



•临床与药物•

阿片类药物静脉应用及多模式镇痛下的癌痛治疗

曾小琼

(桃源县人民医院疼痛科 湖南桃源 415700)

【摘要】目的：探讨阿片类药物静脉应用及多模式镇痛下的癌痛治疗。**方法：**筛选出我院2017年5月到2018年4月期间收治的80例癌痛患者，按照不同治疗模式将其分为吗啡组与芬太尼组各40例，吗啡组静脉持续泵入吗啡治疗，芬太尼组给予芬太尼透明贴治疗，对比两组患者的镇痛效果及不良反应发生情况。**结果：**吗啡组的疼痛缓解率为70.0%，芬太尼组为67.5%，差异不显著($P>0.05$)。吗啡组的不良反应发生率为32.5%，芬太尼组为35.0%，差异不显著($P>0.05$)。**结论：**阿片类药物静脉给药治疗癌痛的镇痛效果显著，且不良反应发生率低，值得临床应用。

【关键词】阿片类药物；静脉；镇痛；癌痛；治疗

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)13-148-01

癌痛是恶性肿瘤患者最多见、最难控制的症状之一。在新诊断的癌症患者中，癌痛的发生率高达30%，晚期癌症患者癌痛的发生率约为70%[1]。癌痛是与癌症相关的主观感觉，会严重影响患者的生活质量，应积极进行治疗。基于此，本研究筛选出我收治的80例癌痛患者的治疗情况展开回顾性分析，并对比不同模式镇痛的癌痛治疗效果，总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

筛选出我院2017年5月到2018年4月期间收治的80例癌痛患者，所有患者均经影像学及病理学等检查确诊为癌症，均伴有重度疼痛，疼痛数字评分法(NRS)≥7分，无法口服药物治疗，排除对阿片类药物过敏者。按照不同治疗模式将患者分为吗啡组与芬太尼组各40例。吗啡组：伴有发热症状(体温超过38℃)，或经换算芬太尼剂量较大，且超过8.4mg×10贴/72h；患者中，男21例，女19例；年龄32~75岁，平均(53.5±6.4)岁；癌症类型中，肺癌16例，胃癌13例，肠癌11例。芬太尼组：不伴有发热症状(体温在38℃以下)，或经换算芬太尼剂量不超过8.4mg×10贴/72h；患者中，男22例，女18例；年龄32~76岁，平均(53.3±6.5)岁；癌症类型中，肺癌15例，胃癌13例，肠癌12例。对比两组患者的性别、年龄、癌症类型、疼痛程度等资料，差异均不显著($P>0.05$)。

1.2 方法

吗啡组：静脉持续泵入吗啡治疗，即给予盐酸吗啡注射液(生产企业：东北制药集团沈阳第一制药有限公司，批准文号：国药准字H20013351)治疗，初始剂量为前24h口服吗啡片剂总剂量的1/3，明确剂量后，给予吗啡注射液+生理盐水混匀后经中心静脉导管24h持续匀速静脉泵入。

芬太尼组：给予芬太尼透明贴治疗，即外用芬太尼透明贴(生产企业：西安杨森制药有限公司，批准文号：H20080366)，初始剂量根据芬太尼透明贴8.4mg×1贴/72h等效口服吗啡片120mg/24h进行换算，明确芬太尼初始剂量后，以躯干或四肢未受刺激或照射的平整皮肤进行表面敷贴治疗，敷贴前先剔除皮肤表层毛发，再用清水或酒精擦洗敷贴区域，禁止使用肥皂、油剂，芬太尼透明贴使用后用手掌按压1min，保证其与皮肤紧密贴合，间隙无气泡。更换芬太尼透明贴时另取敷贴部位，不可在同一区域重复敷贴。

两组患者均根据疼痛程度及爆发痛处理情况，参照《NCCN成人癌痛指南》调节剂量，直至NRS低于3分或不良反应无法耐受[2]。正常情况下，于每次爆发痛出现时给予前一天阿片类药物剂量的5%~17%，等效换算为注射吗啡。若爆发痛在24h内出现的次数超过3次，则将剂量增加25%~50%。患者呼吸低于8次/min或对不良反应不可耐受，则经对症处理后减少剂量20%~30%。

