



江苏省成人癌症疼痛诊疗规范(2020年版)

江苏省肿瘤科医疗质量控制中心

疼痛是一种与组织实际或潜在损伤相关的感觉、情感、认知和社会维度的痛苦体验^[1]。疼痛被认为是继心率、血压、脉搏和呼吸之外的第五大生命体征。及早、充分、持续且有效的控制疼痛是患者的基本权益,也是医务人员的职责和义务。

疼痛可分为急性疼痛与慢性疼痛。慢性疼痛是一种疾病,长期的疼痛刺激可引起中枢神经系统的病理性重构,导致疼痛进展和愈加难以控制^[2]。及早控制疼痛,可以避免或延缓此过程的发展。2019年3月在中国正式实施的第11版国际疾病分类(ICD-11)中,将“慢性癌性疼痛”列为独立病种。

疼痛也是癌症患者最常见的症状之一,严重影响癌症患者的生活质量。初诊癌症患者的疼痛发生率约为25%,晚期癌症患者的疼痛发生率为60%~80%,其中1/3的患者为重度疼痛。癌性疼痛(以下简称癌痛)如果得不到缓解,患者将感到极度不适,可能会引起或加重患者的焦虑、抑郁、乏力、失眠和食欲减退等症状,严重影响患者日常活动、自理能力、社交能力及整体生活质量^[3]。

为进一步推动江苏省癌痛规范化治疗病房创建工作,规范江苏省医务人员对于癌痛的临床诊断、治疗和研究行为,完善重大疾病规范化诊疗体系,保障医疗质量和医疗安全,在《江苏省肿瘤科质控中心癌症疼痛诊疗规范(2017年版)》的基础上,参照国家卫生健康委员会发布的《癌症疼痛诊疗规范(2018年版)》^[4]和《美国国立综合癌症网络成人癌痛临床实践指南(2019.V3)》^[5],并结合江苏省癌痛规范化治疗病房创建工作中出现的问题,特制定本规范。

1 癌痛病因、机制与分类

1.1 癌痛病因 癌痛的原因多样,主要分为下述3类:

(1) 肿瘤相关性疼痛:指肿瘤压迫或侵犯软组织、皮肤、黏膜、骨、神经、脊髓、血管、脑膜、内脏,空腔脏器的穿孔或梗阻和脑转移导致的颅内压升高等导致的疼痛。

(2) 肿瘤治疗相关性疼痛:指手术治疗、化疗、放疗、分子靶向治疗、免疫治疗和介入治疗等抗肿瘤治疗导致的疼痛。如外科手术(开胸术、乳房切除术、截肢术等)后引起的神经损伤、瘢痕增生、脏器粘连、残肢痛和幻肢痛等。化疗后引起的黏膜炎、周围神经变性(痛性多发性神经病)、栓塞性静脉炎、骨无菌性坏死等。放疗引起的周围神经损伤、软组织纤维化、口腔炎等。诊疗操作导致的疼痛也可归入此类,如食管镜、胃镜和结肠镜检查、伤口护理、皮下或肌肉注射、动静脉置管、经皮穿刺肿瘤活检、骨髓穿刺活检、腰椎穿刺等,需要预先镇痛和/或镇静处理。

(3) 与上述均无关的疼痛:肿瘤患者的其他合并症、并发症以及社会心理因素等非肿瘤因素导致的疼痛。如肿瘤患者高发的带状疱疹神经痛、压疮、肌筋膜疼痛综合征,其他疼痛性疾病或伴有疼痛的其他疾病(原发性三叉神经痛、糖尿病周围神经病变、痛风)和恐惧、焦虑等精神心理因素诱发或加重的疼痛等。

1.2 癌痛机制与分类

(1) 根据病理生理学机制,疼痛可分为伤害感受性疼痛和神经病理性疼痛。癌痛多为混合性疼痛,既有伤害感受性疼痛又有神经病理性疼痛。

伤害感受性疼痛是由伤害性刺激作用于机体或器官组织并破坏其结构而引起的疼痛,其感觉神经系统是正常的。伤害感受性疼痛包括躯体痛和内脏痛^[6]。神经病理性疼痛是躯体感觉神经系统损伤或疾

病直接造成的疼痛，由痛觉传递神经纤维或疼痛中枢产生异常神经冲动所致^[7]。癌性神经病理性疼痛由肿瘤或治疗对神经的直接损伤引起，可促进递质释放，造成伤害性感受器局部酸中毒，释放炎性因子，如肿瘤坏死因子等^[8]，从而导致伤害性感受器的敏化。持续的外周敏化将导致中枢敏化，形成顽固性疼痛。神经病理性疼痛的特征为自发性疼痛、痛觉过敏和痛觉超敏，主要表现为放电样痛、枪击样疼痛、针刺样痛、烧灼样痛、麻木痛和麻刺痛。

(2) 根据疼痛的持续时间，疼痛可分为急性疼痛和慢性疼痛，还有一种发作迅速、持续时间短、程度剧烈的疼痛称为爆发性疼痛（以下简称爆发痛）。急性疼痛和慢性疼痛的肿瘤患者均可发生爆发痛。

癌性爆发痛是指在背景痛控制相对稳定、镇痛药物充分应用的前提下，自发或在某些可预知或不可预知因素的诱发下突然出现的短暂疼痛加重^[9]。典型的爆发痛发作强度为中度至重度疼痛，发生迅速（数分钟内）、持续时间相对较短（中位时间为30 min）。癌性爆发痛的诊断标准如下：①在过去的1周患者是否存在持续性疼痛（背景痛）；②在过去的1周患者的背景痛是否充分控制（数字化疼痛评分 ≤ 3 分）；③患者是否存在短暂疼痛加重的现象（数字化疼痛评分 ≥ 4 分），上述条件全部满足才可诊断为癌性爆发痛^[10]。爆发痛分为自发性和诱发性。与没有爆发痛患者相比，爆发痛患者遭受疼痛相关功能损害和心理创伤（抑郁和焦虑）显著增多，生活质量下降。

2 癌痛规范化诊疗流程

癌痛规范化治疗的目标是将癌痛缓解至患者可接受的生活质量水平^[11]，其核心为建立癌痛规范化诊疗流程，包括常规筛查、全面评估、合理诊断、有效镇痛、预防和控制不良反应、积极宣教和定期

随访、医护人员和临床药师等参与全程管理。

2.1 癌痛常规筛查 癌痛筛查为评估癌症患者是否发生疼痛或存在发生疼痛的风险，应把握与患者接触的每次机会进行癌痛筛查（图1），包括初次接诊、后续每次接触以及新的治疗、操作开始前。下述临床场景应及时进行癌痛筛查：患者门诊首诊和首日入院时，筛查患者是否存在疼痛；病情变化时，筛查患者是否存在疼痛；接受有创性操作（如穿刺、置管和拔管等）时，筛查患者是否有发生疼痛的可能并预先处理；癌症患者存在疼痛客观行为表现（面部表情、呻吟和躯体动作等）时，筛查患者是否有疼痛等^[12]。

2.2 癌痛评估 癌痛评估是合理且有效进行镇痛治疗的前提，评估过程应在保证患者舒适的前提下尽可能做到准确、全面并遵循“常规、量化、全面、动态”的原则。门诊患者应在癌痛治疗前及时评估，住院患者应在入院后8 h内初步评估，24 h内完成全面评估，并体现在病历中。

2.2.1 常规评估原则 医护人员应主动询问癌症患者有无疼痛，常规评估疼痛程度，并进行相应的病历记录。对于有疼痛症状的患者，应将疼痛评估列入护理常规监测并记录。疼痛评估应区分与肿瘤急症相关和无关的疼痛，前者如病理性骨折、脑转移、感染以及肠梗阻或穿孔等导致的疼痛。

2.2.2 量化评估原则 使用疼痛程度评估量表等量化标准来评估患者疼痛主观感受程度，需要患者密切配合。量化评估疼痛时，应重点评估24 h内患者最严重、最轻微以及通常情况下的疼痛程度。根据患者的实际情况选用评估量表：①对于认知和语言交流能力均良好的患者，癌痛量化评估可使用视觉模拟评分量表（visual analogue scale, VAS）、数字评分量表（numeric rating scale, NRS）、语言评分量表（verbal rating scale, VRS）和面部表情疼痛

