哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 于雁教授

NCCN 成人癌痛指南解析

于雁 教授

从历届 NCCN 成人癌痛指南的变化可以看出，疼痛管理是癌症治疗必要的一部分，有助于提高患者的生活质量；所有癌症患者都必须筛查疼痛，评估贯穿始终；阿片类药物是癌痛治疗的基石，在用药过程中需关注具体细节（如起始治疗和维持治疗需充分镇痛、便秘需预处理等）；针对神经病理性疼痛患者的管理，在足量使用阿片类药物的基础上合理使用辅助镇痛药。

疼痛管理作为癌症治疗必要的一部分

2015 版新增

癌痛患者的生存情况与症状控制情况相关。疼痛管理是癌症治疗必要的一部分，有助于提高患者的生活质量。

2016 版新增

疼痛管理的目的是突出疼痛管理的 4A's 结果，包括优化镇痛、优化日常生活活动、最小不良反应以及避免异常服用药物。

患者教育仍为指南重要板块

2015 版新增

★阿片类药物仅可用来治疗癌痛，不能辅助用于睡眠、焦虑或其他情绪症状的治疗。

★患者及家属与医生密切合作，力求安全使用阿片类药物，并使癌痛得以足够的缓解，同时避免不良反应的发生。

★确保患者和家属了解如何与医生、医院联系。

2016 版新增

具体的患者教育材料必须以一种可以理解的语言和形式提供给患者及其家属。

谵妄的处理

2015 版新增

如果排除其他原因，考虑阿片类药物导致者，应减量或更换阿片类药物。

2016 版新增

★第一条目评估其他原因引起的谵妄（如感染、高钙血症、中枢神经系统疾病，肿瘤转移，其他影响精神活动的药物）。

★针对神经病理性疼痛的管理，在足量使用阿片类药物的基础上合理使用辅助镇痛药。

阿片类药物是癌痛治疗的基石

2015 版新增

★滴定之后的后续处理更明确：增加了剂量速度的依据（考虑症状严重程度、药物的起效和维持时间）。

★强调转换前需进行充分的剂量滴定，把疼痛控制不佳或目前药物不良反应太大作为阿片转换依据。

★强调起始和维持治疗需充分镇痛。

2016 版新增 / 修正

★在合适剂量定义中新增“最大限度改善患者的功能”。

★在快速增加阿片类药物剂量的同时，若疼痛控制不佳，应考虑进行疼痛或姑息治疗评估。

★删除曲马多和度冷丁的转换系数。

★芬太尼透皮贴剂不能剪开或刺破。

便秘应给予预防性治疗

2015 版新增

★对于急性肾功能不全患者，口服磷酸钠须极为谨慎。

★中性粒细胞减少症或血小板减少症患者禁用直肠栓剂和（或）灌肠。

★磷酸钠溶液、生理盐水或自来水灌肠 24 h 不超过 2 次。

2016 版新增 / 修正

★“预防性用药”部分将番泻叶最大剂量由每天 8~12 片修正为每天 8 片。

★聚乙二醇的用量由口服 2 次 /d，每次 1 瓶盖 /8 盎司修正为口服 2 次 /d，每次 1 满汤匙 =17 g / 8 盎司。

★如果便秘持续存在，应重新评估便秘的原因和严重程度，排除肠梗阻修正为排除肠梗阻和高钙血症，并增加了评估其他与便秘有关的药物治疗其潜在影响。

CRPC 中国行 – 癌症规范化管理精英培训班东北站合影

沈阳军区总医院 郑振东教授

疼痛评估及多模式镇痛

郑振东 教授

目前，我国癌痛还未得到有效控制，癌痛是各期或各系统肿瘤患者常见的临床症状，严重影响患者的生活质量。同时，国内外均对疼痛的评估和治疗效果的判断缺乏客观的测量标准，因此给用药造成一定的难度。

评估是癌痛规范化治疗的前提

癌痛评估是进行诊断和制定有效治疗计划的基础。NCCN 成人癌痛指南中反复强调评估和再评姑的重要性，评估是有效控制癌痛的第一步，动态评估是持续控制癌痛的重要环节，可及时识别未充分控制的疼痛。

郑教授指出，临床医务人员对癌痛患者进行评估时，要充分相信癌痛患者的主诉，以患者的自我评估为主，患者说痛就是痛，患者说有多痛就有多痛。

根据疼痛部位及范围、疼痛性质、疼痛程度、疼痛发作相关因素、疼痛对生活质量的影响、疼痛治疗史等，并遵循“常规、全面、量化、动态”的原则对癌痛患者进行评估。此外，特别需要注意的是，对患者首次进行评估时尤其要全面、量化，来区分未使用阿片患者与已使用阿片患者。

目前出现多种可评价疼痛强度的疼痛评估工具，包括一维量表和多维量表。一维量表采用数字、语言、面部表情图像或类似方法衡量疼痛严重程度或强度。多维量表包括 BPI 简明疼痛评估量表、McGill 疼痛问卷、神经病理性疼痛量表等，可评估患者疼痛体验的多个方面。

多模式镇痛使患者获益最大化

2011 年，原卫生部《癌痛规范化治疗示范病房》培训教材中指出，多模式镇痛包括药物治疗及非药物治疗，后者又包括患者自控镇痛、硬膜外或蛛网膜下腔置入镇痛泵、神经阻滞疗法、物理疗法、微创疗法等。

药物治疗为主要止痛手段

约 75%~80% 的癌痛患者和 50%~60% 的慢性疼痛患者采用药物治疗即可控制疼痛。包括非甾体类抗炎药物（NSAIDs）、阿片类药物、抗惊厥抗抑郁药物、糖皮质激素、局麻药等。

根据 WHO 三阶梯止痛原则指出，癌痛患者应遵从口服给药、按时给药、按阶梯给药、用药个性化、并且注意具体细节这五项药物止痛原则。

NSAIDs 其是癌痛治疗的基本药物，对伴有炎性反应的疼痛及骨和软组织疼痛的疗效肯定，主要用于轻、中重度疼痛的辅助用药

阿片类药物 其是中重度疼痛的首选药物，目前临床上较为常见的包括吗啡、羟化酮和芬太尼透皮贴剂等。其中，芬太尼透皮贴剂具有分子量小、脂溶性高、高效性、无皮肤代谢及局部刺激的优势，主要适用于中、重度慢性疼痛及仅依靠阿片样镇痛药治疗的难消除的疼痛患者。

阿片类药物常见的不良反应包括便秘、恶心呕吐、过度镇静、尿潴留和呼吸抑制等。因此，临床医生应把预防和处理阿片类药物的不良反应作为止痛治疗计划的重要组成部分。

难治性癌痛仍是棘手问题

难治性癌痛又称顽固性疼痛，一般是指应用常规的三阶梯止痛治疗，疗效达不到中度缓解以上的癌痛，是棘手和多学科医生努力解决的临床问题，主要包括神经病理性疼痛、复杂的区域疼痛综合征等。

郑教授指出，面对难治性癌痛，临床医生首先应认识其发生机制，并个体化评估疼痛程度，准确判断疼痛病情，同时采用包括药物治疗、介入镇痛、心理治疗等止痛手段进行综合治疗。