doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2022.07.016

• 合理用药 •

导　言　难治性癌痛的治疗工作艰难且重要，近年来，中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会推广“治痛道合-难治性癌痛规范化管理 (MICP)”等一系列项目，探索一条适合中国特色的难治性癌痛治疗之路。为提升临床难治性癌痛规范化诊疗水平，通过多期的难治性癌痛临床案例 MDT 研讨和技能比拼，将评选出的对临床具有借鉴价值的典型难治性癌痛案例，邀请专家全面解析点评，刊登在《中国疼痛医学杂志》合理用药栏目中以期为广大临床医师提供参考。

（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荣誉主任委员）

氢吗啡酮自控镇痛治疗在晚期膀胱癌中的应用 1 例

赵婷婷　姜　烨[△]

（贵航贵阳医院肿瘤科，贵阳 550006）

1. 一般资料

病例：男性，85 岁，因“确诊膀胱癌 1 余年，周身疼痛 1 周”于 2022-02-14 入院。2021-01 因“肉眼血尿 2 天”于我院泌尿外科完善检查后诊断为膀胱癌，行膀胱肿瘤剜除术，术后每周吉西他滨膀胱灌注化疗 6 周期。2021-08 再次出现肉眼血尿，伴下腹部疼痛，复查提示膀胱肿瘤复发，行姑息放疗及口服羟考酮缓释片 10 mg, q12 h 起始镇痛治疗，并逐渐加量为 30 mg, q12 h，NRS 评分 1～2。

1 周前出现周身疼痛，完善 CT 示右侧第 1 前肋，左侧第 8 侧肋，左侧肩胛骨，胸 9、腰 4-5、尾 1 椎体、双侧髂骨见多发骨质破坏影，双侧髂骨破坏区见软组织团块，右侧为甚，考虑转移。因其高龄，长期卧床，血栓风险评估 Padua 评分 7 分，血栓风险高，未加用非甾体抗炎镇痛药。继续予羟考酮缓释片 30 mg, q12 h 镇痛，NRS 评分 1～3，体位变动常诱发爆发痛，NRS 评分 5～7，故至我科就诊。

2. 入院查体

KPS 评分 50，神清神萎，营养差，痛苦面容，左侧肩胛骨、腰骶部叩压痛，骨盆挤压分离试验阳性。双下肢中度凹陷性水肿。上肢肌力 5 级。下肢活动时疼痛明显，肌力检查不能配合。

3. 疼痛评估

躯干、下肢多发疼痛，以左肩胛、腰骶部、下腹部、右侧股骨持续性钝痛为主，体位变动即诱发爆发痛，NRS 评分 5～7，生活质量严重下降，考虑为原发肿瘤生长痛，合并骨转移伴神经病理性疼痛。

4. 临床诊断

①膀胱恶性肿瘤；②多发骨转移；③癌性疼痛。

5. 镇痛治疗

病人入院后继续原方案镇痛，并行疼痛评估。于 2022-02-15 接受双侧髂骨转移病灶姑息放疗，钴 60 陀螺刀治疗，PTV 50% 等剂量曲线包绕 PTV 36Gy，分 10 次。放疗期间，病人疼痛稍有缓解，每日爆发痛 0～2 次，予盐酸吗啡注射液每次 4～5 mg 皮下注射镇痛，NRS 评分平均 2～3。放疗 4 次后病人因严重肺部感染、营养不良，不能耐受放疗，予停止。于 2022-02-19 至 2022-02-26 日均爆发痛 1～3 次，2022-02-27 至 2022-03-05 日均爆发痛 3～4 次，NRS 评分 5～7。按照《NCCN 成人癌痛指南》行爆发痛处理，盐酸吗啡注射液 5～10 mg 皮下镇痛，15 min 后评估 NRS 评分 1～4。2022-03-05 日前 24 h 爆发痛达 3 次，NRS 评分 6，每次给予盐酸吗啡注射液 5 mg 皮下注射，2022-03-06 调整羟考酮缓释片剂量为 40 mg, q12 h，并加用口服普瑞巴林，每日 2 次，镇痛效果不佳，呈持续钝痛，NRS 评分 5。病人持续中重度疼痛，爆发痛每日≥ 3 次，经规范化药物治疗≥ 1 周，疼痛仍缓解不满意，故诊断“难治性癌痛”。根据《难治性癌痛专家共识（2017 版）》，2022-03-06 建议病人行静脉自控镇

