

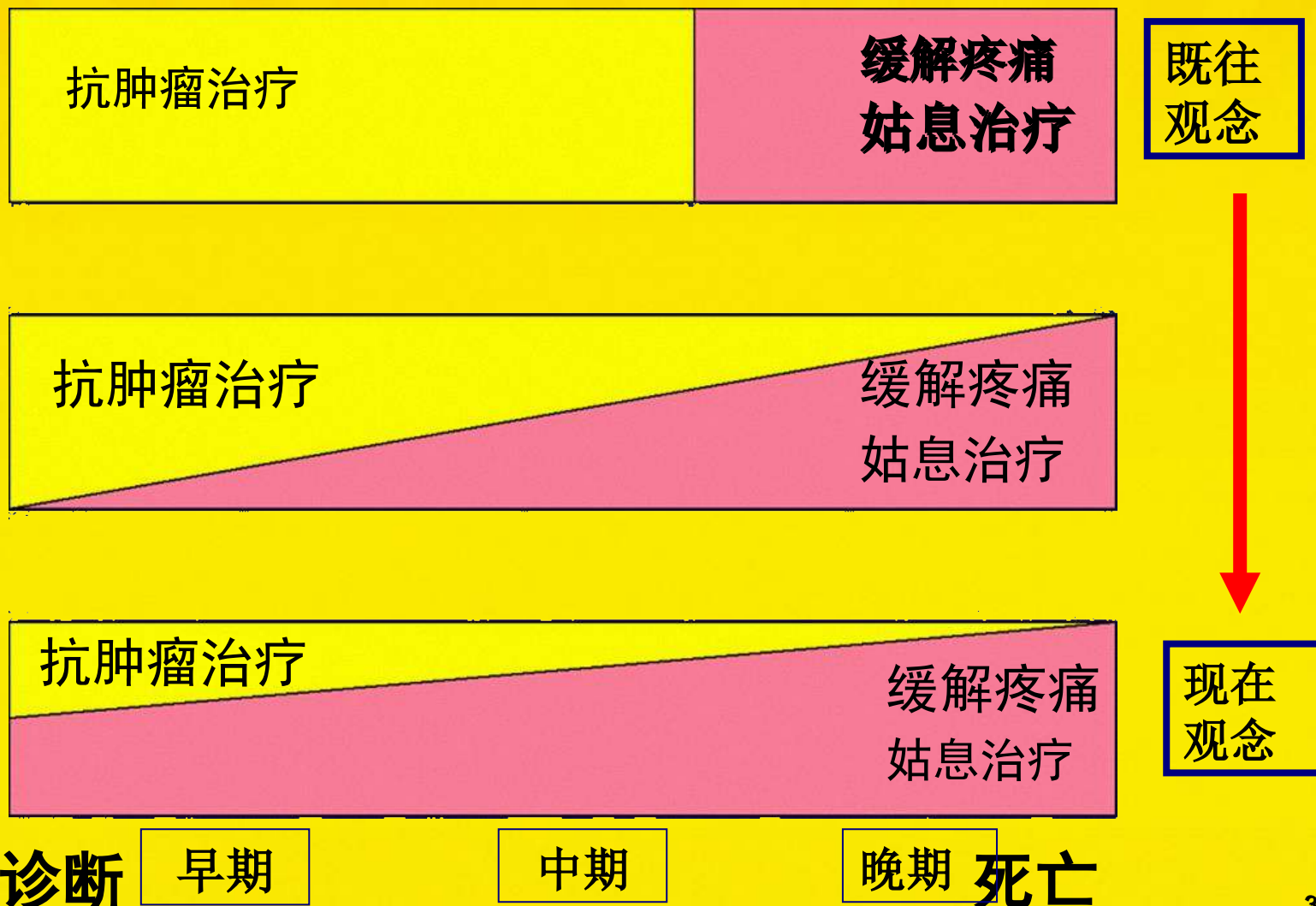
成人癌痛临床实践指南解读

萨拉纳克湖畔的铭文 ——医生的作用

**To cure sometimes,
To relieve often,
To comfort always**

[返回](#)

