

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、盐酸吗啡即释片

第二章 止痛的平衡术

- 一、止痛与不伤身的平衡
- 二、即释片监测
- 三、归零与滴定 统计与换算
- 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、一阶药物
- 二、二阶药物
- 三、三阶药物
- 四、辅助药物
- 五、副作用处理药物

第六章 其他

- 一、天花板效应
- 二、阿片类药物与非甾体类药物
- 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、急性带状疱疹与治疗后的神经痛
- 十、其他治疗

第七章 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. 泰勒宁不适合骨转痛。

3. 泰勒宁可以掰开吃。

4. 泰勒宁比较伤胃。

5. 泰勒宁一天最多四片。

6. 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。
7. 戎膺：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。

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，误差不能超过正负半小时。

二、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，此时药效在体内叠加了一倍；

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

1. 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。

2. 依赖性

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、使用奥施康定

1. 控制疼痛又不伤身

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。

2. 奥施康定禁止掰开

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、奥施康定控释片与奥施康定缓释片

1. 区别

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。

2. 备注

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、盐酸吗啡即释片

一、简述

癌痛是洪水，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、止痛与不伤身的平衡

一、简述

堤高与水位保持相等，疼痛时轻时重，坝也跟着忽高忽低，为了不给身体造成额外的副作用，一定力戒超出过多。

治疗恶性肿瘤主要是手术、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、即释片监测

一、引言

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？

二、测定

1. 简述

调整控释片剂量，必须通过即释片来测定。

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。

2. 步骤

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。

3. 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

1. 奥施康定的用法与医院相同。

2. 盐酸吗啡片的用法与医院不同。

四、案例

1. 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。

解析：

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。

2. 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。

解析：

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、归零与滴定 统计与换算

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

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：

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。

②示例

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

②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 20mg*2，今天最高剂量不能超过 40mg*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，可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。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。

我觉得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. 吗啡泵易感染

鹰：

吃奥施康定、美施康定的呕吐副作用特别大，想装吗啡泵。吗啡泵易感染吗？还是医生装的时候失误？

憨豆精神：

主要现在全世界已经没有了全植入的吗，都是在裤腰处装个输液港，连接到蛛网膜下到中枢神经，针头是外置的，是容易感染。

8. 不要使用激素止疼

雅颖：

没有止不住的癌疼，没有缓释片解决不了的。

绝不能用激素类止疼，比如地塞米松。激素不光是股骨头坏死，它对免疫的抑制破坏，最终估计连个感冒都无药可救。

9. 奥施康定注意事项：不能掰开+按时服用

雅颖：

奥施康定绝不可以掰开，危险。奥施康定直接到 20mg。增加 5mg 没啥意义，或者配合泰勒宁，低剂量奥施康定完全可以配合泰勒宁。

JP：

奥片是毒品瘾君子的收藏佳品之一，他们吃奥片就是打开吃的。

奥施康定绝对不能打开。即释片应该有 5mg 剂量的。

即释片一般每 4~6 小时吃一次，缓释片一般每 12 小时吃一次。如果吃缓释片熬不到 12 小时，用即释片坚持一会也可以，按说明书吃就好。

10. 副作用和耐受

JP:

奥施康定这类止疼药的副作用和剂量有关系吗？多大剂量时副作用会完全显现？在这以后副作用会维持不变吗？

雅颖:

第一月基本都会有强弱不一的副作用，强的多。一月后的便秘等吃个一天 20 和一天 1000 没区别。

JP:

奥片吃久了后，人会对其作用适应，所以止疼效果会慢慢降低，这个过程一般有多久？

雅颖:

初次吗啡耐受期日子不好过，对付办法就是尽量闭眼睡觉，养神也行。

JP:

我没什么副作用。现在每天吃 50mg，想加量。如果加量到 75mg，副作用会有什么变化？

雅颖:

进展速度起来，短时间量越来越大，进展慢加量慢。

JP:

一旦适应了奥片，它的止疼效果可能会慢慢变差。我吃奥片已超过 12 个月。

雅颖:

