

# 癌痛规范化治疗示范医院创建 浙江省专家共识

浙江省抗癌协会癌痛专业委员会

**摘要:**根据我国癌痛规范化治疗现状和国内外最新癌痛诊疗相关的权威指南、共识,结合浙江省在癌痛规范化治疗和癌痛规范化治疗示范病房创建中积累的临床实践和管理经验,浙江省抗癌协会癌痛专业委员会形成了共识,主要内容包括:癌痛信息化管理,癌痛规范化治疗示范医院创建管理制度化的相关内容,规范化的患者教育和知情同意制度,癌痛评估的“常规、量化、全面、动态”原则,阿片类药物的剂量滴定,爆发痛的管理,癌痛药物治疗,多学科团队合作,规范化药学服务与药事管理,规范化护理和患者随访。本共识不仅涉及癌痛规范化治疗的临床实践,也涵盖了与医院建设和信息化管理相关的内容,与癌痛全程管理密切相关,涉及癌痛患者、医生、护士、药师和医院管理者。浙江省抗癌协会癌痛专业委员会希望本共识可以为创建癌痛规范化治疗示范医院提供全面的指导,有效解决癌痛规范化治疗示范医院创建工作中遇到的问题,为我国癌痛患者获得高质量的规范化诊疗服务和实现我国癌痛治疗“零差异”提供助力。

**关键词:**癌痛/药物治疗;癌症治疗设施/组织和管理;卫生信息管理

**中图分类号:**R730.5 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-170X(2019)03-0177-08

**doi:**10.11735/j.issn.1671-170X.2019.03.B001

## Expert Consensus on Establishment of Standardized Treatment of Cancer Pain at Demonstration Hospitals in Zhejiang Province The Cancer Pain Professional Committee of Zhejiang Anticancer Association

**Abstract:** According to the present situation of standardized treatment of cancer pain in China as well as the latest international and national authoritative guidelines and consensus on the diagnosis and treatment of cancer pain, on the basis of the clinical practice and management experiences accumulated in the establishment of standardized treatment of cancer pain and demonstration wards for standardized treatment of cancer pain in Zhejiang Province, the Cancer Pain Professional Committee of Zhejiang Anticancer Association has reached the following consensus. The main contents of the consensus include information management of cancer pain, regulations on the establishment and organized management of demonstration hospitals for cancer pain standardized treatment, standardized patient education and informed consent system, “conventional, quantitative, comprehensive, and dynamic” principles in cancer pain assessment, titration of opioids, management of breakthrough pain, drug treatment of cancer pain, multidisciplinary team work, standardized pharmaceutical care and pharmaceutical management, and standardized nursing and patient follow-up. It not only involves the clinical practice of standardized treatment of cancer pain but also covers the contents related to hospital establishment and information management. The consensus is closely related to the whole process of cancer pain management, involving cancer pain patients, doctors, nurses, pharmacists, and hospital managers. The Cancer Pain Professional Committee of Zhejiang Anticancer Association hopes that this consensus may comprehensively guide the establishment of a demonstration hospital for standardized treatment of cancer pain and may help solving related problems effectively, providing high-quality standardized diagnosis and treatment services to cancer pain patients, and achieving “zero difference” in cancer pain treatment in China.

**Subject words:** cancer pain/drug therapy; cancer care facilities/organization and administration; health information management

为进一步提高我国癌痛治疗规范化水平,保障

**通信作者:**张沂平,教授,主任医师,本科;浙江省肿瘤医院胸部肿瘤内科,浙江省杭州市拱墅区半山东路1号(310022);E-mail: zyp@medmail.com.cn

**收稿日期:**2019-02-22

医疗质量安全,提高患者生活质量,国家卫生健康委员会对《癌症疼痛诊疗规范(2011年版)》进行了更新,并颁布了《癌症疼痛诊疗规范(2018年版)》<sup>[1]</sup>。目前,我国癌痛的规范化诊疗情况存在医院科室间的

差异<sup>[2]</sup>,为实现不同医院、不同科室之间癌痛管理零差异,全面规范癌痛诊疗行为,优化诊疗流程,推进合理用药,对于居家癌痛患者完善随访和延续性院外管理,让患者及家属充分感受到人文关怀,促进医患关系和谐发展,浙江省全面开展癌痛规范化治疗示范医院(以下简称“示范医院”)创建工作。以《癌症疼痛诊疗规范(2018年版)》为基础,结合欧洲临床肿瘤学会(European Society for Medical Oncology, ESMO)《成人癌痛的管理临床实践指南(2018年版)》、美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)《成人癌痛临床指南(2018年第1版)》及2016年之后发布的国内外多个癌痛管理方面的指南、共识和重要文献,针对示范医院创建和癌痛诊疗中的重要问题,制定了《癌痛规范化治疗示范医院创建浙江省专家共识》。

