

关于癌症三阶梯止痛

关于疼痛的最新观点

➤ 最新定义

- 急性疼痛指新近出现的、持续时间较短，疼痛原因通常与当时存在的损伤或疾病有关
- 慢性疼痛持续时间较长，通常没有明确的病因，并且慢性疼痛通常在损伤治愈后持续存在

➤ 疼痛被列为人体第五大生命体征

第十届世界疼痛大会2002

疼痛的危害

- 重度疼痛能影响疾病和损伤的恢复
- 长期疼痛损害睡眠和食欲，瓦解正常家庭生活
- 易怒、抑郁、无法减轻的抱怨、强烈的愤恨
- 面临死亡的恐惧，和持续疼痛无望的感觉，侵蚀生存意志，有时会使受害者自杀

癌痛的现状

全世界每年新发癌症患者1000余万，死亡600万以上，每一天全世界至少有500万人遭受癌痛折磨。中国至少有100万癌痛病人

Ø 我国癌症现状：为居民死亡原因首位，现有癌症患者200多万

Ø 尽管我国越来越重视对癌痛的治疗，仍有50-80%的癌痛患者未获得完全缓解。

癌症疼痛现状

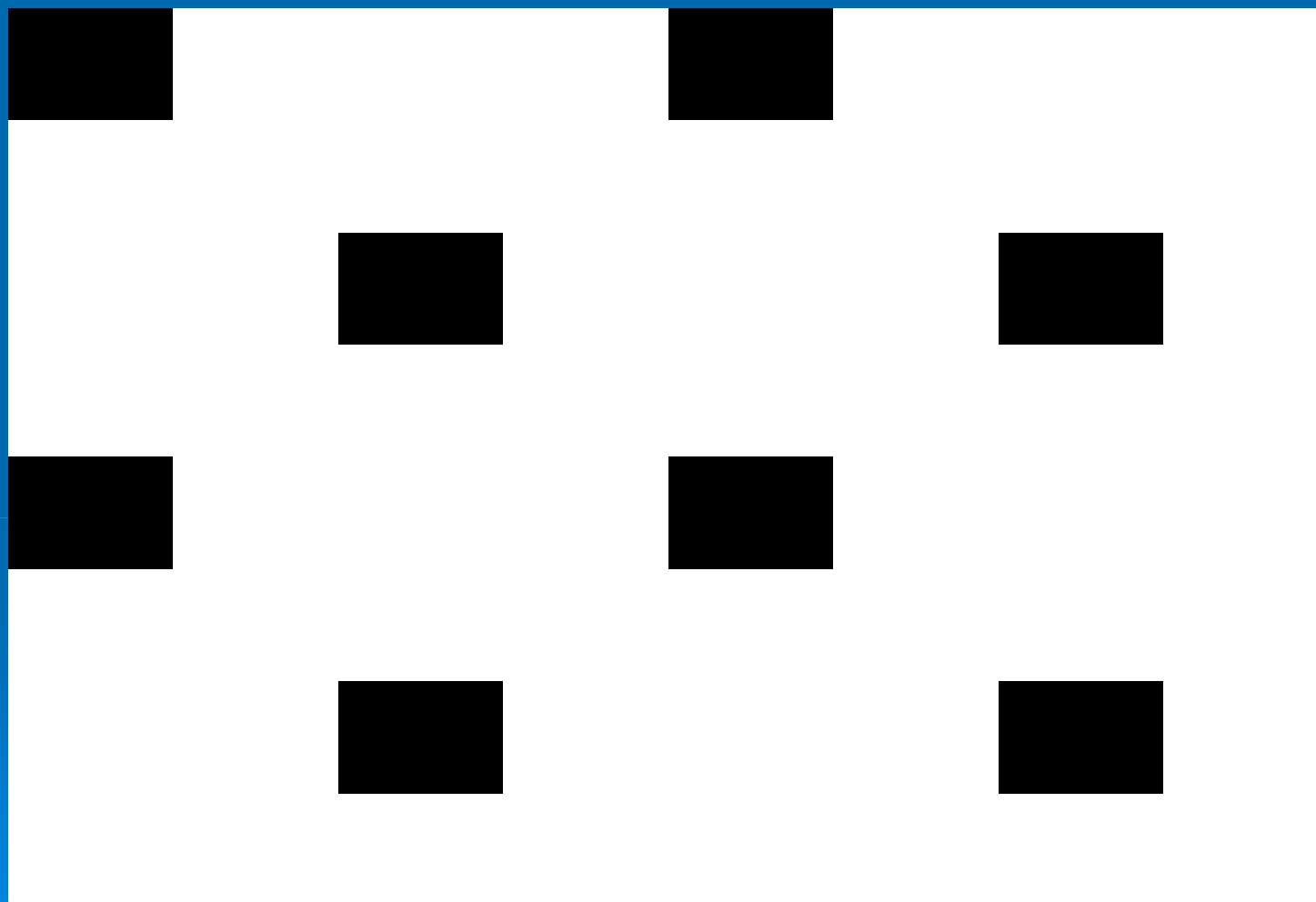
- 40%轻度疼痛；
- 30%中度疼痛；
- 30%重度疼痛。
 - 经调查95%的癌症病人的疼痛经正确使用有效治疗方法，可以很好地控制。在重度疼痛中强阿片类药物应用仅达52.1%，与WHO要求的阶梯止痛治疗原则有较大差距。