1.3 NRS评分法

NRS评分共0~10分，其中0分为无痛，1~3分为轻度疼痛，4~6分为中度疼痛，7~10分为重度疼痛[3]。

1.4 观察指标

(1)对比两组患者的镇痛效果，按照疼痛缓解四级法进行评估，分为①完全缓解：疼痛彻底消失，NRS评分为0分；②明显缓解：疼痛明显缓解，日常生活、饮食、睡眠等不受影响，疼痛时间缩短、间隔时间延长，NRS评分减少2~3分；③部分缓解：疼痛尚存但有所缓解，日常生活、饮食、睡眠稍受影响，疼痛时间与间隔时间无明显变化，NRS评分减少1~2分；④未缓解：未达上述标准，疼痛缓解率=(完全缓解+明显缓解+部分缓解)/N×100%[4]。(2)对比两组患者的不良反应发生情况，包括恶心呕吐、头晕、便秘、排尿困难，统计不良反应发生率。

1.5 统计学方法

采用SPSS19.0统计软件，计数资料以%表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 提示差异显著。

2 结果

2.1 镇痛效果对比

吗啡组的疼痛缓解率为70.0%，芬太尼组为67.5%，差异不显著($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者的镇痛效果对比[n(%)]

分组	例数	完全缓解	明显缓解	部分缓解	未缓解	疼痛缓解率
吗啡组	40	2	14	12	12	28(70.0)
芬太尼组	40	2	11	14	13	27(67.5)
P值	-	-	-	-	-	>0.05

2.2 不良反应发生情况对比

吗啡组的不良反应发生率为32.5%，芬太尼组为35.0%，差异不显著($P>0.05$)。见表2。

表2 两组患者的不良反应发生情况对比[n(%)]

分组	例数	恶心呕吐	头晕	便秘	排尿困难	总发生率
吗啡组	40	3	5	3	2	13(32.5)
芬太尼组	40	3	4	4	3	14(35.0)
P值	-	-	-	-	-	>0.05

3 讨论

癌痛是指癌症本身和在癌症患者治疗过程中所引发的疼痛。随着癌细胞的不断扩散，疼痛会呈进行性或间歇性加重。据世界卫生组织统计数据来看，截止到目前，每年全世界新诊断的癌症患者在千万以上[5]。此外，全世界每天至少有五百万癌症患者正遭受癌痛的折磨。在我国各种类型癌症患者中，约55%的患者伴有不同程度的疼痛，且中重度以上疼痛者约达30%以上。因此，癌痛治疗在临床工作中就显得尤为重要。

本研究对比分析了静脉持续泵入吗啡与芬太尼透明贴治疗癌痛的临床疗效，结果显示，两组患者的镇痛效果及不良反应发生率均相近，由此提示，这两种镇痛模式在癌痛治疗中均可发挥一定的应用价值。进一步分析发现，芬太尼透明贴与吗啡注射液在癌痛治疗方面各具优缺点，前者使用方便，但起效较慢，吸收量存在个体差异，且剂量调整难度较大；后者用药期间应加强心电监护，药物起效快，费用低，剂量方便调整[6]。因此，综合分析认为，临床上针对癌痛患者的治疗，应根据患者实际情况采取相应的镇痛模式。

综上所述，阿片类药物静脉给药治疗癌痛的镇痛效果显著，且不良反应发生率低，值得临床应用。

参考文献

- [1]卢帆,黄鹤,田杰,等.阿片类药物静脉应用及多模式镇痛下的癌痛治疗[J].中国肿瘤临床,2018(5):56-57.
- [2]田冬冬,袁丽霞,杨保仲,等.阿片受体及阿片类药物治疗癌痛的研究进展[J].肿瘤研究与临床,2016,28(9):645-648.
- [3]黄珏,高永胤,尹涵,等.阿片类药物滴定法治疗癌痛的疗效及不良反应分析[J].现代生物医学进展,2016,16(20):3866-3868.
- [4]年华,马明华,徐耀,等.我院癌痛住院患者阿片类药物的应用评价与分析[J].药学实践杂志,2016,34(5):466-468.
- [5]徐家威,朱佩祯,吕向群,等.临床药师参与大剂量阿片类药物癌痛会诊对患者疼痛及不良反应的分析[J].浙江医学,2017,39(3):208-211.
- [6]纪英,王倩,周洁.大剂量阿片类药物治疗中晚期癌痛患者的不良反应观察及护理[J].中国当代医药,2016,23(25):162-165.