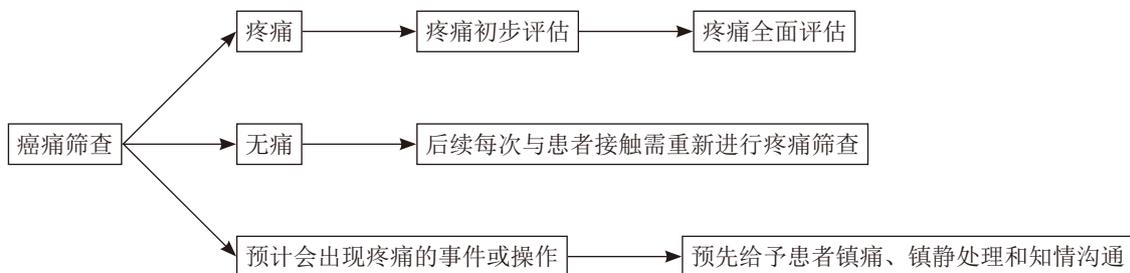


图1 癌痛筛查流程图

评分量表(faces pain scale, FPS)等疼痛强度量表(见附件1),其中FPS还适用于语言交流困难的老人、儿童、文化程度低、存在语言或文化差异的患者;②对于无法进行语言交流的认知障碍或智力障碍患者,行为观察是疼痛评估的有效方法,可参见晚期痴呆者疼痛评估量表(pain assessment in advanced dementia scale, PAINAD)(见附件2);③存在意识障碍的机械通气患者参见重症监护疼痛观察工具(critical-pain observation tool, CPOT)(见附件3)。

2.2.3 全面评估原则 癌痛全面评估是指对癌症患者疼痛情况和相关病情进行全面评估。根据评估量表的评估内容可分为:①评估疼痛强度和疼痛性质等综合因素建议使用简明疼痛评估量表(brief pain inventory, BPI)(见附件4)和简式McGill疼痛问卷(short-form of McGill pain questionnaire, SF-MPQ)(见附件5);②评估疼痛性质(即鉴别伤害感受性疼痛与神经病理性疼痛)建议使用疼痛性质的评估量表DN4问卷(douleur neuropathique 4 questions)(见附件6)和ID pain量表(见附件7);③评估患者焦虑/抑郁心理状态建议使用广泛性焦虑量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7)(见附件8)和患者健康问卷抑郁量表(health patient questionnaires-9, HPQ-9)(见附件9);④爆发痛的评估量表国内主要采用NRS、VRS和VAS^[10],而国外常用爆发痛问卷(breakthrough pain questionnaire, BPQ)(见附件10)和爆发痛评估工具(breakthrough pain assessment tool, BAT)(见附件11)^[13]。

2.2.4 动态评估原则 癌痛动态评估是指对患者的疼痛症状及其变化进行持续、动态的评价,包括对疼痛的原因、部位、性质、程度、爆发痛、疼痛缓解和加重因素的评价,以及对镇痛治疗不良反应的评价。动态评估对镇痛药物的剂量滴定具有重要意义。

2.3 癌痛治疗

2.3.1 治疗原则 针对癌痛应采取规范化、个体化的治疗原则。根据患者的病情和身体状况,采用各种治疗方法,及早、充分、持续、有效地消除疼痛,预防和控制药物不良反应,减轻患者可能产生的心理负担和障碍,达到优化患者生活质量的目的。

2.3.2 治疗方法 癌痛的治疗方法包括病因治疗和

对症治疗。

2.3.2.1 病因治疗 癌痛主要是由肿瘤或肿瘤治疗引起的,因此需要针对癌痛原因进行治疗,如手术、放疗、化疗、内分泌治疗、免疫治疗、介入治疗和中医药治疗等,可能减轻或消除癌痛。

2.3.2.2 对症治疗 即治疗不针对引起癌痛的病因,仅为缓解症状,包括药物治疗和非药物治疗。

(1) 药物治疗

1) 基本原则:根据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)《癌痛三阶梯镇痛治疗指南》和《美国国立综合癌症网络成人癌痛临床实践指南(2019.V3)》,癌痛药物镇痛治疗的5项基本原则改进如下:

- 口服给药。口服方便,是最常用的给药途径。
- 按阶梯用药。应根据患者疼痛程度,有针对性地选用不同性质、不同作用强度的镇痛药物。

轻度疼痛(1分 \leq NRS \leq 3分):可选用非甾体抗炎药(nonsteroidal anti-inflammatory drug, NSAID)和对乙酰氨基酚;

中度疼痛(4分 \leq NRS \leq 6分):可选用弱阿片类药物或低剂量的强阿片类药物,可联合应用NSAID或对乙酰氨基酚以及辅助镇痛药物(抗惊厥类药物、抗抑郁类药物、糖皮质激素、局部麻醉药物和双膦酸盐类药物等);

重度疼痛(7分 \leq NRS \leq 10分):首选强阿片类药物,并可合用NSAID或对乙酰氨基酚以及辅助镇痛药物(抗惊厥类药物、抗抑郁类药物、糖皮质激素、局部麻醉药物和双膦酸盐类药物等)。

• 按时用药。应按照规定时间间隔规律性给予镇痛药物,有助于维持稳定、有效的血药浓度。目前,缓释药物临床应用日益广泛,可以用缓释阿片类药物作为基础用药进行疼痛滴定,出现爆发痛时给予即释阿片类药物对症处理。单纯使用即释阿片类药物进行滴定的有持续性疼痛的患者,应在滴定完成后转换为等效剂量的缓释阿片类药物。

• 个体化给药。应按照患者具体病情和个体化差异,使用合适的药物、剂量和给药途径使疼痛得到充分缓解,制订个体化用药方案。

• 注意具体细节。对使用镇痛药物的患者要加强监护,密切观察其疼痛缓解程度和不良反应发生情

况,注意药物联合应用的相互作用和配伍禁忌,以便在镇痛药物疗效和不良反应之间取得平衡。

2) 药物选择与使用:根据癌症患者疼痛的性质、强度、加重或减轻因素、过去和现在的治疗方法、合并疾病等情况,合理选择镇痛药物,个体化调整给药剂量、给药途径和给药频率,积极防治不良反应,从而获得最佳的镇痛效果。

根据作用机制将镇痛药物分为下述3类:

• NSAID 和对乙酰氨基酚

NSAID和对乙酰氨基酚是癌痛治疗的常用药物。两种NSAID联合应用并不会提高疗效,反而可能增加不良反应,故不主张联合用药。

NSAID通常会引引起消化性溃疡、胃肠道出血、血小板功能障碍、肝肾功能损伤和心脏毒性等不良反应。上述不良反应的发生与药物剂量和持续时间有关,因此使用NSAID和对乙酰氨基酚应定期进行风险评估和监测,项目包括:基础血压、尿素氮、肌酐、肝功能、全血细胞计数、大便隐血。风险评估的内容包括,①肾毒性的高危人群:年龄>60岁、体液失衡、多发性骨髓瘤、糖尿病、间质性肾炎、肾乳头坏死、同时使用其他肾毒性药物和经肾排泄的化疗药物;②胃肠道不良反应的高危人群:年龄>60岁、消化性溃疡病史或酗酒史、重要器官功能障碍、长期使用或大剂量使用NSAID、同时使用皮质激素或低剂量阿司匹林;③心脏毒性的高危人群:心血管疾病病史或心血管疾病或并发症高危患者,如果充血性心力衰竭或高血压进展或恶化,应停用NSAID;④NSAID与抗凝药物(如华法林或肝素)联用可显著增加出血风险,避免在预防性或治疗性抗凝治疗的情况下口服NSAID。外用NSAID,如双氯芬酸凝胶或贴剂,可能适用于这类人群^[5]。当NSAID或对乙酰氨基酚用药剂量达到一定水平时,再增加用药剂量并不能增强其镇痛效果,而药物不良反应将明显增加。所以《美国国立综合癌症网络成人癌痛指南(2019.V3)》规定肝功能正常患者日限制剂量为:布洛芬3.2 g/d,塞来昔布0.4 g/d,对乙酰氨基酚4 g/d(短期用药)或3 g/d或更少(长期用药)^[5]。但是《中华人民共和国药典临床用药须知》^[14]规定:布洛芬日限制剂量为2.4 g/d;塞来昔布0.4 g/d,镇痛连用不超过7 d;对乙酰氨基酚用于

镇痛日剂量不宜超过2 g/d,连用不宜超过10 d,用于骨关节炎日剂量不超过4 g/d(疗程遵医嘱),复方制剂则不宜超过1.5 g/d。如果需要长期单独使用NSAID或对乙酰氨基酚已达到限制性用量或不良反应无法耐受,可考虑更换为阿片类镇痛药物;如为联合用药,则NSAID和对乙酰氨基酚剂量不应超过日限制剂量。考虑长期使用对乙酰氨基酚的肝脏毒性,使用对乙酰氨基酚和阿片类镇痛药物的复方制剂须谨慎。

