



• 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)

PCA 治疗食管癌骨转移重度疼痛 1 例

曹 焱 姜 威 张 超

(阿克苏地区第一人民医院肿瘤内科,阿克苏 843000)

1. 一般资料

病例: 男性,67岁,2021年10月7日以“确诊食管癌1年余,胸背部钝痛1月余”为主诉入院。2020年6月因胃胀不适就诊我院门诊,完善胃镜提示距门齿24~28cm中段前壁见黏膜结节样隆起,病理提示(食管)送检物鳞状上皮呈重度异型增生,因取材表浅,不排除癌。建议住院进一步治疗,但病人拒绝治疗,后逐渐出现吞咽困难,于2021年7月开始只能进食流质饮食再次来院就诊,完善胃镜提示自距门齿20cm至贲门见菜花状肿物由四壁突向腔内,管腔严重狭窄,伴接触性出血,镜身勉强通过贲门进入胃底。病理示:鳞状细胞癌,骨显像提示胸椎转移,病人仍拒绝住院进一步治疗。近1月胸背部钝痛明显,自行口服布洛芬胶囊镇痛,效果差。现胸背部持续性钝痛,NRS评分9,病人及家属要求住院解决疼痛问题。

2. 入院查体

PS评级2级,疼痛NRS评分9,神志清醒,强迫体位。营养差,右锁骨上可触及多个肿大淋巴结,部分融合,最大一个约2.0cm×1.5cm,质地硬,活动差,未触及压痛,未见瘘管、破溃。心律齐,双肺呼吸音粗,双肺下叶可闻及湿性啰音,舟状腹,未触及压痛及反跳痛,未触及腹部包块,双下肢无水肿。

3. 辅助检查

胃镜示:自距门齿20cm至贲门见菜花状肿物

由四壁突向腔内,管腔严重狭窄,伴接触性出血,镜身勉强通过贲门进入胃底,齿状线模糊。胃底:黏膜光整。胃体:黏膜橘红色,分泌物少,蠕动佳。胃角:弧形,光滑规整。胃窦:黏膜红白相间,以红为主,弹性正常,蠕动佳。幽门:圆形,开闭良好。十二指肠球部:未见异常。降部:未见异常。诊断结果:食管癌(进展期全段);胸部CT示:①原系确诊“食管恶性肿瘤”后改变;②慢性支气管炎样肺气肿改变并两肺炎症;③两肺上叶微小结节;④心包积液;主动脉及冠脉硬化;⑤双侧胸腔积液;⑥第6、7胸椎多发高密度结节,考虑转移。全身骨现象:多个胸椎代谢活跃伴成骨性骨质破坏,提示骨转移。