## 1 癌痛管理信息化

示范医院应开展肿瘤患者癌痛的信息化筛查评估、治疗及随访。对门诊及病房麻醉镇痛处方进行信息化管理,电子麻醉药品处方可以减轻医师和药师工作负担、减少处方差错。对医师处方资格进行信息化管控,确保开具麻醉药品和第一类精神药品的医师符合资质管理要求。麻醉处方管理还包括空安瓿和使用过的贴剂回收,并记录收回的空安瓿或废贴数量。通过信息化实现对全院各个科室及医疗组的癌痛治疗药物用量分析,及时发现用量异常科室或医疗组,进而有针对性地进行调查<sup>[3]</sup>,保障癌痛治疗规范化。采用电子随访系统管理,获得更完善的随访资料,自动分析漏访率及延迟随访率,利于医护人员对随访患者进行分析,更好地实现院外癌痛患者延续性管理。

## 2 示范医院创建管理制度化

医院领导参与负责示范医院创建工作,成立由临床相关科室、药剂科、护理部、麻醉科等相关科室负责人组成的创建活动项目小组。有完善的创建示范医院具体实施方案、管理制度和工作流程,定期检查,并落实到位。医院创建活动相关制度纳入医院医疗及护理质量管理体系。由医务部及护理部协调管

理,成立示范医院检查小组,每季度对活动开展情况进行检查,院内公示检查结果,并设申诉期,及时发现问题并整改,给出整改措施并检查落实情况,最终检查结果与绩效挂钩。

## 3 规范化患者教育和知情同意制度

充分保障患者的知情同意权利,治疗前医护人员应告知患者及家属癌痛治疗的目的、风险、注意事项等。在癌痛治疗过程中,患者及其家属的理解和配合至关重要,在知情同意的基础上,鼓励患者向医护人员如实描述疼痛的情况,有针对性地对患者和家属开展癌痛知识方面的患者教育,鼓励患者积极主动告知医护人员疼痛情况<sup>[4]</sup>。规范化的癌痛患者教育内容包括但不限于:主动报告疼痛或疼痛变化;说明镇痛治疗是肿瘤综合治疗的重要部分;绝大多数癌痛可以通过药物治疗有效控制;患者应当在医生指导下进行镇痛治疗,按要求规律服药,不宜自行调整镇痛方案和药物的用法用量;阿片类药物是癌痛治疗的常用药物,在癌痛治疗时“成瘾”情况极为罕见,解决患者和家属对疼痛和强阿片类药物的担忧,并提供策略<sup>[5]</sup>;告知患者阿片类药物可能出现的不良反应,不良反应包括便秘、恶心、呕吐、嗜睡、瘙痒、头晕、尿潴留、谵妄、认知障碍,以及呼吸抑制等,大多数上述不良反应出现在未使用过阿片类药物患者用药的最初几天,除便秘外多数不良反应是可以耐受的,会在4~7d内缓解;多数患者需要使用缓泻剂来防治便秘,在阿片类药物镇痛时宜常规合并应用缓泻剂,应把预防和处理阿片类药物的不良反应作为治疗计划和患者教育的重要组成部分;告知患者定期复诊或遵医嘱随访的重要性;鼓励患者自我管理。医疗团队的所有成员,包括医生、护士、药师和其他人员,都应在患者教育和支持患者自我管理方面发挥作用<sup>[5]</sup>。

## 4 癌痛评估“常规、量化、全面、动态”原则

癌痛评估是合理、有效进行镇痛治疗的前提,应当遵循“常规、量化、全面、动态”的原则。

#### 4.1 常规评估原则

医护人员主动询问癌症患者有无疼痛,进行常规筛查,评估疼痛情况,并及时记录,在患者入院后8h内完成。2018年欧洲联盟疼痛学会会议(EFIC)发布癌症疼痛工作组意见书——《欧洲癌症相关疼痛管理标准》,为改善癌痛管理水平,减少欧洲不同地区之间癌痛临床实践的差异,结合不同学科,提出了10个标准,第一条标准就是常规癌痛筛查的建议。肿瘤患者每次就诊,医护人员均应进行疼痛筛查<sup>[5]</sup>。对于有肿瘤病史的患者,可采用常规问题来筛查疼痛,例如“您是否经历过干扰日常活动的疼痛?”也可以使用疼痛评估量表来对患者常规疼痛筛查。对于有疼痛症状的癌症患者,应当将疼痛评估列入护理常规监测和记录的内容。进行疼痛常规评估时应注意鉴别疼痛爆发性发作的原因,例如需要特殊处理的病理性骨折、脑转移、合并感染,以及肠梗阻等急症所致的疼痛。

