

目录

第一章 癌痛分级

- 一、分级
- 二、泰勒宁
- 三、奥施康定控释片
- 四、盐酸吗啡片

第二章 止痛的平衡术

- 一、讲究平衡
- 二、服用即释片
- 三、归零和滴定 统计和换算
- 四、续航与减量

第三章 问答

第四章 止痛误区

第五章 药物大全

- 一、三阶止痛用药
- 一、第一阶梯用药
- 二、第二阶梯用药
- 三、第三阶梯
- 四、辅助性药物
- 五、副作用处理药物

第六章 其他

- 一、天花板效应
- 二、阿片类药物和非甾体类药物的区别
- 三、尽早使用及注意事项
- 四、减量方法
- 五、不能同时使用
- 六、爆发痛
- 七、用药剂量调整
- 八、难治性疼痛
- 九、急性带状疱疹和治疗后神经痛
- 十、非药物治疗

第七章 问答

第八章 杂篇 癌痛知识科普

- 一、癌痛知识科普

第一章 癌痛分级

一、分级

一、简述

癌症患者中，95%迟早都会有疼痛，95%以上其实可以无痛；70%以上，疼痛会反复发生、持续存在、不断加重；30%以上，在最后阶段会经历痛不欲生。可以无痛的医疗理念在先进地区已成为现实。

二、癌痛等级

疼痛分级参考：表情、食欲、睡眠。

轻度：疼痛可以忍受，不影响生活	表情：放松。 食欲：饭量明显减少。 睡眠：睡眠不受影响。
中度：疼痛难以忍受且明显持续存在，影响到食欲和睡眠	表情：凝重、有些叽哼。 食欲：厌食。 睡眠：睡不安宁。
重度：疼痛不能忍受剧烈且频发，没有食欲，无法入睡	表情：痛苦、呲牙咧嘴，坐卧不宁。 食欲：厌食。 睡眠：无法入睡。

三、疼痛的可能原因

1.手术、放疗、化疗导致的局部组织炎症、水肿、坏死。

2.椎间盘突出、肩周炎、骨质增生。

3.由肿瘤进展引起的疼痛：器官表面的包膜被牵拉；肿瘤压到了附近的末梢神经；食管、肠道、血管、淋巴管被阻塞。病情未改善前，这种疼痛将长时间持续逐渐增强，故用阿片类麻醉药品来抑制。

四、止痛药分类

1. 从阿片(由罂粟果的汁烘干制成)中提取，也称麻醉类的一系列药品。通过部分阻断中枢神经的痛感传导，让痛点增高，一般刺激下感受不到疼痛，从而达到止痛的目的。炎症引起的疼痛通过中枢神经的传导才能感受到，阿片类药品也能止住炎性疼痛。由炎症产生的轻度阶段使用阿片，有点大材小用。

2. 非阿片类物质的合成药。主要作用是消除身体内各种炎症。炎症是引起疼痛的常见形式，消炎能止痛。

当轻度疼痛开始时，要分辨出它属于哪一类。

二、泰勒宁 轻度等级用药

一、简述

泰勒宁复方成份属性：

将止痛药的两大类放在一起——盐酸羟考酮 5mg+ 对乙酰氨基酚 325mg，所以可同时抑制两类疼痛。适用范围包括中重度、急慢性疼痛。每 6 小时服一片，一天服四次。

二、轻度级别上的剂量用法（与说明书不同）

一次限服一粒，不可同时服多粒。服用时间可根据痛感，缩至三~四小时，不用严格遵循间隔六小时。

痛时，每天一粒；不痛，不服；

一段时间后，吃一粒还痛，每天两粒；

一段时间后，吃两粒还痛，每天三粒；

一段时间后，吃三粒还痛，每天四粒；

不可再多。

三、其他

- 1.说明书建议用在中、重度疼痛上，雅颖将它用来对付轻度，减少了每天的剂量，效果很好，仅属个人体验。
- 2.不适合骨转痛。
- 3.戒膺：关于泰勒宁的用法，既然是雅颖行之有效的实践经验，而且声明只供参考，我无意加以评说。只希望补充一点：听医生说，有别的止痛药可用的情况下，能不用泰勒宁就不要用，因为它对胃的伤害比较大，有关方面正在打算停止使用。我是泰勒宁的受益者，许多时候能用泰勒宁解决的就绝不轻易动用奥施康定，吃半片能止痛的就不吃一片，以求既能达到止痛的目的，又避免过于伤害身体。
- 4.可以掰开吃。
- 5.比较伤胃。
- 6.一天最多四片。
- 7.疼痛科张名硕：泰勒宁的限量主要是因为对乙酰氨基酚，日量不能超过 2000，最大的风险是肝细胞坏死，避免超量就该吃奥施康定了。可以奥施做主，泰勒宁做辅。

三、奥施康定控释片

一、服用要求

奥施康定控释片每天服两次，中间**必须严格**间隔十二小时。卡表限时，误差不要超过正负半小时。

二、必须严格控制服药时间的原因

控释片在人体内，按十二小时均匀释放药量。

如果提前吃，前一片药效尚未释放完，后一片药效又同时释放。药效在体内叠加一倍；如果推迟吃，代谢后空窗时间内，体内药量为零，患者要承受额外的痛苦。

如果不控制时间，爆发痛越频繁，剂量在短时间内不断地增加，药物带来越来越恶劣的副作用。没有严格做到服药时间准点，就会有这样的误解：“奥施康定初有效果，过不了多久就控制不住了。”

三、药物依赖

产生依赖性的关键因素：药物依赖取决于血液中药物浓度的变化率。单位时间内，血液中药物浓度变化越大，依赖性会越强烈。

奥施康定是麻醉类药品，长期服用后，身体会有依赖性。骤然停用，患者会产生强烈的焦虑、烦躁、甚至腹部绞痛等症状。

麻醉药静脉注射至血液的给药方式是药物浓度迅速递增，而不是缓慢释放。即便是极小量，也容易在瞬间产生飘逸感。这波浓度高峰，在两三小时后，会快速退于平静。经过几次这样的冲浪，便会逐渐产生药物依赖，并且对波动的频率和幅度渴求越来越高，一旦不能获得，就会有心堵的爆炸感、和身体虚慌烦闷，还会伴随比以往更深重的假性疼痛。

奥施康定控释片通过胃肠道缓慢释放，血液内药物浓度无论有多高，始终保持恒定，变化率极小。浓度越高、对身体的压迫越重、透支越多，会产生更难缓解的便秘、恶心、呕吐、嗜睡、意识模糊。但不会引起疼痛和药物依赖。

四、如何使用好奥施康定

疼痛如洪水，奥施康定控释片如防洪大堤。

当水深 20 米，用每天 10mg x 2 的剂量，药物有效时间为十二小时。这样，水与坝之间相对稳定，人不会感到疼痛，也不会溃堤；若服用 20mg x 2 的剂量，就是垒起 40 米高的堤坝，对付 20 米的水深。大坝过高带来额外负荷，会使身体损耗。标准的用药指南不支持过量的服用方式。刚好能止住痛，又尽量少的副作用，才是持久之道。

