



doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2025.06.014

• 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”癌痛规范化管理等一系列项目,探索具有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)

盆腔转移瘤致内脏痛 1 例

林 麟[△] 程娜文 王 芳 胡 岗 詹军勇 黄菊英 谢家辉
(厦门大学附属龙岩中医院肿瘤科, 龙岩 364000)

1. 一般资料

病例: 女性, 56 岁, 卧床, 因“确诊胃癌 2 年, 发热 1 小时”于 2024 年 9 月 10 日入院。病人 2022 年 3 月于外院体检时发现“胃占位性病变”, 2022 年 3 月 16 日于外院行“胃全切术”(具体不详), 术后诊断: 胃体小弯侧溃疡型低分化腺癌(印戒细胞癌 pT4aN0M0); 2022 年 4 月行化疗 2 次, 后改为口服化疗药物(具体不详); 2023 年 1 月 11 日复查提示“腹、盆腔多发转移”, 行多次化疗后病情较前好转; 2023 年 10 月复查提示“卵巢转移”, 化疗 3 次后复查提示较前进展, 后转院行放化疗 20 余次, 肿瘤较前减小; 2024 年 4 月、6 月因“不完全肠梗阻”行营养支持等治疗; 2024 年 7 月 26 日因“完全性肠梗阻”行“剖腹探查+小肠部分切除术+回肠-回肠侧侧吻合+小肠切开减压术”, 术后病理示: 转移性腺癌, 肠周找到淋巴结 13/17 个, 见转移癌。免疫组化结果: CK(+), Ep-CAM(+), CEA(+), CK7(+), CK20(+), SATB-2(-), CDX-2(+), Villin(+), Ki-67(热点区 40%+); 术后给予营养支持、胃肠减压、抗感染等对症处理后好转。2024 年 8 月 6 日外院行上腹部平扫+下腹部平扫+盆腔平扫及胸部螺旋 CT 平扫示: ①全胃切除术后, 吻合口壁增厚, 较前相仿; ②小肠部分切除术+回肠-回肠侧侧吻合+小肠切开减压术后, 未见明显造影剂渗漏; ③双侧附件区多发团块, 考虑盆腔内种植

性转移, 较前相仿; ④腹、盆腔大量积液, 胸、腹壁、腰背部皮下渗出, 较前相仿; ⑤肝 IV 段囊肿, 右肾多发囊性灶; 双肾盂肾盏及输尿管上段扩张, 较前相仿; ⑥双肺间质性改变: 肺水肿, 考虑癌性淋巴管炎; 双侧胸腔大量积液, 较前增多; ⑧双上胸膜及右肺斜裂胸膜稍增厚; 双侧部分肋骨局部骨质密度增高, 陈旧性骨折? ⑨甲状腺密度欠均匀。2024 年 8 月 8 日在局部麻醉下行“双侧胸腔穿刺引流术”后积液减少予顺利拔管; 术后尿少, 考虑胃癌术后腹腔种植性转移侵犯输尿管导致输尿管梗阻引起, 在超声引导下“经皮肾造瘘术”, 术后引流通畅, 好转出院。病人因 1 小时前受凉后出现发热、寒战, 体温 38.5℃, 呼吸急促, 全身疼痛, 纳寐差, 大便难解, 数字分级评分法(numerical rating scale, NRS)评分最高 7 分, 最低 3 分, 伴恶心, 无呕吐, 为进一步治疗, 收入我科住院治疗。

2. 入院查体及评估

体力状况 ECOG 评分 4 分, NRS 评分 6~7 分, 体温 40.0℃, 137 次/分, 呼吸 30 次/分, 血压 118/68 mmHg。腹平坦, 腹部可见一长约 10 cm 陈旧性手术瘢痕, 未见胃肠型及蠕动波, 无腹壁静脉曲张等; 腹稍紧, 中上腹压痛, 无反跳痛, 下腹部可扪及包块, 有压痛, 实性, 活动差, 其他无异常。

3. 辅助检查

[△] 通信作者 林麟 53972479@qq.com



入院后血液分析和CRP结果：红细胞数 $2.73 \times 10^{12}/L$ ↓，血红蛋白 $80 g/L$ ↓，红细胞压积 24.5% ↓，中性粒细胞百分比 5.0% ↑，淋巴细胞百分比 3.5% ↓，C-反应蛋白 $28.6 mg/L$ ↑。血浆D2聚体测定结果：D-二聚体 $12.23 mg/L$ ↑。血生化结果：钾 $3.40 mmol/L$ ↓，氯 $97.4 mmol/L$ ↓，镁 $0.63 mmol/L$ ↓，总蛋白 $56.5 g/L$ ↓，白蛋白 $34.0 g/L$ ↓，肌酸激酶同工酶 $37.0 IU/L$ ↑。NT-proBNP和肌钙蛋白I：N-端脑利钠肽前体 $1486.9 pg/ml$ ↑，高敏肌钙蛋白I $50.75 ng/L$ ↑。

4. 疼痛评估

该例病人肿瘤原发位置为胃部，后多发转移，涉及腹下神经、内脏神经等，存在神经病理性疼痛，NRS评分7分。疼痛性质为绞痛，无刺痛、烧灼样痛、痛觉过敏等，考虑肿瘤直接侵犯、压迫局部组织所引起的内脏痛。