#### 4.2 量化评估原则

癌痛量化评估是指采用疼痛程度评估量表等量化标准来评估患者疼痛的主观感受程度,需要患者的密切配合。重点评估最近24h内患者最严重和最轻的疼痛程度,以及平常情况的疼痛程度,应在患者入院后1h内完成,要求8h内首程疗程和护理记录,癌痛量化评估可使用数字分级法(NRS)、面部表情评估量表法、主诉疼痛程度分级法(VRS)及简明疼痛评估量表(BPI)<sup>[6]</sup>。

#### 4.3 全面评估原则

对癌症患者的疼痛及相关病情进行全面评估,包括疼痛病因和类型(躯体性、内脏性或神经病理性疼痛),疼痛发作情况(疼痛的部位、性质、程度、加重或减轻的因素),镇痛治疗情况,重要器官功能情况,心理精神情况,家庭及社会支持情况,以及既往史(如精神病史、药物滥用史)等。通常使用《简明疼痛评估量表(BPI)》评估疼痛及其对患者情绪、睡眠、食欲、日常生活、活动能力,以及与他人交往等生活质量的影 响。在患者入院后8h内进行首次评估,并且在24h内进行全面评估。

#### 4.4 动态评估原则

持续性动态监测、评估癌痛患者的疼痛症状及变化情况,包括疼痛病因、部位、性质、程度变化情

况、爆发性疼痛发作情况、疼痛减轻和加重因素、镇痛治疗的效果,以及不良反应等。动态评估对于药物镇痛治疗中的剂量滴定非常重要。在镇痛治疗期间,应当及时记录用药种类、剂量滴定、疼痛程度及病情变化。

## 5 阿片类药物的剂量滴定

目前阿片类药物的剂量滴定主要是短效制剂的滴定方法和长效制剂背景剂量滴定两类方法。中重度癌痛患者或未达到患者疼痛控制目标时,临床上可根据患者疼痛程度、阿片类药物既往使用情况和疼痛频率等,个体化选择适宜的滴定方案。剂量滴定时,应注意区分患者阿片类药物是否耐受。阿片类药物耐受患者是指服用至少以下剂量药物者:口服吗啡60mg/d,芬太尼透皮贴剂25 $\mu$ g/h,口服羟考酮30mg/d,口服氢吗啡酮8mg/d,口服羟吗啡酮25mg/d,或等效剂量其他阿片类药物,持续1周或更长时间,未达到此标准则视为阿片类药物未耐受。

### 5.1 短效制剂滴定法

短效制剂的滴定方法<sup>[1]</sup>:可以使用吗啡即释片及针剂进行滴定,阿片类药物未耐受的患 者,根据疼痛程度,吗啡片剂5~15mg口服或针剂3~5mg皮下/静脉按需给药;阿片类药物耐受患者,计算前24h所需药物总量,给予总量10%~20%的短效阿片类药物进行滴定;用药后根据药物达峰的时间进行评估(吗啡口服1h达峰,吗啡针剂皮下0.5h达峰,吗啡针剂静脉15min达峰),如果疼痛不缓解或增加,在前一次剂量基础上增加50%~100%再次给药;疼痛减轻,但缓解不满意,重复前一次相同剂量;疼痛缓解,患者满意,按需给药。密切观察疼痛程度、疗效及药物不良反应,如果2~3个剂量周期后疗效不佳,要考虑重新评估病情,必要时更改治疗方案;当用药剂量调整到理想的镇痛效果时,可以根据前24h剂量转化为等效剂量的长效镇痛药物。

### 5.2 长效制剂背景滴定法

长效制剂背景剂量滴定方法:目前国内外对于应用缓释阿片类药物为背景用药进行滴定的具体方法尚未统一。阿片类药物未耐受的患 者给予盐酸羟考酮缓释片10mg q12h,1h即释部分达峰时要评估。

要备用即释阿片类药物处理爆发痛, 可以给予吗啡即释片 5~15mg 或者盐酸羟考酮胶囊 5~10mg。24h 全面评估疗效和不良反应。

对已使用口服的长效阿片类药物治疗疼痛的患者, 也可以根据患者的疗效和疼痛强度, 参照 NRS 评分, 使用长效阿片类药物进行剂量调整, NRS 7~10 分的患者剂量滴定增加幅度 50%~100%; NRS 4~6 分的患者剂量滴定增加幅度 25%~50%; NRS 2~3 分的患者, 剂量滴定增加幅度 ≤25%, 对于长效阿片类药物背景剂量较大的患者, 该方法要慎重。

