

中国首部《难治性癌痛专家共识》(讨论稿)发布 难治性癌痛规范化诊疗迈入新篇章

▲ 医师报记者 樊洁

6月17日，在第十三届全国癌症康复与姑息医学大会上，我国首部《难治性癌痛专家共识》(讨论稿)发布。该共识以中国抗癌协会癌症康复与姑息医学专业委员会(CRPC)难治性癌痛学组为核心，集合肿瘤、姑息、疼痛多领域专家之智慧制定。会议现场吸引了众多医生，座无虚席，大家热情高涨。会议结束后，大家仍沉浸在热烈的学术氛围中不愿离席、继续交流临床中的问题。许多现场参会医生表示，该共识切合临床需求，为临床提供了良好的指导，期待共识能够早日面世、造福临床。

开幕致辞

“难治性癌痛至今尚无公认的明确定义，临床诊治存在诸多困难。”CRPC难治性癌痛学组组长、天津医科大学肿瘤医院疼痛治疗科主任王昆教授直言，“为切合学科发展的需要，CRPC难治性癌痛学组自2016年成立以来，第一项工作就是制定《难治性癌痛专家共识》。”

CRPC第六届主委秦叔逵教授表示，难治性癌痛一直是临床治疗的难题，因此成立了CRPC难治性癌痛学组。“学组成立短短一年时间内做了大量工作，为难治性癌痛的临床治疗提供了参考，我谨代表CRPC委员会表态，我们愿意为难治性癌痛治疗贡献一份力量。”

中国抗癌协会副秘书长刘端祺教授表示，难治性癌痛是所有疼痛问题中最难的部分，极大影响了患者的生活质量。因此，该共识的制定对于肿瘤医生及患者都是一大福音，祝共识在医疗实践中起到越来越大的作用。

CRPC第五届主委王杰军教授介绍，该共识有三大亮点。首先，给出“难治性癌痛”相对明确的定义，便于临床上诊断。其次，共识中提到，多学科协作对于难治性癌痛而言不可或缺。最后，共识的制定邀请了肿瘤科、麻醉科、疼痛科、微创科、放疗科等多学科的专家共同参与，希望共识内容不断完善，让患者获益更多。



我国首部《难治性癌痛专家共识》(讨论稿)发布仪式(左起：李杰、秦叔逵、王杰军、王昆、刘端祺)

共识解读



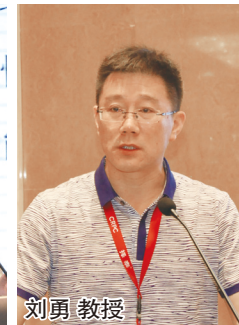
王昆 教授



吕岩 教授



金毅 教授



刘勇 教授



熊源长 教授

王昆：多学科协作共抗难治性癌痛

王教授指出，难治性癌痛治疗方法包括多学科交叉、多模式相结合，包括多种类镇痛药物联合、镇痛药物与微创介入技术联合、抗肿瘤治疗与镇痛

联合、镇痛治疗与心理治疗联合；综合使用以减少肿瘤对机体组织的损伤，帮助患者功能恢复。“这是难治性癌痛多学科协作技术的特色。”王教授说。

吕岩：难治性癌痛病因机制复杂

第四军医大学西京医院疼痛科主任吕岩教授介绍，癌痛属于混合型疼痛，兼具伤害性疼痛、炎性疼痛和神经病理性

疼痛的特点；难治性癌痛常表现为神经病理性疼痛、骨转移性疼痛、爆发性癌痛、内脏痛、阿片耐受等。

金毅：难治性癌痛的标准

南京总医院疼痛医学中心主任金毅教授介绍，目前，全世界对于难治性癌痛缺少一个明确的定义，所以，学组希望通过提出该定义，让临床诊断有据可依。

学组及专家团借鉴NCCN指南、国内外临床研究证据，分别从病因、排除因素、治疗及结果、副作用等方面综合考虑，几经讨论和推敲后给出了难治性癌痛的定义。

刘勇：改善生活质量是镇痛根本目标

徐州市中心医院肿瘤内二科主任刘勇教授表示，难治性癌痛药物治疗目标是持续、有效的消除、缓解疼痛，最大限度改善患

者功能，提高生活质量。强阿片类药物是治疗难治性癌痛的基石，同时联合辅助镇痛药进行多模式镇痛。

熊源长：微创介入技术是常用手段

第二军医大学附属长海医院疼痛中心熊源长教授表示，微创介入技术是难治性癌痛的常用治疗手段。包括神经毁损术、鞘内镇痛导管/装置植入术、¹²⁵I粒子植入术、经皮椎体成形术和射频消融术等。选择不同

的介入治疗方法，主要需考虑患者病情和意愿、医师技术和设备条件等三个方面。另外，患者自控镇痛技术具有镇痛起效迅速、血药浓度稳定、最大化按需给药的优点，是治疗难治性癌痛的理想手段之一。



现场互动

问题1：皮下自控镇痛(PCSA)与静脉自控镇痛(PCIA)效果差别多大？

专家解答：PCSA的治疗效果约为PCIA的80%；PCSA同一注射部位连续使用不超过2周，2周后应更换注射部位；PCSA各部位吸收也不同，但一般习惯在手臂处操作；皮下给药相对管理更方便；此外，留置针最好用套管针，不用金属针。所以PCA使用细节大家可以探

讨，今后我们也会在这方面多做工作，完善操作流程、注意事项，供大家临床使用参考。

问题2：难治性癌痛患者使用羟考酮缓释片至400mg每24h，若使用PCA是重新计算剂量还是加剂量控制？

专家解答：PCA还可用于滴定，常用方式为基础用药加PCA泵进行滴定，根据患者24h用量转换成口服药物；但若口服不良

反应明显，可使用PCA持续镇痛，重新计算转换剂量；PCA技术临床上已使用20多年，操作简单、管理方便、内科医生使用较多。但有创的给药方式还是需要经培训后使用，这也是多学科的交叉点。

问题3：一例患者24h使用40mg羟考酮缓释片70片，如果换成舒芬太尼，其PCSA、PCIA剂量各是多少？

专家解答：从口服转

为皮下/静脉给药，不能完全按照1:1计算转换，严格意义上讲，应该重新滴定，尤其剂量更应该滴定后转换；药物用量越大转换比例越小，甚至可对半转换，但转换时需要严格按滴定要求进行，密切观察患者情况。治疗癌痛，必须看病例，个体化处理，每个患者对药物的敏感性不同，所以首次使用PCA，最好按初始用量进行滴定转换。