



·论 著·

探讨吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛治疗顽固性中、重度癌痛的作用

曾小琼

(桃源县人民医院疼痛科 湖南桃源 415700)

摘要：目的：分析吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛治疗顽固性中、重度癌痛的作用。方法：文选取 2016 年的 10 月~2017 年的 10 月在我院接受治疗的 72 例中、重度癌痛病患，随机分为研究组和对照组，对照组选用吗啡进行皮下自控镇痛，研究组选用吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛，对比两组镇痛效果和不良反应发生情况。结果：研究组吗啡用量低于对照组，且 24h 镇痛泵按压次数少于对照组；研究组不良反应发生率低于对照组，组间对比存在明显差异， $P < 0.05$ 。结论：吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛治疗顽固性中、重度癌痛能够减少吗啡应用剂量却不影响镇痛效果，同时能够减少不良反应的发生风险，是值得应用的镇痛方案。

关键词：吗啡 氯胺酮 皮下自控镇痛 中、重度癌痛

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 14-018-01

癌症患者常常伴有癌痛状况，而受到各种因素影响，一些癌痛难以被有效控制，对患者影响非常严重。吗啡是治疗顽固性中、重度癌痛的常用药物，而皮下自控镇痛是常用的给药方式，但需要注意，以往患者单纯应用吗啡剂量较大，不良反应也比较多，因此，选择有效的联合用药方法，减少吗啡用量，保障镇痛效果，是临床人员的首要责任[1]。本文分析了吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛治疗顽固性中、重度癌痛的作用，报道如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

本文选取 2016 年的 10 月~2017 年的 10 月在我院接受治疗的 72 例中、重度癌痛病患做为此研究对象。纳入标准：①患者符合各类癌症相关的诊断标准。②患者均合并有中、重度癌痛。③患者无相关药物应用禁忌。④患者有一定治疗依从性。研究组中有男性 21 例，女性 15 例；年龄 44~76 岁，平均年龄是 (57.8±4.6) 岁；癌症类型：肺癌 8 例，食管癌 5 例，胃癌 7 例，肝癌 10 例，直肠癌 6 例。对照组中有男性 22 例，女性 14 例；年龄 45~77 岁，平均年龄是 (58.6±4.8) 岁；癌症类型：肺癌 9 例，食管癌 4 例，胃癌 8 例，肝癌 10 例，直肠癌 5 例。对比两组基本资料，差异不明显， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组选用吗啡进行皮下自控镇痛治疗，而研究组选用吗啡联合氯胺酮进行皮下自控镇痛治疗。治疗方法：两组均应用 100mL 镇痛液，对照组的镇痛液中含有 80mg 吗啡以及 92mL 浓度 0.9% 的氯化钠溶液；研究组的镇痛液中含有 40mg 吗啡，200mg 氯胺酮，和 92mL 浓度 0.9% 的氯化钠溶液。镇痛方法：选用爱朋公司生产的电子泵（型号是 ZZB-I），负容量 100mL，1h2mL 为背景剂量，锁定时间 15min。镇痛液配置完毕将之预先灌注至镇痛泵管道，和静脉留置针连接妥当，选择患者脐周 5cm 局部做为穿刺点，将针头经皮肤刺入，并将针头妥善固定于皮肤局部，开启镇痛泵进行治疗。治疗 4d 后可用 1 次序镇痛泵替换，患者可出院居家治疗。

1.3 观察指标

记录两组患者治疗过程的吗啡用量和 24h 镇痛泵按压次数，予以对比；采用视觉模拟评分法 (VAS) 帮助患者在治疗前、治疗 24h、48h 时对其存在的疼痛程度进行评估，患者获得分值越低，代表疼痛程度越轻；观察两组患者治疗期间不良反应的发生情况，计算发生率并进行对比。

1.4 统计学处理

研究获得数据、资料输入 SPSS15.0 统计学软件，进行处理分析，以 $\bar{x} \pm s$ 代表数据资料，进行 t 检验；计数资料使用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组治疗前、后不同时间段的 VAS 评分

两组患者在接受治疗前的 VAS 评分对比无明显差异， $P > 0.05$ ；接受治疗后 24h、48h 两组患者 VAS 评分均有一定程度下降，治疗前后对比存在明显差异， $P < 0.05$ ；两组患者各阶段 VAS 评分对比无明显差异， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 对比两组治疗前、后不同时间段的 VAS 评分