## 6 爆发痛管理

目前国际上尚无统一的爆发痛定义。爆发痛对患者造成严重不良影响, 导致患者住院时间延长、医疗费用增加<sup>[7]</sup>, 而医护人员对于爆发痛的管理普遍不足<sup>[8]</sup>, 在镇痛治疗的过程中, 应提高对于爆发痛的重视程度, 发生爆发性疼痛时, 应立即给予即释阿片类药物进行解救, 解救剂量为前 24h 缓释阿片类药物总量的 10%~20%。每日使用即释阿片类药物进行解救的次数 ≥2~3 次时, 应考虑将前 24h 解救用药换算成缓释阿片类药物按时给药。NCCN《成人癌痛临床指南(2018 年第 1 版)》推荐: 如可能, 使用相同成分的即释剂型和缓释剂型的阿片类药物<sup>[9]</sup>。2016 年《加拿大爆发性癌痛管理建议》中指出, 使用相同的阿片类药物治疗持续性基础疼痛和爆发痛有许多优点, 如更容易滴定给药和药物剂量换算、利于更好管理阿片类药物不良反应等<sup>[10]</sup>。

## 7 癌痛的药物治疗

### 7.1 口服首选

应根据患者疼痛程度, 有针对性地选用不同性质、作用强度的镇痛药物。首选口服给药途径, 有明确不宜口服指征的患者, 可考虑其他给药途径, 如静

脉、皮下、直肠及经皮给药等。

### 7.2 阿片类药物用于癌痛患者的治疗

轻度疼痛可选用非甾体类抗炎药物; 中度疼痛可选用弱阿片类药物或低剂量的强阿片类药物, 可联合非甾体类抗炎药物以及辅助镇痛药物(镇静剂、抗惊厥类药物和抗抑郁类药物等); 重度疼痛首选强阿片类药物, 可联合非甾体类抗炎药物以及辅助镇痛药物(镇静剂、抗惊厥类药物和抗抑郁类药物等)。ESMO《癌症疼痛指南(2018 年版)》中指出, 低剂量强阿片类药物是替代弱阿片类药物用于中度癌痛患者治疗的一个选择, 低剂量强阿片药物替代弱阿片药物并不会增加不良反应<sup>[11]</sup>。西班牙医学肿瘤学会(SEOM)的《SEOM 癌症疼痛治疗临床指南(2017 年版)》建议低剂量强阿片类药物替代弱阿片用于阿片未耐受患者的中度癌痛患者治疗<sup>[12]</sup>。羟考酮低剂量(≤20mg/d)、吗啡低剂量(≤30mg/d)、氢吗啡酮低剂量(≤4mg/d)时属于第二阶梯药<sup>[6]</sup>。

### 7.3 非甾体类抗炎药和对乙酰氨基酚的日剂量限制

非甾体类抗炎药(NSAIDs)和对乙酰氨基酚常用于治疗轻度疼痛, 或与阿片类药物联合用于治疗中重度疼痛。非甾体类抗炎药常见的不良反应包括消化性溃疡、消化道出血、血小板功能障碍、肾功能损伤、肝功能损伤, 以及心脏毒性等, 对乙酰氨基酚有肝毒性, 这些不良反应的发生与用药剂量和持续用药时间相关。常见 NSAIDs 具体剂量限制见表 1。此类药物达到一定剂量时, 或两种非甾体类抗炎药联合应用时, 不仅不能增强镇痛效果, 药物不良反应却将明显增加, 故禁止超剂量用药, 也不主张联合使用。非甾体类抗炎药和对乙酰氨基酚的日剂量达到限制性用量时, 应更换为阿片类镇痛药; 如为联合用

表 1 常见非甾体类抗炎药(NSAIDs)剂量限制

中文药名	英文药名	常用剂量	每日最大限量(mg)
吲哚美辛	Indometacin	25~50mg tid	150
布洛芬	Ibuprofen	200~400mg q4~6h	2400
布洛芬(缓释剂)	Ibuprofen	300~600mg bid	2400
洛索洛芬	Loxoprofen	60mg bid	180
吡罗昔康	Piroxicam	20mg qd	60
萘丁美酮	Nabumetone	1000mg qd	2000
塞来昔布	Celebrex	首剂 400mg, 以后 200mg bid	400
依托考昔	Etoricoxib	60mg qd	120
帕瑞昔布	Parecoxib	首剂 40mg, 以后 20~40mg q6~12h	80
萘普生	Naproxen	首剂 500mg, 以后 250mg q6~8h	1250
对乙酰氨基酚	Acetaminophen	300~600mg qid/q4h	1500

