



• 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 5 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）

病人自控镇痛治疗难治性癌痛的应用 1 例

赵刘园 滕 蕾 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

女，61 岁，因“右侧卵巢癌术后 6 年，腹背部疼痛渐加重 1 月余”于 2020-09-18 来我院就诊。病人于 2014-07-10 因右侧卵巢癌在我院行子宫次广泛切除术及双附件切除术，卵巢病灶组织术后病理示中分化子宫内膜样腺癌。2014-08-04、2014-08-26、2014-09-18 行 TC 方案（紫杉醇脂质体 240 mg + 卡铂注射液 500 mg）静脉化疗三疗程术后辅助化疗。2016-01-04 病人自觉切口疼痛，乏力就诊我院，入院后完善检查诊断为“卵巢癌术后复发，慢性癌性疼痛”，2016-01-07、2016-02-22 行 TC 方案（紫杉醇脂质体 270 mg + 卡铂注射液 550 mg）静脉化疗两疗程。化疗后行核磁共振检查，病灶大小未见明显变化，疼痛未明显缓解，病人拒绝继续化疗治疗。2016 年 3 月起病人每日口服甲磺酸阿帕替尼 750 mg 治疗，诉疼痛略缓解，持续口服甲磺酸阿帕替尼治疗至 2020-09-18 入院。

入院前镇痛用药：规律口服盐酸吗啡缓释片，

20 mg，q12 h，效果不佳。

2020-09-19 血细胞分析：白细胞计数 $7.18 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分率 78.20%；尿沉渣定量：细菌 74584.3 (/μl)，细菌（高倍视野）13425.17/HP。

2020-09-21 胸部 64 层 CT 示：右肺慢性炎症；双肺多发结节，转移瘤可能；纵隔多发淋巴结肿大。2020-09-22 全腹 MRI 检查：盆腔术后；盆腔多发占位，考虑术后复发侵及右侧腰大肌及右侧髂血管；右侧结肠旁沟、肠系膜增厚，考虑转移可能；腹直肌异常信号，考虑转移。

2. 入院查体

病人精神欠佳，食欲不振，睡眠差，2014-07-10 至今体重下降 25 kg，二便正常。中上腹及右腹部压痛 (+)，肠鸣音 5 次/分，未闻及振水音、气过水音及血管杂音；KPS 评分 60 分。

3. 疼痛评估

病人诊断明确，为卵巢癌术后复发盆腔占位和腹直肌转移瘤引起的慢性疼痛，疼痛以腰背部和下

[△] 通讯作者 邹慧超 zouhuichao@163.com



腹为主,酸痛伴胀痛,NRS评分8分。

4. 临床诊断

①右卵巢癌(T_{3c}N₀M₀ IIIc期)术后复发并腹直肌转移、肺转移(IV期);②慢性癌性疼痛;③泌尿系感染;④高血压病。

5. 镇痛治疗

2020-09-18入院后镇痛方案为:口服盐酸吗啡缓释片30 mg/q12 h,效果尚可,NRS评分4分。2020-09-24爆发痛6次,NRS评分7分,口服盐酸吗啡片10 mg/prn,用药半小时后NRS评分3分。

2020-09-25病人腹部疼痛加重,性质为绞痛,2天未排气排便,体格检查肠鸣音弱1~2次/分,考虑肠梗阻可能。腹部立位平片显示肠管积气。病人肠梗阻原因可能是服用阿片类药物引起的动力性肠梗阻与肿瘤压迫肠管引起的机械性不完全肠梗阻。由于病人一般状态差及经济原因,与病人家属沟通,家属决定暂不予抗肿瘤治疗。予禁食水、胃肠减压、抑酸、生长抑素抑酶和营养支持等对症治疗,停用口服阿片类药物。