一会方案控制减量，就是不完全控制，病又不好加了量，有控制一般减量后，耐药又进展奥又加量。

我吃了大约一年，病情控制，三个月内从 750 到甩掉。说明你病情从吃奥开始就没有给力的方案完全控制。你的吃着时间长决定的药效低是错了哦。加量副作用没啥，不信你就加量吃自己感觉么，这个没啥，那天控制病甩掉不是啥稀罕事。50 不错啊，说明情况可以，我不到 2 月 100。后面更是加的快。

JP:

现在每天 50 毫克奥片副作用不大，轻微便秘。

雅颖:

尽可能 24 小时循环均匀浓度增减或停。好，那就体验开始，其实你从 10 到 50 的跨度副作用叠加没你是清楚的。

JP:

关键是我没有感到什么副作用。

雅颖:

75 小剂量，疼痛解决到的度啥样。配合即释片要到位滴定再转换成奥。达到无疼感觉。12 小时 75？

JP:

我现在每天 75，我现在吃的都是即释片。我吃的都是奥施康定的缓释片。我现在平均 4~6 小

时吃一次止疼药，每次差不多 15 毫克奥施康定。

雅颖：

奥 75 很低的量，如果差一点一天在最不舒服时段加吃即释片 10 毫克，一日不超过三次就行，超过就转换奥*比例是奥比吗啡 1 比 1.5。4 到 6 小时一次奥是错误吃法。奥缓释片，即释片是盐酸吗啡片，不一样。你概念混乱厉害，临床唯一应用的即释片，缓释片有三种奥，美，美菲康，美菲康属于奥和美的一代产品比较失败。

11. 滴定

木子：

泰勒宁止不住痛了，需要吃什么止痛药？

雅颖：

奥施康定。

木子：

泰勒宁一天 4 颗，还是痛。

雅颖：

止痛目的是不疼为主，副作用一月都耐受。除非器官成旧问题禁忌，10 毫克估计不行，但不能一下吃多，先尽快低剂量尽快过渡。第一个 12 小时用 10 毫克和泰一粒一起，下个 12 小时就 20 毫克。然后这个 20 作为 12 小时的开始滴定量，也就是止痛效果观察量。即释片一定要有。

无常：

止痛药减量也是有原则的，原则上是按 25 至 50%递减。

12. 泰勒宁

戎膺：

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。

静一：

泰勒宁可掰开吃吗？

戎膺：

泰勒宁可掰开，奥施康定不能掰开。

静一：

若患者本身胃部有溃疡，是否适合吃泰勒宁？

pychen2008：

泰勒宁比较伤胃，奥施康定的副作用是易大便干燥。奥施康定是缓释片，一般分 5 毫克、10 毫克、20 毫克和 40 毫克。12 小时一次给药，而泰勒宁是即时的在服用奥施康定效果没有出来时

可以再服泰勒宁。

雅颖:

如果泰勒宁伤胃，其它轻度用药更厉害。好歹泰勒宁含羟考酮。其它非甾体止疼药伤胃成份比泰勒宁大多了，全部的对乙氨基酚或者络酚类。非甾体过量或长期使用很危险，所以才选泰勒宁，相对伤害小。

泰勒宁一日不能超四粒，否则会有天花板效应，止痛一般、甚至管不住疼。虽不过量，但长期使用的话，对胃是危险的。

轻度疼痛时用泰勒宁，过渡到纯阿片类时，就更容易耐受阿片。

曲马多尽量不用，国外基本停止此药出售。

泰勒宁可以止痛胃炎。如果没吃易和特，吃的 9291，就配拉唑类保护胃。

奥施康定没有无效一说，也不是必须泰勒宁开始。轻度可以低剂量的阿片开始，泰勒宁本就含阿片，方方面面考虑泰勒宁最合适。

西乐葆是避免伤胃的研发，对心脑血管副作用大。相对不危险，除非自身心脏病厉害。即便纯的非甾体伤害可控，泰勒宁更没问题。不要过量和长期每天不断，我是不大舒服吃半粒或一粒，不是天天。偶尔是为了更好的质量，不是进入止痛用药状态。