提早或推迟服药时间，就是让药物剂量陡然增倍，然后瞬间把它打到零。破坏血液中药物浓度的平稳、引起大幅度变化率、产生药物依赖，导致用药剂量直往上冲。这在麻醉类药品中是最忌讳的事情。

一般人服药，可以整片和水吞下，重病患者吞咽困难，会引发强烈的咳嗽和反胃呕吐，只能将药片掰开、咀嚼或研成细粉。奥施康定绝对禁止这么做。

控释片中的药物量比即释片中含量大得多，药效也强得多，控释片必须整片吞服，随时间段一点点释放，如果掰开服用，会导致 12 小时止痛的药效在短时间内快速释放，血液中的药物浓度变化率带冲击性，轻则造成后续用药剂量倍增，重则致命。

五、奥施康定控释片和奥施康定缓释片

控释：药剂按平均量等分释放。

缓释：药量先多后少，有缓和坡度曲线的释放。

应用者可忽视两者差异，记住它们平缓释放药量的共性即可，通用。

本课程统一用控释片来表述，其原理同样适合于缓释片。

四、盐酸吗啡片

一、简述

疼痛是洪水，奥施康定是大堤，盐酸吗啡片是监测仪。监测仪随时探究疼痛程度、动态反映大坝应有多高，防止漫堤。

二、即释片

盐酸吗啡片是即释片。即释比控释起效快。十五分钟左右便能在人体中发挥止痛作用，功效约维持 4 小时。可以被掰分，30mg 可掰分成二分之一（15mg）服用，这三种原始规格通过掰分成两片，可满足一次服用 5、10、15、20、25、30、35 的剂量要求。

三、规格

5mg、10mg、30mg

四、换算

盐酸吗啡片与奥施康定都是阿片的提取物，两者在剂量上可以以 1.5: 1 进行换算。

第二章 止痛的平衡术

一、讲究平衡

堤高与水位保持相等，疼痛时轻时重，坝也跟着忽高忽低，一定力戒超出过多。

恶性肿瘤治疗方法主要是手术、一二线靶向、化疗。这些手段仍有效时，疼痛不难对付。短暂、轻度。病情进展无法控制时，奥施康定几乎只加不减。

患病四年以上者，基本都服过 5 种以上的靶向药。一月一换，四月一轮，许多已在进展期命悬一线的人，一旦靶向对症，几天不到，绝处逢生。体感，癌痛的加重和减弱，往往是他们判断药物起效与否的重要标志。

疼痛程度与奥施康定剂量之间的平衡就有了特殊的意义。若剂量偏少，便疼痛缠身，被无处不在的煎熬一点一滴地消耗掉，对生命的长度都渐生厌倦；若剂量偏多，则整日昏聩，虽没有痛楚，体感近乎归零，靠着两月一次的影像结果或可为治疗提供参考。

痛是向我们发出生理信号，或是警示身体正在遭受多大程度的伤害，抑或是告之某一状况正在得到多大程度的舒缓。

不追求绝对无痛，要把痛控制在一天中的某一时段，限于轻度，以权衡化疗或靶向轮换的效果。

二、服用即释片

一、

引起癌痛的原因很多，怎样测定不断袭来的疼痛，是从容不迫的漫过、还是排山倒海式的倾覆、它将水位会拉升到何等高度？

第一步：判断疼痛等级。

第二步：服用盐酸吗啡片。轻度服 5mg、中度服 10mg、重度服 15mg。

二、监测

调整控释片剂量，必须通过即释片来测定。世界先进国家的医疗机构已视此为惯例。

服盐酸吗啡片，约十五分钟，会在奥施康定的基坝上，迅速加垒一层新堤，堤高与我们服用的剂量相等。这新堤只会出现 4 小时，随着药效在体内排释，新堤会定时消去，这段时间留下的剂量与痛感变化的关系，就是一次对新增水位的测试。

例：

判断为中度疼痛，服 10mg 盐酸吗啡片，4 小时内的感觉：

若无痛，洪水涨幅必在 10mg 之下。

若减为轻度，涨幅应在 10mg 左右。

若仍为中度，涨幅远超 10mg。

这种监测，便为随后核定奥施康定的增量，提供准确的依据。

三、用法区别

奥施康定的用法与医院相同。

盐酸吗啡片的用法与医院不同。

四、案例

例一：

肺腺患者中度疼痛已持续 6 天，医生用盐酸吗啡片止痛，剂量每次 10mg，痛时即服，服后无痛，每天 4~5 片。近期该剂量明显不够，30mg 后甚至有爆发痛，用药间隙伴胸闷、恶心、焦虑、狂燥，渴望尽快服药。

此例错将吗啡类即释片当常规止痛药。

单位时间内，血液中药物浓度变化越大，越容易产生药物依赖。如盐酸吗啡即释片用这种持续给药方式，会有锯齿式的浓度变化。盐酸吗啡片的实验表明，连续使用 3~5 天，会产生明显的耐药性，导致用药量急剧增大，一周后，便会成瘾。

应该将盐酸吗啡即释片作为快速止痛药（监测仪），24 小时内获得剂量数据，并及时转换，用控释片来处理。

例二：

肺腺患者中度疼痛。之前用奥施康定控释片 20 天，每天 10mg*2，效果稳定、无痛。近两天产生重度爆发痛，每天 3~4 次不等，近一天医生将剂量调整到每天 40mg*2，夜间出现胸部持续剧痛，并伴随呼吸衰竭，间或有短暂性中断。

即便是爆发重度疼痛，奥施康定每天的增加量也不能超过 100%。此例中首次调整剂量，最高只能增至 20mg*2。

三、归零和滴定 统计和换算

一、目标人群

适于由癌性进展引起的中、重度疼痛，以往奥施康定日用剂量没超过 60mg。（开始参照本建议用药后，对后续剂量无上线限制。）此课建议的用药方法，覆盖面应达到中、重度癌性疼痛的 90%。

二、步骤简述

1. 第一步：归零

- ①在启用本方法时，为避免与之前任何止痛用药发生重叠效应，从而影响剂量的准确设定，先作归零处理。

②要求

1. 上一次服用奥施康定(或任何控释性阿片类止痛药)的时间要在十二小时之前。(控释片药效期是十二小时，此举是保证，启用本方法前服用 0~30mg 中的任何剂量，都已药效为零。如在这十二个小时中发生疼痛，用盐酸吗啡即释片作过渡处理。)

2. 3 小时内，不要服盐酸吗啡片(或任何即释性阿片类止痛药，包括杜冷丁注射液)。(即释片药效是三小时，此举是保证，启用本方法前无论服用任何剂量，都已药效为零。)

