



编者按：据2017年国家癌症中心发布的最新数据，2013年我国恶性肿瘤新发约368.2万例，占世界癌症新发病人数的四分之一，恶性肿瘤也是目前我国疾病重要死亡原因之一。护士在肿瘤的预防、诊断、治疗及康复过程中起着无可替代的重要作用。肿瘤护理学作为护理学的一个专门学科被世界所公认已有40余年的历史，它是一门具有专业性和实践性的专科护理学科。随着现代医学科学的发展和医学护理模式的转变，肿瘤专科护理实践的内涵也随之不断拓展及延伸，肿瘤患者心理—社会—灵性支持、功能康复、生存者照护和个案管理模式等也逐渐融入于肿瘤护理专业中。肿瘤科护士不仅要对患者实施标准化的专业护理，还要关注患者及家属的需求，帮助他们渡过人生最困难的时刻，不断提高肿瘤患者的生活质量。中华护理学会肿瘤护理专业委员会就癌痛患者护理编写了《癌痛患者护理指引专家共识（2017年版）》，在此栏目与大家分享。在2017年于美国召开的第21届国际肿瘤护理大会上，我国的肿瘤护理专家也参与了国际交流。此栏目特约参会专家在此分享大会学术热点及最前沿学术信息。本栏目还邀请到国内其他专家就肿瘤个案管理师临床实践、癌症生存者照护、肿瘤专科护理质量评价等热点问题探讨，介绍相关研究成果及临床实践经验，以期提升肿瘤护理及其管理质量提供借鉴，使肿瘤患者得到更优质的护理。



特别策划顾问：徐波，主任护师，亚洲肿瘤护理学会理事，中华护理学会肿瘤护理专业委员会主委，中国抗癌协会肿瘤护理专业委员会副主委，曾获第18届国际肿瘤护理学会“前任主席奖”。

癌痛患者护理指引专家共识（2017年版）

中华护理学会肿瘤护理专业委员会

【关键词】 癌症；疼痛；护理；专家共识

【中图分类号】 R47 【DOI】 10.3969/j.issn.1672-1756.2017.12.001

Recommendations of an expert working group on cancer pain care guidelines (version 2017) / *Cancer Specialty Committee of Chinese Nursing Association // Chinese Nursing Management-2017,17(12): 1585-1587*

【Keywords】 cancer; pain; nursing; an expert working group; recommendations

近年来，随着癌症疼痛规范化治疗示范病房的不断推广，世界卫生组织（WHO）三阶梯镇痛治疗原则、疼痛全程管理的理论逐步被护理人员所熟悉并应用于实践，使更多的肿瘤患者疼痛症状得到了有效缓解。为了继续推动我国癌痛的规范化护理工作，有效提高癌痛管理的质量，中华护理学会肿瘤护理专业委员会组织相关领域专家编写了《癌痛患者护理指引专家共识（2017年版）》。

1 疼痛新定义的特征^[1]

1979年，国际疼痛研究学会（International Association for the Study Pain, IASP）将疼痛定义为“疼痛是一种与组织损伤或潜在组织损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体

验”。近年来，随着疼痛领域的科学研究和临床进展，科学家对于疼痛的理解更加深入。以往定义只考虑了疼痛的感觉和情感的亲身体验，而忽略了认知和社会的特征，并且仅用“不愉快”一词来形容疼痛体验，实际上，大部分疼痛患者经历着“痛苦”体验。因此，IASP提出的疼痛新定义为“疼痛是一种与组织损伤或潜在组织损伤相关的感觉、情感、认知和社会维度的痛苦体验”。

2 癌痛评估原则^[2-4]

2.1 疼痛评估的金标准是患者的主诉

以患者主诉为依据遵循“常规、量化、全面、动态”的原则。

2.2 常规原则

是指医护人员主动询问患者有无

疼痛，常规评估疼痛情况。首次常规疼痛评估应当在患者入院后8小时内完成，有疼痛症状的患者，应将疼痛评估列入护理常规进行连续评估和记录。轻度疼痛每日评估一次，中、重度疼痛每日评估2~3次；镇痛措施实施后需要常规评估，根据药物的达峰时间进行评估，以吗啡为例，口服给药后60分钟，皮下给药后30分钟，静脉给药后15分钟。

2.3 量化原则

是指使用疼痛程度评估量表来评估患者疼痛程度。量化评估疼痛时，应当重点评估最近过去24小时内患者最严重和最轻的疼痛程度，以及大部分时间内感受的疼痛程度。常用疼痛程度评估量表包括：疼痛数字分级



法 (Numeric Rating Scale, NRS)、面部表情疼痛评分量表、主诉疼痛程度分级法 (Verbal Rating Scale, VRS)。针对不同患者选择适合的评估工具；主观疼痛评估工具适用于具有交流能力的患者；客观疼痛评估工具用于无法交流的患者及急性疼痛评估，如面部表情疼痛评分量表适用于儿童、老年人及表达能力缺失者。同一位患者应使用同一种评估工具，患者病情发生变化时除外。

