

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2021.06.016

• 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%,虽然能够被处置,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10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)

氢吗啡酮经静脉病人自控镇痛治疗重度癌痛 1 例

郭志强[△] 冀俊琴

(山西省汾阳医院肿瘤科, 汾阳 032200)

1. 一般资料

病例, 男性, 60岁, 因“皮肤黄染, 间断性右上腹疼痛不适2周”于2020-04-05就诊于我院, 完善相关检查, 临床诊断: 胰头癌、梗阻性黄疸、肝脏多发转移、腹膜后淋巴结转移。于2020-04-13行姑息手术解除梗阻性黄疸, 术后病理示: 中分化腺癌。2020-05-28至2020-08-15行紫杉醇(白蛋白结合型)+吉西他滨方案及mFOLFOX6方案全身化疗共4周期, 4周期后复查提示胰头及肝脏病灶较前增大, 病情进展, 病人放弃治疗出院。2020-10-04病人出现上腹部疼痛, 并放射至后背部, 院外口服氯芬待因10天, 疼痛逐渐加重, 于2020-10-14入院。

2. 入院查体及影像学检查

KPS评分60分, 巩膜略黄染, 皮肤黏膜无明显黄染, 心肺未见明显异常, 腹部平坦, 中上腹部压痛, 无反跳痛, 肝区叩痛阳性, 移动性浊音阴性, 肠鸣音弱, 每分钟1~2次。

上腹部核磁+MRCP示: 胰头占位, 肝脏多发

转移瘤, 胰头周围及腹膜后可见多发异常淋巴结, 考虑转移, 病灶较前明显增大; 肝内外胆道、胰管均明显扩张。

3. 疼痛评估

病人为上腹部持续性钝痛, 并向腰背部放射; 夜间无法入睡, NRS评分7分; 考虑为胰头肿块、周围淋巴结肿大压迫侵犯腹腔神经及胆道不全梗阻所致。

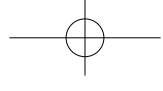
4. 临床诊断

胰头腺癌(T3N2M1)、肝脏多发转移、腹膜后淋巴结转移、梗阻性黄疸、癌性疼痛。

5. 镇痛治疗

入院时, 病人重度疼痛, NRS评分7分, 为缓解病人症状, 立即先予盐酸氢吗啡酮注射液0.5mg, 静脉注射, 10min后疼痛明显缓解, NRS评分3分。经全科讨论分析: 病人晚期胰腺癌, 已行多周期多方案治疗, 疗效差, 近期病情明显进展, 疼痛加重, 体重显著下降, 预期生存期不足3月, 建议姑息止痛对症治疗。同病人及家属沟通后, 同意该诊

[△] 通信作者 郭志强 guozhiqiang909@126.com



疗意见。考虑病人目前留置 PICC 导管，可采用氢吗啡酮经静脉病人自控镇痛泵 (patient controlled analgesia, PCA) 进行治疗，初次 24 小时镇痛泵配置按需给药：盐酸氢吗啡酮注射液 20 mg + 0.9% 氯化钠注射液 80 ml (20 mg/100 ml)，背景量每小时 0 ml，自控量每次 2.5 ml (0.5 mg)，锁定时间 15 分钟，24 小时自控给药 14 次，疼痛控制良好，NRS 评分 2~3 分，夜间睡眠较入院前明显好转；第 2 日调整 PCA 泵参数为：背景量每小时 1.5 ml (0.3 mg)，自控量每次 3 ml (0.6 mg)，锁定时间 15 分钟，第 2 天出现爆发痛 5 次，自控给药后缓解，NRS 评分 3 分；第 3 日重新配置 PCA 泵：盐酸氢吗啡酮注射液 20 mg + 0.9% 氯化钠注射液 80 ml (20 mg/100 ml)，背景量每小时 2 ml (0.4 mg)，自控量每次 4 ml (0.8 mg)，锁定时间 15 分钟，疼痛控制良好，NRS 评分 2 分，爆发痛 1 次，自控镇痛后缓解，夜间睡眠良好。第 3~5 日病人疼痛控制良好，NRS 评分 2 分，期间偶有爆发痛，每日 ≤ 2 次。第 6 日病人自觉疼痛加重，爆发痛 5 次，NRS 评分 6 分，经自控镇痛后可缓解，第 7 日予以重新配置 PCA 静脉泵：盐酸氢吗啡酮注射液 40 mg + 0.9% 氯化钠注射液 60 ml (40 mg/100 ml)，背景量每次 1.5 ml (0.6 mg)，自控量每次 3 ml (1.2 mg)，锁定时间 15 分钟，NRS 评分为 2 分，爆发痛 1 次，自控镇痛后缓解。后续 2 天病人疼痛控制好，NRS 评分 2~3 分，每日爆发痛 ≤ 3 次，夜间睡眠尚可。但病人身体状况逐渐恶化，KPS 评分 40 分，考虑病人为终末期，结合病人家属意愿带泵回家，门诊继续止痛治疗，无明显不良反应。

1 周后病人去世，门诊止痛治疗期间病人疼痛控制良好，NRS 评分 3~4 分，虽有爆发痛，均可经自控镇痛缓解，病人家属满意。

专家点评

海军军医大学长征医院肿瘤科 王杰军教授：该病例是 1 例晚期胰腺癌病人的姑息止痛治疗，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、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。本例病人在治疗中优先采用静脉注射氢吗啡酮快速控制爆发痛，随后经 PCA 维持治疗，极大改善了病人的疼痛，为病人及家属提供了无痛方案，充分体现了医学的人文关怀。

天津医科大学肿瘤医院 王昆教授：该例病人的病情特点是初期发病肿瘤不能切除，同时伴有肝转移，随着化疗体能降低，骨髓抑制，营养不良、免疫功能低下。入院后经镇痛和支持治疗，但病情进展快，梗阻性黄疸再次出现，并且存在肠梗阻。此时虽然未经系统的三阶梯镇痛治疗，但病情进展快，胃肠道功能障碍，选择经静脉 PCA 具有快速滴定、解救爆发痛，改善病人临终痛苦的优势。由于病情危重，消化道功能障碍，经口服给药是无效的给药方法，而芬太尼透皮贴剂对于稳定和已经滴定后的病人可以选用，而该病例病人疼痛不稳定，时有疼痛加重，需要快速滴定，选用 PCA 是最为稳妥的方式。病人第 1 天采用的是单一按需给药的 PCA 方式，体现出是一种稳妥的给药思路。因为病人以往未使用过阿片类药物，属于阿片未耐受病人，增加持续背景给药模式存在不确定风险，经过一天按需给药的方式，明确了药物的剂量和对阿片类药物的初始反应，从第 2 天开始给予背景输注加 PCA 的方式，经过 3 天的滴定和调整给药方案，癌痛获得了有效的控制。由于病人已经处于终末期，采用腹腔神经丛毁损技术存在严重并发症的风险，临床镇痛采用 PCA 的方式最为安全有效。本病例分享展示出肿瘤晚期病人的疼痛特点个体化非常突出，由于肿瘤种类、肿瘤进展方式、病人功能状况、营养不良、恶液质等，均会使镇痛治疗的选择和病人的接受能力难以平衡，而 PCA 方式由于经胃肠道外给药，药物选择多元，可以根据病人的耐受、镇痛效果、不良反应之间达成平衡，尤其是经过滴定使血药浓度稳定在最低血药浓度水平，病人的不良反应较低，在联合用药的不同方案中，可以控制临终期的难治性癌痛。