

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2020.12.016

• 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“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 4 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)

病人自控镇痛在难治性癌痛治疗中的应用 1 例

张雯惠 邵洪雪 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, 43 岁, 因“腹部、背部疼痛 3 月”于 2020-09 就诊我院。入院前于 2020-07 外院行全面检查确诊为: “胰腺癌(T2N1M1IV 期)、肝转移瘤、肺转移瘤、腹膜后淋巴结转移”。未行抗肿瘤治疗, NRS 评分为 8~5 分, 应用芬太尼透皮贴剂 8.4 mg 外用后 NRS 3~5 分, 维持不足 48 h, 伴肠梗阻。病人入我院时, 禁食水, 自带胃管, 自确诊以来, 体重下降约 15 kg。

2. 入院查体

精神差, KPS 评分 70 分、NRS 评分 5~7 分。腹部凹陷、对称, 有压痛。压痛部位: 中上腹部, 无反跳痛。液波震颤阴性, 肝未触及叩击痛, 背部有压痛, 双下肢肌力 IV 级。

3. 影像学检查

胸腹增强 CT 扫描提示: 胰尾占位, 考虑胰腺癌; 肝脏及双肺转移瘤; 双侧胸腔积液、腹腔积液; 盆腔结节, 转移瘤不排除; 腹膜后小淋巴结。

4. 疼痛评估

病人疼痛部位为腹部及腰背部, 主要为腹部疼痛。疼痛为持续性钝痛, 活动后及夜间加重, 应用芬太尼透皮贴 8.4 mg 维持不足 48 h。病人诊断明确, 确定疼痛为原发肿瘤及腹腔转移压迫牵拉所致的癌性内脏痛。

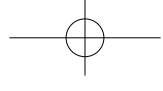
5. 临床诊断

胰腺癌(T2N1M1IV 期)、肝转移瘤、肺转移瘤、腹膜后淋巴结转移、肠梗阻、慢性癌性疼痛。

6. 镇痛治疗

入院时, 病人 NRS 评分 8 分, 予盐酸氢吗啡酮注射液 1 mg 静脉注射, 约 10 min 后缓解, NRS 评分 3 分。由于病人疼痛评分较高, 且存在肠梗阻。采用盐酸氢吗啡酮病人自控镇痛(patient controlled analgesia, PCA) 静脉泵进行镇痛治疗: 盐酸氢吗啡酮注射液 30 mg + 0.9% 氯化钠注射液 120 ml (30 mg/150 ml), 背景量 0 ml/h, 自控量 5 ml/次 (1 mg), 锁定时间 120 min。病人行 PCA 24 h 后, NRS 平均评分为

[△] 通讯作者 zouhuichao@163.com



6分, 自控给药10次。调整PCA静脉泵参数为: 盐酸氢吗啡酮注射液30mg + 0.9%氯化钠注射液120ml (30mg/150ml), 背景量2ml/h, 自控量4ml/次, 锁定时间为120min。调整参数后24h病人NRS平均评分为5分, 自控给药5次。由于病人仍然有较多次数的爆发痛出现, 继续调整PCA参数为: 盐酸氢吗啡酮注射液30mg + 0.9%氯化钠注射液120ml (30mg/150ml), 背景量3ml/h, 自控量6ml/次, 锁定时间为120min。病人48h后NRS平均评分为3分, 自控给药2次, 未出现恶心、呕吐等情况, 疼痛明显缓解。同时予以禁食水和营养支持等对症治疗。

根据《难治性癌痛专家共识》推荐, 该病人为胰腺肿瘤和腹腔转移引起的腹部疼痛, 可以考虑行腹腔神经丛毁损术来进行介入镇痛治疗。与病人及病人家属沟通后行神经毁损术, 术中病人生命体征平稳。术后血压为91/63mmHg, 偶有血压低于90/60mmHg, 予以羟乙基淀粉扩容治疗。术后PCA参数调整为: 盐酸氢吗啡酮注射液30mg + 0.9%氯化钠注射液120ml (30mg/150ml), 背景量0.5ml/h, 自控量2.5ml/次, 锁定时间为120min。至次日早晨自控给药1次, NRS平均评分为2分, 腹部疼痛较术前显著缓解。

手术当天病人排气未排便, 对病人继续行禁食水, 营养支持加用抑酸、抑酶、保肝治疗。经对症治疗后, 病人有排气, 排少量便。

出院前调整镇痛方案为: 芬太尼透皮贴剂4.125mg外用每72h一次。用药后疼痛评估, NRS平均评分2分, 无便秘、头痛、嗜睡等不良反应。经治疗后病人疼痛症状及肠梗阻较入院前明显缓解, 生活质量有改善。

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平均评分为3分。

专家点评

海军军医大学长征医院肿瘤科 王杰军教授:
在癌症治疗过程中, 镇痛治疗与抗肿瘤治疗同等重

要。重度癌痛是临床急症, 需要快速镇痛。该病人入院时疼痛剧烈且伴肠梗阻, 优先采用静脉氢吗啡酮快速控制疼痛, 随后经过PCA快速滴定后维持治疗, 极大的改善了病人的疼痛, 提升治疗信心。最后完善相关检查, 根据病人身体状况, 采用微创介入方式治疗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。该病例为临床难治性癌痛病人的全程管理提供了宝贵的经验, 是1例成功的难治性癌痛诊疗病例。

天津医科大学肿瘤医院 王昆教授: 胰腺位于腹腔神经丛的前面, 一旦发生肿瘤, 常常会压迫或侵入神经, 病人表现为: 上腹严重疼痛、被动体位、难以描述的不适、及恶心呕吐厌食、严重的便秘使病人极为痛苦。由于肿瘤对神经的侵入, 腹腔神经丛的完整性遭到破坏, 疼痛剧烈, 并且时有爆发痛出现。快速、完善的缓解疼痛就显得极为重要。由于胰腺癌对腹腔神经丛的影响, 导致消化道功能障碍, 口服药物的吸收变得不确定, 血药浓度不能保证, 镇痛效能下降。病人会常常感到镇痛效果不佳, 进食困难, 营养补充不足, 出现快速体重下降。本例病人, 由于胰腺癌肿物向后扩展, 包裹了腹主动脉及肠系膜上动脉, 损伤了腹腔神经丛, 表现出疼痛剧烈, 消化道功能紊乱。由于口服阿片类药物镇痛效果不佳, 入院后及时采用PCA技术, 更换药物为氢吗啡酮注射液, 及时有效的控制了疼痛。由于病人伤害腹腔神经丛后, 疼痛剧烈, 消化道功能紊乱。因此在通过PCA控制疼痛后, 给予了腹腔神经丛毁损术, 术后镇痛有效缓解, 改善了消化道功能, 经过转换芬太尼透皮贴剂后出院。通过本例治疗过程的分析得出, 在胰腺癌导致疼痛控制困难, 消化道功能紊乱时, 综合治疗方案是非常必要的, 入院采用PCA技术, 使用盐酸氢吗啡酮注射剂, 快速有效的控制了癌痛, 同时使用腹腔神经丛毁损术, 提升了镇痛效果, 改善了消化道功能, 增加了进食, 减少了便秘, 提升了病人的生活质量。阿片药物联合腹腔神经丛毁损是一种多学科技术治疗癌痛的方法, 癌痛的微创介入治疗应及早应用。