2.4 全面原则

是指对患者疼痛病情及相关病情进行全面评估，包括疼痛病因、性质、部位、程度、时间、加重或减轻因素、治疗情况及效果、重要器官功能、心理精神状况、对正常活动的影响、家庭及社会支持，以及既往史等情况。应当在患者入院 24 小时内完成首次全面疼痛评估，如果出现病情变化，或新发生疼痛，以及根据治疗目的需要时进行再次全面评估。

2.5 动态原则

是指持续、动态评估患者的疼痛症状变化情况，包括疼痛程度、性质变化、爆发性疼痛发作、疼痛减轻或加重，以及治疗的效果和不良反应等。动态评估时机：疼痛时、给药时、爆发性疼痛处理后。

3 癌痛治疗^[5-7]

3.1 治疗原则

1982 年 WHO 提出了癌痛“三阶梯镇痛，五项给药原则”治疗方案，即口服、按时、按阶梯、个体化、注意细节。2016 年美国国立综合癌症网络 (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) 发布的《成人癌痛临床实践指南》首次提出癌痛管理目标的“4A”原则：充分癌痛、最优生存、最小不良反应和避免异常用药。强调了癌痛不仅是药物单一的治疗，而是全面、全程的管理过程。

3.2 药物治疗

按照疼痛的程度和性质选择不同阶梯的镇痛药物。轻度疼痛者可选用非甾体类抗炎药物；中度疼痛者可选用弱阿片类药物或强阿片类药物，并可合用非甾体类抗炎药；重度疼痛者选用强阿片类药物，并可合用非甾体抗炎药/激素类/抗抑郁药/抗惊厥药等。

3.3 非药物治疗

非药物镇痛治疗可以协同药物镇痛，减轻疼痛症状。主要有物理治疗、中医治疗、介入治疗、认知-行为训练、社会心理支持治疗等方法。

4 用药护理^[8-9]

4.1 正确给药

慢性疼痛首选口服给药，出现持续不缓解的疼痛危象时可经皮下或静脉给药。按时给予控/缓释制剂控制患者的基础疼痛，按需给予即释制剂控制爆发痛。芬太尼透皮贴剂常选用的部位是躯干或上臂未受刺激及未受照射的平整皮肤表面，局部不能使用刺激皮肤或改变皮肤性状的用品，不能接触热源；透皮贴剂禁止刺破或剪切使用；每 72 小时更换一次，并更换粘贴部位。

4.2 观察药物不良反应

长期大剂量服用非甾体类抗炎药物存在上消化道出血、血小板功能障碍、心肝肾毒性的危险性。因此，需要观察患者有无出血征象、监测心肾功能。

密切观察阿片类药物的不良反应，评估患者的排便情况、恶性呕吐症状以及镇静表现等，尤其应该注意神经系统变化，如意识障碍（嗜睡、过度镇静等）或呼吸抑制（呼吸频率每分钟小于 8 次，针尖样瞳孔，嗜睡样昏迷等），及时发现异常情况，必要时使用纳洛酮解救处理。

5 健康教育与随访^[10-12]

5.1 正确认识癌痛，掌握自评方法

告知患者药物治疗可以有效控制

疼痛，鼓励主动表达疼痛感受；解释阿片类药物的特性，消除患者对用药成瘾的顾虑，提高其治疗依从性。教会患者掌握疼痛自我评估的方法，每次使用的方法要保持一致。

5.2 指导正确用药

在医生指导下用药，不可自行调整用药剂量和频率；口服缓释药物整片吞服，不能掰开、碾碎服用；为避免胃肠道不适，非甾体类抗炎药物应在饭后服用；正确掌握透皮贴剂的使用方法。

5.3 阿片类药物不良反应的预防

5.3.1 便秘

最常见。鼓励患者足够饮水，多吃蔬菜和水果，适当运动，保持每天排便习惯，预防性使用缓泻剂。

5.3.2 恶心呕吐

服药后初期反应，一周左右症状逐渐消失，合理使用止吐药物，针灸疗法、放松疗法、音乐疗法等可以减轻症状。

5.3.3 皮肤瘙痒

嘱咐患者不可抓挠以防皮肤损伤，局部可使用润肤剂；严重者可用止痒药物。

5.3.4 神经系统

如出现嗜睡或过度镇静等表现，及时就医。

5.4 患者随访

通过随访对癌痛患者进行全程管理，出院一周内进行第一次随访，疼痛缓解可 1~2 周随访一次。随访内容包括：出院至今疼痛控制总体情况，有无出现爆发痛，目前疼痛评分、疼痛部位与性质、服药情况以及不良反应等。

参考文献

- [1] Williams AC, Craig KD, 张钰, 等. 疼痛新定义. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(11): 808.
- [2] Williams AC, Craig KD, Zhang Y, et al. New definition of pain. Chinese Journal of Pain Medicine, 2016, 22(11): 808.
- [2] 赵继军, 周玲君. 疼痛护理手册. 北京: 人