治疗癌症疼痛最基本的方法是**药物治疗法**

- 特点：疗效好，作用肯定，显效快，安全，经济。
- 此方法可分为非甾体抗炎药，阿片类止痛药和辅助用药。

WHO将吗啡的用量 做为衡量各国癌痛改善状况的 重要指标

世界咖啡消耗量



两类国家在1996年的吗啡消耗量比较

类别	国 家 人 口			吗啡消耗量		
	n	人数(百万)	占%	kg	kg/10 ⁶ 人	占%
A	24	855.541	23.1	14101	16.48	92.2
B	47	2848.647	76.9	1185	0.42	7.8
C	-	1187.997	32.1	144	0.12	0.9

A: 发达国家 B: 发展中国家 C: 中国

百万人均消耗量: $A/B=39.2$; $A/C=137.3$; $B/C=3.5$

很多患者没有得到正确的治疗

- 国外经验表明：科学治疗可以使90%以上的疼痛明显缓解
- 许多患者的疼痛并不是不能治疗，而是治疗不当，而这问题常被忽视。

影响癌痛治疗的障碍

- Ø 医务人员：缺乏癌症镇痛教育，对癌痛评估不够，吗啡恐惧症。
- Ø 患者：认为疼痛不可避免，担心成瘾。
- Ø 医药管理部门：对癌痛重视不够，对医生使用麻醉性镇痛药管理过严，不能保证临床需要