需要注意的是,根据《麻醉药品和精神药品管理条例》有关规定,国家药品监督管理局、公安部、国家卫生健康委员会决定自2019年9月起将含羟考酮复方制剂(如氨酚羟考酮)等品种列入精神药品管理:口服固体制剂每剂量单位含羟考酮碱>5 mg,且不含其他麻醉药品、精神药品或药品类易制毒化学品的复方制剂列入第一类精神药品管理;口服固体制剂每剂量单位含羟考酮碱不超过5 mg,且不含其他麻醉药品、精神药品或药品类易制毒化学品的复方制剂列入第二类精神药品管理。

• 阿片类药物

阿片类药物是中、重度癌痛治疗的首选药物。对于慢性癌痛,推荐选择阿片受体激动剂治疗。阿片受体混合激动-拮抗剂是指某些阿片类药物对某型阿片受体产生激动作用,而对另一型阿片受体产生拮抗作用,一般不用于癌痛治疗。对于阿片依赖患者,从阿片受体激动剂转换为阿片受体混合激动-拮抗剂可能会出现戒断症状^[5]。国内常见的阿片受体混合激动-拮抗剂有地佐辛、喷他佐辛和布托啡诺等。

剂量滴定:阿片类镇痛药物的有效性和安全性存在较大的个体差异,需要逐渐调整剂量,以获得最佳药效(既充分镇痛又无不可耐受的不良反应),称为剂量滴定。短效口服药物的滴定流程见图2。

除短效口服药物滴定方法外,也可使用缓释口服阿片类药物作为基础给药,备用短效阿片类药物治疗爆发痛的方法进行滴定(图3)。对于阿片类药物未耐受患者,阿片类口服缓释制剂起始基础剂量可根据患者疼痛程度、身体状况来选择(一般口服缓释吗啡10~30 mg,每12小时给药1次,或缓释盐酸羟考酮10~20 mg,每12小时给药1次)。

对于阿片类药物已耐受患者,可根据滴定前24 h

阿片类药物用药总量确定基础给药剂量，参照图3进行滴定，尽可能在24 h内使疼痛得到控制。如果阿片类药物不良反应不能缓解，患者疼痛强度 < 4 分，滴定剂量可考虑减少10%~25%，然后重新评估镇痛效果并密切观察或随访。

维持用药：在中国常用的长效阿片类药物有吗啡缓释片、羟考酮缓释片和芬太尼透皮贴剂等。在应用长效阿片类药物期间，应备用短效阿片类药物（如吗啡口服即释剂、羟考酮口服即释剂、吗啡或羟考酮注射剂等）作为解救药物治疗爆发痛。爆发

痛解救剂量为前24 h用药总量的10%~20%。每日短效阿片解救用药次数 ≥ 3 次时，应考虑将前24 h解救用药剂量换算成长效阿片类药物按时给药。对于机制复杂的癌痛通常需要根据不同机制在阿片类药物的基础上联合使用其他相应的辅助镇痛药物，一般两种长效阿片类药物不联合使用。

等效剂量换算：阿片类药物之间的剂量换算可参考换算系数表（表1）。一种阿片类药物转换为另一种阿片类药物时，仍需仔细观察患者病情变化，并进行个体化的剂量滴定。

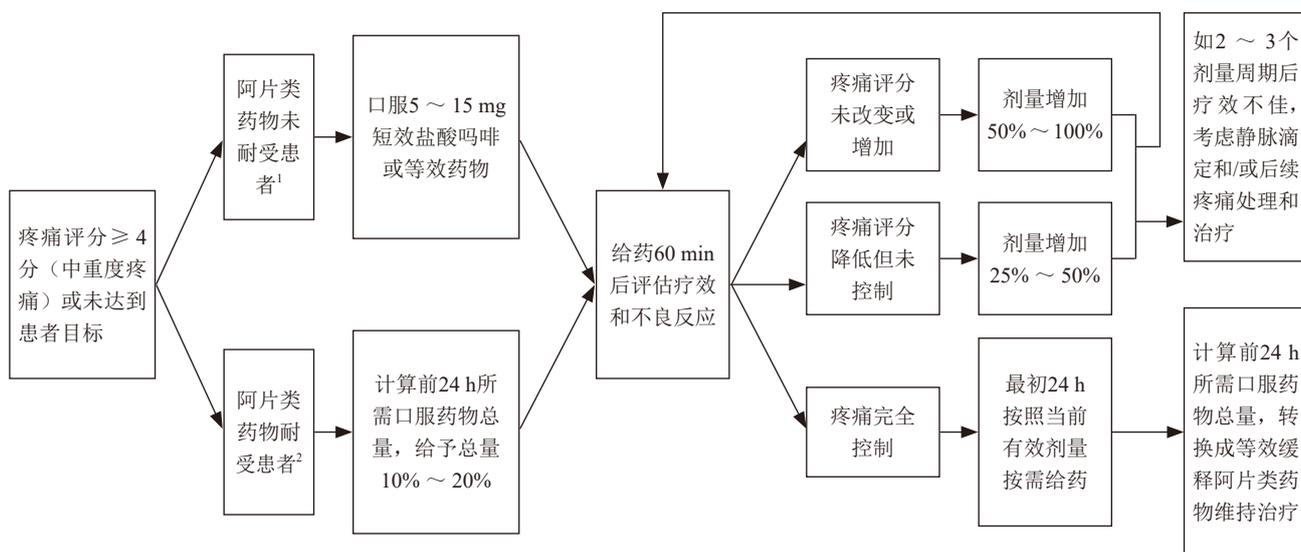


图2 短效口服药物的滴定流程

注：¹阿片类药物不耐受患者，不符合下述阿片类药物耐受定义的患者都属于阿片类药物不耐受患者，包括阿片类药物剂量未达到下述标准并持续1周或更长时间的患者以及未使用过阿片类药物的患者；²阿片类药物耐受患者，指服用至少以下剂量药物者，口服吗啡60 mg/d，外用芬太尼透皮贴剂25 μ g/h，口服羟考酮30 mg/d，口服氢吗啡酮8 mg/d，口服羟吗啡酮25 mg/d，或等效剂量其他阿片类药物，持续1周或更长时间

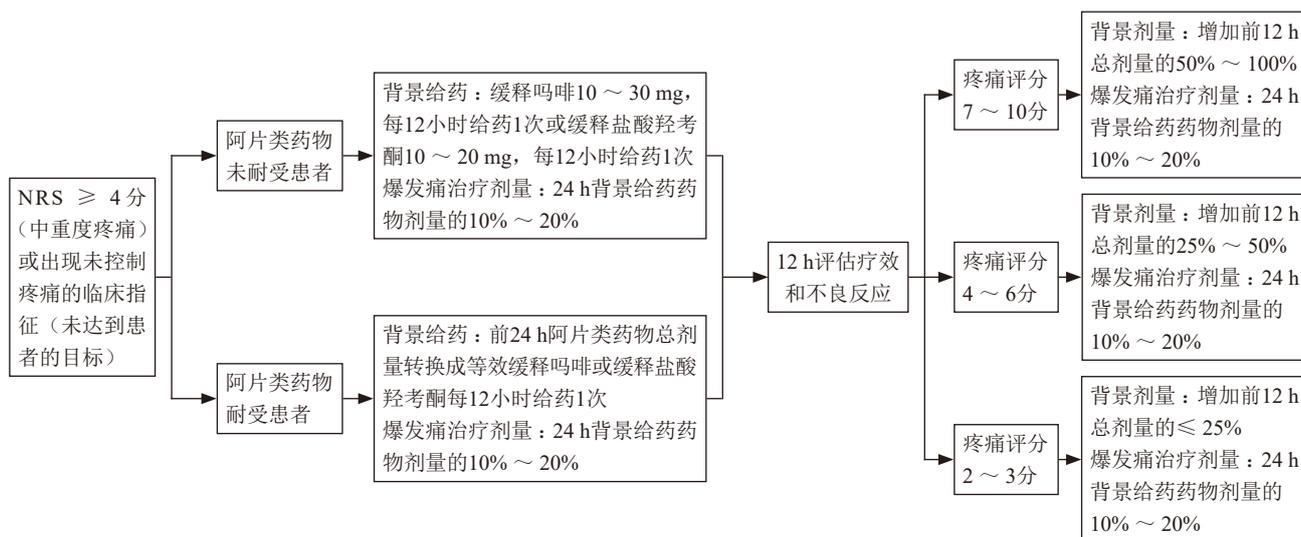


图3 以缓释阿片类药物为背景用药的滴定流程

注：NRS为数字评分量表

表1 阿片类药物剂量换算表

药物	非胃肠给药	口服	转换系数
吗啡	10.0 mg	30.0 mg	肠外:口服=1:3
羟考酮	10.0 mg	20.0 mg	静脉:口服=1:2
			吗啡(口服):羟考酮(口服)=(1.5~2.0):1
芬太尼	25.0 μg/h (4.2 mg/贴, 透皮贴剂释放速率)	—	芬太尼透皮贴剂(μg/h), 每72小时剂量=1/2×口服吗啡mg/d
可待因	130.0 mg	200.0 mg	吗啡(口服):可待因(口服)=1:6.5
曲马多	100.0 mg	300.0 mg	肠外:口服=1:3
氢吗啡酮	1.5 mg	7.5 mg	静脉:口服=1:5

