



张宏艳 教授

今年3月，医学期刊《癌症临床杂志》在线刊发两篇美国学者撰写的综述，详细阐述了新时代下的最佳癌痛治疗方案，引发广泛关注。

这两篇文章分别是《癌症患者疼痛的现代管理方案》和《癌症患者的疼痛管理》。两篇文章的目标人群不同，篇幅和语言也明显明显，但内在联系密切，第一篇总结了疼痛管理的重要性、影响疼痛管理的因素、评估和管理癌痛的策略以及存在阿片类药物滥用风险的患者和癌症生存者的疼痛管理方法，提出了一个安全合理有效的癌痛管理框架。

第二篇总结癌痛治疗过程中的注意和关注点，既介绍了疼痛治疗的主要用药、辅助用药和补充疗法，也关注到患者对于癌痛治疗存在的误区，以及筛查药物滥用风险可能对患者心理和止痛治疗造成的不利影响。

细读两篇文章，发现一个重要的词汇隐含其中，那便是——细节。业内同行们在多年实践WHO癌痛的三阶梯治疗原则的过程中，都有一个共同体会：要取得好的止痛效果，必须注意癌痛治疗过程中每一个具体细节。

笔者认为，临床中引入该治疗原则时，关注的主要细节包括：对使用止痛药的患者要注意监护观察其疼痛缓解程度、尽可能减少不良反应、提高治疗效果等。如期望获得最佳疼痛管理，细节还应体现在筛查、评估、治疗和随访的每一环节。

CA: A Cancer Journal for Clinicians

Article | [Free Access](#)

The management of cancer pain

Nathan I. Cherny MBBS, FRACP, Russell K. Portenoy MD

First published: September/October 1994 | <https://doi.org/10.3322/canjclin.44.5.263> | Cited by: 52[PDF](#) [TOOLS](#) [SHARE](#)

CA: A Cancer Journal for Clinicians

Review Article | [Free Access](#)

Optimal pain management for patients with cancer in the modern era

Bethann M. Scarborough MD , Cardinale B. Smith MD, PhD

First published: 30 March 2018 | <https://doi.org/10.3322/caac.21453>

See related article [Pain management for patients with cancer](#)
DISCLOSURES: Cardinale B. Smith is supported by the American Cancer Society (MRS5G PCSM 13 - 232 - 01) and the National Cancer Institute (P30CA196521). Cardinale B. Smith reports personal fees from Teva Pharmaceuticals outside the submitted work. Bethann M. Scarborough made no disclosures.

[Read the full text](#) >[PDF](#) [TOOLS](#) [SHAR](#)美国《癌症临床杂志》刊发两篇文章聚焦癌痛管理
癌痛是复杂的多维体验

▲陆军总医院肿瘤科 张宏艳

亮点一 明确癌痛真正含义的重要性

准确理解疼痛的含义有助了解疼痛病因和确定镇痛目标，目前公认的疼痛定义仍是1979年国际疼痛学会（IASP）确定的定义，即疼痛是一种与组织损伤或潜在的组织损伤相关的不愉快的主观感受和情感体验。

2016年两位精神病学家在IASP官方杂志《疼痛》发表了关于疼痛定义更新的建议：疼痛是一种与实际或潜在组织损伤相关的感觉、情绪、认知和社会方面的痛苦体验。

两篇文章延续现代姑息医疗之母 Cicely Saunders 女士最早提出的“总疼痛”的概念，强调“疼痛是一种复杂的多维体验”。患者之前的疼痛经历、文化或宗教上对疼痛的态度、现存的苦恼、患者（或家属）对疼痛的预期以及镇痛药物的使用均会影响患者对疼痛的感受，进而影响临床医生有效管理疼痛的能力。

笔者认为，癌痛发生初始如及时受到重视和处理，较少受到上述各种复杂因素影响，获

得缓解，止痛效果更好。对于疼痛病史较长者，尤其是进入带瘤生存的慢性状态后，需要考虑和充分获取与疼痛相关的信息，理解上述问题，了解疼痛相关因素，更有利于与患者建立融洽的关系，解决来自患者层面的障碍，合理管理疼痛。

配合发表的另一篇科普文章对患者层面的原因给予关注，如能充分理解科其关键点，癌痛患者有机会阅读此文，一些不必要的误区和障碍应会迎刃而解。

亮点二 科学全面评估癌痛的重要性

癌痛评估内容包括评估疼痛的部位、特点、强度、疼痛的病因和病理生理学，治疗中应进行全程动态评估，即每日评估疼痛评分，包括疼痛最高评分、疼痛最低评分、过去一周疼痛平均评分。

但实际在临床中真正做到上述的全面评估并非易事，此时，鼓励患者记录疼痛日记不失为一种管理良策。标准的疼痛日记应当记录用药频率、用药天数、副作用、并发症，以及疼痛对身体功能的影响。