2 第二步：滴定

①简述

测定疼痛程度适用多大剂量的调试过程，通常为一至三天。滴定决定了用药剂量是否准确、疼痛是否能被最终抑制。

②要求

无论是中、重度疼痛，首次用药服奥施康定控释片，10mg。（每天总剂量为 20mg，分二次服用）。这个量不一定是最合适，但是最保险。每位患者阿片类用药经历不同，无法确定个人阿片耐受程度，但这是首次用药的关键，所以选中间量。

单次 10mg：

对于从未用过阿片类止痛药的，是完全可接受的上升坡度；

对于中度疼痛，可基本中止痛感；

对于重度疼痛，可将其抑制在轻度以内；

对于以往常用又不按时的单次 30mg 服用者，虽剂量偏低，但在随后的即释片监测过程中会得到不断的补充，不至血液中药浓度下浮太快引起不适，这时也许疼痛不能完全缓解，但疼痛程度会明显降低，为后续定时服药，打下良好基础。

③滴定步骤：

1

首次用药：服奥施康定控释片，10mg。

2

距首次用药 1 小时后，对疼痛程度进行第一次判断并监测：

无痛 不用药

轻度 5mg 盐酸吗啡即释片

中度 10mg 盐酸吗啡即释片

重度 15mg 盐酸吗啡即释片

3

4 小时（距首次用药 5 小时）后，对疼痛程度进行第二次判断并监测：

无痛 不用药

轻度 5mg 盐酸吗啡即释片

中度 10mg 盐酸吗啡即释片

重度 15mg 盐酸吗啡即释片

4

4 小时（距首次用药 9 小时）后，对疼痛程度进行第三次判断并监测：

无痛 不用药

轻度 5mg 盐酸吗啡即释片

中度 10mg 盐酸吗啡即释片

重度 15mg 盐酸吗啡即释片 4.4 小时（距首次用药 9 小时）后，对疼痛程度进行

第三次判断并监测：

无痛 不用药

5mg 盐酸吗啡即释片

5.3 小时（距首次用药 12 小时）后，第二次用药：服奥施康定控释片，10mg。

6.

1 小时（距首次用药 13 小时，间隔上次监测 4 小时）后，对疼痛程度进行第四次判断并监测：

如 无痛 不用药

轻度 5mg 盐酸吗啡即释片

中度 10mg 盐酸吗啡即释片

重度 15mg 盐酸吗啡即释片

7.

4 小时（距首次用药 17 小时）后，对疼痛程度进行第五次判断并监测：

无痛 不用药

轻度 5mg 盐酸吗啡即释片

中度 10mg 盐酸吗啡即释片

重度 15mg 盐酸吗啡即释片

8.4 小时（距首次用药 21 小时）后，对疼痛程度进行第六次判断并监测：

无痛 不用药

轻度 5mg 盐酸吗啡即释片

中度 10mg 盐酸吗啡即释片

重度 15mg 盐酸吗啡即释片

3. 第三步：统计

①简述

六次监测中，若因疼痛仅用了一次或两次即释片，不作统计。若用三次或三次以上，则将每次用量相加，得出总剂量数。

例 1：

第二次监测：中度疼痛用 10mg

第四次监测：轻度疼痛用 5mg

其他监测均无痛，没用药

统计结果=不统计(因只用了两次)

例 2：

第一次监测：重度疼痛用 15mg

第二次监测：中度疼痛用 10mg

第三次监测：轻度疼痛用 5mg

第四次监测：无痛没用药

第五次监测：无痛没用药

第六次监测：中度疼痛用 10mg

统计结果=15+10+5+0+0+10=30mg

4. 第四步：换算

①盐酸吗啡片换算成奥施康定比例为 1.5：1

例：

30mg 盐酸吗啡片/1.5=20mg 奥施康定

换算二：

将一天 24 小时奥施康定需增加的总剂量，换算成 2 次，每 12 小时需增加的剂量。

一天总增量/2=单次增量

首次用药 24 小时（第二天早上 9 点）后，按新剂量服用奥施康定。

原剂量+新增量

如统计中的例 2：

$20\text{mg}/2 = 10\text{mg}$

首次用药 24 小时（第二天早上 9 点）后，按新剂量服用奥施康定。

$10\text{mg} + 10\text{mg} = 20\text{mg}$

5. 滴定三原则：

①六次监测中，用即释片若没超过两次，第二天奥施康定的剂量保持不变。

②奥施康定每日的增加剂量不能超过前一天的 100%。若统计和换算的结果高出这一上限，第二天的增量便定为翻一倍。

例：昨天剂量为 $20\text{mg} \times 2$ ，今天最高剂量不能超过 $40\text{mg} \times 2$ ，而且必须通过全天六次监测的过程。

③第一天滴定后，第二天调整药量，继续上述过程，第三天类似。通常一天，至多不超过三天，应会调整无痛的程度。

6 附件：滴定时间表（范例）

①9 时，服奥施康定控释片，10mg。（每天总剂量为 20mg，分二次服用）

②10 时，判定并监测：

无痛	不用药
轻度	5mg 盐酸吗啡即释片
中度	10mg 盐酸吗啡即释片
重度	15mg 盐酸吗啡即释片

③14 时，判定并监测：

无痛	不用药
轻度	5mg 盐酸吗啡即释片
中度	10mg 盐酸吗啡即释片

重度	15mg 盐酸吗啡即释片
----	--------------

④18 时，判定并监测:

无痛	不用药
轻度	5mg 盐酸吗啡即释片
中度	10mg 盐酸吗啡即释片
重度	15mg 盐酸吗啡即释片

⑤21 时，服用当天的第二次奥施康定控释片， 10mg。

⑥22 时，判定并监测:

无痛	不用药
轻度	5mg 盐酸吗啡即释片
中度	10mg 盐酸吗啡即释片
重度	15mg 盐酸吗啡即释片

⑦凌晨 2 点，判定并监测:

无痛	不用药
轻度	5mg 盐酸吗啡即释片
中度	10mg 盐酸吗啡即释片
重度	15mg 盐酸吗啡即释片

⑧凌晨 6 点，判定并监测:

无痛	不用药
轻度	5mg 盐酸吗啡即释片
中度	10mg 盐酸吗啡即释片
重度	15mg 盐酸吗啡即释片

四、续航与减量

一、续航

1. 简述

滴定后，基本维持止痛药现有剂量，平安无事继续航行。

因为主要的奥施康定每天的用量没有改变、堤坝高度没变，所以这段时间的用药是续航。

盐酸吗啡片即释片（监测仪）使用次数控制在两次以内。

2 对症消炎药

有时难以分清疼痛是因为肿瘤还是炎症。续航时，奥施康定相对平稳，一天内洪峰若仅两次瞬间漫堤，不要急着增添高度。若多达三四五次，就增加奥施康定的剂量。此时，尝试用辅助性的消炎止痛药。因为此时除了癌痛，也许还有炎痛，可配合奥施康定服用对症消炎药。