药,则只增加阿片类药物用药剂量,不得增加非甾体类抗炎药物和对乙酰氨基酚剂量。此类药物与阿片类药物组成的复方制剂,也应注意日剂量限制问题,如氨酚羟考酮片(每片含盐酸羟考酮 5mg 和对乙酰氨基酚 325mg),以对乙酰氨基酚日剂量不宜大于 1.5g 计算,氨酚羟考酮片每日不宜超过 4 片,并不建议长期使用。

#### 7.4 辅助药物

辅助镇痛药物是指能减少阿片类不良反应或者增加阿片类药物的镇痛疗效的药物,常用于辅助治疗神经病理性疼痛、骨痛、内脏痛。辅助用药的种类选择及剂量调整,需要个体化对待<sup>[1]</sup>。辅助镇痛药物的疗效在 4~8d 内显现。辅助用药从低剂量起始,1 周内观察疗效,如果无效,在不增加不良反应的前提下增加剂量或更换药物<sup>[13]</sup>。常用的辅助药物包括:抗惊厥类药物(加巴喷丁、普瑞巴林)、抗抑郁类药物、糖皮质激素、双膦酸盐、局部麻醉药等,常用辅助用药及用法见表 2。

#### 7.5 阿片类药物的剂量换算和减量停药

阿片类药物之间剂量换算可参照阿片类药物剂量换算系数表(表 3)<sup>[1,14,15]</sup>。换用另一种阿片类药物时,仍需要仔细观察病情,并个体化滴定用药剂量。复方制剂需要重新滴定,如氨酚羟考酮理论上不能

直接转换,建议重新滴定。如需减少或停用阿片类药物,则采用逐渐减量法,按照阿片药物总剂量的 10%~25%/d 剂量减少,直到每日剂量相当于 30mg 口服吗啡的剂量,继续服用 2d 后即可停药。

## 8 多学科团队合作

良好的疼痛控制需要多学科团队合作。如存在肿瘤急症相关的疼痛,如病理性骨折、脑转移、感染及肠梗阻等引起的疼痛,应首先邀请相关学科进行多学科讨论,为患者制定个体化的镇痛方案,治疗引起疼痛相关疾病的同时,合理治疗并发症。2018 年 EFIC 癌症疼痛工作组的意见书——《欧洲癌症相关疼痛管理标准》建议,如患者难以耐受癌痛治疗的不良反应,或经标准癌痛治疗 1 周但疼痛缓解不足时,应为患者提供多学科专家会诊<sup>[7]</sup>。《北京市癌症疼痛管理规范(2017 年版)》建议,如患者 3d 内疼痛评分未降到 3 分以下,应请专科会诊<sup>[14]</sup>。如患者就诊于非肿瘤内科和疼痛科室之外的其他科室,患者的癌痛治疗 3d 内疼痛评分未降低到 3 分以下,可考虑请肿瘤内科和疼痛科会诊。80%~90% 肿瘤患者的疼痛能够通过规范、有效的治疗得以缓解;但仍有少部分癌痛患者,虽经长期规范治疗但疼痛仍没有得到理想

表 2 常用辅助药物的用法<sup>[11]</sup>

类型	名称	用法用量
三环类抗抑郁药	阿米替林	初始剂量每次 25mg,每日 2 次口服,逐渐增加剂量,1 周后达到每日维持剂量 100~250mg,有效治疗时间为 3 个月,维持剂量每日 25~100mg
其他类型抗抑郁药	度洛西汀	初始剂量每日 20~30mg,增加至每日 60~120mg
	文拉法辛	初始剂量每日 37.5mg,增加至每日 75~225mg
抗惊厥药	加巴喷丁	初始剂量每晚 100~300mg,增加至每日 900~3600mg,分 2~3 次给药;每 3 日剂量增加 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 50mg,每日 3 次,可增加到 100 mg,每日 3 次;老年人和体弱者需缓慢滴定剂量;肾功能不全者需要调整剂量;可增加剂量至最大每日 600 mg,分 2 次或 3 次给药
皮质类固醇激素	地塞米松	每日剂量 4~8mg