减量或停药:如果阿片类药物需要减少或停止使用,应逐渐减少剂量。一般情况下,阿片类药物剂量可按照10%~25%每日剂量减少,直至日剂量相当于口服吗啡30 mg,2 d后可考虑停药。

不良反应防治(见附件12):阿片类药物的不良反应很常见,主要包括便秘、恶心、呕吐、嗜睡、瘙痒、头晕、尿潴留、谵妄、认知障碍、呼吸抑制等。因此,需要重视并积极预防和处理阿片类药物的不良反应,平衡疗效与不良反应,使患者获益最大化。除便秘外,阿片类药物的其他不良反应一般会随着时间的推移而逐渐减轻。对患者、家属和照护者进行宣教,有利于不良反应的管理。

便秘:便秘是阿片类药物最常见且不可耐受的不良反应,通常会持续发生于阿片类药物镇痛治疗全过程。对于使用阿片类药物的患者应早期防治便秘,目标为1~2 d非强制性排便1次。预防措施:患者及其家属的健康教育,足量饮水,适量运动;刺激性泻药,比沙可啶、酚酞等;根据症状调节饮食结构,调整刺激性泻药剂量,养成规律排便的习惯。治疗措施:评估便秘原因和严重程度;合理增加刺激性泻药剂量;中重度便秘可增加其他类型的泻药,如渗透性泻药(乳果糖、镁盐、聚乙二醇等)、润滑性泻药(液状石蜡、甘油等)、促肠液分泌药物(鲁比前列酮)、灌肠剂(磷酸钠、生理盐水等)或缓泻直肠栓剂等;注意可能发生的水、电解质异常;中性粒细胞或血小板减少患者禁止使用直肠栓剂和/或灌肠剂;当泻药效果不佳时,可考虑使用外周作用的阿片受体拮抗剂,如甲基纳曲酮或纳洛酮;需注意某些合并症和合并用药也会加重便秘,包括慢性功能性便秘、结肠癌所致肠梗阻、神经功能受损(帕金森病、糖尿病等)、合并使用导致便秘的药物[三环类抗抑郁药、5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)3受体拮抗剂、利尿剂、抗胆碱

类药物或补铁剂等];中医的一些通便中成药也可以酌情选用,包括行气导滞类(六味安消胶囊、木香槟榔丸、枳实导滞丸)、清热通便类(牛黄上清丸、牛黄解毒丸、牛黄清火丸、新清宁片、番泻叶冲剂)、益气滋阴类(麻仁润肠丸、麻仁软胶囊、苁蓉通便口服液)等,应辨证施治。

恶心、呕吐:一般发生于阿片类药物使用初期,症状多在1~2周内缓解,应排除其他原因(如便秘、脑转移、化疗、放疗或高钙血症等)所致者。预防措施:确保患者大便通畅;对于既往有阿片类药物恶心、呕吐史的患者,建议使用止吐药物进行预防性治疗。治疗措施:根据需要选用甲氧氯普胺或氟哌啶醇,年老体弱患者长期使用这些药物可能会导致迟发性运动障碍;必要时使用5-HT₃受体拮抗剂(如格拉司琼、昂丹司琼等,可避免中枢神经系统不良反应,但会引起便秘,需谨慎使用),也可考虑其他替代药物,如奥氮平崩解片可用于肠梗阻患者;可考虑地塞米松;症状持续1周以上,经上述措施治疗仍未缓解者,需重新评估恶心、呕吐的原因及其严重程度。

皮肤瘙痒:主要出现于使用阿片类药物的初期,短期一般可耐受。治疗措施:评估瘙痒的其他原因(如使用其他药物),如并发皮疹、荨麻疹,呼吸急促需考虑过敏反应;抗组胺药物、苯海拉明、西替利嗪等;加用小剂量阿片受体混合激动-拮抗剂(纳布啡等);持续静脉输注纳洛酮[0.25~1.00 μg/(kg·h),从最低剂量开始滴定,剂量过大将拮抗镇痛效果]^[5],同时需要注意纳洛酮的不良反应和禁忌证;试用5-HT₃受体拮抗剂(昂丹司琼等)。

谵妄:出现谵妄时应排除引起谵妄的其他原因(如感染、高钙血症、中枢神经系统疾病、脑转移、其他精神药物),必要时使用抗精神病药物(如氟哌啶醇、奥氮平、利培酮),并注意心电监测QTc

间期是否延长。由于消除半衰期长,长期服用这些药物可能有必要减少剂量。

运动和认知障碍:稳定剂量的阿片类药物(>2周)或许不能影响患者运动和认知功能,但在滴定期间应予以监测,并警惕驾驶障碍。

过度镇静:在阿片类药物使用的最初几天内可能出现头晕、嗜睡或过度镇静等不良反应,一般1周左右症状自行消失。如果患者出现镇静和嗜睡并持续2~3 d以上时应排除其他原因,如严重疲劳、脑转移、使用其他镇静药物、感染、脱水、高钙血症等。**治疗措施:**症状较轻者避免大幅度活动(如突然坐起、站起等),使用浓茶、咖啡等饮食调节;兴奋剂治疗,咖啡因、哌甲酯等,尽可能不在下午以后使用以避免夜间失眠;症状持续1周以上,经上述措施治疗仍未缓解者,需重新评估过度镇静的原因及其严重程度。

呼吸抑制:是阿片类药物最严重的不良反应。呼吸抑制的临床表现为针尖样瞳孔,呼吸次数减少(<8次/min)和/或潮气量减少,潮式呼吸,发绀,嗜睡甚至昏迷,骨骼肌松弛,皮肤湿冷,有时可出现心动过缓和低血压。**预防措施:**规律用药,小剂量起用,根据病情逐渐加量;对于年老体弱者、严重心肺功能不全者在使用阿片类药物时应密切观察其呼吸、神志、精神状态等。**治疗措施:**1 ml纳洛酮(0.4 mg/ml)加入生理盐水稀释至10 ml,每30~60秒静脉给药1~2 ml,直至症状改善,必要时重复给药,如果10 min内仍无效且纳洛酮给药总量达到1 mg,需重新评估呼吸抑制的原因及其严重程度;因为纳洛酮半衰期短,对于半衰期长的阿片类药物,考虑静脉持续输注纳洛酮,同时防止过度拮抗导致疼痛复发。

• 辅助镇痛药物

辅助镇痛药物可增强阿片类药物的镇痛效果,或直接产生一定的镇痛作用,包括抗惊厥类药物、抗抑郁类药物、皮质类固醇激素、N-甲基-D-天冬氨酸(N-methyl-D-aspartic acid, NMDA)受体拮抗剂和局部麻醉药物等(见附件13)。辅助药物能够减少阿片类药物用量,常用于辅助治疗神经病理性疼痛、骨痛等。辅助用药的种类选择和剂量调整需个体化对待。

常用于神经病理性疼痛的辅助药物^[15,16], ①抗惊厥类药物:用于神经损伤所致的撕裂痛、放电样疼痛等,如加巴喷丁、普瑞巴林;②抗抑郁类药物:用于中枢性或外周神经损伤所致的麻木样疼痛、烧灼样疼痛等,该类物质也可以改善心情和睡眠,如阿米替林、度洛西汀和文拉法辛等;③神经压迫或炎症试用糖皮质激素或非甾体药物;④局部外用药物:利多卡因、双氯芬酸钠和氟比洛芬酯等的凝胶、乳膏或贴片。

常用于骨转移性癌痛的辅助药物^[17], NSAID;骨吸收抑制剂:双膦酸盐、地舒单抗(地诺单抗);放射性核素;抗惊厥类药物;抗抑郁类药物;局部外用药物。

常用于癌性内脏痛的辅助药物^[18,19], 抗抑郁类药物;肠梗阻治疗药物,如类固醇激素、H₂受体拮抗剂、抗胆碱能药和奥曲肽。

(2)非药物治疗:用于癌痛治疗的非药物治疗方法主要有介入治疗(包括阻断神经传导通路的神经阻滞/毁损术、神经电刺激疗法、脑室内/椎管内药物输注通道植入术等)、放疗、物理方法(按摩、冷/热敷、经皮神经电刺激、针灸等)、认知训练(想象、催眠、放松、积极应对训练、行为激活等)、社会心理支持治疗等。适当应用非药物疗法,可作为药物镇痛治疗的有益补充。

