doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2021.02.015

• 合理用药 •

导言 癌痛作为肿瘤病人最常见的合并症, 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“疼痛患者热线(400-686-5813)”, 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 6 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思路和方法, 共同推动难治性癌痛规范化诊疗事业发展, 为提高癌痛病人的生活质量做出贡献!

(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)

多模式镇痛在晚期慢性癌性疼痛治疗中的应用 1 例

林施延 代俊竹 邹慧超[△]

(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院疼痛科, 哈尔滨 150081)

1. 一般资料

男, 42 岁, 2018 年因“刺激性干咳伴发热 1 个月”就诊于当地医院, 完善相关检查诊断为“右肺鳞癌”。予以紫杉醇联合奈达铂方案化疗 6 周期, 具体剂量病人未提供。

2020-06 因右侧肩背部疼痛渐加重来我院就诊, NRS 评分为 8 分。呈持续性钝痛, 活动后加重, 休息后略缓解。入院前口服盐酸羟考酮缓释片 50 mg, 每 12 h 一次, 爆发痛每日 4~6 次。

2. 入院查体

精神欠佳, 忧虑表情, 生命体征平稳。左侧卧位, 听诊右侧胸部呼吸音减弱, 右侧肩背部压痛(+), 右上肢外展受限。

3. 实验室检查

辅助检查: 入院后 CT 检查提示: 右肺癌伴上叶肺不张、纵膈、右心膈角、右肺门及右侧腋下淋

巴结转移双肺转移瘤不排除, 右侧胸膜转移瘤可能, 肋骨受侵, 右侧胸腔大量积液。

4. 疼痛评估

病人诊断明确, 右侧肩背部疼痛为肿瘤侵犯所产生的骨转移性癌痛, NRS 评分为 8 分。呈持续性钝痛, 活动后加重, 休息后略缓解。

5. 临床诊断

①右肺鳞癌; ②淋巴结转移; ③肺转移瘤可能; ④胸膜转移瘤可能; ⑤胸腔积液; ⑥慢性癌性疼痛; ⑦糖尿病。

6. 镇痛治疗

针对病人爆发痛频繁的特点, 入院后采用病人自控镇痛(patient controlled analgesia, PCA)治疗: 初始氢吗啡酮量为每日 8 mg, 背景量为 0, 自控量为每次 0.5 mg, 24 h 后 NRS 评分为 6 分, 病人按压 PCA 泵 5 次, 疼痛时仍有左侧卧位, 调整氢吗

[△] 通讯作者 邹慧超 zouhuichao@163.com

啡酮：背景量为 0.7 mg/h，自控量为每次 0.5 mg，48 h 后 NRS 评分为 5 分。

根据《难治性癌痛专家共识》，针对该病人爆发痛频繁发作的特点，考虑行介入镇痛治疗。病人全脊柱 MRI 检查提示胸 2、胸 3 椎体，附件骨及右侧肋骨占位，椎管及脊髓受侵，不适宜应用鞘内镇痛泵方案。考虑施行组织间照射进行治疗，术前定位计划确定靶区、置入导针数、导针位置，粒子数及位置后，在 CT 引导下进行 I^{125} 粒子置入术，共置入导针 8 根，置入粒子 34 枚。

术后第 1 天，病人疼痛显著缓解。口服盐酸羟考酮缓释片 30 mg，每 12 h 一次。用药 24 h 后疼痛评估：NRS 评分平均 2 分，24 h 后爆发痛 0 次。确定最终镇痛方案为：口服盐酸羟考酮缓释片 30 mg，每 12 h 一次。

出院随访：出院 1 周、2 周、1 月后电话随访，病人规律镇痛治疗，NRS 评分 2 分，24 h 平均爆发痛 0~1 次。

专家点评

河北医科大学第四医院 宛春甫教授：此例病人疼痛是由原发性肺恶性肿瘤转移至椎体、附件骨及右侧肋骨引起的重度疼痛。病人出现了剧烈的背景痛和爆发痛。特别是爆发痛，因其发作与病人的活动成相关性，给病人的正常生活带来极大的影响。病人既往已接受包括放化疗靶向治疗等多种抗肿瘤治疗，目前正处于以安宁疗护为主的治疗阶段。对于此病人，入院后先采用静脉自控镇痛 (PCA) 来控制病人的疼痛。经过滴定调整氢吗啡酮剂量后，病人的背景痛和爆发痛都得到较好的控制。鞘内镇痛泵或放射性粒子组织间照射是考虑的下一步治疗方案。影像学检查示椎管内受侵犯，已压迫脊髓，因此不适合采用鞘内泵置入术。最终为病人进行了 I^{125} 粒子置入术。 I^{125} 粒子通过缓慢释放电离辐射起到杀伤周围肿瘤细胞的作用。该方法是针对病人疼痛病因的治疗，通过治疗可以使病人的背景痛得到明显缓解，爆发痛次数显著减少。综上所述，PCA 对于骨转移疼痛和神经系统受侵犯时引起的疼痛，特别是频繁的爆发痛，能够起到良好的治疗效果。

病人通过应用 PCA 后疼痛得到有效控制，为病人进一步治疗提供必要条件。

河南省肿瘤医院 谢广伦教授：难治性癌痛对病人影响巨大，往往导致生活质量严重降低。其病因复杂、症状多样、且合并症多、体质差，因此需要个体化治疗方案，甚至需要多学科会诊联合治疗才能让病人得到最大受益，对主治医师也是巨大挑战。难治性癌痛单纯药物治疗往往效果不佳，特别是爆发痛频繁或特定体位引起的疼痛，往往需要多模式镇痛治疗。本例病人为肿瘤多发转移，且伴有大量胸腔积液，在治疗前每日应用奥施康定 100 mg，仍为重度疼痛，根据 NCCN 指南，重度疼痛应当作为急诊处理，因此加用静脉自控镇痛 (PCA) 对病人的疼痛进行迅速控制，是非常正确的选择。PCA 具有用药量精确、起效迅速、爆发痛控制好的特点，适合在病人重度癌痛时应用。病人在使用静脉 PCA 后疼痛有较好缓解，由重度疼痛 (NRS 评分 8 分) 缓解为中度疼痛 (NRS 评分 5 分)，也为后续进一步疼痛控制打下了一定的基础。但由于病人情况复杂，肿瘤侵犯椎管并伴强迫体位，对于这样的病人，加用微创镇痛是必要的。但骨转移导致的脊髓受侵也限制了病人采取某些微创镇痛手段 (如鞘内镇痛) 的应用。因此选用在 CT 引导下进行 I^{125} 粒子置入术是非常合适的选择，一方面可以起到镇痛效果，另一方面粒子的内照射作用还可以在局部起到肿瘤杀灭作用，使病人在疼痛得到有效控制的同时，对肿瘤也有一定的治疗效果。最终结果是病人采用最小剂量的镇痛药也能让疼痛控制稳定，体现了对难治性癌痛治疗技术的灵活掌握。

此病例体现了难治性癌痛治疗的复杂性，此病人在药物治疗的基础上，先后采用静脉 PCA 和粒子置入术，最终疼痛控制满意。也提醒我们，对于难治性癌痛，如果有适应证时，除药物治疗外，应尽早联合 PCA 或微创介入镇痛 (如神经毁损、鞘内镇痛、粒子置入等) 的方式进行治疗，而不是一味地盲目增加镇痛药物，然后在大剂量药物治疗效果不佳的时候再考虑应用这些技术。这样能够更加有效地提高镇痛效果，减少大剂量阿片药物带来的各种不良反应，对病人生活质量的提高以及后续肿瘤治疗会更加有利。