李同度：《疼痛的药物治疗》

止痛工作的重要性

WHO在肿瘤工作中综合规划确定：预防、早期诊断、根治治疗和姑息治疗。

Ø 由于大多数癌症在诊断时已经超越了根治性治疗的范围，所以姑息治疗在多数常见肿瘤中占非常重要的地位。

Ø 缓解疼痛又是姑息治疗的重要部分，如果在中期能很好配合放疗、化疗、手术治疗，晚期可以显著改善患者生活质量

肿瘤治疗对策的改变

抗肿瘤治疗

缓解疼痛
姑息治疗

诊断

死亡

抗肿瘤治疗

缓解疼痛
姑息治疗

诊断

死亡

抗肿瘤治疗

缓解疼痛
姑息治疗

诊断

死亡

WHO三阶梯止痛原则的来历

80年代初，癌痛成为一个极其严重而被忽视的全球性公共健康问题。

Ø 1982年，WHO在意大利米兰开会，讨论制定三阶梯癌症疼痛治疗方案。

Ø 1986年，WHO编写了三阶梯癌症止痛书籍。世界各国积极推广

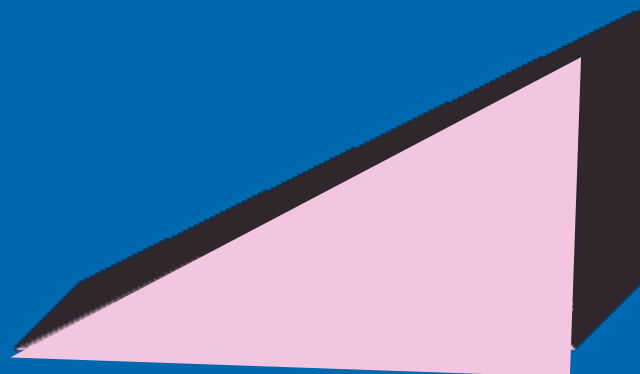
Ø 1990年我国卫生部组织编写了三阶梯指导原则，把三阶梯正式介绍到中国

WHO世界卫生组织

三阶梯止痛方案

阶梯结构

WHO三阶梯止痛法镇痛药物分级



重度镇痛药:强阿片类

吗啡 羟考酮

中国市场上常见的镇痛药分级

第一阶梯

轻度镇痛药：非甾体类药物为主

阿斯匹林制剂

意施丁(消炎痛控释片) ▲

优妥(阿西美辛)

泰诺(林) (对乙酰氨基酚为主)

百服宁(对乙酰氨基酚为主)

必理通(对乙酰氨基酚)

幸福止痛素(对乙酰氨基酚为主)

散利痛(对乙酰氨基酚+咖啡因等)

芬必得(布洛芬)

扶他林(双氯芬酸钠)

凯扶兰(双氯芬酸钾)

英太青(双氯芬酸钠)

奥湿克(双氯芬酸钠+米索前列醇)

萘普生

奇诺力(舒林酸)

美舒宁(尼美舒利) ●

莫比可(美洛昔康) ●

瑞力芬(萘丁美酮) ●

Celecoxib(西乐葆) ●

万络

第二阶梯

中度镇痛药：弱阿片类药物为主

奇曼丁(盐酸曲马多缓释片)

奥施康定(盐酸羟可酮控释片)

双克因(酒石酸二氢可待因控释片)

路盖克(可待因+对乙酰氨基酚)

泰诺因(可待因+对乙酰氨基酚)

氨酚待因(可待因+对乙酰氨基酚)

强痛定针

第三阶梯

重度镇痛药：强阿片类药物

美菲康(盐酸吗啡缓释片)

美施康定(硫酸吗啡控释片)

奥施康定(盐酸羟可酮控释片)

盐酸吗啡针

盐酸哌替啶(度冷丁)

常用的NSAID类止痛药

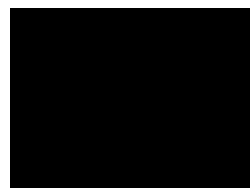
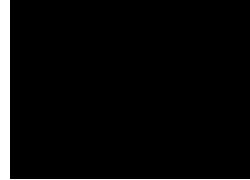
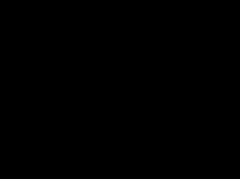
药品	半衰期 (h)	常用剂量 (mg/4-6h)	用药途径	主要不良反应	最大剂量 (mg/d)
阿司匹林	2-3	250-1000	口服	过敏、胃肠反应、血小板功能障碍	4000
扑热息痛	2-3	500-1000	口服	肝肾毒性	4000
布洛芬	2	200-400	口服	胃肠反应、血小板减少	1600
萘普生	12-24	250-500bid	口服	轻度胃肠反应	
消炎痛	2-3	25-50	口服 直肠	胃肠反应、头痛、粒细胞血小板减少、过敏	200 100
双氯芬酸钠	1-2	50tid	口服	胃肠反应	
萘丁美酮	24	1000/24h	口服	轻度胃肠反应、与阿司匹林交叉过敏	2000
美洛昔康	20	7.5-15/d	口服	轻度胃肠反应	15
塞来昔布	8-12	200/24h	口服	轻度胃肠反应	400 18