表 3 阿片类药物剂量换算系数表

药物	非胃肠给药	口服给药	等效剂量
吗啡	10mg	30mg	非胃肠道:口服=1:3
可待因	130mg	200mg	非胃肠道:口服=1:1.2 吗啡(口服):可待因(口服)=1:6.5
曲马多	-	150mg	吗啡(口服):曲马多(口服)=1:5
羟考酮	10mg	15~20mg	吗啡(口服):羟考酮(口服)=(1.5~2.0):1*
芬太尼透皮贴剂	25μg/h(透皮吸收)	-	芬太尼透皮贴剂(μg/h),72 h 剂量=1/2×口服吗啡(mg/d)剂量

\*:ESMO《癌症疼痛指南(2018 年版)》中,吗啡(口服):羟考酮(口服)=1.5:1<sup>[11]</sup>

的控制,最终发展成为难治性癌痛。阿片类药物是难治性癌痛患者治疗的基石,通常需要根据患者癌痛机制的不同,联合非甾体类药物和(或)辅助镇痛药物,一般不建议两种以上阿片类药物的同时使用<sup>[16]</sup>。近年来,各种微创介入治疗技术的开展为难治性癌痛的治疗提供了一种有效的解决方案,常用技术包括患者自控镇痛泵技术、神经毁损术、经皮椎体成形术、放射性粒子植入术和鞘内药物输注系统植入术等。难治性癌痛患者的治疗需要由肿瘤科、疼痛科、介入治疗科、麻醉科、药剂科等多科室医生共同参与,做出准确的诊断,制定个体化方案,从而指导治疗。

## 9 规范化药学服务与药事管理

示范医院药学服务与药事管理工作主要包括人员参与、药品配备、处方管理、临床药学服务开展。示范医院要求指定药剂科负责人和临床药师参与创建活动项目小组,专职临床药师负责癌痛相关药物用药指导。医院应提供至少3个品种以上的阿片类镇痛药物,规格、剂型配套齐全,包括缓释片剂、贴剂、即释剂等,配备非甾体抗炎药以及辅助镇痛药物。提供纳洛酮等阿片类中毒解救药物。建立电子麻醉药品处方。为门(急)诊癌痛患者开具麻醉药品、第一类精神药品,符合《处方管理办法》及癌痛诊疗有关规定,要求能结合患者病情,给予适合剂量的镇痛药物,无单张处方剂量限制。为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂,每张处方不得超过3d常用量;缓释制剂,每张处方不得超过15d常用量;其他剂型,每张处方不得超过7d常用量。为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具,每张处方为1d常用量。

临床药学服务主要包括如下几方面:定期对全院癌痛治疗药物(包括含有麻醉药品的复方制剂)使用情况进行动态分析,为临床合理用药提供指导。及时发现癌痛治疗药物用量异常,进行有针对性分析,找出潜在不合理现象,并落实相应的管控措施,以保障癌痛治疗规范性,吗啡即释片和吗啡注射液的用量应作为分析重点之一,动态分析须结合专项点评

等措施来分析具体异常。定期对全院门诊处方和住院癌痛医嘱的合理性进行专项点评,对存在问题进行持续改进,措施得当有效,做到用药规范、安全、有效。应建立适宜的门诊处方及住院医嘱的专项点评标准,住院医嘱点评应涵盖疼痛评估、滴定、爆发痛解救、剂量调整等,发现共性问题并针对问题提出合适的管控措施,达到持续改进的效果。对疑难癌痛患者重点药学监护、参与会诊及用药宣教。癌痛临床药师应参与临床查房,并针对疑难癌痛患者进行重点药学监护并有记录,包括疼痛治疗方案的选择、不良反应防治、用药依从性监护等,保证癌痛患者用药合理性与安全性。临床药师还应参与疑难癌痛患者的多学科讨论或会诊,为疑难癌痛患者的用药提供药学建议与参考。示范医院创建要求实地考察药剂人员尤其是调剂药师对麻醉处方管理及其他癌痛治疗药物合理使用知识的掌握情况,其中癌痛治疗药物合理使用知识包括疼痛评估、剂量滴定与换算、爆发痛解救等。药师应熟知本院配备的疼痛治疗药品种及规格。

## 10 规范化护理和患者随访

在临床工作中护士是患者最密切、最直接、最连续的照顾者,因此最能发现患者的需求并提供专业支持和健康教育。在癌痛患者的全程管理中,如疼痛患者筛查评估、护理记录、患者健康教育、药品管理、疼痛随访等方面,护士均发挥着重要的作用。示范医院护理部需要有完善的疼痛护理相关流程制度,包括医院创建的各类文件、护理常规、护理制度、护理流程及疼痛相关的操作流程及质量管理标准<sup>[17]</sup>。

