doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2020.09.018

• 合理用药 •

导　言　癌痛作为肿瘤病人最常见的伴随性疾病，发生率高达 70%，虽然能够被处理，但往往被忽视，更有约 20% 的难治性癌痛病人仅通过常规的药物治疗效果不满意或出现不能耐受的不良反应，成为癌痛治疗中的“痛点”，严重影响病人的生活质量，这些病人尤其需要医护人员的关注。中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会将启动《中国癌痛诊疗状况蓝皮书》项目，并联合百家医疗机构，千名相关专家，为万名癌痛病人提供优质的医疗服务；深化“难治性疼痛规范化诊疗示范基地”项目以及升级 400-686-5813“疼痛患者热线”，使癌痛规范化诊疗落地；加强培训、广泛推广“治痛道合-难治性癌痛规范化管理 (MICP)”项目，通过多期的难治性癌痛临床案例 MDT 研讨和技能比拼，提高临床医师的参与力度，进一步推进难治性癌痛规范化诊疗理念及实践，提升难治性癌痛规范化诊疗水平。每期将评选出对临床具有借鉴价值的典型难治性癌痛案例，并邀请多学科专家进行全面的解析点评，刊登在《中国疼痛医学杂志》合理用药栏目中（本期为第二篇），希望这些典型案例成为难治性癌痛规范化诊疗的参考，为广大临床医师提供启迪，共同推动难治性癌痛规范化诊疗事业发展，为提高癌痛病人生活质量做出贡献！

（王杰军，国家卫生健康委员会肿瘤合理用药专家委员会副主任委员、中国临床肿瘤学会 (CSCO) 肿瘤支持与康复治疗专家委员会主任委员、中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会 (CRPC) 前任主任委员）

氢吗啡酮 PCA 治疗贲门腺癌难治性癌痛 1 例

郭炜伦　刘兆云[△]　谢佳铃　苏玲玲

（宁德市中医院脾胃病科，宁德 352100）

1. 一般资料

男，87 岁，因“反复上腹部疼痛伴吞咽困难 1 年”于 2019-04-01 我院住院治疗。镜检诊断：①贲门占位病变；②食管白斑；③萎缩性胃炎 (C3)。CT 结果显示：胃贲门区、胃体小弯侧、胃窦壁不规则增厚，呈软组织肿块影，稍向胃腔内突出，最厚处约达 3.0 cm。增强扫描动脉期明显强化，静脉强化减低；腹腔可见多发小淋巴结；腹膜后可见肿大淋巴结，约 1.0 cm×1.3 cm，肝内见多个类圆形等稍低密度病变，边缘不清，最大病灶径约 2.6 cm。贲门活检结果：腺癌。于 2019-04-04 行“内镜下支架置入术”，术后给予禁食、抑酸、止血、预防再出血、保护胃黏膜、抗幽门螺杆菌、营养支持等治疗后症状好转出院。出院后仍反复出现上腹部隐痛、吞咽困难，于 2019-07-01、2019-07-30 住院分别给予：替吉奥 40 mg/m^2，口服，每日 2 次，d1～d14，3 周为一周期，奥沙利铂 85 mg/m^2，静滴，d1，3 周为一周期的治疗方案化疗 2 次，并辅以保肝、止吐、减轻化疗反应等对症治疗后症状缓解出院。病人拒绝化疗，此后多次来我院对症治疗。因吞咽困难加剧，于 2020-03-13 行“贲门癌伴狭窄内镜下支架置入术”，术后恢复良好。

2020-04-04 因上腹部疼痛加剧，疼痛放射至后背部就诊我院。入院前镇痛用药情况：硫酸吗啡缓释片 30 mg，q8 h，洛芬待因缓释片 2 片，q12 h，NRS 评分 8 分。病人要求住院治疗控制疼痛。

2. 入院查体

病人精神欠佳、面色萎黄、缺乏食欲、睡眠质量差、近期体重未见减轻；心率 70 次/分，律齐、无水冲脉、奇脉，周围毛细血管搏动征阴性；双肺呼吸运动 (-)，触诊语颤 (-)，未及胸摩擦感叩诊 (-)，双肺上界正常，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音；腹软，中上腹及右胁部压痛，余腹无压痛、反跳痛；肝脾未触及，未触及包块，墨菲氏征 (-)，麦氏点无