此时，可用西乐葆。西乐葆作为非阿片类药品，适于肿瘤外周组织的炎性反应，如关节及骨转移引起的疼痛，弥补奥施康定的不足。

二、减量

1. 简述

肿瘤被有效控制，病情有了好的转机，就可减量。和增量同理，如果突然停掉麻醉类药品，会导致血药浓度急剧变化。人会有焦虑、烦躁、疼痛加重、恶心、呕吐、腹泻等反应，所以减量必须依照原则。

2 原则

①如果奥施康定剂量固定，完全无疼痛期达 4 个星期以上，可尝试减量 30% 左右。

②如果减量后又疼了，则应恢复到原有不痛时的剂量。

③如果减量后没疼了、感觉良好、无腹泻等症状，三天后再尝试减量 30% 左右。隔三天减量一次，直至日服用量为 10mg，可停药。

④不能通过延长服药时间的方式来减量。例如，原来每天口服剂量为 40mg*2，可减量为每天 30mg*2，而不是 40mg*1。

第三章 问答

1. 美施康定与奥施康定的区别

平藩：

课程中将主药设为奥施康定。你服用的主药是美施康定。奥施康定与美施康定的区别是？

雅颖：

各个医院目前处方都是奥施康定，所以大多数病友正在服用它。

奥施康定和美施康定都属阿片类麻醉药、都是控释片，分子式不尽相同，药效非常接近。可任选其一。奥施康定起效比美施康定快一两小时，对长期服用的人来讲，这个影响可忽略不计。价格方面，奥比美要贵一倍或至少三分之一。

我的经验，美施康定的副作用更小。如果可以选择，建议患者主动向医生要求用美施康定。美施康定的服用方法参照奥施康定即可。剂量换算用 1: 1.5 更符合实际效果，而不是教科书上的 1: 2。

2.阿片类止痛药损害更小

雅颖：

奥施康定和盐酸吗啡片已是正规医院针对癌痛的一线用药，问题是能不能用好。医生在使用阿片类止痛药上，存在着许多盲点。

几乎所有非阿片类止痛药长期服用都会产生严重不良后果：如胃肠道溃疡、肝肾功能衰竭、出血不止等等。唯有阿片类药物如奥施康定、美施康定、吗啡即释片、芬太尼等，很少对肝脏及肾脏等重要器官产生毒性作用，更适合长期使用。

3.无痛基本原理

平藩：

只要合理运用奥施康定等阿片类药物，无论多大的疼痛都能达到无痛吗？

雅颖：

理论上成立。

为什么会感到疼痛？各种感受器能感觉到冷、热、振动、疼痛等信号，这种信号要通过脊髓、中枢神经，传达到大脑特定部位后，才能感知到。

奥施康定及吗啡一类药物的最重要功能，就是能阻断痛觉在中枢神经内的传导。剂量越大，阻断越彻底。如麻醉类药物使用调整得当，剂量增大后，副作用并不增加，所以基本没有上线限制。专家推荐日用量最高可达 5000mg，实际操作时，还有日用 1000mg 有效的，我最高时用过每天 700mg。

但麻醉类药物绝不能毫无顾忌增量。它的便秘、嗜睡，意识模糊等症状，甚至可能引起呼吸抑制的危险，使用时尽可能保持在低剂量区续航。配合使用非阿片类消炎药，能防止奥施康定增量过快。只有大约 1% 的患者，疼痛原因本身就是因肿瘤进展，直接破坏和扭曲了正常的神经传导系统，阿片类药物对其阻断功能失效，这种神经性的癌痛，目前还没有特别有效的办法。

4.止痛药的联合使用

平藩：

止痛药的配合使用要注意什么？

雅颖：

奥施康定、美施康定和芬太尼都是阿片类控释片，作用机制完全相同。所以不能同时使用。它们可与非阿片类消炎药联合使用。

消炎药是否对止痛起作用，要看体内是否有炎症，联合才有效，无炎症就可能无效。

消炎止痛药有两类：

1.对 COX-1 和 COX-2 同时有抑制作用。容易导致胃肠道、肝肾、心血管等严重受损。

2 只抑制 COX-2。

药品说明书上对此有专门的表述。所以通常选择只抑制 COX-2 的，并采用间断式的服用方法。连续服用时间最好不要超过十天，停一段时间后再继续。

5.操作决定效果

平藩：

有人说“奥施康定副作用太大、整天嗜睡、老想呕吐、止痛效果时好时坏，过不了三几天就要加量才能维持，剂量上升太快。”是不是阿片类止痛药只针对一部分人？

雅颖：

不是。奥施康定适合所有癌痛患者。同等疼痛，因为个体不同，所需奥施康定的剂量不一样，效果几乎没差别。奥施康定对个别神经病理性疼痛效果差些，但在止痛药中，没有比奥施康定缓解程度更高的单药。

疼痛分级判定、服药时间绝对准时、服药的量经过了滴定测试等，都决定奥施康定的使用效果。剂量没到足量、缺乏滴定调整的概念导致使用效果不佳。一定将每个用药细节执行到位。在奥施康定使用上不能走远，是因为执行不到位。

测定剂量的过程，大部分 24 小时可完成，有时两到三天的修正期也正常，在这期间若仍出现阵痛、爆发痛、隐痛等，不代表奥施康定的效果不好，表明剂量需要进一步调整。

便秘、嗜睡、恶心等症状，是正常的副作用，通常一到两周会缓解。

6.什么情况用芬太尼

平藩：

什么情况用芬太尼？

雅颖：

奥施康定和盐酸吗啡片，适当时联消炎药，能解决绝大部分疼痛问题。

当患者有吞咽障碍（插了胃管、肠胃器官动了手术、持续地呕吐），药物不能通过口服时，可用芬太尼。

芬太尼是透皮贴剂，贴在皮肤上，药物通过释放膜，被人体皮下黏膜吸收，从而进入血液循环，对全身发挥止痛作用。药效在 3 天，这么一个漫长的时间内，持续、缓慢、均匀地释放，它是阿片类的麻醉药，只要剂量投放正确，药效会比奥施康定更稳定、更长久，可达 72 小时；但如疼痛程度不稳定，按标准的用药指南，剂量的调整要等到三天以后。

芬太尼的使用比较复杂：与吗啡之间的量怎么换算、贴剂贴在什么部位更合适、温度高了或低了、怎样应对人胖或瘦对吸收的影响，在说明书里都有涉及。

7.理顺混乱用药

这里所说的奥施康定泛指所有阿片类的控释片，无论你在用芬太尼，还是美施康定或奥施康定，我都会把它折算成奥施康定的剂量，然后统计最近三天的用量。如每天的平均用量超过了 60mg，就适用这种方法。