### 10.1 疼痛筛查评估及护理记录

护士应为患者提供疼痛筛查,包括门诊就诊和住院治疗的癌痛患者,患者入院时护士进行常规疼痛筛查评估并记录,疼痛患者入院1h内完成首次评估,24h内完成全面评估,患者主诉是疼痛评估的核心标准,相信和尊重患者的主诉,并如实记录。疼痛评估内容包括疼痛的一般情况、疼痛对患者功能活动的影响、疼痛对患者心理情绪的影响、患者对疼痛治疗的态度和依从性、社会家庭支持系统在疼痛控制中的作用等。疼痛护理记录体现全面、动态、常规、

量化的原则。护理记录能体现对全院患者的每日筛查,患者使用镇痛药及辅助用药、非药物护理措施实施情况。有统一的疼痛护理书写标准及疼痛护理病历质量控制标准,定期对住院癌痛患者的护理记录规范性进行专项点评,对存在的问题进行持续改进,措施得当有效,保证全院疼痛护理记录同质化。

### 10.2 患者健康教育工作

疼痛教育应贯穿在疼痛治疗全过程,根据患者的文化程度、理解能力,选择合适的健康教育形式,为患者制定个体化的疼痛教育计划,并根据患者的不同治疗阶段提供相应的疼痛教育。患者教育的形式可以多样化,包括床边一对一、发放健康教育资料、播放疼痛宣教视频等。患者教育的内容主要涉及疼痛误区解读,疼痛评估,镇痛药使用注意事项,不良反应如何预防及处理,如何向医护人员描述疼痛情况,如何办理麻醉专用病历,出院后如何进行居家自我管理。疼痛患者出院时,做好健康指导。家属在疼痛控制中发挥重要作用,护士在提供疼痛健康教育时,对象应包括患者家属。

### 10.3 药品管理

病区内备用的精神、麻醉药品有高危标识,药名、规格、数量、有效期、批号标识清楚,针剂及片剂严格“左进右出”管理。储存要求双人双锁,每班清点登记,班班交接。病区统一备用2支及以上0.4mg/支规格的纳洛酮。

### 10.4 疼痛随访

建立随访制度与流程,对接受癌痛规范化治疗的患者进行定期随访并记录,癌痛患者门诊就诊后1周内的电话随访率 $\geq 90\%$ 。住院患者出院后1周、2周、1个月(或出院后1周、3周)的电话随访率 $\geq 90\%$ 。疼痛随访人员应相对固定,需经过专业培训,具备一定的癌痛管理经验。随访内容应全面并体现个体化疼痛随访,应实行信息化管理,减少漏随访概率,减轻临床医护人员工作量。随访中注意风险防范,对于保护性医疗患者,避免提及“肿瘤”、“癌症”、“癌痛”这类语言,防止患者在随访过程中得知病情之后,引发争端。随访终止条件:患者死亡;患者或家属拒绝;患者前往其他医院或其他科室求诊或再次入院; $>3$ 次联系不上的癌痛患者。

## 参考文献:

- [1] National Health Commission of the People's Republic of China. Clinical norms of cancer pain(2018 version)[J]. Chinese Clinical Oncology, 2018, 23(10): 937-944. [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.]
- [2] Tang ZY, Feng Y, An HY. Present situation and influencing factors of pain management in hospitalized patients[J]. Chinese Journal of Pain Medicine, 2018, 24(1): 33-39. [汤峙瑜, 冯艺, 安海燕. 住院病人疼痛管理现状及相关因素分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(1): 33-39.]
- [3] Ding HY, Zheng XW, Chen LY, et al. Pharmaceutical care and administration during construction of standardized treatment demonstration hospital for cancer pain[J]. Chinese Journal of Modern Applied Pharmacy, 2018, 35(9): 1420-1422. [丁海樱, 郑小卫, 陈凌亚, 等. 癌痛规范化治疗示范医院创建中的药学服务与药事管理[J]. 中国现代应用药学, 2018, 35(9): 1420-1422.]
- [4] Pain management for patients with cancer [J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(3): 197-198.
- [5] Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe—a position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain[J]. Eur J Pain, 2018 Nov 27. doi: 10.1002/ejp.1346.
- [6] Hu XC, Wang JJ, Chang JH, et al. Consensus on diagnosis and treatment of cancer pain by Shanghai Experts (2017 version)[J]. China Oncology, 2017, 27(4): 312-320. [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.]
- [7] Fortner BV, Okon TA, Portenoy RK. A survey of pain-related hospitalizations, emergency department visits, and physician office visits reported by cancer patients with and without history of breakthrough pain[J]. J Pain, 2002, 3(1): 38-44.
- [8] Chen L, Wang R, Jia HL, et al. Current status of cancer-related breakthrough pain management among medical staff[J]. Chinese Nursing Management, 2015, 15(1): 80-82. [陈乐, 王蓉, 贾红力, 等. 癌性爆发痛管理现状的调查研究[J]. 中国护理管理, 2015, 15(1): 80-82.]
- [9] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): adult cancer pain[EB/OL]. Version 1.2018. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/pain.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf).
- [10] Daeninck P, Gagnon B, Gallagher R, et al. Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain[J]. Curr Oncol, 2016, 23(2): 96-108.
- [11] Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. ESMO Guidelines

Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[J]. Ann Oncol, 2018, 29(Supplement\_4):iv166-iv191.

