

·综述·

## 癌痛康复治疗进展

王倩<sup>1</sup> 王德强<sup>1,3</sup> 孙书勤<sup>2</sup>

全球癌症的发病率以3%—5%的速度呈逐年上升的趋势,世界上每天至少有550万人遭受疼痛的折磨,晚期癌症患者中有70%—90%会经受疼痛,其中严重疼痛约占30%—45%,遭受剧烈疼痛折磨去世患者约占25%<sup>[1]</sup>。世界卫生组织(WHO)建立的三阶梯镇痛原则,促进了全世界癌症患者中阿片类止痛药的合理应用,为癌痛的标准化诊断和治疗提供了依据<sup>[2]</sup>。研究表明,只有75%—90%的患者通过三阶梯镇痛治疗取得了较好的效果,对于一些顽固的癌痛效果不佳仍需要借助其他治疗方法止痛<sup>[3]</sup>。癌痛可使机体发生应激反应,使病情恶化<sup>[4]</sup>,严重影响患者生活。但是到目前为止,癌痛的管理仍不容乐观<sup>[5]</sup>。如何减轻癌症患者痛苦,更好的摆脱疾病折磨,是临床医务工作者必须面临和解决的问题。

### 1 癌痛患者的评估指标

对癌痛患者正确的评估是提高治疗效果的重要措施,研究表明,运用2—3项评估方法对疼痛评估效果最好<sup>[6]</sup>。因此对癌症患者疼痛进行正确评估是有效治疗癌痛的第一步,从患者入院到出院,评估是一个系统、持续、动态的过程。因此,必须掌握各种癌痛评估工具并熟练运用,然后对疼痛进行干预。

#### 1.1 癌痛的评估原则

疼痛是患者的主观感受,因此要尊重患者的主诉;要全面细致的询问疼痛的部位、程度、性质及加重或缓解的因素;注重患者的心理社会因素,多与患者及家属沟通,及时发现引起疼痛的其他病因。

#### 1.2 癌痛的评估方法

其主要分为3类,包括自我评估法、生理变化测试法、行为疼痛量表,一般为了更准确的评估患者的疼痛程度,通常几种评估方法联合使用<sup>[7]</sup>。

**1.2.1 自我评估法:**①视觉模拟评分法(visual analogue scales,VAS):具体方法是划一条长10cm直线,一端代表无痛,另一端代表剧痛,让患者在线上画出最能反映自己疼痛程度的位置,它是目前应用最为广泛的方法。VAS疼痛评分法为国际通用评定疼痛的方法之一,但为了提高效率,故

临床常联合运用两种及以上方法对癌痛患者进行评估<sup>[8]</sup>。②中国人癌症疼痛评估工具(Chinese cancer pain assessment tool,CCPAT):是在1998年推出的,主要包括6个维度以及56个指标。其中包括患者心理社交活动、身体的功能、对药物的使用、患者对疼痛的信念、患者疼痛的情绪体验以及患者经历的疼痛强度6个维度。56个指标均采用1—5分评分法,得分越高表明患者所受的疼痛程度越大。③口述分级评分法(verbal rating scales,VRS):是最早应用于疼痛研究的量表,一般分为无痛、轻度疼痛、中等度疼痛和剧烈疼痛四级。最轻程度描述为0分,每增加一级加1分。此种方法满足患者的心理需求,但由于患者对疼痛感受描述的不同,导致了VRS的使用缺乏精确性<sup>[9]</sup>。④McGill疼痛问卷法(McGill pain questionnaire,MPQ):是全面评估疼痛的多维度测量工具。除了疼痛描述语外,还包括对疼痛空间分布的身体线图进行评估和对现存疼痛强度的测量。它有15个描述信息组,即11个感觉痛(跳痛、刀割样痛、刺骨样痛、痉挛痛、针刺样痛、咬痛、剧烈痛、烧灼痛、撕裂样痛等)和4个情感类别(疲劳、厌倦、恐惧、痛苦的折磨),并将每一个信息从0—3分划分为4个等级。MPQ现在已被很多国家进行推广运用,因为多因素评估比较全面,一般用于癌症患者慢性疼痛的评估中。

**1.2.2 生理变化测试法:**癌痛患者有时也会出现生理指标的变化,通过监测患者生命体征、局部肌肉紧张度、掌心出汗程度、呼吸方式等间接了解患者的疼痛程度。但是易受到护士判断理解力、患者个体差异等干扰因素的影响。虽不能直接评估患者的疼痛程度,但却可以作为了解患者疼痛程度的一个辅助方法。

