更多的“种子”能落地生根，为我国癌痛规范化治疗增砖添瓦。



癌痛规范化管理：“种子”定能落地生根

▲ 本报记者 于伟

北京军区总医院 刘端祺教授

阿片类药物的全程应用



刘端祺 教授

近些年，NCCN 成人癌痛指南均提出，阿片类药物可用于癌痛全过程。对于轻度疼痛者，应根据个体需要，单用或加用低剂量强阿片类药物镇痛；对于中度疼痛者，起始即可应用低剂量强阿片类药物镇痛治疗，加用或不加用非阿片类药物；对于重度疼痛者，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。

常见五大类阿片类药物

目前，临床上使用的阿片类镇痛药物包括吗啡、芬太尼透皮贴剂、羟考酮、可待因、曲马多等。

吗啡 作为天然的阿片类药物，适用于中至重度疼痛。对于阿片初始患者，吗啡应从低剂量起始。

芬太尼透皮贴剂 作为合成的阿片类药物，对 μ -阿片受体具有高亲和力，适用于中至重度持续性疼痛，且无临床相关的代谢产物。我国本土的芬太尼透皮贴剂在临床应用上有较大优势，与国外芬太尼透皮贴剂具同等生物效应时，其药物含量低，不良反应更小；贴片面积小，皮肤刺激性更小。特别需要注意的是，芬太尼透

皮贴剂不适用于阿片初始者，并应避免贴剂外部受热等。

羟考酮 作为半合成阿片类药物，适用于中到重度癌痛，安全性优于吗啡，在某些国家中羟考酮被批准适用于阿片初始患者。

可待因 作为吗啡的前体药物，慢性疼痛中建议慎用可待因，其镇痛效果低于强阿片类药物但不良反应类似。此外，当其与乙酰水杨酸或对乙酰氨基酚组成复方制剂时，必须监控可待因的安全剂量范围。

曲马多 作为合成中枢作用镇痛药物，适合轻至中度癌痛。即使曲马多已达最大剂量，但其镇痛效果依然不如吗啡等阿片类药物，适合阿片初始者。

“三阶段止痛原则”的演变

近十年年来，WHO 制定的三阶梯癌痛治疗原则在判断患者疼痛、指导医生用药方面发生了很多变化。

对疼痛评估的深化 目前，临床上常用而疼痛评估工具为“数字癌痛评估法”，依靠患者的主观感受，以其简便适用、可重复性抢的优势得到了业内广泛认可。刘教授指出，应借鉴国外量表的设计制定符合我国国情的癌痛测定量表。

第二阶梯的淡化 越来越多证据表明，应使用低剂量吗啡或其他阿片类药物替代甲基吗啡，用于第二阶梯止痛。

某些代表性药物被“边缘化” 以阿司匹林为代表的非甾体类固醇药物，逐渐被对乙酰氨基酚所取代。目前，对乙酰氨基酚一般限于其较低剂量短期使用，或与阿片

类药物组方配合使用。

共用于二、三阶梯阿片类药物的多样化 近年来，NCCN 及 EACP 均提出，在吗啡仍是经典癌痛治疗药物的同时，还推荐对适宜的病例选择使用羟考酮缓释片、芬太尼透皮贴剂、氢吗啡酮等强阿片类药物止痛。

此外，还包括强阿片类药物有条件的“全程化”（用于各个阶梯），以及辅助性药物的专业化等。

最后，刘教授指出，政府部门应加大对阿片类药物的宏观把控；临床医生应主动发现癌痛患者，加强门诊筛查，同时注重患者沟通，听取并尊重患者及家属的诉求；患者应增强对使用阿片类药物的信心，摒弃负罪感，从而更好地接受治疗。

北京大学肿瘤医院 刘巍教授

建设有中国特色的姑息治疗



刘巍 教授

我国著名医学大家吴孟超院士曾说：“医学是一门以心灵温暖心灵的科学”。

刘教授指出，我国大陆地区应居于本土文化，学习和效仿国外和台湾地区姑息治疗的先进经验，发展具有中国特色的姑息医学。

姑息治疗贯穿肿瘤治疗全程

WHO 对姑息治疗的界定中认为，姑息治疗是癌症控制方面一个必不可少的内容，并强调症状控制、患者支持、提升生活质量等多方面的内涵。

进展 目前，我国姑息治疗取得了长足进展。2007 年，《医疗机构诊疗科目名录》中增加一级诊疗科目“疼痛科”；2011 年，原卫生部“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动及首批 67 家“示范病房”挂牌；我国还制定了多部姑息领域指南；开展肿瘤姑息

治疗培训学院；2015 年，CSCO 及 CRPC 开展了疼痛患者咨询热线；2015 年底，中国医疗保健国际交流促进会肿瘤姑息治疗与人文关怀分会成立。

不足 目前我国和其他国家（或地区）姑息医学在民众认知、医疗保险、建设体系、社工及志愿者上仍存较大差距，这些均制约我国姑息医学的整体发展，但随诊疗需求压力的日益增大和姑息团队积极建设，姑息医学在向着理想的方向缓慢成长。

癌痛患者应进行规范化诊治

癌痛管理仍存不足 目前，医疗专业人士癌痛管理仍存不足。很多临床医务工作者知识不准确，13%~68% 的肿瘤科医生对 WHO 三阶梯原则或其他癌痛管理原则了解程度参差不齐；认知和现实存在差距，对自己的知识水平过高地评估等。

WHO 三阶梯止痛原则不断演变 刘教授指出，自 1986 年，WHO 三阶梯止痛原则发布至今已有 30 年历史，但这些年三阶梯治疗存在诸多争议，虽然简单，但是有不足之处。

2015 年，《临床肿瘤学杂志》上发表的关于低剂量吗啡与弱阿片类药物治疗中度癌痛的

随机对照试验研究结果表明，中度癌痛患者的治疗，相较于弱阿片类药物，低剂量吗啡对疼痛控制有更早的疗效和更好的耐受性，对患者整体身体状态有积极的影响。

该研究基于强有力的研究数据，首次提出：对于中度癌痛患者，尽管第二阶梯弱阿片类药物在短期内有效，但低剂量吗啡止痛效果及耐受性更佳且不增加不良反应，进而为取消第二阶梯提供了有说服力的证据支持。该研究能否最终影响 WHO 疼痛管理指南的调整，仍需 III b/IV 期临床试验的进一步证实。

姑息专栏编委会

名誉主编：

郝希山 吴孟超 孙燕
廖美琳 管忠震 于世英

主 编：王杰军 秦叔逵

副主编：

张 力 李萍萍 张清媛
黄 诚 陈 元

编委：

徐兵河 潘宏铭 梁 军
柴可群 李小梅 胡夕春
姚 阳 潘战宇 谢晓冬
侯 梅 刘 巍 罗素霞
熊建萍 吴 穷 王 湛
黄 岩 王 昆 吴敏慧
梁后杰 崔同建 张沂平