

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2021.07.016

• 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%,虽然能够被解决,但往往被忽视,更有约 20% 的顽固性癌痛病人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 11 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前任主任委员)

静脉氢吗啡酮泵治疗前列腺癌难治性癌痛 1 例

张轩搏 陈俊霖 翟贯虹 王静知 张琢 张平[△]

(延边大学附属医院疼痛科,延边 133000)

1. 一般资料

病例,男性,89岁,因“下腹部疼痛且排尿困难1月”入院就诊。MRI示:前列腺癌,双侧股骨及骨盆信号异常。骨穿病理报告示:分化差的癌,CK(+),K-167(15%),Syn(+),P504S(+).细胞学穿刺示:上皮源性肿瘤细胞。诊断为“前列腺癌”。病人因体质较弱无法进行放化疗遂居家口服镇痛药对症治疗。口服剂量达到 200 mg 难以控制疼痛,故来我科就诊。

2. 入院查体

病人卧床咳泡沫型白色痰。左侧胸背部及腰部感烧灼样疼痛及发紧感,并行走时踩棉花感及落空感,双侧肩关节压痛明显。静息状态下病人 VAS 评分 3~4 分。夜间偶发针刺样疼痛伴触电感。活动后疼痛加重 VAS 评分 7~8 分,双侧胸廓挤压试验(+),多处胸腰椎压痛、叩击痛明显。听诊:双肺可闻及湿啰音。

3. 实验室检查

辅助检查:胸部 CT 示:双肺多发实变影,两

侧胸腔积液。T₁₁ 压缩性骨折,双侧多肋骨及椎体骨质破坏,结合临床考虑转移癌。

4. 疼痛评估

病人诊断明确,全身多关节疼痛为骨转移性癌痛,间断性、发作性疼痛,活动后加重,静息状态下缓解。发作时沿左侧胸肋间及腰背部以及左下肢放射性疼痛,疼痛性质为发紧感、针刺样、电击样、烧灼样疼痛为主,考虑肿瘤侵犯椎体及肋骨,压迫神经根和背根神经节导致的神经病理性疼痛,尤其下地活动和翻身起卧时疼痛加重,以夜间睡眠时尤为明显,病人每日出现爆发痛 4~6 次,发作时 3 min 左右达疼痛高峰,VAS 评分 7~8 分,口服盐酸吗啡片无法缓解,一般持续 30 min。综合评定该病人 VAS 评分 7~8 分。

5. 临床诊断

①前列腺继发恶性肿瘤;②多处骨转移-病理性骨折;③肺炎。

6. 镇痛治疗

入院后镇痛方案为:口服盐酸羟考酮缓释片

[△] 通信作者 张平 zhangping790808@163.com

120 mg, q12 h, VAS 评分 4 分。24 h 爆发痛 3 次, 发作迅速且难以忍受, 平均持续 30 min 左右, VAS 评分 7 分, 口服盐酸吗啡片 30 mg 后, VAS 评分 4 分。

常规用药后, 发作爆发痛时 VAS 评分 7 分, 持续 30 min, 给予盐酸吗啡片 30 mg 半小时后, VAS 评分 5 分, 同时病人出现恶心呕吐、头晕等症状, 考虑病人出现毒麻药不良反应。遂诊断为“难治性癌痛”。

