

解读《癌症患者疼痛的现代管理》 安全 合理 有效地止痛

▲陆军总医院肿瘤科 高伟健 叶茁 高润 张宏艳

规范疼痛管理首先要求规范评估。疼痛不仅是生理上的，也包含精神的、心理的、情感的、灵性方面的因素，患者的之前疼痛经历、文化或宗教上对疼痛的态度、现存的苦恼、患者（或家人）对疼痛的预期以及镇痛药物的使用都会影响临床医生有效管理疼痛的能力。充分理解这些问题，有助于解决患者层面的障碍，融洽与患者的关系，合理地管理癌痛。

全面的疼痛评估

全面的疼痛评估包括评估疼痛病史、病因、强度、性质和疼痛病理生理学，依据全程动态评估（疼痛最高评分，疼痛最低评分，过去1周疼痛平均评分）修改镇痛方案。注意爆发痛的评估、原因判断和治疗。推荐结合患者疼痛日记完成动态评估，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。

重视认知障碍患者的镇痛治疗，观察和评估非语言表达的不适症状（例如，焦虑、易怒、不安、痛苦或意识障碍），没有语言障碍但记忆力受损的患者，需要关注接诊时所报告的疼痛程度。

多模式疼痛管理

疼痛评估完成后应当制定一个多模式的管理计划。管理疼痛的第一步是为患者设定适当的期望，以提高患者满意度和治疗依从性。WHO推荐的阶梯镇痛原则依据是疼痛管理的基石，新证据表明中度癌痛以上采用低剂量吗啡的镇痛效果优于可待因，两组不良

反应没有显著差异。

WHO虽没有将辅助用药、综合疗法以及介入治疗写入阶梯镇痛方案，各个阶梯方案中均都可应用。证据表明，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有更多获益。

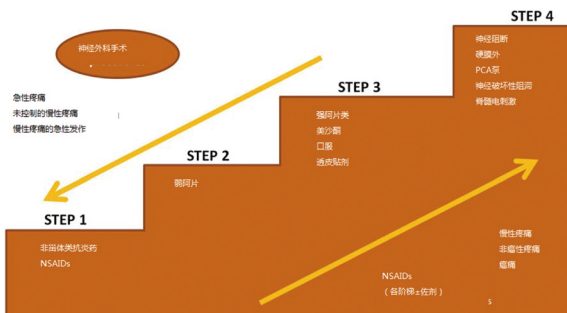


图1 修正后的WHO阶梯镇痛
NSAID：非甾体类抗炎药；PCA：患者自控镇痛系统

非阿片类药物使用准则

对乙酰氨基酚 对乙酰氨基酚是不需要或不愿意使用阿片类药物的轻度癌痛患者的一线用药，其血药浓度的达峰时间约30~60 min，日剂量限制取决于患者年龄和肝功能状况，对乙酰氨基酚可与阿片类药物联合使用证据不足。

非甾体类抗炎药 这类药物需要限定每日最大剂量，注意评估使用风险，如出血、肾功能损害、高血压等。非甾体抗炎药可单独使用，也可与阿片类药物联用。

辅助性镇痛药 辅助性镇痛药可用于治疗伤害感受性疼痛，与阿片类药物联用能起到协同镇痛作用，或者单药用于神经病理性疼痛。神经病理性疼痛在癌症患者的发病率约20%~40%，常表现为感觉受损。化疗引起的周围神经病变（CIPN）在恶性肿瘤患者中广泛持续存在，无特效药，其发病率因药而异，约68%的患者在化疗后30 d内出现CIPN，6个月后仍有30%的患者受到CIPN影响。

阿片类药物使用准则

阿片类未耐受者的药物选择和初始剂量 一阶梯无法进行充分镇痛时，可使用二阶梯阿片类药物，或者直接从三阶梯阿片类药物起始，吗啡、羟考酮或氢吗啡酮均可作为首选治疗中重度癌痛，三者没有显著差别。确定即释阿片类药物的初始剂量，需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或增加阿片类药物的作用，以及靶器官功能情况。因为价格低廉、易于给药，吗啡通常作为一线用药。

阿片类药物的滴定 如果患者正确使用阿片类药物，仍疼痛控制不佳，需仔细研究患者疼痛病史，明确是否有潜在问题。即释阿片类药物控制不佳可能有两种主要原因：一是剂量不足和给药间期太长。若一次即释阿片类药物没有缓解疼痛，也没导致不良反应，剂量可增加100%；若一次

剂量获得中度的疼痛缓解，剂量增加50%。

靶器官功能障碍患者阿片类药物的使用 吗啡和可待因的活性代谢物通过肾脏清除，肾脏功能不全或肾衰竭的患者使用时需慎重，氢吗啡酮通常作为一线药物，如必须使用，应选择更低剂量即释阿片，给药间期延长（6~8 h）。美沙酮没有活性代谢物并且通过粪便排泄，肾衰竭患者使用美沙酮是安全的，但在癌痛管理中，因为美沙酮药理学十分复杂，美沙酮的起始和滴定都需由专业人员完成。