肿瘤治疗对策的改变



姑息治疗走向前台 配角变主角

- 时代使然
- 人类对自身和自然的认识深化使然
- 姑息治疗的发展使然

姑息治疗的前提和最重要的内容：

止痛

（镇痛、却痛、驱痛、制痛……）

疼痛

定义

疼痛是与实际或潜在的组织损伤或类似损伤相关联的感觉和情绪体验。

最常见的肿瘤相关症状之一

癌 痛

- **癌痛(恶性肿瘤相关性疼痛)与非恶性肿瘤相关性疼痛对患者的影响有所不同。**
- **约1/4新诊断恶性肿瘤的患者、1/3正在接受治疗的患者以及3/4晚期肿瘤患者合并疼痛。**

- **2024年NCCN 成人癌痛临床实践指南解读**
- **NCCN内容简介**
- **关于癌痛**
- **WHO 三阶梯镇痛原则**
- **癌痛的评估**
- **阿片类药物的应用**
- **癌痛的综合治疗及特殊疼痛的处理**
- **奥施康定简介**
- **阿片类药物不良反应的防治**

NCCN成人癌痛指南目录

- ◆ NCCN癌痛专家组成员
- ◆ 癌痛的筛查和评估
- ◆ 短效阿片类药物治疗
——滴定
- ◆ 控缓释剂型的治疗
维持和药物转换
- ◆ 药物不良反应防治
- ◆ 后续随访

—

- NSAIDs治疗策略
- 神经痛的药物治疗
- 骨转移疼痛的治疗
- 特殊疼痛问题
- 介入治疗策略
- 社会心理支持
- 患者与家属宣教
- 专科会诊

NCCN成人癌痛临床实践指南

关 键 点

- **强调全面癌痛评估**
- **阿片类药物使用时，首选口服**
- **重视不良反应的预防和处理**
- **注重癌痛的综合治疗**

癌痛病理生理学分类

伤害感受性

- ◆ 躯体和内脏结构遭受伤害并最终激活疼痛感受器引起；
- ◆ 疼痛感受器分布于皮肤、内脏、肌肉和结缔组织；
- 1. 躯体伤害感受性疼痛：能精确定位，主诉为刀割样、搏动性和压迫样疼痛
- 2. 内脏伤害感受性疼痛：常更加弥散，表现为钝痛和痉挛痛。

神经病理性

- ◆ 外周或中枢神经系统遭受伤害引起；
- ◆ 可形容为烧灼样痛、锐痛或电击样痛。

[返回](#)

常用的疼痛程度评估方法

- 数字分级法（NRS）
- 目测模拟法（VAS）
- 主诉疼痛程度分级法（VRS）
- 脸谱法（7岁以下儿童或有认知障碍的成年人）

疼痛强度评分

■ **临床常用的量表为数字评分量表和分类量表**

数字评分量表

- ◆ 口述：“你有多痛？”评估范围从0 (无痛) 到10 (痛到极点)
- ◆ 书写：“在描述你疼痛程度的数字上画圈。”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
无痛 痛到极点

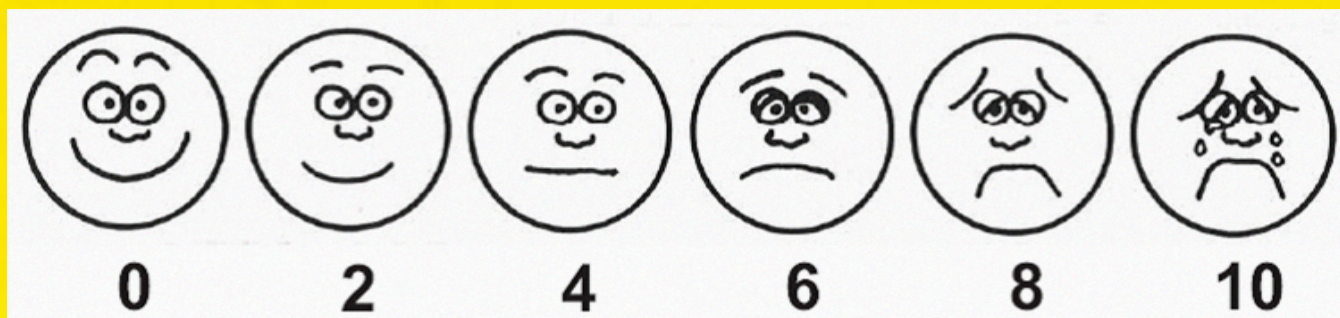
■ 分类量表:

- ## ◆ “你有多痛？”

无 (0) 轻度 (1~3) 中度 (4~6), 或者 重度 (7~10)

疼痛强度评分

■ Wong-Baker面部表情疼痛分级量表



无痛 稍痛 有点痛 痛得较重 非常痛 最痛

- 该评分量表建议用于儿童、老年人以及存在语言或文化差异或其他交流障碍的患者。

[返回](#)



癌 痛 治 疗

(一)病因治疗

1. 抗癌治疗

手术治疗

放射治疗

化疗

生物治疗

2. 针对其它病因治疗

合并症或伴发症治疗



癌 痛 治 疗

(二)止痛药物治疗

癌痛治疗主要方法（详见下述）

(三)非药物治疗

1、心理治疗

2、物理治疗

(四)神经阻滞疗法及神经外科治疗

侵入性止痛方法

- 手术控制癌痛；
- 蛛网膜下腔无水乙醇或酚甘油阻滞；
- 腹腔神经丛乙醇阻滞；
- 颈、胸、腰交感神经节阻滞；
- 神经根、神经干阻滞；
- 应用阿片类药物蛛网膜下腔连续注射，硬膜外腔连续注药控制癌痛。

癌痛治疗基本原则

癌痛治疗基本方法：镇痛药治疗

阿片类镇痛药（麻醉性镇痛药）具有不可取代的地位

- **麻醉性镇痛药：**药政管理范畴所说的麻醉药品是指具有药物依赖性，
- 需要实施特殊管理的麻醉药品，即麻醉性镇痛药。

癌痛治疗基本原则

癌症疼痛治疗中的基本问题

- (1) 要求控制癌痛是患者的权利**
- (2) 确定癌痛原因十分重要**
- (3) 药物治疗是癌痛最基本的治疗方法**
- (4) 防治镇痛药不良反应**
- (5) 患者自我疼痛评估十分重要**
- (6) 镇痛药治疗遵循WHO五项原则**

WHO三阶梯 VS. NCCN 指南

- **WHO基本原则**

口服

按时给药

按阶梯给药

个体化

注意具体细节

- **NCCN指南**

口服

按时给药

按阶梯给药

二阶梯弱化

短效阿片灵活滴定

个体化

注意具体细节

是一般与特殊，整体与个体，简单与复杂的关系

WHO三阶梯止痛 治疗原则



- 口服
- 按时
- 按阶梯
- 剂量个体化
- 注意具体细节

WHO 三阶梯的更新

一线药物

对乙酰氨基酚
或NSAIDs
± 辅助用药

二线药物或 者是疼痛没 有得到控制

阿片类药物
- 控缓释剂型
- 即释剂型
± NSAIDs
± 辅助用药

难治性疼痛

阿片类药物
± 可乐定
± 局部麻醉剂
选择性的神经阻滞
微创神经损毁术
氯胺酮
全面镇静

[返回](#)