第一步：确定滴定的起始量

- 1.最近三天奥施康定每天的用量相加除以 3，得到日平均值。（暂时还没掌握阿片类药物的特性和规律，之前的用药并不符合操作指南的要求，所以采用三天的平均值，更能代表用药状况。）
- 2.将日平均用量的二分之一，作为奥施康定滴定的起始量。

第二步：归零

归零的目的是不让之前服用的药效与滴定开始后的药效重叠，从而影响剂量的计算。

- 1.确保上次服用奥施康定或美施康定控释片，在十二小时之前。
- 2.确保取掉芬太尼贴膜已超过十八小时。
(若在空窗期出现疼痛，都暂时采用盐酸吗啡即释片来抑制。)
- 3.确保上次服用盐酸吗啡片或注射杜冷丁之类的即释性用药，是在三小时之前。

第三步：滴定

- 1.按之前确定的起始量服用奥施康定。
- 2.之后每两个小时评估一次疼痛状况：
如有轻度疼痛，服用 10mg 盐酸吗啡即释片；
如有中度疼痛，服用 20mg 盐酸吗啡即释片；
如有重度疼痛，服用 30mg 盐酸吗啡即释片。
- 3.如一天 24 小时中，有三次或以上轻度疼痛发生，第二天奥施康定在起始量的基础上，增加 25%的剂量。
- 4.如一天 24 小时中，有三次或以上中度疼痛发生，第二天奥施康定在起始量的基础上，增加 50%的量。
- 5.如一天 24 小时中，有三次或以上重度疼痛发生，第二天奥施康定在起始量的基础上，增加 100%的量。
- 6.第三天重复第二天的滴定过程，只是起始量改为第二天奥施康定的实际用量。
- 7.第四天重复第三天的滴定过程，只是……。直到疼痛程度降为轻度，次数不超过两次为止。

附件：

	标准	范例
第一步：确定滴定的起始量	最近三天奥施康定每天的用量相加除以3，得到日平均值。	$(200\text{mg}+240\text{mg}+160\text{mg})/3=200\text{mg}$
	将日平均用量的二分之一，作为奥施康定滴定的起始量。	$200\text{mg}/2=100\text{mg}$
第二步：归零	1.确保上次服用奥施康定或美施康定控释片，在十二小时之前。 2.确保取掉芬太尼贴膜已超过十八小时。 (若在空窗期出现疼痛，都暂时采用盐酸吗啡即释片来抑制。)	1.是否在12小时之内未服用奥施康定或美施康定控释片？ 是。 2.是否在18小时之内已取出芬太尼？ 是。

	3.确保上次服用盐酸吗啡片或注射杜冷丁之类的即释性用药，是在三小时之前。	3.是否在3小时之内未服用盐酸吗啡片或注射杜冷丁之类的即释性药品？是。
--	--------------------------------------	-------------------------------------

第四章 止痛误区

误区 1、“服药后仍有疼痛便立即换药”

初次接受阿片类药物治疗时，往往采用较小的起始剂量开始滴定转换调整长效用药，根据止痛效果逐渐调整药物剂量，要找到适合的有效剂量大约需要 3~5 天，有时更长。所以在止痛治疗的最初一两天，疼痛可能有所控制，但不如患者和亲属所期望的那样有效，此时一定不能自行停药，尽快把止痛药物剂量调整到患者适合的剂量。

误区 2、“非阿片类药物比阿片类药物更安全”

对于需要长期接受止痛药物治疗的患者，使用阿片类药更安全有效。阿片类药物没有剂量限制性毒性，也就是说阿片类药物的多数副作用可以耐受，随着用药时间延长而逐渐减轻，甚至消失。长期使用阿片类药物止痛也很少对肝脏及肾脏等重要器官产生毒性作用。

非甾体类止痛药物长期应用会产生严重的副作用。引起胃肠道溃疡、出血、肝肾功能损伤，抑制血小板功能。长期、大剂量服用含对乙酰氨基酚的药物还可引起肝脏毒性。其他辅助止痛药物毒性反应也比较大，多适于短期应用，不宜长期使用。

如果能正确使用，阿片类药止痛效果显著，适于长期慢性癌痛的控制，比非甾体类药物和其他辅助止痛药物更安全。

误区 3、“只在疼痛剧烈时才用止痛药”

对于疼痛患者，及时尽早、按时用止痛药才更加安全有效，而且所需要止痛药强度和剂量也较低。持续存在的疼痛本身可使疼痛加重，其原因是疼痛信号的不断传入、反复刺激，不仅使神经系统发生功能性改变，还导致永久性的损害，表现为痛觉过敏和异常疼痛等难治性疼痛问题，不仅止痛药的剂量要大，而且止痛效果也较差，为疼痛的治疗带来困难。此外，长期疼痛还会影响患者的情绪和心理健康，极易产生抑郁、焦虑，会加重患者身体额外的疼痛感觉，也会形成恶性循环。因此，当疼痛一开始出现时就应该及早给予积极治疗，而不要等到疼痛剧烈时才用止痛药，怎么用后面有药物操作规则。

误区 4、“止痛治疗能使疼痛部分缓解即可，没有必要达到无痛”

止痛治疗的目的是缓解疼痛、改善功能、提高生活质量。“无痛睡眠”是止痛治疗的最低要求，理想的止痛治疗除达到此目标外，还应争取让患者达到“无痛休息”和“无痛活动”的目标，以实现真正意义上提高患者生活质量的目的，对疼痛患者进行全面的人文关爱。

误区 5、“阿片类药物轻易不要用，即使使用也要有限度”

阿片类药物是癌痛治疗中必不可少的，当患者出现中、重度癌痛时就应使用阿片类药物。越早使用，所需阿片类药物的剂量就越低，而且耐药的产生时间会后延；相反，如果将阿片类药物放到最后使用，剂量可能非常大，且耐药出现快，副作用出现的可能性也会加大。如何使药物疗效和副作用之间达到平衡，用最小的有效剂量达到最满意的止痛目的才是目标！

误区 6、“得了癌症肯定会痛，忍痛是美德，比坚强！”

没有疼痛困扰是每个人的基本权利。但许多患者和亲属都认为疼痛是癌症进展过程中的必然现象，需要忍受。实际上，忍痛的危害逐渐受到重视，提倡充分的止痛治疗，这是现代医学和人类文明的一大进步。而且现代的医疗技术完全可以让癌痛患者无痛生活，只要选择理想的药物并正确地使用，90%以上的疼痛患者都可以享受无痛人生。所以癌痛治疗，应从“不忍”开始，忍也增加了止疼难度。

误区 7、“用阿片类药物出现恶心、呕吐等副作用时就要立即停药”

除便秘外，阿片类药物的副作用大多是暂时性的。阿片类药物的呕吐、镇静等副作用一般仅出现在用药的最初几天，数日后症状多自行消失。对阿片类药物的副作用进行积极预防治疗，可以减轻或避免副作用的发生，使患者顺利接受阿片止痛治疗。随意或不按时服药没有任何好处。如果药物没有起到预期的作用或者引起了副作用，更不要一停了之，要进行认真的分析，对比基础知识是否到位，然后咨询有经验的病友和专业医生。