**1.2.3 行为疼痛量表(behavioral pain scale,BPS):**主要通过从患者的面部表情、患者上肢运动的功能以及患者对机械通气的适应度等三方面对患者的疼痛进行评估。其中,每个方面都是从1—4分计分,总分为3—12分,3表示无痛,12表示最痛<sup>[10]</sup>。

### 2 癌痛患者传统治疗

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.12.027

1 滨州医学院附属医院,山东滨州,256600; 2 滨州医学院烟台附属医院; 3 通讯作者  
作者简介:王倩,女,硕士研究生; 收稿日期:2017-07-30

1498 www.rehabi.com.cn

## 2.1 镇痛药物止痛

世界卫生组织(WHO)根据药物的镇痛强度,主要分为三阶梯。一阶梯非阿片类镇痛药;用于轻度癌性疼痛患者,主要药物有阿司匹林、对乙酰氨基酚等,可酌情应用辅助药物。二阶梯弱阿片类镇痛药;用于当非阿片类镇痛药不能满意止痛时或中度癌性疼痛患者,主要药物有可待因,一般建议与第一阶梯药物合用,二者合用可增强镇痛效果。三阶梯主要指强阿片类药物;用于中、重度疼痛的患者镇痛治疗。芬太尼的镇痛效果约是吗啡的100倍,比较容易通过血脑屏障,在控制慢性癌痛中作用较大<sup>[11]</sup>。阿片类药物具有强效镇痛作用,但易导致乏力、便秘、恶心等不良反应。对于伴有神经病理性疼痛的患者,可以选择抗抑郁药或抗惊厥药联合治疗。

透皮镇痛(transdermal therapeutic system, TTS),是一种简单便利持续给药方法,与口服给药途径相比,TTS作用时间长,可避免肝脏的首过效应,生物利用度高,尤其是血药浓度稳定。并不是所有的药物都可以做成透皮制剂,芬太尼具有低分子量,高脂溶性和经皮肤吸收的理化特性,是目前唯一的阿片类透皮制剂<sup>[12-13]</sup>。一般选择躯干或上臂的区域,避免易活动部位以防脱落。同时,芬太尼透皮贴剂的使用方法简单,患者可自行操作,不需要过多的医疗干预,72h更换1次贴剂。因此对于使用吗啡等强阿片类药物出现严重便秘、恶心、呕吐等患者有很好的疗效<sup>[14]</sup>。由于芬太尼通过肝肾代谢,对肾功能不全的患者应谨慎使用。

## 2.2 放、化疗止痛

放疗适用于局部或区域性原发癌或转移灶引起的疼痛。对骨转移、脑转移、周围神经被肿瘤浸润、脊髓受压等情况引起的疼痛具有良好的效果。据统计骨转移引起的疼痛,放疗可以使85%的患者缓解疼痛,一半的人可以完全缓解;50%以上的人在放疗1—2周缓解<sup>[15]</sup>。放、化疗是中晚期肺癌的主要治疗方式,但治疗疗效也是因人而异<sup>[16]</sup>。化疗对敏感的肿瘤如淋巴瘤、小细胞肺癌、骨髓瘤或白血病造成的压迫或浸润神经组织引起的疼痛能够迅速显效。但会产生一些副作用,例如放疗可致放射性皮炎,尤其是放射性皮肤溃疡可产生不同程度的疼痛。放疗使患者免疫力低下,易伴发带状疱疹等而产生疼痛。

## 2.3 手术止痛

对一些明确原因或定位的疼痛可以行外周神经干切断、脊髓传导束(如脊髓丘脑束,缘束等)、脊神经后根切断,通过手术切断神经支配来达到止痛的目的,目前国内有些医院常规开展。但是大约有50%的患者在手术后短期内重新出现疼痛,临床上要注意选择适应症。

## 2.4 同位素止痛

其机制是核素能在活性骨、特别是骨转移浓聚而产生治疗效果。目前随着核医学技术的发展,应用<sup>32P</sup>、<sup>89Sr</sup>、

<sup>153Sm</sup>和<sup>186Re</sup>等核素进行缓解骨肿瘤疼痛的治疗已在有条件的医院开展,尤其对乳腺癌和前列腺癌等骨转移止痛效果较好。

## 3 癌痛患者康复治疗

有部分癌痛患者因不能进食、药物副作用、药物禁忌而不能接受正规的“三阶梯疗法”,所以依然剧痛。因此,临床上仍有必要寻求别的治疗方法。例如:心理干预、神经阻滞、音乐疗法、针灸、PCA治疗等。