弱阿片类止痛药

药品	半衰期 (h)	常用剂量 (mg/4-6h)	用药 途径	主要不良反应	作用持续时间 (h)
可待因	2.5-4	30-30	口服 肌注	轻度恶心、呕吐、便秘、 头晕	4
双氢可待因	3-4	30-60	口服	偶见恶心、呕吐、便秘、 头晕	4-5
路盖克（扑热息痛 500mg +双氢可待因 10mg ）		1-2片	口服	轻度胃肠反应、肝功异常	
泰勒宁（扑热息痛 500mg +羟考酮 5mg ）		1片	口服	轻度恶心、呕吐、便秘、 头晕	
强痛定		30-60 50-100	口服 肌注	偶有恶心 眩晕、困倦	
曲马多		50-100 50-100	口服 肌注	头晕、恶心、呕吐、出 汗、嗜睡、排尿困难， 少见皮疹、血压下降	4-5

强阿片类止痛药

药品	半衰期 (h)	常用有效剂量	用药途径	主要不良反应	作用持续时间 (h)
盐酸吗啡	2.5	5-30mg/q4h-6h 10mg/q4h-6h	口服 肌注、皮下	恶心、呕吐、便秘、嗜睡、排尿困难，呼吸抑制	4-5
硫酸吗啡控释片		10-30mg q12h	口服	同上	8-12
盐酸吗啡控释片		10-30mg q12h	口服	同上	8-12
芬太尼透皮贴剂		25-75ug/h	透皮给药，贴剂	与吗啡相似，程度较轻	72
美沙酮	7.5-48	10-20mg/次	口服	与吗啡相似	8-12
盐酸羟考酮控释片	4.5-5.1	10mg q12h	口服	与吗啡相似	12



阿片类药物剂量换算

药物	非胃肠给药	口服	等效剂量
吗啡	10mg	30mg	非胃肠道：口服= 1:3
可待因	130mg	200mg	非胃肠道：口服= 1:1.2 吗啡（口服）：可待因（口服）= 1:6.5
羟考酮		10mg	吗啡（口服）：羟考酮（口服）= 1:0.5
芬太尼透皮贴剂	25ug/h		芬太尼透皮贴剂 ug/h q72h=1/2x口服吗啡 mg/d剂量

辅助用药简表

药品	常用剂量 (mg)	用药 途径	适应症	主要不良反应
皮质醇类				
地塞米松	16-36/d	静脉	脑转移、脊髓压迫、 脉管阻塞性疼痛	体重增加、胃溃疡、高血压、 水肿、易感染、兴奋、 情绪不稳定
	2-4/d	口服	改善食欲和心情	
抗惊厥药				
卡马西平	300-600/d	口服	神经损伤撕裂痛、放 电样痛、烧灼痛、化 疗药外渗所致疼痛	头晕、困倦、视力模糊、 复视、平衡障碍、骨髓抑 制、肝损害、皮疹
抗抑郁药				
阿米替林	150-250/d	口服	增强阿片类药效，改 善心情	口干、便秘、视物不清、 排尿困难、心动过速
多虑平	150-300/d	口服	同上	少见
百忧解	20-40 qd	口服	同上	偶有纳差、不安、失眠
NMDA受体拮抗剂				
右美沙芬	10-20 tid- qid	口服	止咳、神经痛，增强 吗啡药效	偶有头晕、头痛、困倦、 纳差、便秘