4. 疼痛评估

病人诊断明确,疼痛为伤害感受性疼痛合并神经病理性疼痛,胸背部疼痛考虑为胸椎转移瘤压迫神经所导致的癌性疼痛,疼痛剧烈,NRS评分9,重度疼痛。

5. 临床诊断

中段食管恶性肿瘤(鳞癌,cT4N2M1IV期);骨继发恶性肿瘤;癌性疼痛;食管梗阻(不全性);营养不良。

6. 镇痛治疗

该病人为食管鳞状细胞癌伴骨转移,口服非甾体消炎镇痛药物镇痛效果差,未口服阿片类药物,入

[△] 通信作者 张超



院疼痛 NRS 评分 9, 为重度疼痛, 根据《NCCN 成人癌痛指南》为指导, 对于重度疼痛/疼痛危象或适用于无法控制的疼痛 (未达到病人目标) 病人, 可给予静脉注射或病人自控镇痛 (PCA), 对阿片类初治的病人可给予 2~5 mg 吗啡或同等剂量, 15 min 后重新评估疗效及不良反应, 根据镇痛效果调整进一步治疗。故采用氢吗啡酮 2 mg + 0.9% 氯化钠溶液 10 ml, 15 min 静脉注射 1 次, 病人疼痛逐渐缓解, 由强迫体位转换为自主体位, 后继续对病人进行 PCA 快速滴定治疗, 病人初始氢吗啡酮剂量约为每日 0 mg, PCIA 参数设置如下: 盐酸氢吗啡酮注射液 20 ml + 0.9% 氯化钠注射液 80 ml (浓度为 0.2 mg/ml) 持续静脉泵入, 背景量每小时 0 ml (0 mg), PCA 每次 2.5 ml (0.5mg), 锁定时间 10 min。分别于 15 min、30 min、1 h、2 h 后访视病人, 镇痛可。继续观察 24 h 后, 病人疼痛较前明显改善, 累计按压 PCA 泵 13 次, 使用氢吗啡酮 6.5 mg, NRS 评分 2~3, 第 1 天快速滴定病人疗效可, 达到快速镇痛需求, 给予设置维持剂量。背景量每小时 1.8 ml (0.36 mg), PCA 每次 4.3 ml (0.86 mg), 锁定时间 10 min, 给药途径: 静脉注射。维持 24 h 后再次评估, 24 h 疼痛 NRS 评分 1~9, 按压 11 次, 有效按压 7 次, 疼痛控制差, 对其进行系统回顾, 发现理论输入量 (73.2 ml) 与实际输入量 (51.5 ml) 严重不相符, 寻找原因为堵管为主要原因, 病人外出检查时及夜间发生堵管, 多次按压, 但实际液体因堵管未进入病人体内, 其次泵本身只能达到小数点后一位数的精确度, PCA 每次 4.3 ml 存在较大的误差风险。分析原因: ①病人血管内压力大、液体持续量较小, 液体延长较长; ②人员方面: 对新项目相关知识掌握不全, 操作流程掌握不流畅, 机器使用不熟练, 巡视不及时, 相关制度不完善; ③机器方面: 电池耗尽、不明原因报警、驱动器故障。因此, 科室讨论制订改进措施: ① 2~3 h 给予盐水冲管; ②护士加强巡视, 及时发现问题进行处理; ③建立交接班登记表, 完善相关制度及流程; ④加强培训, 熟悉掌握相关操作流程及机器使用方法。建议维持该参数继续治疗, 观察 24 h。每日按压 PCA 泵 1~3 次 (每次 0.86 mg), 未更改镇痛泵参数, 期间更换药袋。治疗期间 NRS 评分 1~3, 未见爆发痛。因阿片类药物最常见不良反应为便秘, 用药期间为预防病人出现便秘, 建议病人多饮水, 并给予口服乳果糖液 30 ml, 每日 1 次, 软化大便对症治疗。无恶心、呕吐, 无排尿困难及

其他不适。病人对镇痛疗效满意, 在院继续积极放疗干预。

专 家 点 评

新疆维吾尔自治区人民医院肿瘤科 柳江教授:

该病例为食管鳞状细胞癌伴多发胸椎骨转移, 重度疼痛, 病人伴有哽噎, 进食困难, 时间长并持续性加重, 需要快速镇痛。入院后采用氢吗啡酮 PCA 快速滴定, 其具有起效快、最大化按需给药的特点, 不仅能快速控制病人的基础疼痛, 还能通过单次 PCA 模式控制爆发痛, 很好地解决了病人疼痛不缓解的问题。在面对此类复杂的疼痛时, 介入治疗时机的选择一直是临床治疗中的难点, 越来越多的指南指出, 有明确适应证的, 可以提前采用介入治疗, 而不是等到不得不用时再使用。本例病人入院时, NRS 评分 9, 属于急症, 已具有 PCA 适应证, 此时直接采用氢吗啡酮 PCA 方式治疗, 更符合病人需要快速高效缓解疼痛的需求。临床工作中, 应重视癌痛的规范化治疗, 镇痛治疗应与抗肿瘤治疗同等重要, 良好的疼痛控制, 有利于快速舒缓病人的情绪, 树立治疗的信心, 后续的抗肿瘤治疗将事半功倍。

新疆医科大学第一附属医院肿瘤中心 赵化荣教授:

该病例为老年男性, 明确诊断为食管鳞状细胞癌, 锁骨上淋巴结转移, 多发胸椎骨转移, 营养不良。病人胸背部疼痛 1 月, 近来加重, 疼痛 NRS 评分 9, 为重度疼痛。考虑为骨转移所致疼痛, 需要快速镇痛。此病例在镇痛方面的亮点是选择了氢吗啡酮 PCA 快速滴定, 达到了镇痛起效快和按需给药的目的, 在最短的时间内快速控制病人疼痛。针对这种重度疼痛又合并吞咽困难的病人, 氢吗啡酮 PCA 滴定是一种可以实现 24 h 镇痛滴定的较好地方式。更符合病人需要快速高效缓解疼痛的需求。从此病例的 PCA 镇痛过程中, 亦可以看到 PCA 镇痛的全程管理很重要, 这是保证氢吗啡酮 PCA 滴定成功实现的基础。同时也提醒我们在 PCA 滴定成功后及时转换至更方便、更安全的给药方式, 而针对原发病的积极治疗和针对并发症或合并症的对症治疗均不可或缺。在肿瘤诊疗的全过程中, 镇痛治疗与抗肿瘤治疗同等重要, 临床医师应该积极、认真与病人及家属做好健康宣教工作, 让病人及家属充分理解治疗的价值和意义, 才能提高病人和家属的依从性, 最终达到控制病情、提高生活质量的目的。