[△] 通讯作者　8060951@qq.com

压痛，肝区未及叩击痛，双侧肾区未及叩痛，肝浊音界存在；位于右锁骨中线第 V 肋间，下界位于右肋缘，脾浊音界无扩大，肠鸣音 3 次/分，未闻及振水音、气过水音及血管杂音；脊柱生理弯曲存在，活动自如，无叩击痛；四肢无畸形，关节无红肿、畸形，活动无受限，双下肢无浮肿。

3. 疼痛评估

上腹部持续钝痛，疼痛可向后背部放射，NRS 评分 8 分，爆发痛每日 6 次，无法入睡。

4. 临床诊断

贲门腺癌伴狭窄伴肝转移瘤；难治性癌痛；高血压病 3 级；多发腔隙性脑梗死。

5. 镇痛治疗

入院后逐步调整硫酸吗啡缓释片用量至 80 mg，q12 h，疼痛控制不佳，加用盐酸羟考酮缓释片 10 mg，q12 h，NRS 评分为 5 分，爆发痛 NRS 评分达 9 分，每日 6 次，出现爆发痛时尝试用氢吗啡酮 0.5 mg 皮下注射，效果良好。该病人入院后经反复口服滴定治疗，效果不佳，同时病人因高龄、吞咽困难。依据《难治性癌痛专家共识》采用 PCA 技术治疗，改用氢吗啡酮 PCIA 泵治疗。初始使用氢吗啡酮 15 mg/d，背景量 0.6 mg/h，单次追加量每次 0.5 mg，基础疼痛控制良好，爆发痛每日 4 次。后调整氢吗啡酮剂量为 17 mg/d，背景量 0.7 mg/h，单次追加量每次 0.5 mg，NRS 评分为 2 分，无爆发痛。

其他：采用中西医结合方式，降血压、保肝等对症治疗。病人身体状况逐渐好转、感觉轻松，要求出院。后调整氢吗啡酮剂量至每日 18 mg，带泵回家，密切观察。病人疼痛症状控制佳，NRS 评分小于 3 分。

出院 2 周后电话随访，病人诉基础疼痛控制良好，NRS 评分 2 分，24 小时爆发痛 0～1 次。

专家点评

重庆大学附属肿瘤医院 余慧青教授：该病例属于晚期贲门癌伴发难治性癌痛的高龄病人，同时合并有高血压等多种心血管疾病。临床实施治疗的过程中，医师需要解决的问题较多，而且中间还存在许多互相矛盾的棘手难题。在病人众多需要解决的症状中，如何快速缓解病人的疼痛无疑是首要必须解决的问题。镇痛方案实施的关键点是如何选择药物，需要充分考虑病人各个器官的功能状态，了解药物的相对禁忌证和绝对禁忌证，制订一个合理安全相对长期的镇痛方案。该病人采用 PCA 技术盐酸氢吗啡酮注射液快速镇痛的方式，同时根据病人病情的变化配合中西医结合治疗的方法，很好的缓解了病人的疼痛以及其他临床症状，提高了病人的生活质量，是 1 例比较成功的姑息治疗经典病例。

天津医科大学肿瘤医院 王昆教授：该病人疼痛类型为典型的难治性癌痛-内脏痛；同时贲门狭窄行支架置入术，贲门扩张损伤周围神经，导致疼痛。高龄病人在选择镇痛药物时需要注意三个方面的问题：①病人耐受性差，滴定要精准；②脏器功能衰退，给药宜从小剂量开始；③尽量选择代谢产物无活性、不良反应小的药物。氢吗啡酮为高脂溶性药物，作用时间 4～5 h，易快速穿透血脑屏障，用于 PCA 效果好。氢吗啡酮 + PCA 的方式具有起效快、镇痛强、调整灵活、安全性高、不良反应小等优点。这类病人采用氢吗啡酮 PCA 治疗时往往会获益。高龄病人使用 PCA 时建议先采用单一按需给药模式滴定，然后再转为持续模式治疗。

《中国疼痛医学杂志》编辑部，北京海淀区学院路 38 号，北京大学医学部，100191
电　话：010-82801712；010-82801705
邮　箱：pain1712@126.com
投稿请登录：http://casp.ijournals.cn 在线投稿
QQ 群：222950859　微信公众平台微信号：pain1712

2020疼痛9期定稿00.indd 720　　2020/9/22 14:18:36