### 3.1 心理干预治疗

癌痛心理治疗适用于年老体弱、镇痛药物不良反应严重的患者。疼痛给癌症患者带来巨大的心理压力的同时也降低了患者的生存质量<sup>[17]</sup>。同时影响患者的社会人际关系及家庭成员之间的感情交流,使社会活动减少。因此良好的心理治疗技术如松弛训练、催眠治疗等能不同程度地缓解患者疼痛,但如果能和正规治疗结合效果更好。也可引导患者练习瑜伽、气功,达到疏通经络、安定心神、调和气血的目的。自我暗示的心理疗法能使机体和心理放松,不但能缓解患者焦虑的情绪,还能够增进药物的止痛作用。Ozalp等<sup>[18]</sup>的研究也发现患者焦虑、抑郁等负性情绪越大,患者身心疼痛程度就越严重。因此应该积极的进行心理干预治疗。

### 3.2 音乐疗法

音乐疗法在临床中的应用更好地体现了医学的生物-心理-社会模式。癌症患者易导致睡眠障碍,失眠会严重降低机体免疫力<sup>[19]</sup>。提高癌症患者的睡眠质量,必须寻找到有效的干预措施。音乐疗法是一种非常重要的非药物干预手段,它具有经济、方便、无副作用等优点,被越来越多的患者接受,成为在欧美国家最常选用辅助治疗方法。患者在优美的音乐中,缓解紧张情绪,分散对疾病的注意力,久而久之提高了患者的免疫力,减轻了癌痛折磨,因此在某些疾病治疗方面成为音乐治疗的规范。研究表明大约有四分之一的患者通过音乐疗法帮助睡眠,改善睡眠障碍<sup>[20]</sup>。音乐类型的选择一般根据患者的喜好,每次半小时,10天为1疗程。但是音乐疗法的作用机制尚不清楚,音乐疗法疗程等问题尚无统一规定,因此仍需进一步研究。

### 3.3 神经阻滞治疗

适用于有明确的区域性疼痛,其作用机制是使神经组织脱髓鞘、变性,使痛觉传导中断而疼痛消失<sup>[21]</sup>。神经根毁损主要用于癌症引起的躯干部位疼痛,在X线或CT引导下,在颈、胸、腰椎椎间孔附近操作,注入神经毁损药物或者射频毁损。有研究发现由于化学毁损药物可能扩散进入椎管,造成严重的后果,故目前多采用射频毁损。腹腔神经丛毁损主要用于腹腔脏器所引起的癌痛,能够明显提高晚期癌性疼痛患者的生存质量,在临床上被广泛应用。通常在CT或超声引

导下向肠系膜上动脉、腹主动脉、下腔静脉等被肿瘤压迫的背侧区域进行无水乙醇注射,阻断痛觉传导通路,从而达到止痛的目的。

### 3.4 针灸止痛

针灸在治疗癌痛方面有其独特的优势,能够疏通经络,调和气血,达到改善肌体因气滞血瘀、经络不通所致的疼痛。针灸可以改变电渗透,使癌细胞退化脱水,从而阻滞肿瘤组织释放组织胺、P物质和缓激肽等产生镇痛作用,并能激活体内痛觉调制系统,提高免疫机制,增强痛阈,而发挥镇痛效应。张国清等<sup>[22]</sup>对32例晚期癌痛患者运用耳穴压豆联合穴位灸法治疗,总有效率达到87.5%。郭宗兵等<sup>[23]</sup>以双侧足三里、合谷、内关进行针刺治疗胃癌晚期癌性疼痛患者20例,治愈率为93.7%。临床上多选用合谷、足三里等穴,以通达阳明之气,三阴交、血海可以通经止痛,调血活血。

### 3.5 患者自控镇痛技术(patient controlled analgesia, PCA)

它是一种经医护人员根据患者疼痛程度和身体情况,预先设置镇痛药物的剂量,再交由患者“自我管理”的一种疼痛处理技术。随着社会进步及经济水平的发展,癌症的发病率呈递增趋势<sup>[24]</sup>。当口服或其他途径控制效果不佳时可以采用椎管内麻醉技术,它在国内外被广泛应用<sup>[25]</sup>。鞘内药物输注系统将阿片类药物持续泵入蛛网膜下腔,这样就可以直接作用于中枢系统,治疗癌性疼痛效果较好<sup>[26]</sup>。研究显示,癌痛患者在实施埋入式鞘内药物输注系统吗啡PCA镇痛管理中,要先完成滴定,以动态追踪评估为基础的治疗策略,定时的调整剂量最终实现镇痛目的。为避免脊髓受到损伤,进行蛛网膜下腔穿刺时常选取L2/3或L3/4,脑脊液自由流出,特殊情况高位穿刺。鞘内药物输注系统的植入手术由两个步骤组成:①鞘内导管的植入;包括经皮蛛网膜下腔穿刺、蛛网膜下腔置管、导管固定及皮下隧道与皮下囊袋。②可编程的鞘内药物输注泵或Port的植入。对于未曾使用强阿片类药物患者一般注入0.2—0.3mg吗啡;正在使用阿片类药物的患者可一次注入等效于吗啡24h口服剂量的400—600分之一的剂量;观察给药后患者疼痛改善情况,给药后未出现严重不良反应且VAS评分较给药前显著降低者(疼痛缓解≥50%)。对手术、药物及装置造成的并发症积极处理,使患者达到舒适化目的。