误区 8、“只有终末期癌症患者才用最大耐受量阿片类止痛药”

阿片类止痛药的用药剂量，在不同患者之间存在较大个体差异，与肿瘤分期的早晚无直接关联。需要使用大剂量阿片药物治疗的患者多为神经病理性疼痛或其他难治性疼痛，这些疼痛之所以难控制主要与神经受累有关。还有些年轻患者因自身血流动力学特点，药物代谢、排泄速度快，需要的止痛药物剂量比其他人群大，男性比女性大，老年人成负比例。因此，止痛剂量因人而异，因疼痛而异，对于任何严重疼痛的患者，无论肿瘤临床分期及预计生存时间长短，只要止痛治疗需要，都应使用患者能耐受的足够、有效剂量。需要大剂量止痛并不意味着疾病已属晚期，病人切不可因此顾虑而拒绝有效的治疗，失去缓解疼痛的机会。

误区 9、“长期用阿片类止痛药不可避免会成瘾”

规范化用药“成瘾”风险极低（小于万分之一）！静脉直接注射使血内药物浓度突然增高，容易出现欣快感及毒性反应，从而易于导致成瘾，应避免。在慢性疼痛治疗中，采用阿片类药物缓释制剂（如盐酸羟考酮缓释片），口服给药时，可以避免血液中出现过高的药物峰值浓度，并且使血液中的活性药物在一定程度上保持恒定，发生成瘾（精神依赖性）的危险性极小。对阿片类药物产生耐受性或生理依赖性并非意味已成瘾，也不影响继续安全使用阿片类药物止痛，这就是为啥不应将针剂用于慢性癌疼，因为大剂量多次注射针剂，在间隙期疼痛感依然会将病人折磨得死去活来，反而容易成瘾，当然了，特殊时期，偶尔使用一次两次无妨

误区 10、“一旦使用阿片类药物就可能终身需要用药”

当疼痛的病因已祛除或得到有效治疗后，阿片类药物的剂量就可逐渐减少，直至停药，全过程是安全、可行的。认为阿片类药物“一旦使用就停不下来”的观点是不正确的。临床上确实有晚期肿瘤患者需要一直服用阿片类止痛剂，直至生命结束。这是患者病情的需要，而不是阿片类药物的缺点所导致的不能停药。需要注意的是，长期使用阿片类药物时不能突然停药，以避免戒断综合征出现。

误区 11、“阿片类药物会抑制呼吸”

只要小剂量起始、勤观察、多随访，呼吸抑制是可以避免的。尽量从小剂量起始，剂量增加的幅度要考虑疼痛程度，也要考虑患者的年龄、脏器功能、并发症和身体情况，这类问题芬太尼有微小概率，缓释片剂目前没有一例发生。

误区 12、“对阿片剂量的增加应该有所保留”

疼痛治疗强调足量用药，在专科医生指导下科学使用阿片类药物完全可以安全、有效地控制疼痛。阿片类药物作用没有封顶效应，剂量的增加应该持续进行，直至达到止痛效果理想、而又没有不能忍受的副作用。反过来，如果剂量不足，止痛疗效不佳，只会带来没有任何收益的风险。长期止痛不足会在患者的中枢神经系统形成疼痛记忆，导致对疼痛的敏感性增强，使疼痛进一步加重，从而使疼痛的控制更加困难，形成恶性循环。此外，在癌症患者中进行的最新研究显示，疼痛可以缩短患者的生存时间。患者对阿片需求的个体差异非常大，剂量不足可能会产生阿片治疗无效的误解，剂量不足也是很多患者认为阿片治疗无效的常见原因。

误区 13、“打针比口服用药止痛效果好”

经常听到患者这样说：“医生，我疼死了，快给我打一针吧！”，“我打针止痛都没用，你让我吃几片药就能起作用吗？”“要是到最后口服止痛药不管用了，就得打针吧？”。他们认为打针比口服止痛药都好。

决定疗效的是阿片类药物在血液中的药物浓度，而不是给药途径。只要剂量相同，口服的阿片类药物与静脉给药同样有效且更安全。但静脉注射和皮下注射会有一个血内药物浓度的高峰，在高峰时患者产生欣快感，吸毒者的药物依赖就是来源于这种欣快感，而且静脉注射和肌肉注射作用维持时间很短，等到血内药物浓度的高峰过去，药效也就基本没有了。注射给药时，药物吸收不稳定，极易导致血药浓度波动，不利于止痛治疗反而止痛过去爆发更疼，还没休息好又要迎接战斗。随着医学和制药业的发展，新发明的一些麻醉性止痛药，多采用缓释剂型，药物吸收快而稳定，血药浓度波动小，既能达到快速止痛又不至于使血药浓度过高而产生成瘾副作用，这是美好的一个畅想，感谢科学研究着创新。

误区 14、“肿瘤患者疼痛发作时才给药”

晚期肿瘤患者的疼痛是慢性长期性疼痛，止痛目的就是要缓解这种顽固性疼痛，让患者长期不痛、舒适地、有尊严地生活。只有按时给药（如 12 小时一次）才能达到有效、稳定的血药浓度，才能实现止痛目的。按需给药是指患者出现疼痛再给药，这样会让患者忍受不必要的痛苦，增加不必要的心理负担，也不利于疼痛的长期控制。不疼都要按时足量用药除非疼痛根源开始有所控制，逐步减量，减量也得按时按量给予。

误区 15、“止痛药用量越来越大，是成瘾了”

为什么止痛药用量越来越大才能控制疼痛？第一，病情发展，导致疼痛加重；第二，长期服用同一种药物，患者产生了“耐药性”，即“假性成瘾”。这样的患者通常有长时间疼痛控制不理想的历史，以及一直按时服用一种或多种阿片类止痛剂，但剂量不够。这与“成瘾”有严格区别。“耐药”是患者长期服用同一药物，对该药产生适应性，只有逐渐增加剂量才能达到原来的止痛效果。“成瘾”则是为追求欣快感而不顾尊严去获得“药物”的欲望和行为。癌症患者规范服用阿片类药物不会成瘾，因为疼痛和肿瘤的存在是现实的，疼痛是“成瘾”的天然对抗剂。通过有效的抗肿瘤治疗使疼痛缓解以后，止痛药可逐渐停止使用，而无任何“成瘾性”。

误区 16、“过早使用止痛药物今后无止痛药可用”

肿瘤治疗的原则是早发现、早治疗，早期肿瘤才能取得好的治疗效果，甚至可以完全治好。疼痛作为一种疾病，其道理是一样的，及早使用止痛药将癌痛控制在萌芽状态，可以避免形成难治性疼痛；止痛药使用越早，剂量越小，效果越好。阿片类止痛药物无剂量限制性，可以根据病情变化调