[12] Jara C, Del Barco S, Grávalos C, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017) [J]. Clin Transl Oncol, 2018, 20(1):97-107.

[13] Bennett MI. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review[J]. Palliat Med, 2011, 25(5):553-559.

[14] Li PP, Wu XM, Liu DQ, et al. Management norms of cancer pain in Beijing(2017 version)[J]. Chinese Journal of Pain Medicine, 2017, 23(12):881-889.[李萍萍, 吴晓明, 刘端祺, 等. 北京市癌症疼痛管理规范(2017年版)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(12):881-889.]

[15] Lara-Solares A, Ahumada Olea M, Basantes Pinos AL, et al. Latin-American guidelines for cancer pain management[J]. Pain Manag, 2017, 7(4):287-298.

[16] Wang K, Jin Y. Consensus on untreatable cancer pain (2017 version)[J]. Chinese Journal of Clinical Oncology, 2017, 44(16):787-793.[王昆, 金毅. 难治性癌痛专家共识(2017年版)[J]. 中国肿瘤临床, 2017, 44(16):787-793.]

[17] Huang J, Wu WY, Ding QF, et al. Study on nursing system construction for standardized treatment of cancer pain in demonstration hospital [J]. Hospital Management Forum, 2018, 35(10):37-40.[黄静, 吴婉英, 丁群芳, 等. 癌痛规范化治疗示范医院护理体系建设与实践 [J]. 医院管理论坛, 2018, 35(10):37-40.]

**参与编写专家**(按姓名拼音字母顺序排列):

- 主 委:** 张沂平(浙江省肿瘤医院)
- 副主委:** 黄建瑾(浙江大学医学院附属第二医院)  
林能明(杭州市第一人民医院)  
卢丽琴(浙江省人民医院)  
卢晓阳(浙江大学医学院附属第一医院)  
潘宏铭(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)  
沈 朋(浙江大学医学院附属第一医院)
- 常 委:** 丁纪元(杭州市肿瘤医院)  
孔祥鸣(浙江省肿瘤医院)  
马 珂(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)  
钱素英(宁波市第二医院)  
沈 洁(温州市中心医院)  
舒琦瑾(浙江省中医院)  
田素明(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)  
吴婉英(浙江省肿瘤医院)

- 叶美珍(浙江省人民医院)  
周 权(浙江大学医学院附属第二医院)
- 委 员:** 陈百松(诸暨市人民医院)  
程 斌(浙江省肿瘤医院)  
杜方民(东阳市人民医院)  
方红梅(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)  
冯正权(浙江省立同德医院)  
郭建新(宁波市第一医院)  
郭群依(台州医院)  
郭 勇(浙江省中医院)  
韩建锋(绍兴市上虞人民医院)  
胡双飞(浙江省人民医院)  
胡望远(金华市中心医院)  
胡 炜(台州中心医院)  
黄常新(杭州师范大学附属医院)  
黄 挺(杭州市中医院)  
廖小方(衢州市人民医院)  
楼 君(金华广福医院)  
吕亚莉(新昌县人民医院)  
马 云(义乌市中心医院)  
王建芳(绍兴市人民医院)  
项敏利(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)  
谢聪颖(温州医科大学附属第一医院)  
徐世杰(嘉兴市第一医院)  
杨序春(舟山医院)  
姚荣欣(温州医科大学附属第二医院)  
俞素芬(浙江大学医学院附属第一医院)  
袁 瑛(浙江大学医学院附属第二医院)  
张国兵(浙江省人民医院)  
张 武(瑞安市人民医院)  
章 杰(浙江省肿瘤医院)  
郑少俊(湖州市中心医院)  
郑 晓(浙江省肿瘤医院)  
郑亚萍(浙江大学医学院附属第二医院)  
郑 宇(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)  
周月芬(丽水市中心医院)  
祝胜美(浙江大学医学院附属第一医院)
- 秘 书:** 石志永
- 其他参与撰写人员:** 丁海樱 丁群芳 饶跃峰  
邵 岚 宋正波 王文娟