癌痛治疗基本原则

■ WHO 三阶梯镇痛原则

■ 世界卫生组织（WHO）确立的三阶梯镇痛原则是世界各国广泛接受的癌痛指南。

■ 它是优秀的教育工具，但癌痛的处理远比“三阶梯治疗”建议复杂。

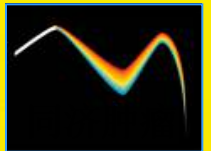
阿片类药物的合理选择

- 最佳镇痛药的选择取决于疼痛强度、现行的镇痛治疗和伴随疾病，中度及以上疼痛可选择阿片类止痛药；
- 最常用的阿片类药物为吗啡、羟考酮；
- 如果一种阿片类药物副作用明显，可更换为等效剂量的其他阿片类药物；
- 不推荐用于癌症的药物：丙氧氨酚(达宁)、哌替啶（度冷丁）、混合激动-拮抗剂、部分激动剂和安慰剂。

镇痛药初始用药方法

轻度疼痛（ 1~3 ）

- 单用非甾体类抗炎药
- 非甾体类抗炎药+阿片类复方剂
- 即释剂睡前可加倍服药



镇痛药初始用药方法

中度疼痛(4-6)

方案一 吗啡即释片 5-10mg PO q4h ACT

2. 5-7. 5mg PO q2h PRN

方案二 可待因等阿片复方剂 1-2# PO q4h

ATC 1/2-1# PO q2h prn

方案三 强阿片类镇痛药如羟考酮缓释片10mg 或吗啡缓释10mg

q12h (见重度疼痛)

注意剂量滴定

镇痛药初始用药方法

● 重度疼痛（7-10）

方案一 吗啡即释片 10-30mg PO q4h ATC
5-15mg PO q2h PRN

方案二 吗啡缓释片 30mg q12h ATC
即释片 10mg q3-4h PRN

方案三 羟考酮缓释片10mg q12h
备用吗啡即释片

方案四 芬太尼透皮贴剂 25 μ g 贴皮 q72h
吗啡即释片 10mg q3-4h PRN

为什么不推荐用度冷丁？

● 止痛作用欠佳

等效止痛剂量

	口服	胃肠外
吗啡	30mg q3-4h	10mg q3-4h
杜冷丁	300mg q2-3h	100mg q3h

● 潜在毒性反应重

代谢物去甲哌替啶：神经毒,肾毒

半衰期 3-18h

止痛作用微弱

度冷丁使用和管理

- 度冷丁的【适应证】是部分急性重度疼痛。
- 1.度冷丁基本不使用癌痛。
- 2.不能带出医院
- 3.处方一次常用量
- 哌替啶用于慢性癌痛会产生较严重不良反应



吗啡针使用和管理

■ 吗啡针的【适应证】

- 1. 镇痛：短期用于其他镇痛药无效的急性剧痛，如手术、创伤、烧伤的剧烈疼痛；晚期癌症病人的三阶梯止痛。
- 2. 麻醉和手术前给药：使病人安静并进入嗜睡状态。

■ 对于癌痛患者

- 1. 何时用?(不能口服的患者)
- 2. 可以口服的患者，爆发痛还是用口服普通片剂处理。

阿片类药物的滴定

使用恰当的初始止痛剂量及解救剂量，如即释吗啡
5-10mg po q4-6h, 5mg po Prn;

根据前24小时内按时以及按需给药使用阿片类
药物的总剂量计算下一天用量;

剂量增加的速度应参照症状的严重程度:

疼痛评分7-10, 考虑增量50%-100%

疼痛评分4-6, 考虑增量25%-50%

疼痛评分1-3, 考虑增量25%

爆发痛的治疗

- 应给予短效阿片药物治疗；
- 剂量选择：一般为日剂量的10-20%或1/6；
- 药物选择：常用口服即释吗啡；
- 国内治疗爆发痛常见的问题：
 - 缺乏病因评估
 - 多采用有创途径
 - 剂量不合理
 - 药物、剂型单一

阿片类药物的维持

找到良好控制疼痛的剂量后最好用控释片来维持止痛，可有如下优点：

- 1、减少服药次数；
- 2、让血药浓度更加稳定；
- 3、提高患者顺应性。

阿片药物的转换

阿片转换的原则：止痛效果差或不能耐受的副作用；

阿片转换的步骤：

- 1、计算24h总量；
- 2、计算等效剂量；
- 3、根据疼痛控制情况决定实际用量；
- 4、计算单次剂量。

阿片类药物剂量换算表

药物	口服	非胃肠给药	等效剂量
吗啡	30mg	10mg	非胃肠道：口服=1:3
可待因	200mg	130mg	非胃肠道：口服=1:1.2
羟考酮	10mg		吗啡：可待因=1:6.5（口服） 吗啡：羟考酮=1:0.5（口服）