整、增加用药剂量，直至达到满意的止痛效果，而副作用并不增加。临床推荐的羟考酮剂量为每日10~5000mg。因此不存在无药可用的问题。及时进行有效的止痛治疗还可使患者摆脱疼痛困扰，以更好的状态接受抗肿瘤治疗。

误区 17、“我常常抱怨疼痛，会让人觉得很烦”

不会的。一个好的患者就是要正确表达出你的感受，这样才会有人知道要如何帮助你或者自助求知不是求死。忍痛只会带来生理和心理上的严重伤害，并使疼痛更加难以控制。

误区 18、“吃止痛药会影响肿瘤的治疗”

不会。因为止痛药只会控制疼痛，并不会影响疾病本身，更不会影响化学治疗或放射治疗的效果。控制疼痛可以使患者更有精力进行抗肿瘤治疗。和其他药物的互相药理，说明书里看一下这部分知识就可以避免，比如简单的不能喝酒不能用抗抑郁的一代药物等。

误区 19、“几种止痛药混合用效果更好”

癌症患者疼痛的病因复杂，所以强调药物联合止痛治疗，目的是针对疼痛产生的不同机制或是利用不同类型止痛药物的不同作用特点进行综合治疗，但不能同时使用相同作用机制的几种药物。比如硫酸吗啡缓释片（美施康定）、盐酸羟考酮缓释片（奥施康定）、都是作用于阿片受体，作用机制一样，因此不能同时使用，但三者中的任何一种都可与非甾体类抗炎药、辅助药物合用。需要指出的是，有些止痛药物根本不能混合使用。比如，布洛芬和阿司匹林，同时使用会增加消化道溃疡的风险，而止痛效果并不增加。

第五章 药物大全

一、三阶止痛用药

一、第一阶梯用药 轻度癌病

1.非甾体类抗炎药简述

非甾体类抗炎药是与甾体类药物（糖皮质激素）相对而言的，这一类药物其化学结构中缺乏激素所具有的甾环，故而得名。可简单地理解为非激素类抗炎止痛药物。非甾体类药物有解热、止痛和抗炎三大作用。这里提到的炎症不是由病原微生物感染所引起，而是由肿瘤原发病灶或转移病灶所导致的局部炎症、水肿。

这种非感染性炎症往往会引起疼痛，控制此类炎症会有效缓解疼痛。目前常用的非甾体类药物有布洛芬缓释剂（芬必得）、塞来昔布（西乐葆）、时唑美辛（消炎痛）、双氯芬酸等。阿司匹林是最早的非甾体类药物，但因毒性较大，近年多已不用于癌痛的治疗。对乙酰氨基酚（扑热息痛）也是第一阶梯药物，有解热、止痛的作用，但是抗炎作用微弱，所以多用于不合并局部炎症的轻度疼痛患者。

2 非甾体类抗炎药副作用

发生于肾、胃肠道和心血管。如消化不良、胃灼热、恶心、呕吐、厌食、腹泻、便秘、腹胀、腹痛等，也能造成胃肠道出血、溃疡及穿孔等严重反应。一般来说有胃、肾疾病，血小板减少及易过敏的患者应慎用。严重副作用一般发生在轻度副作用之后，因此患者出现任何胃肠道不适，都要及时向医生报告。在使用非甾体类抗炎药治疗中，随时可发生肝、肾毒性。对于老年患者，有肾功能不全、心力衰竭、肝功能不全、低血容量的患者，同服其他具有肾毒性药物，如利尿剂、血管紧张素 II 药物或儿茶酚胺类药物的患者，非甾体类抗炎药诱发肾功能障碍的危险性更大。长期服用可增加心血管事件的风险。此外，应注意非甾体类抗炎药的解热、消炎作用可能掩盖感染的征象。

3 注意事项

- ①服用非甾体类抗炎药应定期检查血和尿常规、肝和肾功能、大便隐血。
- ②需停药情况
肾毒性：肾功超出正常值上限 2 倍以上，或血压升高。发生肠胃出血，马上停药。可考虑使用西乐葆或阿片类药物。
- ③对乙酰氨基酚（扑热息痛）对许多轻度疼痛有效，但和非甾体类止痛药物相比较，抗炎作用微弱，所以不适合于合并炎性疼痛的患者，如肿瘤骨转移导致的骨痛等。长期大量使用会导致肝毒性，严重者将有生命危险！
- ④非甾体类药物和阿片类联用，止痛作用比单用各药的效果强。即用较低剂量的阿片类药物就可以缓解疼痛，而副作用较少。
- ⑤非甾体类抗炎药尤其适用于疼痛伴有肿瘤外周组织炎性反应，如关节炎、骨转移引起的疼痛
- ⑥临床证明没有一种非甾体抗炎药可对所有患者达到持续的止痛，因此可按经验用药，用一种药达不到理想效果时就换另一个同类药。
- ⑦正在接受化疗、血小板异常或者出血的患者，都应该避免选择含水杨酸的药。
根据患者年龄、是否接受化疗、是否存在单个或者多个脏器不健全或者衰竭等情况减量用药或者交替用药。
- ⑧不同时使用两种或两种以上此类药物，尽可能避免和糖皮质激素合用，合用利尿剂时要小心。
吃止痛药前喝牛奶可以保护胃肠道。（不可以用牛奶送服。）
- ⑨很多药品，如降压药、强心药、抗精神病药物如果和牛奶同时服用，可减弱药效，降低疗效。
但服用安痛定、阿司匹林等止痛药前喝牛奶可以保护胃肠道。
原因是：这类止痛药对胃肠道刺激大，可使得胃酸分泌过多，长期服用，轻者会引起轻微糜烂、胃溃疡，重者会导致出血、胃穿孔等。用牛奶送服止痛药是因为牛奶属碱性食品，可在胃中形成保护层，减少止痛药对胃黏膜的刺激。
与此相反，服用止痛药前后，吃过甜或过酸的刺激性食品，会使胃酸分泌增加加重消化道损害。
- ⑩服用索米痛、优散痛、安痛定，复方对乙酰氨基酚片（散利痛）等含氨基比林的止痛药，忌食腌肉、咸菜等腌制食品，以防药物中的氨基和腌肉中的亚硝酸钠，生成有致癌作用的亚硝胺。