因病人疼痛加重,出现肠梗阻征象,将口服镇痛药物改为病人自控镇痛(PCA)静脉泵治疗。初始盐酸氢吗啡酮注射液约每日5 mg,背景量为0.2 mg/h, bolus每次量0.4 mg,锁定时间始终30 min。24 h内自控镇痛10次,NRS评分5分。调整静脉泵参数:背景量为0.38 mg/h, bolus每次量0.76 mg。PCA泵24 h内自控镇痛4次,NRS评分3分。调整PCA泵参数:背景量为0.5 mg/h, bolus为每次1 mg。2020-10-01至2020-10-13维持PCA泵治疗,病人每日自控镇痛约2次,NRS评分2分。2020-10-14病人排气排便,自述疼痛显著减轻。镇痛方案改为:PCA参数:背景量为0.58 mg/h, bolus每次量1.16 mg,24 h内病人自控镇痛0次,NRS评分1分。考虑病人带泵出院不便,换用贴剂,根据药物转换标准:芬太尼每贴4.125 mg相当于氢吗啡酮静脉注射3 mg,调整镇痛方案为:芬太尼透皮贴16.5 mg q72 h外用。至2020-10-20出院病人无爆发痛,NRS评分1~2分。镇痛治疗过程中,病人无恶心呕吐等不良反应,口服硝苯地平控释片每日1片降血压。病人入院时实验室检查提示泌尿系感染,予以抗感染治疗。

2020-10-20病人出院时,肠梗阻解除,疼痛减轻,嘱病人流质饮食,服用营养粉。最终镇痛方案为:芬太尼透皮贴16.5 mg q72 h外用1次。经治疗后病人疼痛症状控制较好,身体状况及睡眠改善,NRS评分1分。

出院随访:出院2周后电话随访,病人诉疼痛控制较为满意,NRS评分2分,24 h爆发痛0~1次。

并且抗肿瘤局部放疗及化疗。

在应用阿片类药物控制癌痛,特别是应用大剂量阿片药物时,要十分注意阿片药物的不良反应。恶性肠梗阻带来的疼痛一方面需要应用阿片类药物,而阿片类药物可能加重梗阻,形成矛盾局面。对于这类病人,静脉给予阿片类药物控制疼痛,同时针对原发病缓解梗阻进行治疗。癌性疼痛病人往往伴随多系统问题,针对不同的病人选择适合的药物和给药途径,才能取得满意的治疗效果。

专家点评

福建省肿瘤医院 黄诚教授:癌性疼痛合并肠梗阻是困扰临床医师的一个难题。在治疗时,应先对病人疼痛进行全面、准确地评估,对癌性肠梗阻的病因以及其他症状控制进行综合考虑,最终选择合理的给药方式和恰当的镇痛药物进行镇痛治疗。该病人长期应用阿片类药物合并肠梗阻,伴有呕吐,导致口服药物的吸收及其不稳定,影响疗效,增加不良反应。本例病人优先采用氢吗啡酮PCA的治疗方式,可以更好的实现镇痛效果和不良反应间的最佳平衡,快速控制病人疼痛的同时,滴定阿片剂量,克服了口服药物的缺点,这对改善病人症状、减低药物敏化,以及对病人心理健康均有很大的帮助。在症状缓解后,转换芬太尼透皮贴剂出院维持治疗,并且给肿瘤后续治疗创造条件。这一系列镇痛方式及药物的选择,给临床难治性癌痛的诊疗提供了思路,是一例成功、值得借鉴的难治性癌痛规范化诊疗病例。

中日友好医院 樊碧发教授:伴有肠梗阻的癌性疼痛病人,在重度疼痛的基础上,往往还伴有恶心、呕吐、腹痛、腹胀、肠鸣音改变、排气排便停止等症状。其治疗非常棘手,临床上常担心阿片类镇痛药物的不良反应会加重病人已有的消化道症状及肠梗阻程度,从而导致镇痛治疗不充分。病人饱受疼痛折磨,严重影响病人生活质量。本例病人在口服吗啡片达每日60 mg后,疼痛出现加重且有肠梗阻迹象,迅速转换为氢吗啡酮PCA的方式治疗,大大降低了口服大剂量阿片药物加重肠梗阻的风险。同时氢吗啡酮PCA的方式还可以快速滴定病人阿片剂量,滴定完成后转换为芬太尼透皮贴出院继续治疗,即快速控制住了病人疼痛,又有效避免了大剂量口服阿片药物导致严重不良反应的风险。临床中,在对癌痛病人进行药物镇痛治疗时,应灵活选择给药途径。口服虽然是最常见的给药途径,但对不宜口服的病人应选择其他给药途径,如皮下注射、病人自控镇痛技术等方式治疗。