介入治疗前应综合评估患者的一般情况、预期生存时间、抗肿瘤治疗指征、介入治疗适应证和禁忌证、预期受益和风险等。

良好的疼痛控制还需要多学科团队合作,建立肿瘤科、疼痛科、神经外科、骨外科、影像介入科、身心医学科、康复科、药学部、营养科等多学科参与的诊疗模式,集思广益,根据具体情况为患者制订规范化、综合化和个体化的镇痛方案。

2.4 临床药师在癌痛治疗中的作用 已有多项研究显示,临床药师在癌痛管理中具有重要作用,临床药师参与合理用药的过程不仅能够提高疼痛治疗的规范性,且可明显改善患者疼痛控制情况,提高患者生活质量^[20,21]。因此,癌痛治疗团队中应有疼痛专科临床药师参与。临床药师应参加临床交班、查房、病例讨论等医疗活动,及时了解患者病情变化,组织开展多模式的临床药学实践活动。

2.4.1 评估用药风险 临床药师应采集并评估患者伴发疾病、合并用药、近期药物治疗史、过敏史、药物不良反应史等情况,综合评估癌痛药物治疗中的风险,对存在用药风险的患者,应制订适宜的药学监护计划并负责实施。

2.4.2 药学查房 对住院患者进行药学查房,根据药学监护计划观察镇痛药物疗效,监测镇痛药物不良反应,评估用药依从性,对患者进行用药教育,解答患者及其家属用药咨询。发现患者存在用药问题应及时指导纠正。指导出院患者带药用法、用量和注意事项等,并提供书面用药教育材料。

2.4.3 医嘱审核 医嘱审核包括:麻醉、精神药品处方的规范性,癌痛治疗药物适应证、用法用量、特殊人群剂量调整、药物相互作用、用药途径、溶媒配伍等。临床药师应熟练掌握阿片类药物及其他镇痛药物滴定剂量和转换剂量的计算方法,对阿片类药物剂量的审核应考虑前24 h内疼痛程度、用药情况、爆发痛次数等。

2.4.4 患者教育 癌痛患者用药教育内容包括:阿片类药物不良反应预防及其处理、阿片类药物急性中毒反应的识别、NSAID长期用药的不良反应监测、口服缓/控释剂型药品使用注意事项、透皮贴剂使用注意事项等。可采取口头指导、书面材料指导、观看视频指导等形式。

2.4.5 不良反应监测 主动监测阿片类药物的常见不良反应,包括便秘、恶心、呕吐、嗜睡、瘙痒、尿潴留、谵妄和认知障碍等,及时发现参与评估,并提供指导。

2.4.6 药学会诊 临床药师参加顽固性癌痛患者、特殊人群癌痛患者(如肝功能减退、肾功能减退、基础用药品种多等)会诊或多学科综合诊疗,参与制订个体化药物治疗方案。

2.4.7 药学信息 负责癌痛治疗相关药学信息的搜集,根据临床和患者的需要,及时、准确地提供癌痛治疗药物药理学、药代动力学、药物相互作用、特殊人群用药、配伍禁忌、规格、剂型、储存方法等相关信息。

2.4.8 癌痛用药评价 制订癌痛治疗药物专项处方点评方案,定期开展癌痛治疗药物的专项处方点评。内容应包括麻醉或精神药品处方规范性、用药适应

证、用法用量、药物相互作用等方面,点评结果应通过院内公示等方式有效反馈,对不合理用药情况及时干预。

2.5 癌痛患者及其家属教育

2.5.1 教育原则

(1) 疼痛教育由接受过疼痛相关专业培训的护士和临床药师实施。

(2) 疼痛教育应从接触患者时立即开始,并贯穿于整个治疗过程。

(3) 疼痛教育对象除患者本人还应包括其家属。家属在患者的疼痛管理中发挥至关重要的作用,应为癌痛患者及其家属提供全面的健康教育^[22]。

(4) 评估患者及其家属的文化水平、理解能力、语言习惯等,制订个性化教育计划,确保教育有效^[23]。

(5) 疼痛教育内容的重点应根据患者所处疼痛治疗阶段来确定,教育的重点也应随着患者的改变及时调整。

(6) 疼痛健康教育后应评价教育效果。

2.5.2 教育方式

(1) 团体教育:定期举行疼痛相关知识讲座,对癌痛患者及其家属存在的共性信息需求进行讲解,面对面交流讨论癌痛相关知识或解答疑问^[24]。

(2) 个体教育:护士基于患者的具体问题和需求提供有针对性的教育,鼓励患者表达癌痛和治疗后的感受^[25]。

(3) 同伴教育:同伴教育者结合自身经验和切身感受,增强疼痛健康教育的效果。

(4) 疼痛教育宣传栏:每季度更新疼痛教育宣传栏相关内容。

(5) 多媒体疼痛健康教育:包括广播电台、电视台、报刊、自媒体(微博、微信公众号、直播、短视频)等。

2.5.3 教育内容

(1) 鼓励患者主动汇报疼痛。

(2) 教会患者使用疼痛评估工具进行评估和填写疼痛日记(见附件14)。

(3) 消除患者常见疼痛相关误区。①癌痛不是肿瘤晚期的标志,而长期存在或严重的癌痛会影响患者的生活质量和免疫力,甚至会导致焦虑、抑郁

等。对于癌痛应该“止”，不能“忍”。②镇痛药物及时、按时使用才能安全有效，而且所需要的镇痛药物剂量也最低，切勿仅在疼痛剧烈时才使用镇痛药物。按时用药能保证体内维持有效的血药浓度，有效控制疼痛。③疼痛患者规范化使用阿片类药物成瘾风险极低，患者不必因担忧成瘾风险而惧怕使用阿片类药物。④患者担心一旦使用阿片类药物则需终身用药，事实上，疼痛若得到控制，可以随时安全停用阿片类药物或换用非阿片类药物。

(4)教会患者缓解疼痛的方法，如转移注意力、呼吸放松疗法、冷/热敷等。

(5)指导患者用药相关注意事项。①按时规律服药，不得随意增减剂量；②告知患者镇痛治疗过程中常见的不良反应和应对方法，不良反应包括便秘、恶心、呕吐、嗜睡、头晕、尿潴留、皮肤瘙痒等；③根据患者使用的药物，给予针对性的用药知识宣教；④患者居家用药过程中若出现以下情况，需及时就医：出现新的疼痛、药物不能缓解的疼痛或疼痛有变化；出现不可缓解的恶心、呕吐、头晕、嗜睡、尿潴留、便秘、谵妄等不良反应。

(6)建议患者居家期间监测并记录疼痛情况，提供出院后疼痛就医信息，发放信息卡，提供24 h紧急联系电话。

2.6 癌痛患者随访 癌痛患者随访是癌痛全程管理的重要组成部分。通过随访可以了解患者居家期间疼痛控制情况，指导患者正确服用镇痛药物，预防和减少不良反应，提高患者用药依从性，达到最佳的治疗效果^[26]。

2.6.1 随访原则

(1)建立健全癌痛患者随访制度。

(2)进行癌痛随访的人员应相对固定，需经过专业培训，具备癌痛管理经验。

(3)癌痛患者出院时，应评估患者及其家属对

疼痛知识的掌握情况，与患者和家属共同制订随访计划，提供随访卡和疼痛教育材料。

(4)建立随访记录本，规范、连续记录随访内容。终止随访应写明原因，如住院、死亡、拒绝随访等。

2.6.2 随访对象 接受癌痛规范化治疗的患者，包括门诊和出院患者。

2.6.3 随访时间

(1)出院1周内进行第1次随访。

(2)对初次用药和疼痛控制不稳定的患者，应于3 d内进行第1次随访。

(3)随访时间间隔根据患者情况合理安排，疼痛缓解后可1~2周随访1次；疼痛控制不佳或用药不良反应较大者，1周内可进行多次随访。

(4)每次随访结束根据具体情况预定下次随访时间。

2.6.4 随访方式 医护人员可根据癌痛患者情况，通过电话、短信、微信、视频、手机APP、居家访视等方式提供主动随访，或安排定期门诊随访。

2.6.5 随访内容

(1)患者疼痛情况，包括疼痛强度、部位、性质；是否出现爆发痛，爆发痛次数、评分和解救用药。

(2)疼痛对日常生活的影响，包括饮食、睡眠、活动、情绪、人际关系等。

(3)患者镇痛药物应用情况，包括药物名称、服用剂量、频次、方法；是否遵医嘱用药；是否出现药物不良反应，包括便秘、恶心、呕吐、嗜睡、尿潴留、皮肤瘙痒等。

(4)根据随访中具体情况给予相应指导和建议，包括规范用药、处理药物不良反应、麻醉药品的取药方法等。在疼痛加重、每日出现3次及以上的爆发痛或影响睡眠时，应咨询医生或来院治疗^[26]。

