

(上接第20版)

邢力刚：CRF 全程管理



邢力刚 教授

山东省肿瘤医院邢力刚教授在报告中对姑息治疗中肿瘤相关性疲乏(CRF)治疗的专家共识进行解读。他指出癌症患者CRF目前尚未引起临床足够重视,存在诊断不足、治疗不足的情况。持续存在的CRF会影响患者的生活质量,有CRF患者会因为感到太疲倦以至于无法完成日常生活中的活动。

CRF的发病机制并不明确,目前提出的机制有:促炎症细胞因子、下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴

调节异常、昼夜节律失调、骨骼肌萎缩以及基因调节障碍,但这些机制的支持证据有限。

邢教授强调,CRF的全程管理应该做到:(1)**主动筛查**:医务人员必须做到主动筛查,若存在疲乏,则评估强度水平;(2)**初步评估**:了解更多病史并进行更多的体格检查。这一阶段也包括深入的疲乏评估以及对合并症状和近期与疲乏相关影响因素的评估,之后可能给予治疗;(3)**积极干预**:建议基于临床的状态(如积极癌症治疗、癌症治疗后、癌症终末期)给予一系列的干预措施来改善疲乏。教育和心理咨询附加非药物和药物措施同时采取多种干预措施;(4)**动态评估**:疲乏的治疗应该是连续的,对患者需要再评估,从而行成一个疲乏筛查和干预循环过程,实现全程管理。

石汉平：肿瘤营养疗法代谢基础



石汉平 教授

中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会主任委员石汉平教授介绍,尽管恶性肿瘤的发病原因尚未阐明,但越来越多的证据提示:恶性肿瘤是一种代谢相关性疾病。肿瘤细胞的葡萄糖、蛋白质、脂肪、维生素、矿物质等的代谢都有其鲜明的特点。荷瘤状态肿瘤患者的营养治疗具有特殊性,除了提供营养素及能量外,还应该注重代谢调节作

用。代谢调节治疗是肿瘤治疗的一个新方向,是肿瘤代谢研究向临床应用转化的一个实证。

葡萄糖代谢调节

正常细胞主要通过有氧氧化获得腺嘌呤核苷三磷酸(ATP),而肿瘤细胞50%ATP来自糖酵解;肿瘤细胞的糖酵解能力是正常细胞的20~30倍;肿瘤细胞在氧供充足条件下也进行活跃的糖酵解。肿瘤细胞的这些代谢特点使葡萄糖成为肿瘤代谢调节治疗的重要靶点,减少葡萄糖供给成为荷瘤患者的重要治疗原则,抑制糖酵解、促进有氧氧化成为肿瘤代谢调节治疗的重要手段。

脂肪代谢调节

肿瘤患者脂肪代谢

的主要特征是血浆脂蛋白、甘油三酯和胆固醇升高,外源性脂肪利用下降,脂肪动员增加。肿瘤细胞则主要表现为脂肪酸从头合成、磷脂和胆固醇合成增强。提高脂肪供能比例、促进脂肪氧化,调节肿瘤宿主及肿瘤细胞的脂肪代谢同样可以达到肿瘤治疗作用。

蛋白质代谢调节

肿瘤患者蛋白质代谢的特点主要表现为骨

骼肌不断降解、瘦体重下降、内脏蛋白消耗和低蛋白血症。肿瘤细胞常常加强蛋白质合成和增加一些氨基酸的摄取和代谢,包括谷氨酰胺摄取和分解代谢加强,蛋氨酸依赖性增强,支链氨基酸(branched chain amino acid, BCAA)摄取和氧化分解增加,精氨酸需求增加而再合成能力下降等。治疗过程中应提高蛋白质供给,酌情选择高BCAA制剂及短肽配方。



难治性癌痛综合治疗不断变革：途径、方式、联合

癌痛是晚期肿瘤患者的主要症状之一,持续存在的疼痛严重影响患者的生活质量。按WHO三阶梯止痛原则治疗癌痛,仍约有10%~20%的晚期肿瘤患者出现疼痛不缓解。常需要通过阿片类药物转换以提高难治性癌痛的效果。9月1~3日,山东省医学会姑息医学分会第一届第四次学术会议上,大会主席、山东省肿瘤医院刘波教授,山东省职业病医院宋广德教授分别就癌痛治疗进行了详细的阐述,介绍了阿片类药物在癌痛治疗中现状与未来。