芬太尼透皮贴剂：ug/h，q72h，剂量=口服吗啡 mg/剂量 d ×1/2

吗啡不同部位给药等效比

口服：肌内注射：静脉注射=3：2：1

静脉：硬膜外：蛛网膜下腔给药=1：0.1：
0.01

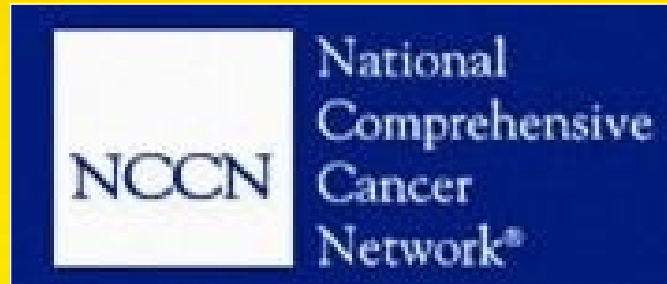
阿片类药物给药方式

按时给药： 是为了给患者提供持续的疼痛缓解；

按需给药： 用于那些伴无痛间期的间歇性疼痛（爆发痛）患者；

患者自控镇痛： 允许患者“一旦需要”即可自行推注阿片类药物（该装置的推注剂量通过医师设定的参数来控制）。

阿片类药物给药途径



- ✓口服是癌痛治疗的最佳选择
- ✓能口服的患者尽量选择口服

辅助药物应用

在特殊类型疼痛中，辅助药物可产生独立的止痛作用，因此可用于任何阶段。

阿米替林对浅表烧灼痛有效；

抗惊厥药对针刺样疼痛有效；

皮质激素对颅内高压、急性脊髓压迫、骨转移、肝包膜扩张等所致疼痛、肿瘤侵犯所致神经伤害性疼痛均有作用；

精神安定药、抗焦虑和抗抑郁药可改善患者的精神心理症状。

癌痛的综合治疗

镇痛与副作用防治兼顾
阿片与非阿片相结合
药物与非药物治疗相结合
注重宣教与第一次谈话
关注心理因素及宗教信仰

Really a team work

骨转移疼痛治疗

止痛药

阿片类止痛药

非甾体类抗炎药

辅助用药（三环类抗抑郁药，抗惊厥类药
神经弛缓剂，糖皮质激素）

双膦酸盐

非药物治疗：放疗、手术

特殊疼痛的处理

神经病理性疼痛：

**阿片类+加巴喷丁 300 mg，3/日；
或小剂量氯胺酮 15~20mg/次。**

骨转移疼痛：

阿片类+双磷酸盐+非甾体

有神经压迫时： 加用激素

难治性癌痛：神经病理性疼痛

阿片类药物仍应做为基础用药

- 因为神经病理性疼痛对吗啡等阿片类药物虽不太敏感，但仍是有一定效果。
- 目前也没有更好的、能替代阿片的药物。

难治性癌痛：神经病理性疼痛

灼痛或麻木样神经病理性疼痛

———辅助性药物选用三环类抗抑郁药：

去甲替林 (nortriptylin) 5-150mg/d

阿米替林 10-25mg qn, 调整剂量, 一般10-50mg/d
，个别300mg/d。年龄>40岁不宜用高剂量。

多虑平 30-200mg/d

去甲丙咪嗪 75-100mg/d

难治性癌痛：神经病理性疼痛

电击样或枪击样神经病理性疼痛

—————辅助性药物选择抗惊厥剂类药：

加巴喷丁(gabapentin) 100-200mg tid

卡马西平 100-400mg qd-bid

普瑞巴林

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/358035107102006071>