附件1 癌痛量化评估方法

1 视觉模拟评分量表（VAS）

在白纸上画一条长10 cm的直线，两端分别标记为“无痛”和“剧痛”，即构成视觉模拟评分量表（图1）。患者根据所感受的疼痛程度，在直线上做一记号，从起点至记号处的距离就是量化的疼痛程度。

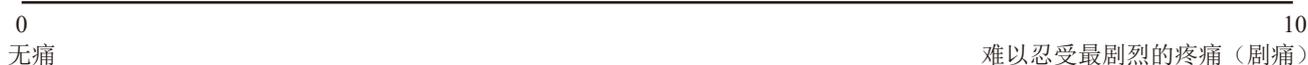


图1 视觉模拟评分量表

2 数字评分量表（NRS）

使用《疼痛程度数字评估量表》对患者疼痛程度进行评估（图2）。将疼痛程度用数字0～10依次表示，0表示无疼痛，10表示最剧烈的疼痛。由患者自己选择1个最能代表自身疼痛程度的数字，或由医护人员询问患者：你的疼痛有多严重？由医护人员根据患者对疼痛的描述选择相应的数字。按照疼痛对应的数字将疼痛程度分为：轻度疼痛（1～3），中度疼痛（4～6），重度疼痛（7～10）。

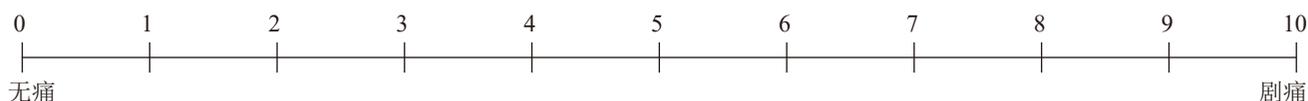


图2 疼痛程度数字评估量表

3 面部表情疼痛评分量表（FPS）

医护人员根据患者疼痛时的面部表情状态，对照《面部表情疼痛评分量表》进行疼痛评估（图3），该量表适用于表达困难的患者，如儿童、老年人，以及存在语言或文化差异或其他交流障碍的患者。

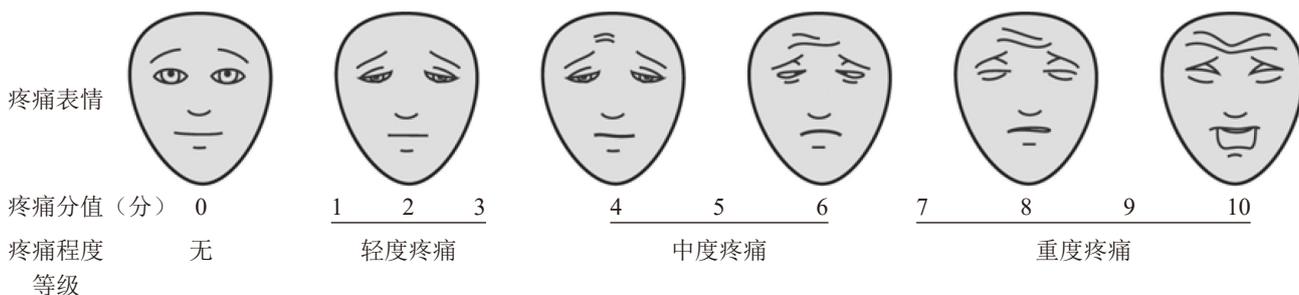


图3 面部表情疼痛评分量表

4 语言评分量表（VRS）

根据患者对疼痛的主诉，将疼痛分为轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛。

（1）轻度疼痛：有疼痛，但可忍受，生活正常，睡眠未受干扰。

（2）中度疼痛：疼痛明显，不能忍受，要求服用镇痛药物，睡眠受到干扰。

（3）重度疼痛：疼痛剧烈，不能忍受，需服用镇痛药物，睡眠严重受到干扰，可伴自主神经功能紊乱或被动体位。

附件2 晚期痴呆者疼痛评估量表（PAINAD）

分数 条目	0分	1分	2分	评分
呼吸	正常	偶尔呼吸困难/短时期的换气过度	呼吸困难兼发出吵闹声音/长时期的换气过度/潮式呼吸（陈-施呼吸）（Cheyne-Stokes respiration）	
负面的声音表达	没有	偶尔呻吟/低沉的声音，带有负面的语气	重复性地叫嚷/大声呻吟/哭泣	
面部表情	微笑或无表情	难过/恐惧/皱眉头	愁眉苦脸	
身体语言	轻松	绷紧/紧张步伐/坐立不安	僵硬/紧握拳头/膝盖提起/拉扯或推开/推撞	
可安抚程度	无需安抚	通过分散注意力或触摸、安慰，可安抚患者	通过分散注意力或触摸、安慰，也不可安抚患者	
观察时间约为5 min			总分	

注：疼痛分值范围0（无痛）～10分（极度疼痛），分值越高表示疼痛越剧烈

附件3 重症监护疼痛观察工具（CPOT）

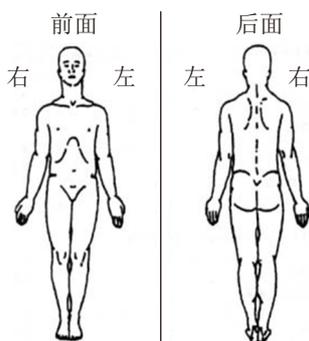
指标	条目	描述	评分
面部表情	放松、自然	无肌肉紧张表现	0
	表情紧张	皱眉、眉毛下垂、眼窝紧缩、轻微面肌收缩或其他表现（如操作中睁眼或流泪）	1
	痛苦的表情	出现上述所有的面部运动，并伴有眼睛紧闭（可表现为张口或紧咬气管插管）	2
肢体活动	无活动或正常体位	不动（并不代表不存在疼痛）	0
	防卫动作	缓慢谨慎的运动，触摸或摩擦疼痛部位，通过运动寻求关注	1
	烦躁不安	拉拽导管，试图坐起，肢体乱动或翻滚，不听指令，攻击医务人员，试图爬离床	2
肌肉紧张度	放松	对被动运动无抵抗	0
	紧张，僵硬	对被动运动有抵抗	1
	非常紧张或僵硬	强烈抵抗，无法完成被动运动	2
机械通气的顺应性（气管插管患者）	耐受	无报警，通气顺畅	0
	咳嗽但可耐受	咳嗽，可触发报警但自动停止警报	1
	人机对抗	不同步抵抗呼吸机，频繁引起报警	2
或者发声（拔管后的患者）	说话音调正常或不发声	说话音调正常或不发声	0
	叹息，呻吟	叹息，呻吟	1
	喊叫，啜泣	喊叫，啜泣	2
总分范围0～8分			总分

附件4 简明疼痛评估量表(BPI)

患者姓名:_____ 病案号:_____ 诊断:_____

评估时间:_____ 评估医生:_____

- 1 多数人一生中均有过的疼痛经历(如轻微头痛、扭伤后痛、牙痛)。除上述常见的疼痛外,现在您是否还感到有其他类型的疼痛?
(1)是 (2)否
- 2 请您在下图中标出您的疼痛部位,并在疼痛最剧烈的部位以“×”标出。



- 3 请选择下面的1个数字,以表示过去24 h内您疼痛最剧烈的程度。
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
- 4 请选择下面的1个数字,以表示过去24 h内您疼痛最轻微的程度。
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
- 5 请选择下面的1个数字,以表示过去24 h内您疼痛的平均程度。
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
- 6 请选择下面的1个数字,以表示您目前的疼痛程度。
(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)
- 7 您希望接受何种药物或治疗控制您的疼痛?
- 8 在过去的24 h内,由于药物或治疗的作用,您的疼痛缓解多少?请选择下面的1个百分数,以表示疼痛缓解的程度。
(无缓解) 0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% (完全缓解)
- 9 请选择下面的1个数字,以表示过去24 h内疼痛对您的影响。
 - 1) 对日常生活的影晌
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)
 - 2) 对情绪的影响
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)
 - 3) 对行走能力的影响
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)
 - 4) 对日常工作的影响(包括外出工作和家务劳动)
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)
 - 5) 对与他人关系的影响
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)
 - 6) 对睡眠的影响
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)
 - 7) 对生活兴趣的影响
(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