癌症生存者照护研究进展

谌永毅 刘翔宇 韦迪 邓诗佳 毛婷

【摘要】 癌症生存者指被诊断为任何类型的癌症但仍然生存的人群。人们已经认识到癌症治疗结束后其照护并没有结束，而是必须延续到生存者的长期健康照护计划中。加强癌症生存者的有效干预可以对其生活质量、心理状况、预后等产生积极影响。本文将从癌症生存者定义、生存者照护需求、生存者照护计划、生存者结局等方面进行探讨，为临床相关研究与实践提供指导和借鉴。

【关键词】 癌症生存者；生存者照护需求；生存者照护计划；生存者结局

【中图分类号】 R47 **【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-1756.2017.12.002

The research progress of cancer survivors / CHEN Yongyi, LIU Xiangyu, WEI Di, DENG Shijia, MAO Ting // Nursing Department, Hunan Cancer Hospital, The Affiliated Cancer Hospital of Xiangya School of Medicine, Central South University, Changsha, 410013, China // Chinese Nursing Management-2017,17(12): 1587-1590

【Abstract】 Cancer survivors are individuals who are diagnosed with cancer but are still alive. People gradually realize that cancer care is not over when treatment is finished, but it must be expanded to long-term health care plans. It will have a positive impact on cancer survivors' quality of life, psychological conditions, and prognosis, when they receive effective interventions. This article will discuss about definitions of cancer survivor, survivor care plan, care plan outcome, etc., in order to provide guidance and reference for clinical research and practice.

【Keywords】 cancer survivor; survivors' need; survivor care plan; survivor care outcome



Fitzmaurice 的调查中显示 2015 年全球癌症患者病例数高达 1 750 万^[1]，国际癌症研究机构调查显示美国癌症生存者 5 年生存率超过 67%，10% 的患者生存期超过 25 年甚至更长^[2-3]。我国国家癌症中心报道，2011 年我国癌症患者病例数为 749 万^[4]，癌症生存者 5 年生存率将超过 36.9%(276 万)^[5]。癌症生存者面临身体、心理、

作者单位：湖南省肿瘤医院 / 中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院护理部，410013 长沙市

作者简介：谌永毅，主任护师，博士生导师，副院长

通信作者：刘翔宇，主任护师，硕士生导师，护理部副主任，E-mail:979596459@qq.com

民卫生出版社,2011.

Zhao JJ, Zhou LJ. Handbook of pain care. Beijing: People's Medical Publishing House, 2011.

[3] 卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011版). 临床肿瘤学杂志, 2012, 17(2):153-158.

Ministry of Health of the People's Republic of China. The standard diagnosis and treatment of cancer pain (version 2011). Chinese Clinical Oncology, 2012, 17(2):153-158.

[4] 李娜. 三阶梯治疗癌症疼痛的评估与护理. 中国医学创新, 2012, 9(21):48-49.

Li N. Evaluation and nursing care of cancer pain treated by three steps. Med Innov China, 2012, 9(21):48-49.

[5] WHO. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability (2nd). WHO Library Cataloging in Publication Data, 1996.

[6] 孙燕, 顾慰萍. 癌症三阶梯止痛指导原则. 北京: 北京医科大学出版社, 2002.

Sun Y, Gu WP. Guideline of three step analgesic ladder for cancer. Beijing: Beijing Medical University Press, 2002.

[7] NCCN. 成人癌痛临床实践指南(2016). 2016-03-17.

NCCN. NCCN clinical practice guidelines in oncology (2016). 2016-03-17.

[8] 陆宇哈, 陈钊. 肿瘤姑息护理实践指导. 北京: 北京大学医学出版社, 2017.

Lu YH, Chen F. Practical guide of palliative nursing for oncology nurses. Beijing: Peking University Medical Press, 2017.

[9] 徐波, 陆箴琦. 癌症疼痛护理指导. 北京: 人民卫生出版社, 2017.

Xu B, Lu ZQ. Guidance for cancer pain nursing. Beijing: People's Medical Publishing House, 2017.

[10] 胡文郁, 陈婉榆, 罗淑芬, 等. 成人癌症疼痛照顾指引(第二版). 肿瘤护理杂志, 2013(13):87.

Hu WY, Chen WY, Luo SF, et al. Guidelines for cancer pain care in adults (2nd ed). Journal of Oncology Nursing, 2013(13):87.

[11] 周广美, 张慧, 韩淑艳, 等. 支持性心理干预对癌痛患者疼痛及生活质量的影响. 护理研究, 2014(12):1457-1458.

Zhou GM, Zhang H, Han SY, et al. Effect of supportive psychological intervention on pain and quality of life in patients with cancer pain. Chinese Nursing Research, 2014(12):1457-1458.

[12] 智晓旭, 王守慧, 鲍婷婷, 等. 居家癌痛患者镇痛治疗现状及影响因素分析. 护理学杂志, 2014, 29(17):9-11.

Zhi XX, Wang SH, Bao TT, et al. Current status and influencing factors of analgesic treatment in cancer pain patients at home. Journal of Nursing Science, 2014, 29(17):9-11.

[收稿日期: 2017-10-22]

(编辑: 陈雪)