



• 药物与临床 •

吗啡泵与口服吗啡在癌性疼痛的比较

张安生 (郴州市第一人民医院 湖南郴州 423000)

摘要: **目的** 分析吗啡泵与口服吗啡在癌性疼痛的比较。**方法** 选择 2016 年 2 月-2017 年 3 月 76 例癌性疼痛患者根据随机数字表分组, 各 38 例。口服组采用口服吗啡的方式镇痛, 吗啡泵组采用吗啡泵的方式镇痛。比较两组癌性疼痛缓解率; 镇痛完成时间、生活质量评分; 患者镇痛过程不良反应发生率。**结果** 吗啡泵组癌性疼痛缓解率和口服组无显著差异, $P > 0.05$; 吗啡泵组镇痛完成时间短于口服组, 生活质量评分高于口服组, $P < 0.05$; 吗啡泵组镇痛过程不良反应发生率低于口服组, $P < 0.05$ 。**结论** 吗啡泵与口服吗啡在癌性疼痛中均有良好止痛作用, 但口服吗啡时间较长, 不良反应较多, 可降低患者生活质量, 可根据患者情况选择合适的给药方式。

关键词: 吗啡泵 口服吗啡 癌性疼痛 比较

中图分类号: R730.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 10-166-02

在癌症患者中, 癌性疼痛是最为常见的临床症状, 每年新发癌症患者有一千万左右, 在其中有一半以上的患者可伴随不同程度疼痛, 且晚期癌性疼痛达到 60% 以上, 有 30% 左右的癌性疼痛患者在临终前疼痛无法有效缓解。研究显示, 有 90% 左右癌性疼痛患者可通过药物止痛、非药物止痛、抗肿瘤综合治疗等得到有效控制, 其中以药物止痛最为有效、直接和常见。吗啡是癌性疼痛治疗的主要药物, 其属于强阿片类药物, 是治疗癌性疼痛的主要药物, 也是 NCCN 指南推荐的癌性疼痛药物。吗啡的用药方式有口服用药以及静脉用药两种方式^[1-2]。卫生部主张采用口服用药方式, 但静脉用药也有较好肯定的效果, 为了对比吗啡泵与口服吗啡在癌性疼痛中的治疗效果, 本研究选择 2016 年 2 月-2017 年 3 月 76 例癌性疼痛患者根据随机数字表分组, 各 38 例, 探讨了吗啡泵与口服吗啡在癌性疼痛的比较, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 2 月-2017 年 3 月 76 例癌性疼痛患者根据随机数字表分组, 各 38 例。吗啡泵组男 23 例, 女 15 例; 年龄 31-79 岁, 平均 (50.18 ± 2.52) 岁。发病时间 1 年-5 年, 平均 (2.76 ± 0.29) 年。其中, 肺癌有 10 例, 胃癌 8 例, 肠癌 6 例, 肝癌 6 例, 食管癌 3 例, 肾癌 3 例, 其他 2 例。

口服组男 22 例, 女 16 例; 年龄 31-79 岁, 平均 (50.25 ± 2.59) 岁。发病时间 1 年-5 年, 平均 (2.54 ± 0.35) 年。其中, 肺癌有 10 例, 胃癌 8 例, 肠癌 6 例, 肝癌 5 例, 食管癌 4 例, 肾癌 3 例, 其他 2 例。

两组一般资料差异无统计学意义。

1.2 方法

口服组采用口服吗啡的方式镇痛, 根据患者疼痛程度拟定初始剂量 5-15mg, 4 小时给药 1 次, 用药后若无缓解, 则在 1 小时后根据疼痛程度再给药, 直至疼痛评分稳定在 0-3 分。

吗啡泵组采用吗啡泵的方式镇痛。采用电子泵和患者静脉留置针连接, 对初次应用阿片类药物止痛者, 设定吗啡初始剂量 10-30mg/d, 持续匀速输注, 若疼痛控制不佳可通过电子泵上 PCA 按键增加剂量, 直至疼痛评分稳定在 0-3 分。