[△] 通信作者　姜烨 27161102@qq.com

2022疼痛7期.indd 559 2022/7/18 16:42:08

痛 (patient-controlled intravenous analgesia, PCIA)，病人至 2022-03-10 因爆发痛频繁而接受 PCIA 镇痛。

2022-03-10 行氢吗啡酮 PCIA 镇痛治疗。首泵计算初始氢吗啡酮日剂量 6 mg，配置 20 mg 氢吗啡酮总量为20 mg/100 ml (0.2 mg/ml)，背景量1.3 ml/h (0.26 mg)，bolus 量每次 1.5 ml (0.3 mg)，锁定时间 15 min，NRS 评分 5，爆发痛 6 次。24 h 后调整氢吗啡酮剂量需求为每日 7.8 mg，背景量 1.6 ml/h (0.32 mg)，bolus 量每次2 ml (0.4 mg)，NRS 评分3，爆发痛3 次，未调量。后续持续应用静脉镇痛泵疼痛控制稳定，NRS 评分2～3，偶有爆发痛，每日≤ 2次，且无恶心、呕吐、头晕、尿潴留等不良反应。

其他治疗：唑来膦酸 4 mg 抑制破骨细胞生长，普瑞巴林 75 mg，每日 2 次，辅助镇痛，同时予营养支持、间断输注红悬、抗感染、中医调理等对症处理。因其高龄，进食少，评估血栓风险高，未加用非甾体抗炎镇痛药。

1 月后病人去世。镇痛治疗期间，病人疼痛控制好，NRS 评分 2～4，虽偶有爆发痛，均可经自控镇痛后缓解，生活质量得以提高，病人家属满意。

专　家　点　评

贵州医科大学第二附属医院肿瘤科　彭杰教授：膀胱癌晚期伴有癌痛，一般与肿瘤扩散，侵犯周围的神经、器官等有关，癌痛严重影响病人及其家属生活质量，严重者可造成为焦虑、抑郁，甚至自杀倾向，所以缓解肿瘤病人的疼痛症状至关重要。该病例为膀胱癌晚期，先予姑息放疗及口服羟考酮缓释片 10 mg, q12 h 镇痛治疗，后因频繁爆发性癌痛，予羟考酮缓释片加量、普瑞巴林镇痛及吗啡皮下注射镇痛治疗，效果仍不佳。于 2022-03-10 开始行氢吗啡酮 PCIA 镇痛治疗，经过调整用药，病人疼痛控制较好，有效缓解病人癌痛，明显改善生活质量，病人家属较满意。通常对于肿瘤晚期伴癌痛不适病人，为缓解疼痛症状，对镇痛药物并不做严格剂量限制，只要病人能够耐受，可按需镇痛，不需忍受强烈的癌痛。PCA 镇痛为肿瘤病人提供了快速镇痛，减少了疼痛时间，且不良反应少，也可为医护人员减轻一部分工作负担。

遵义市第一人民医院肿瘤科　李亚军教授：该病例是 1 例晚期膀胱癌多发骨转移病人，表现为躯干、下肢、腹部等全身多处疼痛，尤其体位变动即诱发爆发痛，并伴神经病理性疼痛。病人为 85 岁的老年男性，一般情况欠佳，不能耐受持续的放化疗抗肿瘤治疗，主要以姑息镇痛对症治疗为主。前期持续口服盐酸羟考酮缓释片逐渐加量，配合吗啡注射液皮下注射镇痛，但爆发痛控制效果不佳，改用氢吗啡酮静脉自控镇痛控制疼痛，经过逐步滴定、增量后，镇痛效果明显改善。肿瘤晚期多发骨转移合并神经侵犯，疼痛剧烈，容易出现爆发疼痛，快速消除疼痛是此类肿瘤晚期治疗的基本原则。本例病人采用合理有效的个体化镇痛方式，后期调整镇痛方法，经 PCA 氢吗啡酮维持镇痛治疗，极大改善了病人的疼痛，明显提高了病人生活质量，充分体现了医学人文关怀。

《中国疼痛医学杂志》编辑部
地址：北京市海淀区学院路 38 号，北京大学医学部
联系电话：010-82801712；010-82801705
电子邮箱：pain1712@126.com
杂志官网：http://casp.ijournals.cn 在线投稿
微信公众平台号：中国疼痛医学杂志 (cjpm1712)

2022疼痛7期.indd 560　　2022/7/18 16:42:09