疼痛程度三阶梯分级法（VRS）

0级： 无痛

Ø 1级（轻度）： 疼痛可忍受，不影响睡眠

Ø 2级（中度）： 疼痛明显，睡眠受到干扰

Ø 3级（重度）： 疼痛剧烈，睡眠受到严重干扰

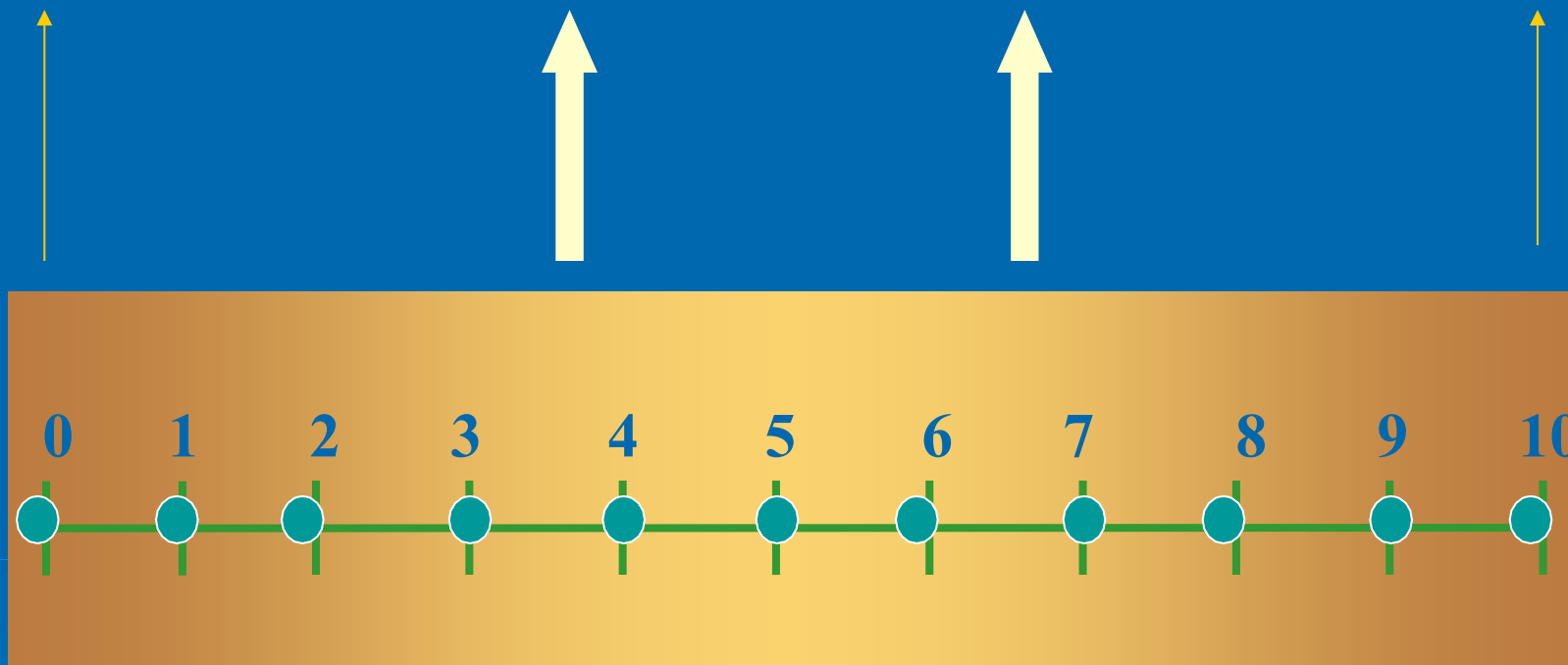
评估方法

无痛

疼痛影响睡眠

无法入睡

剧痛



← 轻度

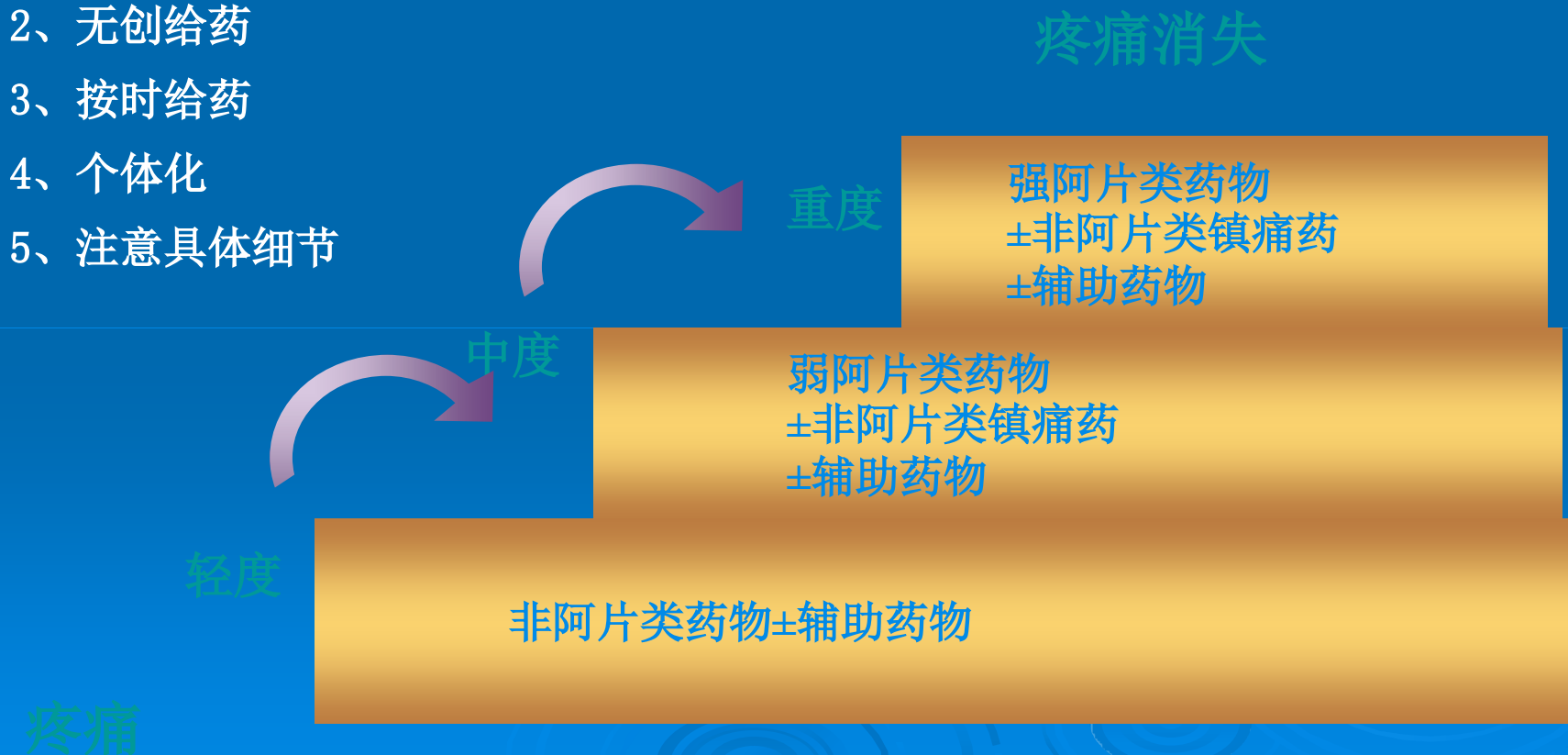
中度

重度 →

三阶梯镇痛方案及原则

基本原则：

- 1、按阶梯给药
- 2、无创给药
- 3、按时给药
- 4、个体化
- 5、注意具体细节



原则一：按阶梯给药



按阶梯给药

根据病人的疼痛程度给予相应阶梯的药物，如果病人就诊时就已经是重度疼痛了，就应该直接使用重度镇痛药。无需从一阶梯开始。

Ø 第一、第二阶梯药物在使用时，其镇痛作用有一个最高极限，即有天花板效应。因此，在正规使用一、二阶梯药物后，如果疼痛不能控制，不应再加量、换用、联用同一阶梯的镇痛药物，应选择更高阶梯的镇痛药物。

