



“红处方”一路走来 癌痛不再靠忍

▲《医师报》融媒体记者 陈惠 实习记者 胡显俊

中国癌痛治疗“三阶段”： 懵懂 普及 规范

张艳萍：中国癌痛治疗经历40年，这40年可以分为哪些阶段？

孙燕：中国癌痛治疗的发展经历了三个阶段。第一阶段为1990年以前，因为鸦片战争的影响，患者、家属乃至医务人员对吗啡的应用感到恐惧，加上国家对麻醉处方权的限制严格，导致癌痛治疗发展困难。

第二阶段始于1990年，世界卫生组织和中国政府共同发布了“癌症三阶梯”止痛治疗原则。三阶梯的发布解决了“医生

给患者开吗啡是否缺德”、“麻醉处方从计划供应改为备案制”这两个问题。三阶梯原则提出后，1990到2010年间中国吗啡的用量增加了几十倍，癌痛治疗的发展迅速。

2010年医疗界提出“规范性疼痛处理”这一新概念，这便是癌痛治疗发展第三阶段。规范性疼痛处理不仅针对癌痛，还包括非癌疼痛都提倡全面规范化治疗。

九成癌症患者忍痛 癌痛治疗重在执行

张艳萍：“癌症疼痛三阶梯”原则发布后，中国与国际上先进诊疗水平相比，在发病率、治疗手段、关注度等方面有何异同？

王杰军：“癌症疼痛三阶梯”原则是中国早期癌痛规范治疗的启蒙。三阶梯原则发布后，中国的医用吗啡用量从10 kg左右增长到现在的1700多 kg，国际麻管局评价一个国家的疼痛治疗水平就是根据医用吗啡消耗量来判断，由此可见中国的癌痛治疗水平在不断上升。

国家官方数据显示，中国癌症患者疼痛发病率在63%以上，2016年，我们与国家卫计委合理用药专家委

员会合作，在全国17个省市的175家医院对2012年到2015年住院的癌症患者疼痛治疗进行调研发现癌痛治疗的比例仅为10%~11%。癌痛发病率与治疗率的差别之大说明，癌痛治疗在执行层面还存在诸多问题。

中国癌痛治疗还是取得了很大进步，比如中国癌痛治疗领域的医生首次在国际上定义难治性癌痛相关概念，并且发布了共识和专著，这是对中国癌痛治疗的重大贡献。

星火燎原进行时 难治性疼痛规范化诊疗基地

张艳萍：中国在癌痛控制方面有哪些领先于国际的方面？难治性癌痛概念和治疗标准在中国首次提出后是如何推广和贯彻落实的，取得了哪些成绩？

王杰军：疼痛治疗和抗肿瘤治疗一样，都需要多学科共同参与。中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会（CRPC）难治性癌痛学组在国际上首次从范围、治疗过程、时间及症状定义难治性癌痛，制定共识。难治性癌痛概念提出后，我们在全中国已经建设了51个难治性疼痛规范化诊疗基地，100

多家联合体，将难治性疼痛的概念和诊治标准落到实处。基地培训了数千位癌痛治疗相关领域的医务工作者，并带动周边医院共同提高难治性癌痛诊疗水平，让不同级别的患者享受同质、规范的诊疗。

星星之火可以燎原，我们将继续完善基地建设，指导临床医生提升难治性癌痛诊疗水平。



主持人：
 张艳萍
 《医师报》常务副社长兼执行总编辑

讨论嘉宾：
 孙燕 中国医学科学院肿瘤医院 中国工程院院士
 王杰军 CSCO肿瘤支持与康复治疗专委会主任委员
 杜文涛 宜昌人福药业有限责任公司总裁

40年前，麻醉处方权限制非常严格。在日坛医院（现中国医学科学院肿瘤医院），肿瘤内科只有两名医生有麻醉处方权，孙燕就是其中一个。当时麻醉处方被人们称为“红处方”。

一个工作十余年的同事在门诊时经常遇到疼痛的患者，他找到孙燕，请求他签几张“红处方”。但“红处方”不能随便签，但孙燕也知道肿瘤患者疼痛起来的滋味并不好受，他大胆签了几张给同事，还千叮咛万嘱咐：“我这可有点犯法了，你可千万别弄丢了。”