1.3 观察指标

比较两组癌性疼痛缓解率; 镇痛完成时间、生活质量评分; 患者镇痛过程不良反应发生率。

显效: 疼痛评分稳定维持在 0-3 分; 疼痛评分稳定维持在 0-3 分; **无效:** 症状、肺功能、炎症情况均无改善。癌性疼痛缓解率为显效、有效百分率之和^[2]。

1.4 统计学处理方法

采用 SPSS15.0 软件统计数据, 计量资料、计数资料进行 t 检验、 χ^2 检验, 结果以 $P < 0.05$ 说明差异显著。

2 结果

2.1 两组癌性疼痛缓解率比较

吗啡泵组癌性疼痛缓解率和口服组无显著差异, $P > 0.05$ 。如表 1。

2.2 镇痛过程不良反应发生率比较

吗啡泵组镇痛过程不良反应发生率低于口服组, $P < 0.05$ 。如表 2。

2.3 两组镇痛完成时间、生活质量评分比较

吗啡泵组镇痛完成时间短于口服组、生活质量评分高于口服组, $P < 0.05$, 见表 3。

表 1. 两组癌性疼痛缓解率比较 [例数 (%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	无缓解	缓解率
口服组	38	22	13	3	35 (92.11)
吗啡泵组	38	23	13	2	36 (94.74)
χ^2					4.147
P					0.041

表 2. 镇痛过程不良反应发生率比较 [例数 (%)]

组别	例数	恶心呕吐	尿潴留	皮肤瘙痒	发生率
口服组	38	4	2	2	8 (21.05)
吗啡泵组	38	1	1	1	3 (7.89)
χ^2					6.847
P					0.013

表 3. 两组镇痛完成时间、生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	镇痛完成时间 (d)	生活质量评分 (分)
口服组	38	3.39 ± 1.15	81.39 ± 2.57
吗啡泵组	38	2.24 ± 0.62	95.51 ± 4.61
t		8.278	9.554
P		0.000	0.000

3 讨论

吗啡为癌性疼痛治疗金标准药物, 其缓释剂型、衍生剂型是中重度癌性疼痛治疗重要药物^[3]。目前世界卫生组织推荐的癌痛三阶梯治疗原则在我国应用时间较长, 对癌痛控制发挥重大作用, 根据癌痛三阶梯治疗原则, 其推荐吗啡口服给药, 但口服用药起效慢, 疼痛爆发情况下无法很好控制, 可导致完成滴定时间延长。而采用吗啡泵的方式进行自控镇痛, 则可在疼痛出现之前以及剧烈发作的情况下通过静脉给药快速发挥药效, 达到镇痛作用^[4-5]。另外, 吗啡泵进行吗啡治疗无需经胃肠道吸收, 可减少不良反应的发生, 提高患者对药物的耐受性。另外, 吗啡镇痛多数不良反应如恶心呕吐、尿潴留和皮肤瘙痒均集中在用药初期, 随着用药时间的延长, 上述各种表现可逐渐缓解和消退^[6-7]。本研究中, 口服组采用口服吗啡的方式镇痛, 吗啡泵组采用吗啡泵的方式镇痛。结果显示, 吗啡泵组癌性疼痛缓解率和口服组无显著差异, $P > 0.05$; 吗啡泵组镇痛完成时间短于口服组, 生活质量评分高于口服组, $P < 0.05$; 吗啡泵组镇痛过程不良反应发生率低于口服组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 吗啡泵与口服吗啡在癌性疼痛中均有良好止痛作用, 但口服吗啡时间较长, 不良反应较多, 可降低患者生活质量, 可根据患者情况选择合适的给药方式。

参考文献

[1] 齐莉. 护患沟通管理流程对提高急诊护理患者满意度的作用

(下转第 171 页)