感冒时，也吃非甾体感冒药。对乙氨基酚基本是很多感冒药成份，比泰勒宁含量大多了，问题在于不能过量和长期使用。常用药和泰勒宁对乙氨基酚含量一样。白加黑含量和泰勒宁一样。

创面止痛可以把盐酸吗啡片化成水冲洗或者研磨撒面，缓释片不可以。妇科肿瘤如果内部溃烂，可以即释片化水，最好生理盐水进行冲洗。

13. 肋骨痛

Gaowei:

奥施康定从每天 60mg 加到 100mg 止痛效果没变化，只是嗜睡，要换药吗？12 小时 50mg，能睡着觉，老是昏昏沉沉，起床后体位变化疼痛就会加剧，以前吃 30mg 时也是体位变化时疼痛加剧，加量后只是睡的多了，感觉疼痛没减轻。

雅颖:

第一月，奥施康定各种副作用都很厉害，嗜睡很正常，吗啡类止疼药有镇静让多睡的副作用，30 就可以了，不要加量，因为体位变化这个和持续越来越痛不一样，持续加重肯定要加量。体位变化具体哪个部位疼？

Gaowei:

肋骨痛。

雅颖:

肋骨痛联合西乐葆试试，0.2g 的早晚一粒。或者奥处于低剂量可加一粒泰勒宁，泰勒宁有 325mg 的对乙氨基酚可以对付炎性的疼痛，止疼不是一味加量，有时可灵活连用侧重问题的药。

憨豆精神:

我也觉得光是奥施康定不行，得加非甾体消炎药，但非甾体吃久了各种副作用够呛，非甾体吗啡安全。非甾体吃久了容易贫血、脚肿、胃肠不适。

雅颖:

癌疼前一阶段如果大多是非甾体，肠胃的伤害是厉害的。吗啡就不会，吗啡的耐受期过了就便秘这问题，别的没有。

憨豆精神:

起码吗啡没有肝肾毒性。

雅颖：

吗啡缓释制剂已是国际规范标准的癌疼治疗手段，有些带炎性的疼的确需要配合非甾体，效果好，大多数光缓释片配合即释片挺好，芬太尼也不错，这次泰勒宁尽然对付止咳一流好，说明吗啡成份抑制呼吸作用。

14. 骨转痛

老马：

西乐葆级别比曲马多低，止痛药都是从低的开始吃。

雅颖：

单纯中轻度骨疼吃西乐葆管用。每个药物侧重点不一样。神经痛吃西乐葆就很一般。曲马多副作用大、对胃很伤害、不见得对骨疼很有效果。

15. 胸膜痛

康康：

两肺都有、无远端转移、前几天增强 CT 肿瘤有缩小。胸膜牵拉越来越疼，打算上 10mg 即释片，如果越来越疼，能顶多久？以后吗啡能止住疼吗？

雅颖：

先吃点泰勒宁看看，吗啡不会止不住。一定会止住，除非成旧器官问题和经济问题。

康康：

上吗啡的时机很难把握，主治医生不建议上。

雅颖：

10mg 即释片滴定测试一下看也行。

康康：

目前一天四片泰勒宁，每片顶两个小时。

雅颖：

泰勒宁和即释片 10mg 滴定测试都对。先吃泰勒宁控制病情不吃最好。吗啡比起泰，耐受期反应和便秘讨厌。能短期泰勒宁控制疼解决病情问题，就不吗啡。那就果断即释片滴定，泰没多大意义。4 片以上对已氨基酚超量，止疼效果没有副作用更大了。肠胃副作用不可逆。控制减量太快反而反弹，以为更疼，逐步减量停药。

康康：

有比泰勒宁效果更好、吗啡以下的氢考酮药吗？

雅颖：

没有。曲马多人工合成吗啡，一般不用，但医院大量在用。10 不一定咋样，但滴定测量，先试探，全靠滴定测和病人准确老实诉求。

康康：

一天四片泰勒宁不管用。

雅颖:

那就 20。中间有疼的趋势赶紧吃即释片 10mg，在观察即释片用的咋样和维持几小时。

康康:

没 10mg 吗啡即释片。

雅颖:

20mg 奥有疼的趋势即释片解救，可以重复给即释片但不能小时内。

雅颖:

记得你说:泰勒宁和西乐葆同时吃比较适应胸膜引起的疼痛。

缓释片禁止掰开。实在爆发了没即释片，就两粒 20mg 的西乐葆压制，但这样只能压制一次，心脏不行。比如 20mg 奥半路疼即释片解救到 12 小时的用量要记清楚。

康康:

10mg 的奥施康定吃了半路疼，直接吃另一片 10mg 的奥施康定吗？就像昨天一样？

雅颖:

8 小时滴定，不要太任性，半路即释片或西乐葆解救。

奥等于盐酸羟考酮缓释片或控释片。美施康定等于硫酸吗啡缓释或控释片。即释片等于盐酸吗啡片。美菲康等于盐酸缓释片。美菲康没用，不要开。

奥施康定两片之间间隔必须 8 小时，那我家凌晨十二点到五六点最疼，第一片应该什么时候吃呢？吃奥不能挑时间，本就全天均匀浓度控制，不疼到点要吃，除非病情控制。

和吸毒唯一的区别就是 24 小时血液浓度尽量均匀。你这随疼用药冲击就是标准吸毒，吃缓释片别任性。吗啡没有耐药一说，耐药一说那吸毒的吸吸耐了，还戒啥子毒。

康康:

九点半刚吃的奥施康定，目前只能用泰勒宁和 10mg 针剂吗啡解救，如果不够八小时，选哪个？泰勒宁可以吗？

雅颖:

吗啡保质期长，尽量备存一点，至少要有即释片吧。干脆来一颗泰现在就吃，半夜针剂解救，不疼就不解救。

16. 内脏痛

雅颖:

羟考酮对内脏疼还可以，联合普瑞巴林应该可以的。普瑞巴林针对神经的，普瑞巴林按说明吃。泰勒宁吃泰勒宁的时间。可以一起也可以分开。问题不大。都不是纯吗啡类，根据情况调节。进入美或者芬太尼就不能这样随意了。严格用药时间的，不能早晨不疼就不吃。

好多鱼:

现在美 12 小时 90mg，之前最好状态的时候 12 小时 10mg，我很知足了，去年这个时候他疼的满地打滚儿呢。

雅颖:

止痛某种意义和靶向一样可以延长生命一段时间，早干预妥当。病情没控制就不行，控制逐步减量甩。

雅颖:

我精力就是把知道的告知,后面药物操作有些概念实战证明指南也不对,比如奥和吗啡换算实际不是 1:2,是奥比吗啡 1:1.5。

奥是羟考酮,美是硫酸吗啡。理论是换算吃一样。

但实践一例是:奥吃 900 毫克换成美 900 效果比奥好。原本奥和美是 1:1.5 换算应该吃美 1350mg。所以认为,奥耐受比较副作用可以,但耐受过后美似乎比奥好,也许吗啡比羟考酮的释放更容易。理论和临床有时候不统一。所以无论奥还是美,有的吃就不计较很多,能控制不疼就行。区别不是很大,心理问题,无论哪个增量吃不疼就是标准。终究要解决根本问题逐步甩掉。

其实奥被吹的上天,长远远不如硫吗也就是美施康定有优势,奥的性价比远不如硫吗,一切奥的概念在于临终架势,昂贵利用普遍,后期止痛没硫吗好操作。

奥是羟考酮硬度结构强,美是吗啡结构软容易释放。比奥稍微多点量。杜冷丁效果要比口服的效果差好多倍,只是瞬间的一个压制,流星一样划过。所以吗啡即释片要比杜冷丁好多少倍,和杜冷丁起效时间差不多,但维持多几小时,同时安全。杜绝对不安全。即释片满世界都是,也就乡村医院没有,是个县里的都有,缓释片昂贵有些医院没有。