根据《难治性癌痛专家指南》, 建议行 PCIA 镇痛, 病人因个人因素无法耐受口服大剂量阿片类药物且爆发痛频繁而接受 PCIA 镇痛建议。

首泵计算氢吗啡酮剂量约每日 8 mg, 背景量为每小时 0.3 mg, PCA 量 0.1 mg, 锁定时间 30 min。24 h 内自控镇痛 10 次, VAS 评分 8 分。后调整电子泵为持续量每小时 0.45 mg, PCA 量 0.2 mg, 锁定时间 30 min, 24 h 内手动 3 次, VAS 评分 3~4 分。继续调整电子泵为持续量每小时 0.55 mg, PCA 量 0.3 mg, 锁定时间 30 min, 24 h 内手动次数 1 次, VAS 评分 0~2 分。计算该 24 h 泵入药物总量为 13.5 mg。后持续此参数行 PCIA 镇痛, 病人在该参数下 3 日内镇痛效果显示: 疼痛控制良好, VAS 评分 0~2 分, 24 h 内爆发痛次数 1 次, 持续 5~10 min, 经追加设定参数剂量快速缓解, 且无明显恶心呕吐、头晕、面色苍白等不良反应。遂嘱病人出院居家自行 PCIA 治疗。

其他治疗: 住院期间全程给予病人抗感染、抗骨质破坏等对症治疗。

出院随访: 病人带泵出院, 半月添加一次药物。因病人骨转移较多且年龄较大, 虽不能实现自由行走, 但生活质量明显提高, 静息状态 VAS 评分为 1 分, 24 h 内爆发痛次数为 0~1 次, 经追加泵入药物可明显缓解, 且无药物不良反应。

专 家 点 评

河南省肿瘤医院 谢广伦教授: 难治性癌痛对病人生活质量影响巨大, 严重折磨病人身心, 属临

床急症, 需尽快充分镇痛。该病例为长期口服大剂量盐酸羟考酮缓释片且合并恶心呕吐伴有消化道功能障碍的难治性癌痛病人, 通过采用静脉 PCA 氢吗啡酮快速滴定及后续的带泵维持治疗取得了较好的镇痛效果, 明显提高了病人生活质量, 是 1 例较为成功的癌痛治疗病例。由于难治性癌痛病人病情的复杂性, 实际临床工作中癌痛的治疗要远比三阶梯止痛治疗复杂的多, 对于口服阿片药物治疗失败的难治性癌痛, 可通过阿片药物轮换或(和)改变给药途径的方式进行后线治疗, 而不是一味地增加口服药物。静脉 PCA 具有起效迅速、剂量调整方便、血药浓度稳定、胃肠道不良反应轻的优点, 在难治性癌痛的治疗中具有显著优势。

天津医科大学附属肿瘤医院 王昆教授: 本病例为前列腺癌, 多发骨转移, 椎体压缩骨折, 肋骨多发转移及骨折, 每日多次爆发痛。前列腺癌骨转移多为成骨性骨转移, 有些病人可能出现成骨溶骨混合性骨转移。本例病人由于出现椎体压缩骨折, 多发肋骨骨折, 可能存在混合性骨转移, 骨结构不稳定, 容易出现爆发痛。由于持续服用盐酸羟考酮缓释片逐渐加量, 控制爆发痛效果欠佳, 改用 PCA 氢吗啡酮控制疼痛, 由于初次给药剂量偏低, 经过逐步滴定、增量后, 疼痛获得了有效的缓解。本病例的特点是对于爆发痛频发, 镇痛效果较差, PCA 既可以作为解救方法, 又可以给予病人药物剂量滴定。同时氢吗啡酮与羟考酮缓释剂不存在交叉耐受, 改用氢吗啡酮也可以提升镇痛效能。通过 3 次调整用药, 日剂量从氢吗啡酮注射剂 8 mg, 逐渐递增至 13.5 mg, 镇痛效果从 8 分降至 1 分, 爆发痛从每日 4 次降至 1 次, 疼痛获得了有效的控制。本病例治疗过程提示, 癌痛基本为个体化, 不能通过肿瘤类型, 转移部位来预示疼痛的特点、程度及治疗效果。一般而言, 前列腺癌多为成骨性骨转移, 骨结构较为坚硬, 缺乏弹性和柔韧性。到了肿瘤晚期, 骨结构可能为混合性破坏, 支撑力下降, 椎体压缩骨折, 肋骨骨折, 增加了疼痛程度, 容易出现爆发痛。及时改变镇痛方式, 尽快消除疼痛, 是肿瘤晚期治疗的基本原则。