



癌痛治疗新进展





What is cancer pain ***?***



癌痛：

由于癌症自身发展，癌症诊断和治疗，以及癌症病人并发感染、慢性疼痛性疾病和癌症疼痛综合征所发生的疼痛。

——第九届维也纳国际疼痛大会



据WHO（世界卫生组织）估计， 30%-50%的癌症患者有不同程度的疼痛， 60%-90%的晚期癌症病人会发生中、重度疼痛；全世界有超过80%的癌痛患者没有得到有效的治疗。

WHO和IPC（国际疼痛协会）已经把癌痛定性为一个全球性的健康难题。



- **1980年：**WHO召开专家委员会，寻求简单、有效、科学、确切可行的止痛方案。
- **1982年：**意大利米兰会议制定了WHO三阶梯癌症疼痛治疗方案并提出“2000年在全世界范围使癌症患者基本无痛”的目标在欧洲多个国家进行试点。
- **1984年：**在日内瓦召开“癌症疼痛综合治疗会议”，在世界范围推广“三阶梯止痛原则”。
- **1986年：**WHO正式编辑出版了“癌症疼痛的治疗”，并在全球正式广泛推广三阶梯治疗原则。



传统的WHO癌痛阶梯治疗方案:

轻度疼痛

阿司匹林

对乙酰氨基酚

NSAIDs

± 辅助性药物

中度疼痛

可待因

曲马多

± 一阶梯药物

± 辅助性药物

重度疼痛

芬太尼

吗啡

氢吗啡酮

美沙酮

羟考酮

± 一、二阶梯药物

± 辅助性药物



传统的WHO癌痛阶梯治疗原则：

1

“按阶梯”用药

2

“按时”用药

3

无创给药

4

个体化给药

5

注意具体细节



癌痛三阶梯治疗方法

优点：简单明了，易于掌握；

缺点：过于简单，疗效欠佳。



NCCN（美国国立综合癌症网络）

在癌痛三阶梯治疗的基础上，今年来每年均推出1-2版《癌痛临床实践指南》，对临床癌痛治疗工作进行具体指导。