芬太尼也不能死套 16 版更新的不能剪开。

芬太尼的高价钱和三种剂量的不到位,不剪咋用,注意就行。水晶是指导开始就用芬太尼比较成功案例。但芬太尼的利弊不简单,没有最好。切记不要在止疼寻求最好,综合利弊和实际情况,但实战必须调整剂量就剪开,剪不当也死人呢。但缓释片说啥不能嚼碎弄开。

芬太尼骨架型可以剪开,储库型不能剪开,因为储库型的芬太尼透皮贴剂,是一个充填封闭型给药系统,剪开后会导致药物的瞬时释放。储库型的如果太大,规范做法折叠成一半用。

颅压太大不能用芬太尼。

雅颖:

我吐了大半年我也脑袋没事,来自胃肠的吐和脑袋有问题的吐。

天天好心情:

颅压高的症状是头疼、憋状的疼。当时疼的脸都憋的通红,打甘露醇立马见效。

雅颖:

脑袋是圆的,脑膜面积大,颅压不都是均匀的,那块大压那块就啥样反应。不可能所有病人都压一个地方。来自脑部感知呕吐绝不是来自胃肠呕吐感知,这种只有自己清楚。

17.

雅颖:

芬太尼 4.2=60 毫克吗啡。芬太尼 4.2=45mg 奥施康定。一贴 2.1 芬太尼含多少奥施康定不是按一天释放大约 22 毫克羟考酮乘 3 算总量的,含量远比三天大的多。但它的缓释和常规体温一天只释放大约 22 毫克羟考酮,连续三天,每天释放。也就是个微型泵。也是按止疼泵原理制造的。

世界:

只有当用泰超过 4 颗后,不能口服控释片,就需要用到芬太尼 2.1 就够了?

雅颖:

对，2.1 一贴的一天释放总量这么多，这样的释放浓度只能保证 72 小时。之后保证不了，尽管残存 50%量。 释放共计大约 66。但实际含量高于一半以上，大约 132 毫克左右。所以只换算一天的量就贴三天，不用挖深了算。4.2 一天释放的量是 60 毫克吗啡，不是含量，是释放量，含量大概 360 毫克左右。三天共计释放 180，剩余 180。

世界：

假如 2.1 的芬太尼控制不了，中间用即释片，还是用其他的止疼药如西乐葆来辅助？

红豆：

口服吗啡 90mg/日 $\approx$ 多瑞吉 25 μ g/小时 这个是不是说我现在每天需要吃 80mg 吗啡。

这样的话，用一贴 25ug/h 这样规格的芬太尼，贴够 72 小时然后循环贴就行了？

雅颖：

不对，芬太尼的换算，各种标准综合下来，目前就按一个死公式 4.2 毫克一贴规格是一天释放 60 毫克吗啡，也相当于一天释放 45 毫克规格羟考酮。释放量不是含量。

25ug/h=4.2=60mg 吗啡=45mg 奥施康定

50ug/h=8.4=120mg 吗啡=90mg 奥施康定

75ug/h=12.6=180mg 吗啡=135mg 奥施康定

100ug/h=16.8=240mg 吗啡=180mg 奥施康定

芬太尼一贴用三天，吗啡和奥施康定是每日剂量

不管芬太尼含多少奥施康定，每天按规格释放就是这么多。按这个死公式换算就行了。

但是发烧，搞电褥子那就难说死活了。前天这个释放量是常规日常温度。别导致高温体表。贴上用密封套管针的膜封上，字条上写日期时间，洗澡也不影响。但不要高温洗澡，也不要洗澡太久。更不能温泉，艾灸等增加皮肤温度的，会加速释放，失控。芬太尼通过脂肪吸收，贴到骨头上那就折扣大的去了，平整地方，肚皮不行，坐下来全是褶子。可以贴后背。温度高，贴上是胶状，会高温导致熔的快，皮肤吸收就多，瞬间剂量超速，这个收不回来的。发生问题纳洛酮解救，可以多次解救直到安全。

18. 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。

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/865030202104011142>