## 4 目前我国癌痛患者管理现状

我国癌痛患者未得到合理镇痛治疗的现象普遍存在,影响癌痛治疗主要有医护人员、患者及家属、社会等方面。

### 4.1 医护人员方面

首先医护人员癌痛知识和技能的培训不足是癌性疼痛规范管理实施的重要障碍。其次对癌性疼痛重视不够,没有充分认识到疼痛对癌症患者的危害,往往对癌性疼痛严重程

度估计不足。有调查显示,护理人员对癌症患者疼痛程度的评估往往低于患者的自身感受,患者的疼痛程度往往比护理人员的评估严重很多,并且也只有少数护士能够熟练应用疼痛评估方法<sup>[27]</sup>。

### 4.2 患者及家属方面

患者和家属存在的主要问题就是对癌痛知识的缺乏,常常认为癌痛是正常现象,在面对医护人员的询问时不能提供全面而准确的信息。同时部分患者经常没有按时按量服用止痛药物,对服药原则存在误区。对阿片类药物成瘾性担心也会阻碍规范化治疗,有调查显示,大部分患者担心止痛药物具有成瘾性,随着时间的延长会增加止痛药物的剂量,因此自行停止服用药物<sup>[28]</sup>。实际上阿片类药物依然是癌痛治疗的首选,虽能引起恶心呕吐、便秘、嗜睡及呼吸抑制等不良反应<sup>[29]</sup>,但在临床中也权衡利弊应用。

### 4.3 社会方面

所有的医疗都应该遵循以人为本的原则,在治疗过程中,应该让患者及家属参与进来,共同制定科学有效的方案。重视患者的癌痛教育,让患者主动参与癌痛的管理,这样既可以减少癌痛发作,又能提高癌症患者的生存质量<sup>[30]</sup>。医生给予患者治疗应该包括身体疾病的治疗和心灵创伤的抚慰<sup>[31]</sup>。关于阿片类药物的政策和法规的限制也是阻碍癌痛规范化治疗的重要原因。Cherny等<sup>[32]</sup>调查结果表明,在欧洲国家对阿片类药物有太多的管理条例致使癌痛得不到有效的缓解。在我国也是如此。因此应该制订合理的政策及法规,在加快研制新型药物保证癌痛患者规范治疗的同时,更应重视综合治疗和非药物治疗的方法,这样能减少药物的副作用,提高患者的生存质量。

## 5 展望

2011年,卫生部颁发了开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动的通知,进一步深化“以患者为中心”的理念,通过麻醉药品的使用和其他一些规范的治疗,缓解患者的疼痛,提高患者生存质量<sup>[33]</sup>。提高癌性患者生存质量不仅是医学界及康复医学科的任务,更是社会多层次、全方位的综合工程。确保癌症患者“无痛化”,切实提高生存质量,仍然是今后医学界努力的方向。

## 参考文献

- [1] Schikowski A, Krings D, Schwenke K. Tapentadol prolonged release for severe chronic cancer-related pain: effectiveness, tolerability, and influence on quality of life of the patients[J]. Pain Res, 2014, 22(8): 1—8.
- [2] Nauck F. Cancer pain therapy[J]. Urologe A, 2009, 48(10): 1175—1176.
- [3] Bennett MI, Rayment C, Hjerstad M, et al. Prevalence