2011 NCCN成人 癌痛指南（第 二版）

评估：

内容：包括疼痛强度、性质、爆发痛；精神状态、生活质量。

要求：全面、及时、准确、多次

非药物治疗：

心理支持
认知训练
物理治疗
介入治疗（也被称为“第四阶梯”）

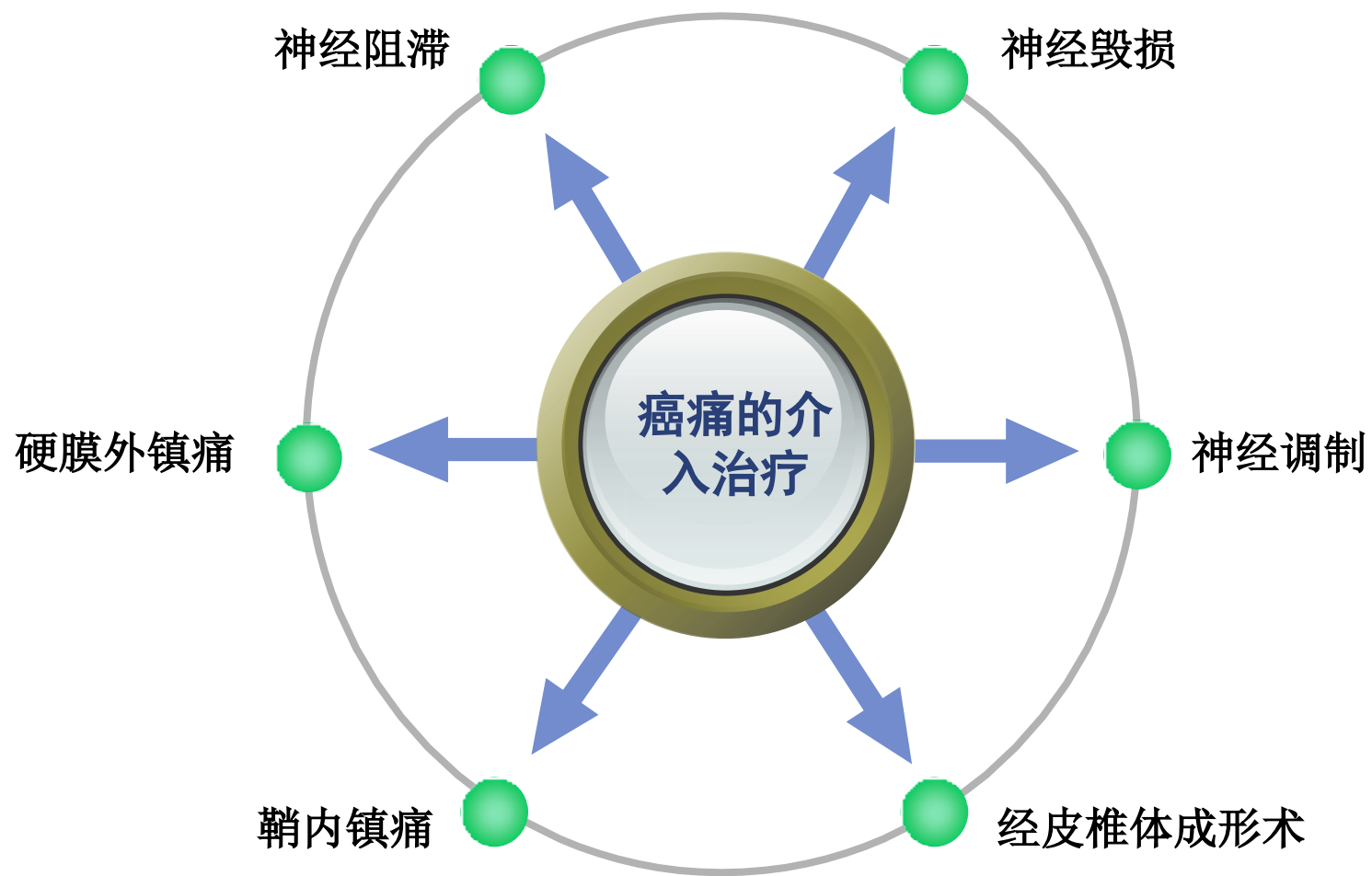
辅助用药：

抗抑郁药：阿米替林、度洛西丁、文拉法辛等。

抗惊厥药：加巴喷丁、普瑞巴林等。

并发症的处理：

以预防为主，要及时明确病因；除外便秘，阿片类药物的其他副作用会随时间逐渐减轻。





1、神经阻滞：

以局麻药为主，辅以糖皮质激素等。

局部麻醉药主要是通过阻断电压依赖性Na⁺通道，进而抑制神经元动作电位的产生和传导来减轻疼痛的。

适应证：癌症诊断和治疗过程中出现的急性疼痛。

常用的局部麻醉药包括：利多卡因、布比卡因、罗哌卡因。



2、硬膜外镇痛：

药物：阿片类药物和/或局麻药。

最佳适应证：癌症诊断和治疗过程中出现的急性疼痛。

病例一

女性，48岁，胆囊癌，应用芬太尼透皮贴8.4mg*5贴，VAS评分8-10分。行持续硬膜外镇痛治疗后，停用芬太尼透皮贴，VAS评分4-5分。



缺点：

- ❖ 需要较大容量，必须经常给药或更换药盒；
- ❖ 做PCA镇痛时，起效稍慢；
- ❖ 容易产生快速耐受。

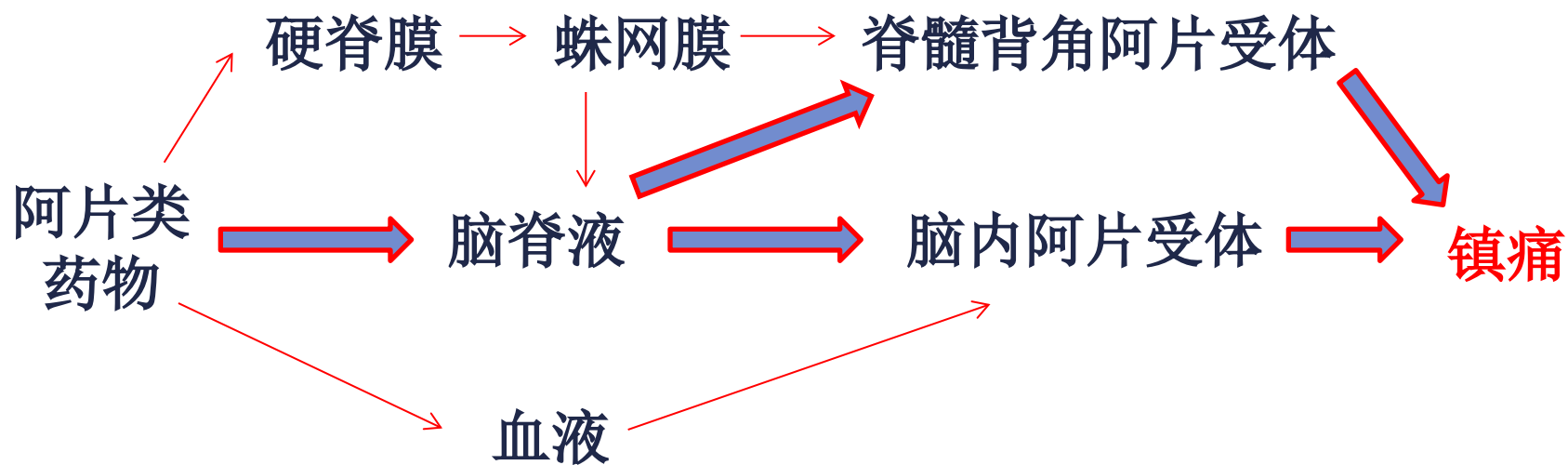


3、鞘内镇痛（蛛网膜下腔镇痛）：

适应证：除外头面部肿瘤引起的局部疼痛，鞘内镇痛几乎可用于所有癌痛的治疗。还包括手术后顽固性腰腿痛，FBSS（Failed back surgery syndrome），下肢动脉硬化闭塞症疼痛，多种神经病理性疼痛（如 CRPS、PHN），轴性躯干性疼痛，弥散性疼痛，骨质疏松性疼痛等。