组别	例数	治疗前	24h	48h
研究组	36	9.3±1.1	1.6±0.7	1.7±0.8
对照组	36	9.3±1.3	1.7±0.9	1.9±0.9
t		4.545	5.345	4.553
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组吗啡用量和 24h 镇痛泵按压次数

研究组吗啡用量低于对照组，且 24h 镇痛泵按压次数少于对照组，组间对比存在明显差异， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 对比两组吗啡用量和 24h 镇痛泵按压次数

组别	例数	吗啡用量 (mg)	24h 镇痛泵按压次数 (次)
研究组	36	20.9±4.6	1.6±1.2
对照组	36	53.2±5.7	6.2±1.7
t		7.534	6.367
P		<0.05	<0.05

2.2 对比两组不良反应发生情况

治疗期间，研究组发生嗜睡 1 例，便秘 2 例，恶心呕吐 2 例，不良反应发生率是 13.89%；对照组发生嗜睡 3 例，便秘 4 例，恶心呕吐 5 例，不良反应发生率是 33.33%；研究组不良反应发生率低于对照组，组间对比存在明显差异， $P < 0.05$ 。

3 讨论

癌症被誉为人类健康的头号杀手，一直以来都有治愈率低、病死率高的特点，虽随着医疗技术的完善癌症患者的生存期间有所增长，但诸多并发症仍困扰着癌症患者，癌性疼痛是癌症患者最为多见的并发症，而癌痛随着病情进展，对其控制的效果也越来越不尽如人意[2]。通常将实施常规三级镇痛法控制效果不理想的癌痛称之为顽固性中、重度癌痛。有报道指出，目前全球范围内每年新增癌症患者 1 千万人，这其中有超过 50% 存在癌痛症状，而癌症晚期患者中有 70% 作用存在癌痛症状，这些患者中很大一部分受到各项因素影响为中重度癌痛。关于顽固性中、重度癌痛的治疗，目前将吗啡做为首选药物，但该药对于神经源性疼痛的治疗存在不敏感性，也具备一定依赖性，随着用药剂量的增加，发生不良反应的风险随之增加，也逐渐会产生成瘾性[3]。此外，以往此类患者应用吗啡缓释片控制疼痛，虽然有费用低、用药方便等方面优势，但随着机体对药物耐受的增加，应用剂量也逐渐增加，甚至有患者用药量达到 1000mg/4h，也在一定程度产生了诸多弊端。固对于有较大不良反应或存在吞困难症状的患者，应用皮下自控镇痛无疑是更佳的选择，却更具优势[4]。应用皮下自控镇痛，能减少胃肠道受到药物的刺激，同时能够将血液中药物浓度保持相对稳定的状态。氯胺酮有较为复杂的镇痛机制，该药的应用，能够起到一定抑制 NMDA 对中枢神经元的作用，主要是在丘脑中核阻断脊髓网状结构上行通路起作用，但缺乏对脊髓、中枢神经存在的阿片受体的亲和力，因此，将该药和吗啡联合应用，能够增强镇痛效果并有效抑制耐受性[5]。

本文研究组接受吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛治疗，结果提示，研究组吗啡用量低于对照组，且 24h 镇痛泵按压次数少于对照组；研究组不良反应发生率低于对照组，组间对比存在明显差异， $P < 0.05$ 。充分证明，吗啡联合氯胺酮皮下自控镇痛治疗顽固性中、重度癌痛能够减少吗啡应用剂量却不影响镇痛效果，同时能够减少不良反应的发生风险，是值得应用的镇痛方案。

参考文献：

- [1] 陈付强, 胡丹, 时飞. 小剂量氯胺酮辅助吗啡皮下自控镇痛治疗顽固性中/重度晚期癌痛[J]. 中国癌症杂志, 2014, 24(6): 854-856.
- [2] 恒兴, 张英民, 巩固, 等. 小剂量氯胺酮复合芬太尼术后静脉镇痛[J]. 临床麻醉学杂志, 2014, 30(4): 419-421.
- [3] 李龙柏, 徐芹, 王晓蓉. 氯胺酮辅助吗啡皮下微量输注用于晚期癌痛治疗[J]. 河北医学, 2015, 21(10): 898-899.
- [4] 肖平, 于布为. 氯胺酮用于镇痛的某些研究进展[J]. 国外医学麻醉学与复苏分册, 2015, 36(3): 140-141.
- [5] 陈付强, 胡丹, 时飞, 等. 小剂量氯胺酮辅助吗啡硬膜外/皮下自控镇痛用于顽固性中、重度晚期癌痛治疗的临床研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(4): 214-215.