刘波 教授



宋广德 教授

我国推出难治性癌痛新定义 让临床有了依据

目前,业内难治性癌痛共识确定了其定义:指有肿瘤本身或肿瘤治疗相关因素导致的中、重度疼痛,经过规范化药物治疗

1~2周疼痛缓解仍不满意和(或)不良反应不可耐受。

同时满足以下两条可诊断为难治性的癌痛:(1)

数字化疼痛评分 ≥ 4 分和(或)爆发痛次数 ≥ 3 次/每天;(2)遵循相关癌痛治疗指南,单独使用阿片类药物和(或)联合辅助

镇痛药物治疗1周仍为重度疼痛(NRS ≥ 7);或治疗2周仍为中度疼痛(NRS ≥ 4),或出现不可耐药的不良反应。

口服用药效果不佳 改变给药途径效果显著

国人对阿片类药物(如吗啡)有着根深蒂固的排斥心理,从而造成许多癌痛患者得不到及时有效的诊治。其实,从专业角度看,阿片类药物止痛效果显著,使用方便,毒副作用少,是治疗癌痛的主要药物。2010版NCCN癌痛指南推荐短效阿片类药物作为中重度癌痛快速滴定和首选治疗方案。

一般疼痛,按照WHO三阶梯止痛原则治

疗,近80%~90%的患者疼痛基本可缓解,但仍有10%~20%的患者因口服阿片类药物副作用大、无法实现口服给药、无法控制爆发性疼痛等原因无法解决疼痛的问题,严重影响生活质量。针对这一现状,国外难治性癌痛治疗指南,如NCCN、ESMO、EAPC指南均推荐,当口服药物不能有效控制癌痛时,可改变给药途径治疗,如患者自控镇痛(PCA)技术,

其通过静脉、皮下泵注吗啡等药物实现持续止痛,不患者还可根据需要自控镇痛,防控爆发痛的发生。

一项吗啡口服控释给药与吗啡皮下持续注射给药在治疗顽固性中重度癌痛的对照研究证实:口服吗啡和皮下持续泵注吗啡控制难治性癌痛,各有特点,均安全方便,止痛效果确切。口服吗啡最方便,应该首选口服吗啡。而皮下持续泵注吗啡控制

性癌痛是微创,其止痛起效快、止痛效果好、不良反应少,是一种有效、安全、简便易行的控制难治性癌痛的治疗手段;适用于进食困难、大量口服止痛药效果欠佳、费用过高、爆发痛每日超过3次或出现严重的不良反应的患者。目前,吗啡皮下自控镇痛(PCSA)、静脉自控镇痛(PCIA)、硬膜外自控镇痛(PCEA)等是难治性癌痛的有效治疗手段。

新型吗啡口服溶液发挥独有临床优势

近年来,欧美多国先后上市新型液体口服吗啡。随着我国癌痛治疗逐步发展,国内目前也已研发成功并上市硫酸吗啡口服溶液,吗啡口服溶液制剂更易服用和吸收,起效快。特别适用于吞咽困难、胃肠道吸收障碍的喉癌、食道癌等消化道肿瘤患者及儿童患者,现已载入2017版国家医保目录。患者可以直接口服,也可将药物口

腔含服1~3 min,通过口腔黏膜吸收一定量的吗啡后,再将药液咽下,如此可以减少吗啡对胃肠道的刺激,降低不良反应的发生。

当患者出现爆发痛时,立即口服硫酸吗啡口服溶液,剂量通常为前24 h总量的10%~20%,一般口服30 min起效,可快速有效缓解疼痛。另外,即释吗啡还可以用于治疗晚期癌症呼吸困难,剂量通常低于止痛剂量。

多学科协作开启癌痛治疗新篇章

癌痛病因的多样性决定了疼痛单一学科诊疗的局限性,当常规的三阶梯镇痛原则不能满足治疗的需要时,应关注疼痛的本质原因,针对不同类型的疼痛患者,考虑个体化用药、多种治疗

方法的联合使用。尤其难治性癌痛需要肿瘤科、疼痛科、麻醉科、介入科医生等多学科协作。另外,药物治疗联合微创介入、放射治疗、物理治疗、心理治疗等也成为癌痛治疗有效联合。