

• 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。

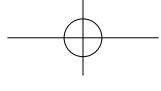
4. 临床诊断

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



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)