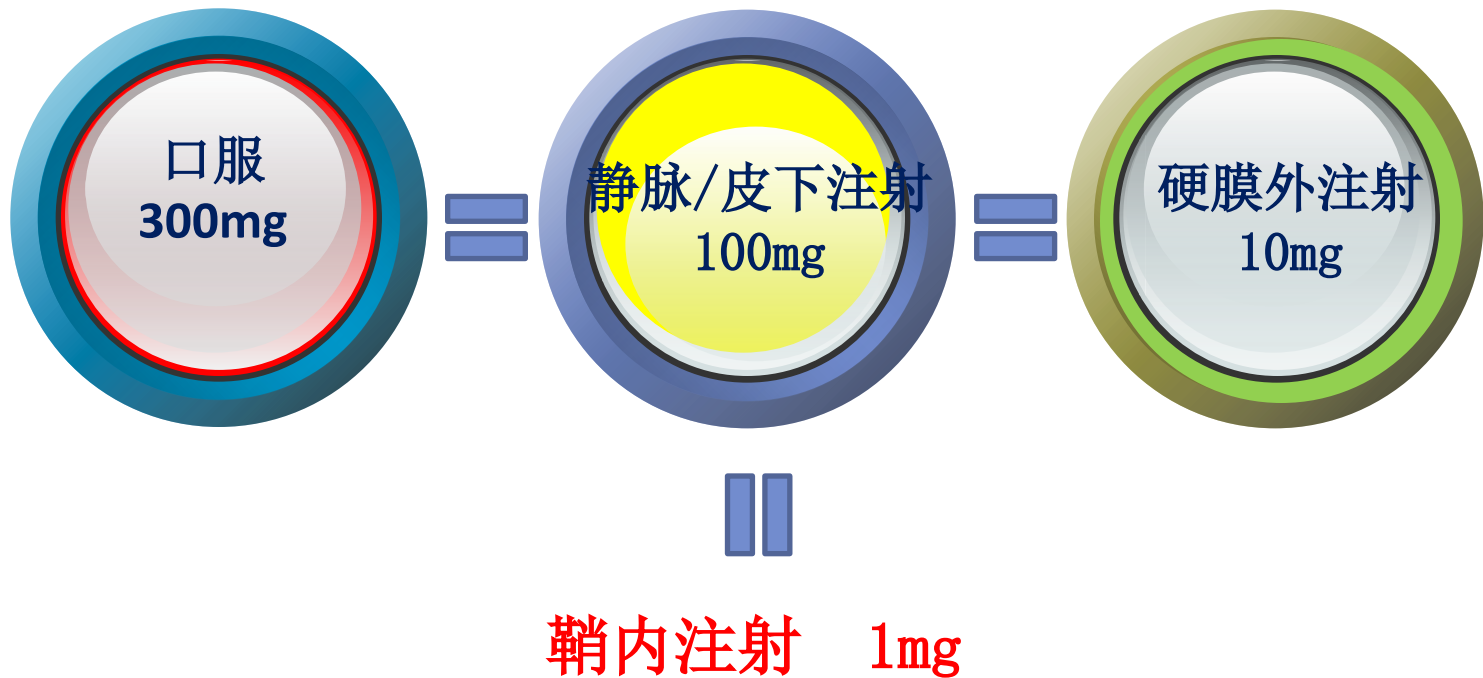
鞘内阿片类药物作用机制



→ 硬膜外
→ 鞘内

Diagram

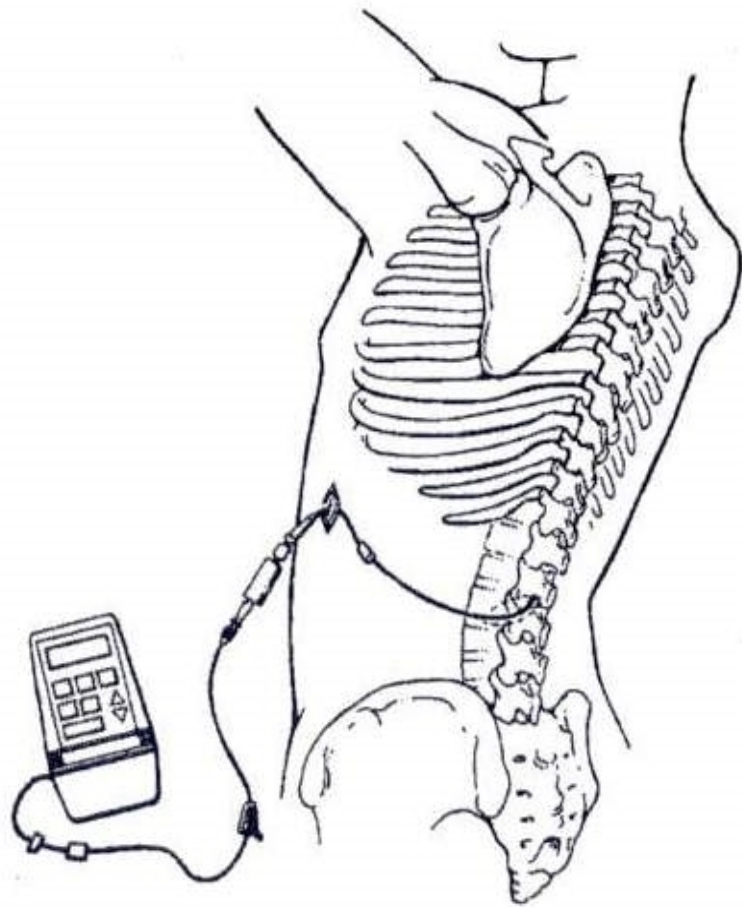
换算公式（以吗啡为例）：





病例2:

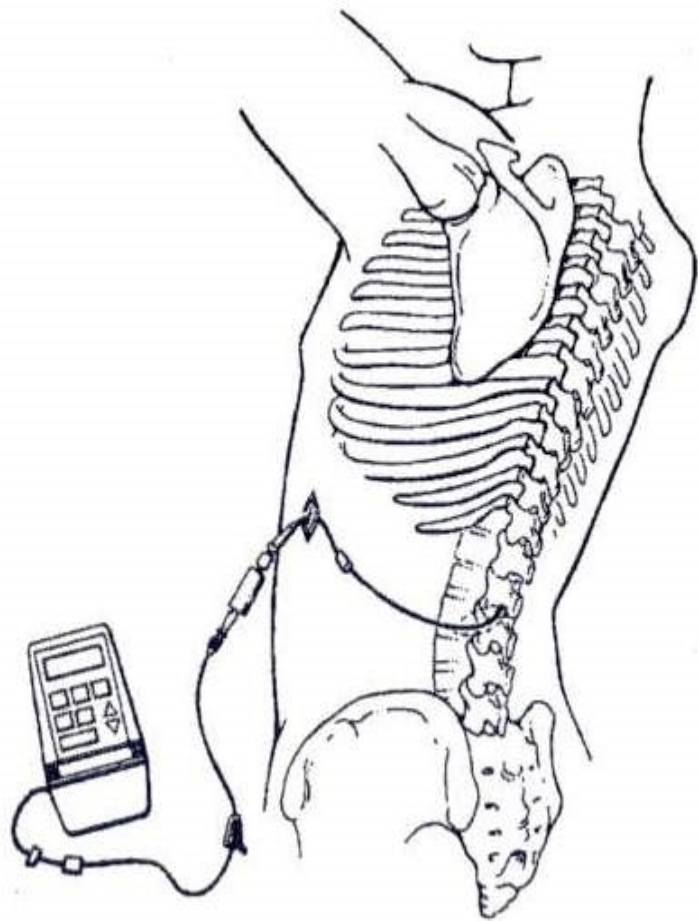
男性，56岁，因“右背部纤维肉瘤伴多发转移半年”入院。入院时应用芬太尼透皮贴8.4mg*5贴，并间断皮下注射吗啡30-40mg，VAS评分10分。入院后立即进行吗啡滴定，24小时静脉用量为280mg。





病例2:

择日行鞘内药物输注系统植入术，导管尖端置于T8椎体上缘水平，给药浓度为0.05%吗啡+0.15%罗哌卡因，设定持续量为0.2ml/h，单次量为0.5ml，不设锁定时间。术后24h，VAS评分5-6分；术后48h，VAS评分4分。后加用普瑞巴林，15天出院，VAS评分4分。



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/437131043011006116>