Ø 第三阶梯代表药物为吗啡，此阶梯药物没有“天花板效应”，如果常规剂量控制疼痛效果不佳，可以逐渐增加吗啡剂量，直至完好控制疼痛为止。

原则二：无创给药

在可能的情况下，选择口服、透皮贴剂等。

∅ 简单、经济、方便，易于接受。

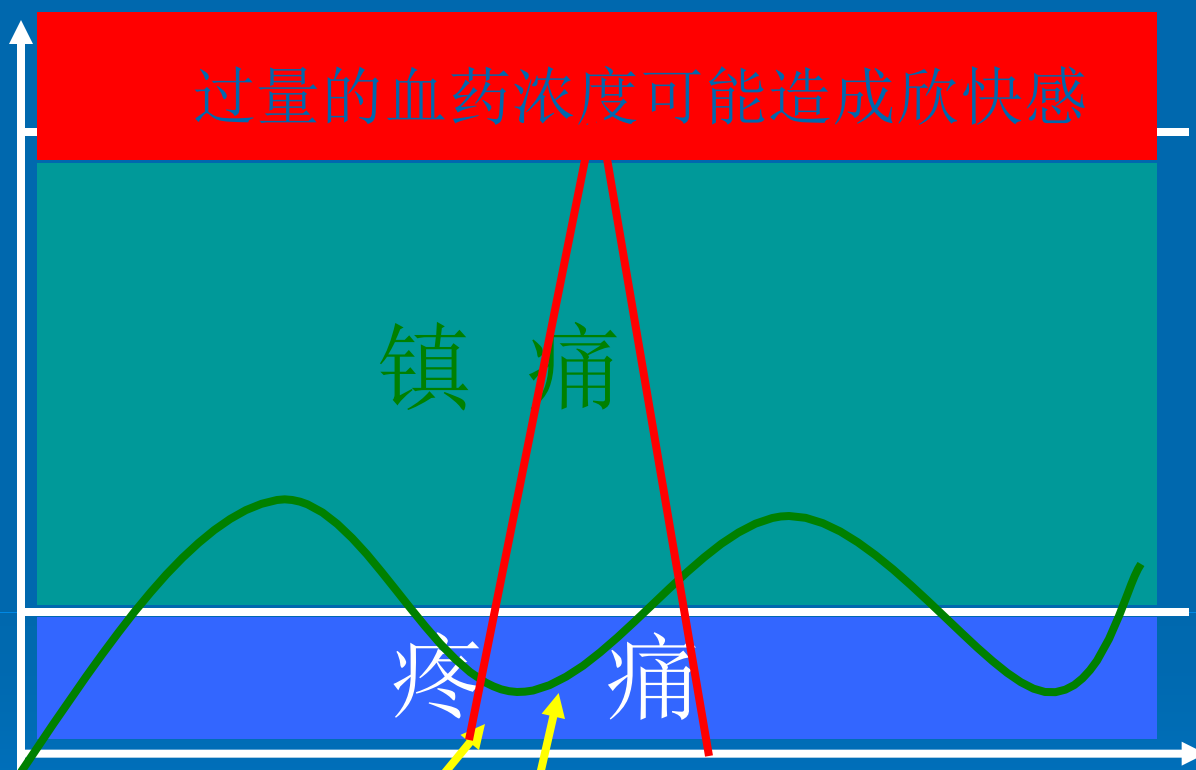
∅ 吗啡血药浓度平稳，峰值低，不产生欣快感，临床不易产生成瘾性和药物依赖性。

原则三：按时给药

按规定间隔给药，如每12小时给药一次，不论当时病人是否发作疼痛，而不是病人痛时才给药，这样可保证疼痛连续缓解。

Ø 同时也避免了病人急性疼痛发作时，临床不得不反复加用针剂控制疼痛，使强阿片类药物血药浓度短期内峰值过高，增大了患者产生欣快感的可能性，临床容易产生成瘾性和药物

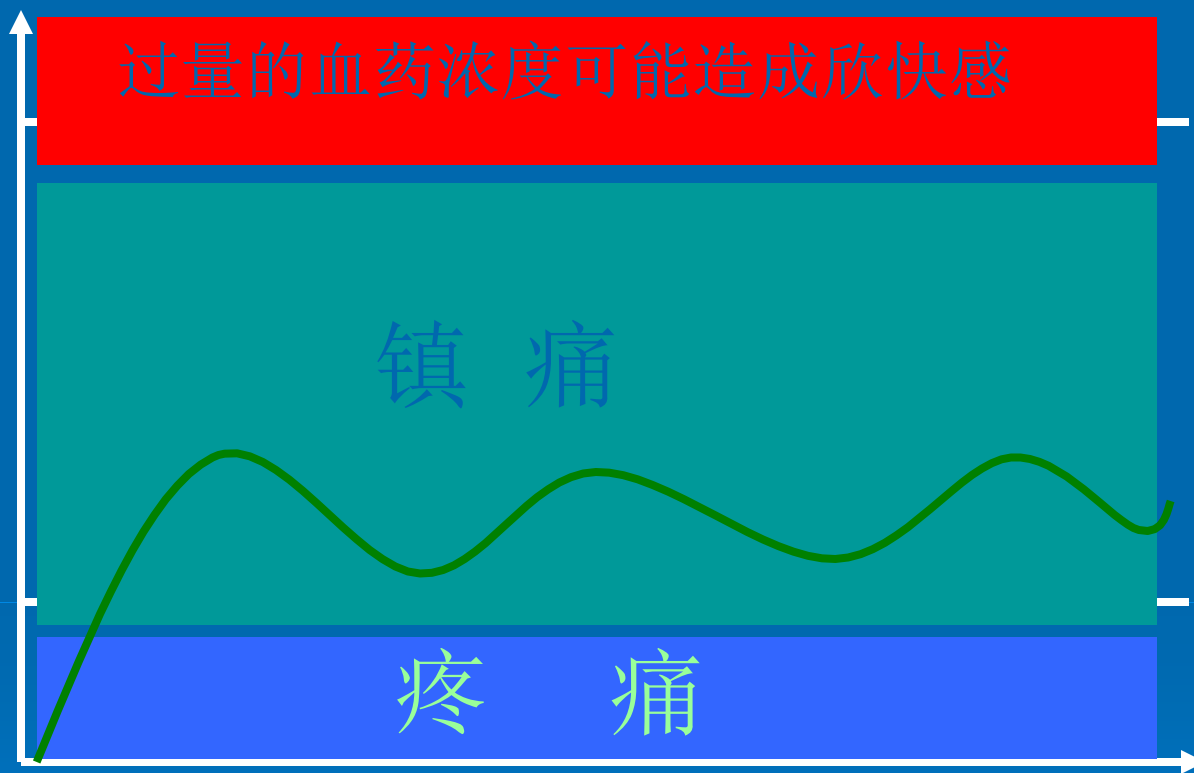
按需给药无法持续控制患者疼痛，
临时使用度冷丁容易产生欣快感



再次疼痛时，使用口服镇痛药起效稍慢，患者反复遭受疼痛折磨

医生反复使用杜冷丁，造成短期过高血药浓度，可能产生欣快感

按时给药持续控制患者疼痛



规律给药，保持患者持续无痛
血药浓度平稳，无欣快感的可能

时间

原则四：个体化给药

不同的患者的痛阈和对麻醉性镇痛药品的敏感度个体间差异很大

- Ø 同一个患者在癌症不同病程阶段，疼痛的程度也在变化，所以阿片类药物并没有标准量，
- Ø 临床要时刻根据病人的疼痛状况增减、调整镇痛药的剂量，凡是能够时疼痛缓解的剂量就是正确的剂量。

阿片类药物初始剂量滴定

- 即释吗啡滴定方案
- 控释吗啡滴定方案
- 芬太尼透皮贴剂
 - 吗啡转换成多瑞吉
 - 多瑞吉初始剂量滴定

根据疼痛状况动态剂量调整

超量欣快区



适当剂量完全充分镇痛区

剂量不充分疼痛区

原则五：注意具体细节

对于用止痛药的患者要注意监护，密切观察其反应。目的是要患者获得最佳疗效而发生的副作用最小。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/318131120031007001>