本研究发现, 研究组治疗总有效率为 97.8%, 对照组治疗总有效率为 84.4%, 结果有显著性差异 ($P < 0.05$), 与文献结果相符^[6]。由此可知, 在慢性附件炎治疗过程中, 联合应用千金胶囊与抗生素治疗, 能获得较单纯应用抗生素更为理想的效果。此外, 在不良反应发生方面, 研究组出现 1 例腹泻, 1 例皮疹, 发生率为 4.4%; 对照组出现 2 例腹泻, 1 例皮疹, 2 例乏力, 2 例阴道炎, 1 例肝肾功能损伤, 发生率为 17.8%。两组不良反应发生率对比, 结果有显著性差异 ($P < 0.05$), 与文献结果相符^[7]。凸显出抗生素与千金胶囊联合在慢性附件炎治疗中应用的安全性。而且, 两组治疗后均随访 6 个月, 研究组复发率为 2.2%, 对照组复发率为 15.6% ($P < 0.05$)。提示抗生素联合千金胶囊治疗慢性附件炎, 能降低复发率, 在改善患者预后上具有重要意义。

综上所述, 在慢性附件炎治疗过程中, 联合应用千金胶囊与抗生素治疗的效果理想, 且安全可靠, 值得进行深入研究和推广。

参考文献

(上接第 164 页)

综上所述, 甲亢性心脏病采取 ^{131}I 碘治疗效果理想, 可以使患者甲状腺激素水平获得显著改善, 治愈率高, 具有临床推广价值。

参考文献

[1] 邢家骧. 碘- ^{131}I 治疗甲状腺疾病 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 第 2 版, 2011:103.

(上接第 165 页)

参考文献

[1] 贺晖英, 史长浩, 国静雪. 等. 门冬胰岛素 30 在 2 型糖尿病强化治疗中的优势比较 [J]. 中国临床医生, 2010, 38(7):56-57.
[2] 曾智玲. 诺和锐 30 和诺和灵 30R 治疗住院初诊 2 型糖尿病的临床疗效比较 [J]. 中国现代医生, 2011, 4(12):154-155.

(上接第 166 页)

[J]. 大家健康 (中旬版), 2016, 10(3):220.

[2] 丁玲芳, 陈俊国, 贾亚平等. 危机管理模式在急诊科护理管理中应用的有效性探究 [J]. 中华全科医学, 2016, 14(8):1402-1404.

[3] 徐清榜, 张小洺, 郑小岚等. 非全植入式硬膜外腔输注系统治疗癌症疼痛的效果 [J]. 广东医学, 2014, 35(5):735-737.

[4] 简文亭. 口服氢吗啡酮渗透泵制剂的临床应用进展 [J]. 实用

(上接第 167 页)

[2] 金姿, 魏真真. 小剂量左甲状腺素钠片辅助治疗慢性心力衰竭的临床疗效研究 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(33):118-119.

[3] 严叶香, 罗义红. 小剂量甲状腺素对慢性心力衰竭治疗效果的临床观察 [J]. 北京医学, 2016, 38(11):1252-1253.

(上接第 168 页)

[4] 吴防震. 甲泼尼龙与特布他林联用在 COPD 治疗中的作用 [J]. 医疗装备, 2014, 28(10):43-44.

[5] 陈春华. 布地奈德联合硫酸特布他林雾化吸入治疗 COPD 护理观察 [J]. 基层医学论坛, 2014, 16(15):1943-1944.

(上接第 169 页)

本研究还显示, 联合用药的不良反应发生率与对照组比较无明显差异 ($P > 0.05$), 可见该治疗方案治疗安全性较高。

综上所述, 头孢呋辛钠联合清开灵能显著改善老年肺气肿合并感染患者临床症状, 起效快, 效果好, 且安全性高, 具有推广价值。

参考文献

[1] 范文闯. 头孢呋辛钠联合清开灵治疗老年肺气肿合并感染的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(3):491-492.
[2] 俞杨. 头孢呋辛钠联合清开灵治疗老年肺气肿合并感染疗效

[1] 李延红, 李淑芳. 抗生素联合千金胶囊治疗慢性附件炎的临床效果分析 [J]. 航空航天医学杂志, 2014, 25(7):989-990.

[2] 谭燕波. 经期静脉滴注阿奇霉素治疗慢性附件炎 30 例临床观察 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(11):639-640.