附件5 简式McGill疼痛问卷（SF-MPQ）

I 疼痛评级指数（PRI）的评估

	无痛	轻度	中度	重度
A. 感觉项（sensory）				
跳痛（throbbing）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
刺痛（shooting）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
刀割痛（stabbing）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
锐痛（sharp）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
痉挛痛（carmping）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
咬痛（gnawing）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
烧灼痛（hot-burning）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
酸痛（aching）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
坠胀痛（heavey）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
触痛（tender）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
劈裂痛（splitting）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
感觉项总分：_____				
B. 情感项（affective）				
疲惫耗竭感（tiring-exhausting）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
病恹样（sickening）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
恐惧感（fearful）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
受惩罚感（punishing-cruel）	0)_____	1)_____	2)_____	3)_____
情感项总分：_____				
上述两项相加（S + A）= 疼痛总分（T）_____				

II 视觉模拟评分量表（VAS）

0		10
无痛		难以忍受最剧烈的疼痛（剧痛）

视觉模拟评分量表

III 现在疼痛状况（PPI）

0 无痛（no pain）_____

1 轻痛（mild）_____

2 难受（discomforting）_____

3 痛苦烦躁（distressing）_____

4 可怕（horrible）_____

5 极度疼痛（excruciating）_____

附件6 DN4问卷

1. 疼痛是否存在下述特点?		
(1) 烧灼痛	是	否
(2) 疼痛引发寒战	是	否
(3) 电击样	是	否
2. 同一部位的疼痛是否有下述情况中的1种或多种?		
(1) 刺痛感	是	否
(2) 针刺感	是	否
(3) 麻木感	是	否
(4) 瘙痒感	是	否
3. 疼痛是否局限于一定范围,并且在此范围体格检查能揭示下述特征中的1个或多个?		
(1) 触觉减退	是	否
(2) 针刺触觉减退	是	否
4. 在疼痛区域,下述因素能引起疼痛或疼痛增强?		
摩擦	是	否
评分标准:选“是”计1分,选“否”计0分; 分值 ≥ 4 分,考虑为神经病理性疼痛;分值 < 4 分,不考虑为神经病理性疼痛		

附件7 神经病理性疼痛筛查量表:ID Pain量表

自测题	评分(分)						
	是	否					
您是否出现针刺般疼痛?	1	0					
您是否出现烧灼样疼痛?	1	0					
您是否出现麻木感?	1	0					
您是否出现触电般疼痛?	1	0					
您的疼痛是否会因为衣服或床单的触碰而加剧?	1	0					
您的疼痛是否只出现在关节部位?	-1	0					
总分:最高分=5分 最低分=-1分							
结果分析							
总分	-1分	0分	1分	2分	3分	4分	5分
分析	基本排除神经病理性疼痛		不完全排除神经病理性疼痛	考虑患神经病理性疼痛		高度考虑患神经病理性疼痛	

附件8 广泛性焦虑量表(GAD-7)

在过去的2周内,您生活中下述症状出现的频率有多少次?将相应的数字总和相加即为总分。

序号	项目	没有	有几天	一半以上时间	几乎每天
1	感到不安、担心及烦躁	0	1	2	3
2	不能停止担心或无法控制担心	0	1	2	3
3	对各种各样的事情过度担心	0	1	2	3
4	很紧张,很难放松下来	0	1	2	3
5	非常焦躁,以至无法静坐	0	1	2	3
6	变得容易烦恼或易被激怒	0	1	2	3
7	感到好像有什么可怕的事情会发生	0	1	2	3

总分:_____

总分	判断	建议
0~4分	无焦虑症	无
5~9分	轻微焦虑症	观察等待：随访时重复评估GAD-7
10~13分	中度焦虑症	制订治疗计划，考虑咨询，随访和/或药物治疗
14~18分	中重度焦虑症	积极进行药物治疗和/或心理治疗
19~21分	重度焦虑症	立即进行药物治疗，若严重障碍或对治疗无效，建议转至精神心理疾病专家处进行心理治疗和/或综合治疗

注：GAD-7为广泛性焦虑量表

附件9 患者健康问卷抑郁量表 (HPQ-9)

在过去的2周内，您生活中下述症状出现的频率有多少次？将相应的数字总和相加即为总分。

序号	项目	没有	有几天	一半以上时间	几乎每天
1	做事时提不起劲或无兴趣	0	1	2	3
2	心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3	入睡困难、睡不安或睡得过多	0	1	2	3
4	感觉疲倦或无活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟或很失败，或让自己、家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难，如看报纸或看电视时	0	1	2	3
8	行动或说话速度缓慢到别人已经察觉，或刚好相反——变得比平日更烦躁或坐立不安，动来动去	0	1	2	3
9	有不如死亡或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3

总分：_____

总分	判断	建议
0~4分	无抑郁症	无
5~9分	轻微抑郁症	观察等待：随访时重复评估PHQ-9
10~14分	中度抑郁症	制订治疗计划，考虑咨询，随访和/或药物治疗
15~19分	中重度抑郁症	积极进行药物治疗和/或心理治疗
20~27分	重度抑郁症	立即进行药物治疗，若严重障碍或对治疗无效，建议转至精神心理疾病专家处进行心理治疗和/或综合治疗

注：PHQ-9为患者健康问卷抑郁量表

附件10 爆发痛问卷 (BPQ)

是否有爆发痛发作？	疼痛加重的因素？
疼痛发生的频率？	疼痛缓解的因素？
疼痛的部位？	对镇痛治疗的反应？
疼痛是否有分散？	对其他干预的反应？
疼痛的性质？	伴随症状？
疼痛的严重程度？	对日常生活的影响？
疼痛的持续时间？	

附件12 常见阿片类药物不良反应的药物治疗

不良反应	处理用药
便秘	①比沙可啶: 5~10 mg, 口服, 每日1次 ②通便灵胶囊: 1.25~1.50 g, 口服, 每日1次 ③麻仁软胶囊: 0.6~1.2 g, 口服, 每日1~3次 ④乳果糖口服溶液: 15~45 ml, 口服, 每日1次或分为2次 ⑤聚乙二醇4000散: 10 g, 口服, 每日1~2次
恶心	①甲氧氯普胺: 5~10 mg, 口服, 每日3~4次 ②氟哌啶醇: 1~2 mg, 口服, 每日2~3次 ③5-羟色胺3受体拮抗剂: 格拉司琼, 2 mg, 口服, 每日1次; 昂丹司琼, 4~8 mg, 口服, 每日3次; 多拉司琼, 100~200 mg, 口服, 每日1次; 帕洛诺司琼, 0.5 mg, 口服, 隔日1次 ④奥氮平: 2.5~5.0 mg, 口服, 每日1次 ⑤地塞米松: 0.75~3.00 mg, 口服, 每日1~2次
谵妄	①氟哌啶醇: 0.5~2.0 mg, 口服或静脉给药, 每4~6小时1次 ②奥氮平: 2.5~5.0 mg, 口服或舌下含服, 每6~8小时1次 ③利培酮: 0.25~0.50 mg, 每日1~2次
镇静	①咖啡因: 100~200 mg, 口服, 每6小时1次 ②哌醋甲酯: 5~10 mg, 每日1~3次 ③右旋安非他明: 5~10 mg, 口服, 每日1~3次
皮肤瘙痒	①纳布啡: 0.5~1.0 mg, 静脉给药, 每6小时1次 ②纳洛酮: 0.25 μg/(kg·h), 静脉给药, 最大可滴定至1 μg/(kg·h) ③抗组胺药物: 西替利嗪: 5~10 mg, 口服, 每日1次 苯海拉明: 25~50 mg, 口服或静脉给药, 每6小时1次 异丙嗪: 12.5~25.0 mg, 口服, 每6小时1次 羟嗪: 25~50 mg, 口服或肌内注射给药, 每6小时1次
呼吸抑制	纳洛酮: 用9 ml生理盐水稀释1安瓿纳洛酮(0.4 mg/1 ml), 缓慢静脉推注, 每30~60秒给药1~2 ml(0.04~0.08 mg), 直至症状改善。严重者每2~3分钟可重复给药。如果10 min内仍无效且纳洛酮给药总量达到1 mg, 需重新评估呼吸抑制的原因及其严重程度