4 非甾体类抗炎药

塞来昔布（西乐葆）

是选择性的 COX-2 抑制剂。在有效抗炎、止痛的同时，胃肠安全性明显提高。因其增加老年心血管病的发病风险，所以合并高血压、冠心病的老年患者使用此类药物应谨慎。

用法：100mg/片。每次一片，每日两次。或者每次两片，每日一次。

长期使用有肾脏和心血管毒性。

乙酰水杨酸（阿司匹林）

是非甾体抗炎药的代。因为阿司匹林抗血小板凝聚的副作用，易导致出血，使其应用受到限制。

用法：口服。每片 0.3g，成人 0.3-0.6g/次，每日 3 次。但是即使一次口服 3-4 片，止痛效果也不会继续增加。

其它

同时抑制 COX-1 和 COX-2：布洛芬缓释胶囊（芬必得）、萘普生、双氯酚酸钠、高剂量阿司匹林、吲哚美辛、吡罗昔康等

COX-2 选择性抑制剂。在抑制 COX-2 的同时并不明显抑制 COX-1，但在较大剂量时也抑制 COX-1：美洛昔康、尼美舒利、萘丁美酮等。

吲哚美辛（消炎痛）

本品口服吸收完全，服药后 1-4 小时血药浓度达峰值。直肠给药比口服给药更易吸收。消炎、退热、止痛作用较阿司匹林强。

用法：每片 25mg。口服，首次剂量 50-100mg，以后每次 50mg，每日 3 次。饭后即服或临睡前服用，或遵医嘱。有效后迅速减量并停止服用。吲哚美辛栓可直肠给药。

注意：每日最大量 150mg。超过该剂量不能增加药物效果，却能增加副作用。

副作用：胃肠道、头痛及其他大脑功能障碍。

吲哚美辛控释片（消炎痛控释片、意施丁）

解热、缓解炎性疼痛作用明显，故可用于急、慢性风湿性关节炎、痛风性关节炎及轻度癌痛；也可用于滑囊炎、腱鞘炎及关节囊炎等。用于胆绞痛、输尿管结石引起的绞痛有效；对偏头痛也有一定疗效，也可用于月经痛。

用法：口服。开始时每次服 25mg，早晚各一次，疗效持续 12 小时。饭时或饭后立即服用（可减少胃肠道不良反应）。每日最大剂量不得超过 200mg。

副作用：胃肠道、中枢神经系统症状，如头痛等、肝功能损害、抑制造血系统、过敏反应，常见有皮疹、哮喘。

注意：

(1) 本品与对乙酰氨基酚长期合用，可增加肾毒性药品副作用。与其他非甾体抗炎药合用时，消化道溃疡的发病率增高。

(2) 与阿司匹林或其他水杨酸盐同时应用，不能增加疗效，而胃肠道副作用明显增多，并可增加出血倾向。

(3) 饮酒或与皮质激素、促肾上腺皮质激素同用，可增加胃肠道溃疡或出血倾向。

(4) 与肝素、口服抗凝药、溶栓药合用时，有增加出血倾向的潜在危险。

(5) 与氨苯蝶啶合用时可致肾功能损害。与秋水仙碱、磺吡酮合用时可增加胃肠溃疡和出血危险。

(6) 活动性消化道溃疡、肾功能不全、对非甾体类抗炎药物过敏者、震颤麻痹、癫痫、精神病、孕妇、哺乳妇女及儿童禁用。

氨糖美辛

每片含盐酸氨基葡萄糖 75mg，吲哚美辛 25mg。

本品能改善关节软骨的代谢，有利于关节软骨的修复，具有明显的消炎止痛作用，且能缓解非甾体类抗炎药对蛋白多糖化合物合成的阻滞作用，从而降低吲哚美辛原有的毒副作用。

适应症：用于强直性脊椎炎、颈椎病、轻度癌痛，也可以用于肩周炎、风湿性或类风湿性关节炎等。

用法：每次 1-2 片，每日 2-3 次，于进食或饭后即服。

副作用：口服不良反应少，偶见过敏反应，有皮疹等表现。

注意：

1) 本品为肠溶衣片，应整片吞服，以防药物在胃中被破坏。

- 2) 连续使用 3 天后炎症仍未消除，应向医生咨询。
- 3) 肾功能不全及孕妇禁用，胃与十二指肠溃疡及小二慎用。

吡罗昔康

因其副作用很大，近来已很少使用。

对乙酰氨基酚控释片（扑热息痛控释片）

止痛、退热作用与阿司匹林一样，抗炎作用不明显。

适应症：缓解轻至中度的头痛、关节肌肉疼痛、牙痛、痛经、产后和手术后疼痛，以及癌症引起的轻、中度疼痛。感冒引起的发热及其他不适症状。

用法：650mg/片，一次服用 2 片，止痛效果长达 8 小时。一天不超过 6 片。（每 6 小时 1 次，不超过 4g/d）

副作用：胃肠道反应和肾毒性小，但大剂量可出现肝毒性。

双氯酚酸钠双释放胶囊（戴芬）

每个胶囊中共含双氯酚酸钠 75mg，其中 25mg 为速释肠溶颗粒，可迅速释放缓解症状。其余 50mg 为缓释颗粒，维持长时间平稳持久药效。口服后大约 1 小时即达到血浆高峰浓度，然后血浆浓度平稳下降。本品优点是：更快更可靠的初始吸收；血药浓度稳定，个体差异小；更少受进食的影响。

用法：成人常用剂量为每次 75mg，每日 1 次，必要时可增加至每日 2 次。

奥司克

为肠溶片。每片含有双氯酚酸钠 50mg，外层含米索前列醇 200μg。前者能抗炎，后者有保护胃黏膜作用，两者兼顾，即缓解疼痛和改善活动，又减少了胃溃疡发病率。

用法：每次服 1 片，每日 2-3 次。药片应完整吞服，不能嚼碎。

双氯酚酸钠缓释片（扶他林、双氯灭痛）

该药的抗炎、止痛和解热作用强。

用法：每次 75mg，1 日 1 次。最大剂量每日 150mg，分 2 次服或遵医嘱。药片应完整吞服，不能嚼碎。

副作用：剂量小，副作用少，多为轻微且可逆，其中大部分为轻中度的胃肠道反应，老年和儿童患者的耐受性均好。

布洛芬（异丁苯丙酸）

口服后吸收迅速。若与食物同服吸收减慢，但吸收量不减少。其消炎作用较弱、止痛作用较强，且具有和阿司匹林、对乙酰氨基酚相似的退热效果，并且较其更持久。

用法：每片 100mg 或 200mg。口服成人每次 200mg，每日 3 次，饭后服用。（最高剂量：每次 400mg，每日 4 次，不超过 3.2g/d）

副作用：对胃肠道副作用较少，肝毒性反应较小。

注意：此类药物不宜长期应用。（不超过 2 周）

萘普生

服药后可分布于全身组织，关节中达到有效浓度。为中效抗炎药。其消炎作用较保泰松强，止痛、解热作用比阿司匹林强。萘普生是一种酸性药物，加服碳酸氢钠能加速本品吸收，而氢氧化铝和氧化镁则相反。

用法：250mg/片。每次 250mg，每日 2-3 次。

副作用：少数患者出现轻度消化不良、腹部不适、胀气、恶心、食欲减退等胃肠道副作用。

注意：对阿司匹林过敏者、有胃及十二指肠溃疡、肾功能不全、高血压、冠心病者禁用。

美洛昔康（莫比可）

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/818017052035006057>