[3] 张继娟. 妇科千金胶囊联合抗生素治疗慢性附件炎病人的临床疗效探讨 [J]. 黑龙江医药, 2015, 28(2):312-313.

[4] 张淑艳. 观察中西医结合疗法治疗慢性附件炎的临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2016, 16(14):150-151.

[5] 关鑫. 抗生素联合妇科千金胶囊治疗慢性附件炎的临床疗效观察 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(6):259-260.

[6] 赵树华. 抗生素联合妇科千金胶囊治疗慢性附件炎的临床疗效观察 [J]. 医学信息, 2016, 29(4):171-172.

[7] 朱春梅. 分析抗生素联合千金胶囊治疗慢性附件炎的临床疗效 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(21):280-281.

[2] 邢家骧. ^{131}I 治疗甲状腺功能亢进症的现代观点 [J]. 国外医学内分泌学分册, 2013, 23(6):278.

[3] 斯琴, 王城. ^{131}I 治疗甲亢性心脏病 11 例临床分析 [J]. 疾病监测与控制杂志, 2011, 5(2):101-102.

[4] 周宁, 郑倩. ^{131}I 治疗甲亢性心脏病 96 例疗效分析 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2010, 13(10):1537-1538.

[3] 张小华. 诺和锐 30 和诺和灵 30R 治疗住院初诊 2 型糖尿病的临床疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2012, 6(9):218-219.

[4] 朱乃武, 李莎, 付徐康, 等. 诺和锐 30 和诺和灵 30R 治疗新诊断 2 型糖尿病的临床比较 [J]. 四川医学, 2010, 12(7):134-135.

[5] 郭晓叶. 探讨诺和锐 30 和诺和灵 30R 治疗住院初诊 2 型糖尿病的临床效果观察 [J]. 糖尿病新世界, 2016, 21(27):27-28.

医学杂志, 2014, 30(1):158-160.

[5] 邱霞, 邱春敬. 双氯芬酸钾片联合吗啡及盐酸异丙嗪用于剖宫产术后患者的效果分析 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(6):943-946.

[6] 曹强, 周良军, 卫才权等. 电子镇痛泵皮下给药用于晚期癌症的疼痛治疗分析 [J]. 中国现代医生, 2014, 52(33):134-136.

[7] 宋敏, 张超. 吗啡联合氯胺酮静脉泵入治疗晚期癌痛 1 例 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(6):448.

[4] 查克岚. 小剂量甲状腺素对老年慢性心力衰竭伴低甲状腺激素水平患者心功能的影响观察 [J]. 吉林医学, 2014, 35(6):1128-1130.

[5] 郭俊. 小剂量甲状腺素对老年慢性心力衰竭患者甲状腺激素水平及心率变异性的影响 [J]. 保健医学研究与实践, 2015, 12(2):56-58.

[6] 刘拾意. 布地奈德、特布他林联合雾化吸入治疗急性喉气管支气管炎疗效观察 [J]. 福建医药杂志, 2011, 33(06):119-121.

[7] 苗静, 周俊霖, 傅睿, 郑卫民, 胡宝金, 黄玉辉. 甲泼尼龙冲击治疗小儿肾病综合征并发重症哮喘 5 例 [J]. 南昌大学学报 (医学版), 2011, 56(03):78-79.

分析 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2013, 21(11):53-54.

[3] 张安民, 刘同军. 头孢呋辛钠联合清开灵治疗老年肺气肿合并感染的疗效 [J]. 转化医学电子杂志, 2015, 2(9):82-83.

[4] 范贵军. 头孢呋辛钠联合清开灵治疗老年肺气肿合并感染的临床效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(4):38-39.

[5] 胡晓丽. 头孢呋辛钠联合清开灵对老年肺气肿合并感染的临床疗效 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(22):172-173.

[6] 张璐. 头孢呋辛钠联合清开灵治疗老年肺气肿合并感染的临床疗效研究与观察 [J]. 航空航天医学杂志, 2016, 27(11):1413-1414, 1415.