附件13 常用辅助镇痛药物

类型	名称	用法用量
三环类抗抑郁药	阿米替林	小剂量开始, 如果能够耐受, 每3~5天增加1次剂量。阿米替林初始剂量为12.5 mg, 睡前服用, 以1周时间为间隔, 每周增加12.5~25.0 mg, 至疼痛缓解或产生不可耐受的不良反应, 一般不超过75 mg/d。应谨慎用于传导异常(包括QTc间期延长)或缺血性心脏病患者
其他类型抗抑郁药物	度洛西汀、文拉法辛	度洛西汀: 初始剂量每日20~30 mg, 增加至每日60~120 mg 文拉法辛: 初始剂量每日37.5 mg, 增加至每日75~225 mg
抗惊厥类药物	加巴喷丁、普瑞巴林	加巴喷丁: 初始剂量每晚100~300 mg, 增加至每日900~3600 mg, 分2~3次给药。每3天剂量增加50%~100%(老年人和体弱者需缓慢滴定剂量, 肾功能不全者需调整剂量) 普瑞巴林: 初始剂量50~75 mg, 每日2~3次, 最大剂量每日600 mg(老年人和体弱者需缓慢滴定剂量, 肾功能不全者需调整剂量)
皮质类固醇激素	地塞米松、泼尼松	地塞米松片: 口服, 每次0.75~3.00 mg, 每日1~2次 泼尼松片: 口服, 每次5~10 mg, 每日10~60 mg
双膦酸盐	第一代代表药物: 氯屈膦酸盐	氯膦酸二钠: 每日剂量为300 mg, 用500 ml生理盐水或5%葡萄糖溶液稀释, 输注时间应至少2 h, 连续治疗不应超过7 d。宜用作初始治疗。口服: 每日2400 mg, 分2~3次服用, 血清钙水平正常的患者, 可减为每日1600 mg, 若伴有高钙血症, 可增至每日3200 mg, 必须空腹服用, 最好在餐前1 h。宜用作维持治疗
	第二代代表药物: 帕米膦酸盐	帕米膦酸二钠: 滴注速度不应超过60 mg/h(1 mg/min)。本品滴注液的最大浓度为90 mg/250 ml滴注液, 正常情况下, 90 mg剂量稀释于250 ml注射液, 应滴注2 h以上。治疗多发性骨髓瘤和肿瘤引起的高钙血症时, 药物推荐浓度不应超过90 mg/500 ml, 滴注时间应超过4 h
	第三代代表药物: 唑来膦酸	唑来膦酸: 静脉滴注。成人每次4 mg, 用100 ml 0.9%氯化钠溶液或5%葡萄糖溶液稀释后静脉滴注, 滴注时间应不少于15 min。每3~4周给药1次或遵医嘱

专家委员会**专家组组长：**

冯继锋 江苏省肿瘤医院
刘宝瑞 南京大学医学院附属鼓楼医院
陆建伟 江苏省肿瘤医院
束永前 江苏省人民医院

执笔人：

沈波 江苏省肿瘤医院
杨扬 江苏省肿瘤医院
申文 徐州医科大学附属医院
周国仁 江苏省肿瘤医院

专家组成员(按姓氏汉语拼音排序)：

陈凯 苏州大学附属第一医院
陈小飞 淮安市第一人民医院
陈映霞 东部战区总医院八一医院
褚晓源 东部战区总医院
冯继锋 江苏省肿瘤医院
华东 无锡市第四人民医院
黄俊星 泰州市人民医院
吉爱军 江苏省肿瘤医院
蒋书娣 江苏省人民医院
李婕 江苏省肿瘤医院
刘宝瑞 南京大学医学院附属鼓楼医院
陆建伟 江苏省肿瘤医院
孟爱凤 江苏省肿瘤医院
倪美鑫 南通市肿瘤医院
邵华 东南大学附属中大医院
申文 徐州医科大学附属医院
沈波 江苏省肿瘤医院
束永前 江苏省人民医院
魏青 江苏省肿瘤医院
杨磊 南通市肿瘤医院
杨扬 江苏省肿瘤医院
袁玲 南京大学医学院附属鼓楼医院
赵敏 江苏省肿瘤医院
赵云 江苏省肿瘤医院
周国仁 江苏省肿瘤医院
周晓蓉 江苏省肿瘤医院
朱余兵 南京市第一医院

秘书组成员：

吴楠 江苏省肿瘤医院
羊波 江苏省肿瘤医院
许潇月 江苏省肿瘤医院
朱家丽 江苏省肿瘤医院
徐思露 江苏省肿瘤医院

参考文献

- [1] WILLIAMS A C, CRAIG K D. Updating the definition of pain[J]. Pain, 2016, 157(11):2420-2423.
- [2] MIZUMURA K. Peripheral mechanism of hyperalgesia--sensitization of nociceptors[J]. Nagoya J Med Sci, 1997, 60(3-4): 69-87.
- [3] No authors listed. Pain management for patients with cancer[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(3):197-198.
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 癌症疼痛诊疗规范(2018年版)[J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23(10): 937-944.
- [5] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain (Version 3.2019)[EB/OL]. (2019-06-24)[2020-05-18]. https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf.
- [6] PORTENOY R K. Cancer pain. Epidemiology and syndromes[J]. Cancer, 1989, 63(11 Suppl):2298-2307.
- [7] COSTIGAN M, SCHOLZ J, WOOLF C J. Neuropathic pain: A maladaptive response of the nervous system to damage[J]. Ann Rev Neurosci, 2009, 32:1-32.
- [8] BOLAND E G, MULVEY M R, BENNETT M I. Classification of neuropathic pain in cancer patients[J]. Curr Opin Palliat Care, 2015, 9(2):112-115.
- [9] DAVIES A N, DICKMAN A, REID C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland[J]. Eur J Pain, 2009, 13(4):331-338.
- [10] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会难治性癌痛学组, 中华医学会疼痛学分会癌痛学组. 癌性爆发痛专家共识(2019年版)[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46(6): 267-271.
- [11] WHO guidelines approved by the guidelines review committee. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents[M]. Geneva: World Health Organization, 2018.
- [12] Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Pain[M]. 3rd ed. Toronto: Registered nurses' association of ontario, 2013.
- [13] WEBBER K, DAVIES A N, ZEPPELELLA G, et al. Development and validation of the breakthrough pain assessment tool (BAT) in cancer patients[J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 48(4):619-631.
- [14] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典临床用药须知[M].

- 北京:中国医药科技出版社,2015.
- [15] RAPTIS E, VADALOUCA A, STAVROPOULOU E, et al. Pregabalin vs. opioids for the treatment of neuropathic cancer pain: a prospective, head-to-head, randomized, open-label study[J]. *Pain Pract*, 2014, 14(1):32-42.
- [16] WANG K, DEMIR I E, D'HAESE J G, et al. The neurotrophic factor neurturin contributes toward an aggressive cancer cell phenotype, neuropathic pain and neuronal plasticity in pancreatic cancer[J]. *Carcinogenesis*, 2014, 35(1):103-113.
- [17] MERCADANTE S, KLEPSTAD P, KURITA G P, et al. Minimally invasive procedures for the management of vertebral bone pain due to cancer: The EAPC recommendations[J]. *Acta Oncol*, 2016, 55(2):129-133.
- [18] MERCADANTE S, KLEPSTAD P, KURITA G P, et al. Sympathetic blocks for visceral cancer pain management: A systematic review and EAPC recommendations[J]. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2015, 96(3):577-583.
- [19] YANG F R, WU B S, LAI G H, 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.
- [20] WANG Y, HUANG H, ZENG Y, et al. Pharmacist-led medication education in cancer pain control: a multicentre randomized controlled study in Guangzhou, China[J]. *J Int Med Res*, 2013, 41(5):1462-1472.
- [21] CHEN J, LU X Y, WANG W J, et al. Impact of a clinical pharmacist-led guidance team on cancer pain therapy in China: a prospective multicenter cohort study[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2014, 48(4):500-509.
- [22] 郭欣, 陈赟, 施雁. 癌痛管理的发展现状[J]. *护理研究*, 2014, 28(3): 257-259.
- [23] MARTIN M Y, PISU M, KVALE E A, et al. Developing effective cancer pain education programs[J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2012, 16(4):332-342.
- [24] 林毅, 李秋萍, 徐英华, 等. 基于医院的晚期癌症患者居家延伸服务的可行性研究[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(5): 85-88.
- [25] 颜运英, 王可, 周莲清, 等. 赋能教育在癌痛患者中的应用[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(21): 79-82.
- [26] 胡夕春, 王杰军, 常建华, 等. 癌症疼痛诊疗上海专家共识(2017年版)[J]. *中国癌症杂志*, 2017, 27(4): 312-320.

收稿日期:2020-02-16

本文编辑:李佳玉