- and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review[J]. *pain*, 2012, 153(2):359—365.
- [4] Mary K.Managing pain at the end of life[J]. *Nurs Clin North Am*,2001,36(4):779—794.
- [5] Breivik H, Chemy N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes[J]. *Ann Oncol*, 2009,20(8):1420—1433.
- [6] Kroenke K, Theobald D, Wu J, et al. Comparative responsiveness of pain measures in cancer patients[J]. *J Pain*,2012, 13(8):764—772.
- [7] 金吉平. 癌性疼痛的护理进展[J]. *解放军护理杂志*, 2008,25(24):38—39.
- [8] 李庆萍. 健康教育护理路径管理在癌痛规范化治疗中的应用[J]. *中国医学创新*, 2013, 10(31):53—55.
- [9] Caraceni A, Brunelli C, Martini C, et al. Cancer pain assessment in clinical trials. A review of the literature (1999-2002) [J]. *Pain Symptom Manage*, 2005, 29(5): 507—519.
- [10] Herr K, Coyne PJ, Mccaffery M, et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations[J]. *Pain Manag Nurs*, 2011, 12(4):230—250.
- [11] Kim KS, Simon L. Transport mechanisms in oral transmucosal drug delivery: implications for pain management[J]. *Math Biosci*, 2011, 229(1):93—100.
- [12] Cachia E, Ahmedzai SH. Transdermal opioids for cancer pain[J]. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2011, 5(1): 15—19.
- [13] Muijsers RB, Wagstaff AJ. Transdermal fentanyl: an updated review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in chronic cancer pain control[J]. *Drugs*, 2001, 61(15): 2289—2307.
- [14] 李拥军, 王辉. 芬太尼透皮贴用于肿瘤患者止痛的效果观察及护理[J]. *中国医药指南*, 2011, 9(34):441—442.
- [15] 郭信伟, 刘阳晨. 骨转移癌及其骨痛的综合治疗进展[J]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2015, 9(15):2907—2911.
- [16] Guessous I, Cornuz J, Paccaud F. Lung cancer screening: current situation and perspective[J]. *Swiss Med Wkly*, 2007, 137(21-22):304—311.
- [17] Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, et al. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five year results of a randomized prospective trial[J]. *Ann Surg*, 2005, 241(2):232—237.
- [18] Ozalp G, Sarioglu R, Tuncel G, et al. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain[J]. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2003, 47(1):26—29.
- [19] 姜珍, 郭海燕, 李一桔. 肿瘤患者失眠原因分析及护理干预[J]. *现代预防医学*, 2012, 39(22): 6012—6013.
- [20] Morin CM, Le Blanc M, Daley M, et al. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations and determinants of help-seeking behaviors[J]. *Sleep Med*, 2006, 7(2): 123—130.
- [21] Yang FR, Wu BS, Lai GH, et al. Assessment of consecutive neurolytic celiac plexus block (NCPB) technique outcomes in the management of refractory visceral cancer pain[J]. *Pain Med*, 2012, 13(4): 518—521.
- [22] 张国清, 赵江花. 耳穴压豆联合穴位灸法治疗晚期癌症疼痛64例[J]. *中国中医药科技*, 2012, 19(3): 250—251.
- [23] 郭宗兵, 郭广红, 杨际平, 等. 针刺治疗对胃癌患者疼痛和生活质量的影响[J]. *国际中医中药杂志*, 2015(4): 371—373.
- [24] Bray F, Jemal A, Grey N, et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study[J]. *Lancet Oncol*, 2012, 13(8):790—801.
- [25] 张文霞, 李兰芳. PCA 在晚期癌性疼痛治疗中的应用[J]. *医药论坛杂志*, 2004, 25(7):47—48.
- [26] Gulati A, Puttannah V, Hung J, et al. Considerations for evaluating the use of intrathecal drug delivery in the oncologic patient[J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2014, 18(2):391—392.
- [27] 赵继军, 周玲君, 宋莉娟, 等. 上海市医护人员癌痛认知状况调查及对策[J]. *中华护理杂志*, 2007, 42(2):162—165.
- [28] Sun VC, Borneman T, Ferrell B, et al. Overcoming barriers to cancer pain management: An institutional change model [J]. *Pain Symptom Manage*, 2007, 34(4):359—369.
- [29] Nunes BC, Garcia JB, Sakata RK. Morphine as the first drug for the treatment of cancer pain[J]. *J Palliat Med*, 2012, 15(9):963—964.
- [30] Webber K, Davies AN, Cowie MR. Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2011, 19(12):2041—2046.
- [31] 李斌, 肖平. 癌痛规范化诊治提高临床肿瘤学教学的人文素质教育[J]. *中国医学创新*, 2014, 11(12):128—130.
- [32] Cherny NI, Baselga J, de Conno F, et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC opioid policy initiative[J]. *Ann Oncol*, 2010, 21(3):615—626.
- [33] 曾春生, 曾红学, 黄作超, 等. “癌痛规范化治疗示范病房”创建前后癌痛药使用分析[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2015, 21(4): 312—314.