后来这事让药房主任知道后严厉地批评了孙燕，孙燕却说：“如果患者半夜需要开镇痛药，临床大夫找人签处方就很困难，这不合理也不人道啊。”在癌症高发背景下，如今癌痛治疗已成为热门话题。我国癌症姑息治疗事业从20世纪80年代发展至今已经历40年时光，又恰逢改革开放40年。40年以来，中国癌痛治疗经历了怎样的发展历程？难治性癌痛治疗的意义在哪里？医与药如何更好地结合？本期“医界丰碑·改革开放40年”特邀医疗界与医药界专家就中国肿瘤姑息治疗进行探讨。

癌痛要以医学温情为辅，多学科综合治理

张艳萍：对于难治性癌痛的意义，孙院士您怎么看？

孙燕：难治性癌痛是医生和患者共同面临的棘手问题，也是非常重要的事业，CRPC组织肿瘤、疼痛、姑息医学等多学科专家编写了共识和专著，为难治性癌痛规范化诊疗提供了详细的、有价值的参考，这是难治性癌痛领域的一大进步，实现了我国癌痛诊疗领域引领性的突破。

我想补充的是，中国的临床肿瘤学提倡多学科综合治理，对于癌痛，不仅肿瘤内科，疼痛科、介入治疗科等多科室多手段也能有效解决癌痛

问题，缓解患者痛苦。

另外，对药物的不良反应要有正确的认识。吗啡类镇痛药物的生理耐受现象许多药物都会产生。患者害怕服用吗啡是担心精神耐受，但成瘾在肿瘤患者中发生的概率极小，所以大家要把药物的生理耐受和精神耐受区别开来。

还需注意的是，癌痛处理是全面抗肿瘤的重要部分，疼痛会造成患者整体状态变差，如精神萎靡、免疫功能下降等。疼痛治疗不仅包括药物治疗，还有安慰治疗，

如“话疗”等，多和患者交流，用医学的温情改善治疗过程，提高患者生存质量。

让患者长期生存，且有较高生活质量，这是现代医学的目的。难治性癌痛严重影响患者生活质量，由于其机制复杂，需要多学科共同参与，发挥不同学科优势，为癌痛提供规范管理，才能真正有益患者。

在此，我呼吁更多医务工作者及公众关注、重视难治性癌痛的治疗，提升患者生活质量，延长生存期。

治人为本 促患者生存质量

张艳萍：2017年，《医师报》为一起吗啡纠纷案正言，挽回了吗啡和晚期癌痛治疗的合理性和科学性。由此来看，患者对于姑息医学的认识现状如何？我们应如何更好地应对？

王杰军：吗啡案反映出患者和医护人员对吗啡应用于晚期肿瘤患者的安全性认识不够，但实际上此类药物已经诞生200多年，是非常安全的药物，并且世界卫生组织把吗啡作为中度以上癌痛治疗的金标准药物。

仍需我们注意的是，肿瘤姑息治疗不仅是医学问题，还涉及到医学伦理和社会问题。姑息治疗提醒我们肿瘤治疗一定是“治人”，不是治病，让患者保证生存质量才是最主要问题。我们要不断思考怎样在治疗中把“人”放在更高位置，这才是大医之人，精诚之道。



视频聚焦 读懂医疗
 扫一扫观看嘉宾访谈

推动药物可及性，解决临床医生处方权受限问题

张艳萍：癌痛领域，医和药如何更好地结合？更好发挥作用？

杜文涛：医学发展已进入个体化医疗、精准医疗领域。制药企业要勇于承担临床需求未被满足的社会责任，投入更多创新力量和生产资源研发临床急需药物，为中国癌痛事业发展做贡献，造福患者。特别在癌痛药物研发方面，癌痛病程长、治疗药物少，但药物都有耐受性，如果长时间使用同一类药品，

很容易造成药物的不良反应超过治疗效果，导致病情进展加快。

在医药结合方面，首先值得关注的是癌痛药物可及性问题。很多患者特别是终末期肿瘤患者从医院分流到基层社区、诊所，但很多基层医疗机构没有此类药物，只有提高药物可及性，才能满足患者需求。第二就是基层医生处

方权受限，无法及时为患者开药，导致患者取药过程波折。

此外，基层医院诊疗费低，而癌痛治疗需长期用药，药占比难以控制到30%以下。这些与国家行政管理理念和医院运营思想有关，我在此呼吁政府部门能调整相关政策，提高药物可及性、解决处方权和药占比问题。