增加缓释阿片药物 对于任何即释阿片药物疼痛控制不充分者，或每天≥4次的即释阿片给药患者，应考虑使用缓释阿片类药物，以控制疼痛和维持功能状态，剂量根据即释阿片类药物24 h总量计算，总剂量除以2，约等于缓释阿片类药物每次口服的给药剂量。

放疗

放疗是癌痛管理的重要组成部分，需要内科专家与放疗专家共同决定，研究表明大约20%~25%的

患者在完成放疗后的2周内死亡，近20%的患者在死亡前30 d内接受过超过10 d的放疗。

介入治疗

在疾病的任何阶段都可以考虑介入治疗，尤其是难治性癌痛。包括：第一，硬膜外/鞘内镇痛，可同时使用不同类型以及不能口服使用的镇痛药物，使用前需评估患者可能的受益、预后和风险（存

在出血、感染的风险或局部肿瘤负荷是脊柱麻醉的禁忌）。第二，神经阻滞，尽管神经阻滞属WHO阶梯镇痛方案的第四阶梯，但新近的研究表明，在疾病进程早期进行神经阻滞效果更佳。

癌症生存者的疼痛管理

癌症生存者出现疼痛需排除癌症复发，对于治疗完成后发生慢性疼痛综合征且没有疾病进展者，需考虑所有可能控制疼痛的方法。阿片类药物对于某些患者的益处可能大于风险，须仔细辨别对于保守治

疗无应答的患者，以及出现持续性疼痛和功能障碍的患者。

扫一扫
阅读全文

解读《癌症患者的疼痛管理》 疼痛治疗关键环节

▲陆军总医院肿瘤科 高伟健 张宏艳

疼痛可能在治疗过程中出现。即使在治疗结束后，疼痛也可能持续存在。一些癌症生存者在癌症治愈后仍会长期伴有疼痛。对于晚期癌症，疼痛通常最为普遍和严重。任何癌症患者如果出现了疼痛，都应该及时告知他/她的医生及护士，因为大多数情况下，疼痛是可以缓解的。

建立“疼痛日记”

医生可能会根据你对疼痛的不同描述而建议采取不同的治疗。医生（或护士）可能会针对疼痛进行细致地询问，例如疼痛的剧烈程度，是钝痛还是

锐痛、发作的时间、缓解或加重的因素等等。他们也可能询问有关疼痛治疗的效果，以及疼痛缓解的持续时间。“疼痛日记”有助于你记录这些细节。

正确认识镇痛药物使用准则

很多药物可以帮助缓解疼痛。一些患者和医务人员将它们简称为“镇痛药”。这些药物作用机理并不相同，选用镇痛效果好而副作用小的药物非常重要。有时，联合用药的疗效要优于单药。

大多数的镇痛药是可以口服的片剂或溶液。在医院，还可以选择静脉或皮下注射制剂。还有些药物可以注射在向大脑传输疼痛信号的神经周围。在一些状况下，外科医生可以阻断这些神经以控制疼痛。

放疗通常用于延长患者的生命。但有时，虽然不能延长生命，这些治疗却可以通过缩小肿瘤来缓解疼痛（或其他症状）。

虽然疼痛是一种躯体症状，但是精神状态可以

影响大脑对疼痛的感知。综合或补充疗法，如放松练习、冥想、按摩疗法、音乐和艺术疗法，以及针灸可以减轻一些患者的疼痛。其中有些方法可以通过使你放松或是其他尚未认识清楚的途径来减轻痛觉。

一些喜欢服用强镇痛药物的患者，会对医生谎报他们的疼痛程度。尽管正确服用镇痛药物治疗癌痛而出现成瘾的情况极其罕见，但医生和药剂师在开具强镇痛药物的处方时，还是应该足够谨慎。专家们为了防止个别人通过别人获取的镇痛药物而“过把瘾”，可能会向你提一些问题。但这并不意味着他们不信任你或是不在意你的疼痛。他们那么问是为了使治疗方案安全且有效。

专家 点评

癌痛治疗需面面俱到

解放军总医院肿瘤内科 李小明

这篇癌痛综述之所以在国内备受关注，首要因素不在于文章本身，而在于发表在《癌症临床杂志》这样一个全球顶级医学期刊上，其实早在多年前，《新英格兰医学杂志》和《柳叶刀》杂志就已经多次刊登了癌痛的研究、专家共识甚至多次病例报告，这在循证医学受到高度重视、临床研究层出不穷的现今实数难得，这更说明癌痛治疗的重要性、以人为本的重要性，是医学回归理性的巨大进步。

细读文章内容，发现作者对癌痛可能涉及的方方面面都进行了全面阐述。从癌痛治疗不足和阿片滥用的现状到形成原因、从疼痛评估到治疗、从药物治疗到非药物治疗、从阿片类药物到辅助镇痛药物、从癌症患者到癌症生存者等诸多领域都有比较详细和客观的阐述。这是近年癌痛诊疗领域难得的一篇回顾性文献。希望这些文章成为改进我国癌痛诊疗现状和肿瘤整体治疗的一个契机。