疼痛日记有助于深入评价患者对疼痛治疗的依从性，使患者主动参与疼痛管理，起到事半功倍的作用。尤其是在出院后的居家疼痛管理，记录疼痛日记有助于准确随访，合理调整治疗。

亮点三 制定多模式管理计划的重要性

完成全面评估后“应当制定一个多模式的管理计划”，疼痛的病因影响预后、疼痛程度和功能恢复程度，因此管理疼痛的第一步是为患者设定适当合理的预期，包括是否有可能通过抗肿瘤治疗获得疼痛缓解、止痛药物治疗的疗效和可能的不良反

应，设定适当的期望与更好的患者满意度和治疗依从性相关。这些管理的细节在我们以往的临床工作中容易被忽视。

同时，每位肿瘤科临床医生应详细了解每一类镇痛药物的起效时间、每种阿片类药物所能达到的疼痛缓解程度，适时帮助患者了解

这些知识，教会患者在最需要的时候如何策略性地使用镇痛药。有助于为疼痛治疗疗效设定适当的预期。

阅读全文
扫一扫

亮点四 合理选择镇痛药的重要性

镇痛药物的选择要基于全面的疼痛评估，WHO三阶梯原则仍然是疼痛治疗的基石，回顾性资料发现，按照三阶梯原则，疼痛控制率能达到20%~100%不等。因此，推荐第四阶梯非药物的干预措施用于药物疗效不佳或者预期不佳的疼痛。

WHO没有将辅助用药、综合疗法以及介入治疗写入阶梯镇痛方案，但各个阶梯方案中都可以考虑应用。与标准化治疗后发展为难治性疼痛后再进行干预相比，在疾病进程早期进行干预能使患者获益更多，尤其对于评估明确的神经病理性疼痛，早期进行神经阻滞，镇痛疗效佳，镇痛药用量更少，生活质量更佳。

但四阶梯介入治疗中的硬膜外/脊髓麻醉需仔细评估后（排除存在出血、感染的风险或局部肿瘤负荷是脊柱麻醉的禁忌）谨慎进行。另外，辅助性镇痛药（包括抗抑郁药和抗惊厥药物）可单药或联合阿片类药物治疗神经病理性疼痛，因此，评估确定神经病理性疼痛为主的患者首先考虑抗惊厥类药物。化疗药物所致的周围神经损伤也是我国同行们遇到的难题。

治疗中阿片类药物的滴定方面，临床医生需要掌握的细节包括：（1）确定即释阿片类药物的初始剂量，需要考虑患者预先的阿片暴露情况、当前药物与阿片类药物是否有相互作用，以及靶器官的功能情况。（2）即释阿片类药物通常的镇痛有效时间为4 h，但由于代谢率的原因，镇痛时间

也可以在2 h~4 h之间。（3）阿片类药物需要4~5个半衰期来达到稳态，即释阿片类药物达到稳态约需要24 h，缓释阿片类药物需要2~3 d达到稳态，美沙酮达到稳态的时间至少需要5天。（4）阿片类药物不良反应，鉴别轻度嗜睡和持续性镇静非常重要，前者是通常见于使用一种新的阿片类药物的最初几天，通常是短暂的，持续性镇静则提醒我们需要降低剂量。

阿片类药物转换通常是临床的难点，以下情况需要考虑进行阿片类药物转换：无法获取足够的某种阿片类药物；不能耐受不良反应；药物剂量增加但疼痛仍控制不佳；存在药物之间的相互作用风险；需要改变给药途径（如口服变为经皮）；或者靶器官功能改变不能继续服用目前的阿片类药时，临床医生应该考虑阿片药物转换。

建议临床常规筛查阿片类药物滥用的风险。在精神科中，称之为“阿片类药物使用相关障碍”，其诊断标准包括：服用阿片类药物剂量或疗程超过处方量；有减量的愿望，但行为无法实现；渴求药物，以及由于使用阿片类药物而导致的社会或职业活动减少。详细筛查工具有多种，一般来说，其高危因素主要包括以下4方面：其他物质使用障碍个人史（酒精、非法药物或处方药物）；物质使用障碍家族史；精神疾病史（焦虑、抑郁、注意缺陷多动障碍）；青春前期虐待史。

总之，对癌痛的全面理解和规范处理，需从全局出发，从细节入手，正所谓“图难于其易，为大于其细”，解决难题要从容易时去谋划，重要问题要从细小事做起。癌痛的治疗也是如此，在发病早期如处理不及时，得不到规范合理治疗，一旦演变为难治性癌痛，治疗难度明显增加，疗效和预后大打折扣。对于癌痛的规范化处理，更须掌握疼痛管理的细节问题，完善对癌痛管理和阿片类药物的认知，纠正错误认识，避免陷入误区。对于癌痛患者的管理务必更加具有前瞻性、有效性和安全性，这是未来癌痛治疗最重要的目标。