5. 临床诊断

胃恶性肿瘤（印戒细胞癌 pT4aN0M0）、盆腔继发恶性肿瘤、腹腔继发恶性肿瘤、回肠继发恶性肿瘤、癌性疼痛。

6. 镇痛治疗

病人因胃恶性肿瘤并全身多发转移，根据相关辅助检查，考虑病情进展肿瘤侵犯引起疼痛。既往给予口服盐酸羟考酮缓释片 $20 mg$ ，q12 h，镇痛效果不佳，NRS评分6分，伴爆发痛2~3次，多数夜间发作。与家属沟通后，通过剂量转换工具计算后给予盐酸氢吗啡酮 $24 mg$ ，1 ml/h持续泵入镇痛，静滴注射用奥美拉唑钠 $40 mg$ ，每日1次抑酸保胃。入院第2天病人仍诉中上腹部疼痛，NRS评分5分，伴1~2次爆发痛，给予加快盐酸氢吗啡酮泵入速度，调整至 $2 ml/h$ ，并加用氟比洛芬酯（ $50 mg$ ，每日1次，静脉滴注）镇痛治疗。入院后第3天，NRS评分4分，病人因使用镇痛药物后便秘情况较前加重，自入院后未排便，给予麻仁润肠丸辅助通便。经盐酸氢吗啡酮注射液持续泵入联合氟比洛芬酯镇痛，疼痛控制尚可，NRS评分3分，入院2周后出院，出院后继续给予口服硫酸吗啡缓释片 $180 mg$ ，q12 h。出院1周后随访，NRS评分3~4分，病人镇痛效果满意。

7. 讨论

本例病人主要考虑胃部及盆腹腔转移肿瘤直接侵犯、压迫局部组织所引起的内脏痛，并出现腹痛，呈绞痛样，NRS评分最高7分，属于慢性重度癌痛。根据癌症疼痛诊疗规范，对于重度癌痛可选用弱阿片类药物或低剂量的强阿片类药物，并可联合应用非甾体抗炎药以及辅助镇痛药物。本例病人入院后

口服盐酸羟考酮缓释片 $20 mg$ ，q12 h，疼痛控制不佳，通过剂量转换后予盐酸氢吗啡酮注射液持续泵入镇痛，联合氟比洛芬酯静脉滴注镇痛，NRS评分降至3分。在镇痛期间发生爆发痛时可参照《阿片类药物癌性疼痛治疗指南》，对于既往未使用过阿片类药物的中重度疼痛病人，或出现未控制临床指征的疼痛病人，阿片类口服缓释制剂的起始基础剂量可根据病人疼痛程度、身体状况来选择，一般口服缓释吗啡 $10 \sim 30 mg$ ，q12 h或缓释盐酸羟考酮 $10 \sim 20 mg$ ，q12 h镇痛治疗。本例病人既往口服盐酸羟考酮缓释片疼痛控制欠佳，住院期间持续泵入盐酸氢吗啡酮注射液，仍偶尔出现爆发痛，针对爆发痛给予加快盐酸氢吗啡酮注射液泵入速度后疼痛缓解。病人入院后便秘症状加重，相关因素包括非药物因素，如活动减少、饮食结构改变、胃肠动力下降等；药物因素为使用盐酸氢吗啡酮注射液引起的便秘，给予麻仁润肠丸辅助通便后好转。通过对此例胃恶性肿瘤病人疼痛病例的分析，提示当疼痛控制不佳时，需及时个体化调整镇痛方案。临床医师应加强自身理论学习，加强与临床药师的沟通，更好地为病人服务。

专家点评

福建省肿瘤医院腹部肿瘤放疗科 陈炬辉教授：此病例为晚期胃癌多发转移病人，癌痛管理体现规范流程。治疗团队在口服盐酸羟考酮缓释片控制不佳时及时转换为氢吗啡酮持续泵入，联合氟比洛芬酯静脉滴注，符合强阿片类与非甾体抗炎药联用原则。氢吗啡酮起效快，适合体力状态差病人的滴定需求。需注意的是，爆发痛处理时单纯加快泵速可能增加镇静风险，建议补充即释阿片类药物精准控制。病人存在骨髓抑制及感染高危因素，需警惕镇痛药物免疫抑制叠加效应。便秘管理需早期预防性干预（如乳果糖联合肠动力剂），避免症状加重。

龙岩市第二医院肿瘤内科 陈兴正教授：此病例凸显晚期消化道肿瘤内脏痛的复杂性。治疗采用氢吗啡酮联合氟比洛芬酯针对混合性疼痛机制，给药途径避免口服刺激消化道，体现个体化选择。需关注病人肝肾功能对药物代谢的影响，建议监测不良反应。出院后及时转换为等效硫酸吗啡缓释片，确保治疗连续性。未来可考虑介入镇痛手段（如腹腔神经丛阻滞）减少药物用量，同时加强营养支持与多学科协作，针对输尿管梗阻、胸腹腔积液等并发症综合管理，改善病人生存质量。