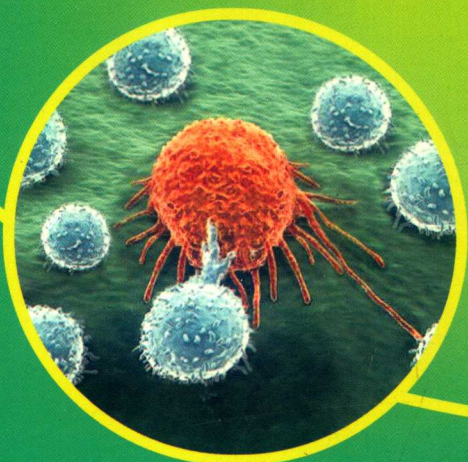


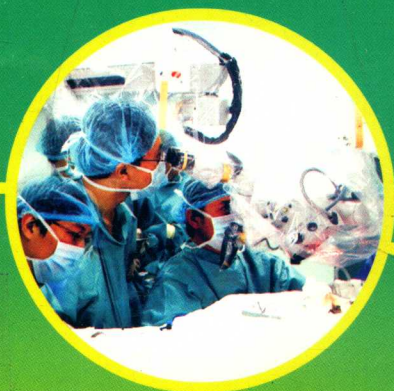


癌症姑息治疗 临床实践

Clinical Practice of
Palliative Cancer Care

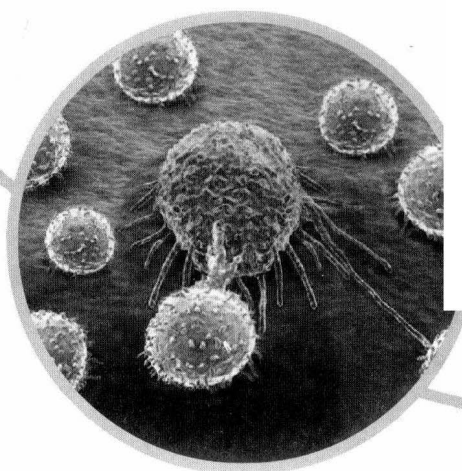
主 编 邓燕明

副主编 冯卫能 王巍 黄荣 何少丽



SPM 南方出版传媒

广东科技出版社(全国优秀出版社)



癌症姑息治疗 临床实践

Clinical Practice of
Palliative Cancer Care

主 编 邓燕明

副主编 冯卫能 王巍 黄荣 何少丽



SPM 南方出版传媒

广东科技出版社(全国优秀出版社)

·广州·

图书在版编目 (CIP) 数据

癌症姑息治疗临床实践/邓燕明主编. —广州: 广东科技出版社, 2015.7

ISBN 978-7-5359-6169-3

I. ①癌… II. ①邓… III. ①癌—治疗
IV. ①R730.5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第133208号

责任编辑: 李旻

封面设计: 李康道

责任校对: 黄慧怡 蒋鸣亚

责任印制: 吴华莲

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路11号 邮政编码: 510075)

<http://www.gdstp.com.cn>

E-mail: gdkjyxb@gdstp.com.cn (营销中心)

E-mail: gdkjzbb@gdstp.com.cn (总编办)

经 销: 广东新华发行集团股份有限公司

排 版: 广东科电有限公司

印 刷: 佛山市浩文彩色印刷有限公司

(南海区狮山科技工业园A区 邮政编码: 528225)

规 格: 787mm × 1 092mm 1/16 印张22.25 字数450千

版 次: 2015年7月第1版

2015年7月第1次印刷

定 价: 60.00元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

主 编 邓燕明

副主编 冯卫能 王 巍 黄 荣 何少丽

编 委 (按姓氏笔画排序)

冯 芬 刘 梹 邹舒倩 张 宁 张 华

张虹桥 陈永昌 陈丽富 林颖欣 庞丹梅

冼海兵 胡学锋 段海波 徐 韬 黄泽黎

梁少强 梁剑苗 蒋 军 魏伟宏

内 容 简 介

随着科学技术的发展，恶性肿瘤的诊治水平得到长足的进步。然而，在恶性肿瘤的治疗及疾病发展过程中，往往伴随各种症状，包括躯体的、精神心理的症状。及时的早期姑息治疗，除了可以缓解症状、改善生活质量外，还可延长晚期恶性肿瘤患者的生存期。因此，姑息治疗应该贯穿恶性肿瘤治疗全过程。

近年来，关于姑息治疗的研究也取得一些进展，更新了临床医生对于姑息治疗的一些理念及方法，但目前国内系统介绍恶性肿瘤姑息治疗的专著仍然很少。本书编写组依据恶性肿瘤姑息治疗研究的新进展，对临床姑息治疗中的常见问题进行详细解读，内容涉及姑息治疗常见症状的诊治、癌症患者的人文关怀等。可为从事肿瘤专科、宁养病院的临床医生及社区全科医生开展姑息治疗临床实践提供参考，同时也适合相关专科的护士及医学生阅读，以提高对恶性肿瘤姑息治疗的认识。

主 编 简 介



邓燕明，肿瘤内科主任医师，佛山市第一人民医院肿瘤中心主任兼肿瘤内科主任、头颈胸肿瘤内科主任。广东省抗癌协会常务理事，广东省抗癌协会“癌症康复与姑息治疗专业委员会”副主任委员，广东省抗癌协会肺癌专业委员会常委，广东省医师学会肿瘤专科医师分会副主任委员，广东省医学会肿瘤学分会副主任委员，广东省医学会肿瘤学分会内科学组组长，佛山市医学会肿瘤学分会主任委员。从事肿瘤内科综合治疗与临床研究30年，在国内外医学专业期刊发表论文49篇，先后获得广东省医学科研课题基金、广东省自然科学基金、吴阶平基金等7项基金资助。带领团队先后获得佛山市“十二五”规划医学重点专科、广东省临床重点专科、卫生部首批国家级“癌痛规范化治疗示范病房”、广东省首批“癌痛规范化治疗示范病房”。主持完成的“癌症患者的心理分型和心理治疗”研究已在临床广泛推广使用12年，疗效显著，受到医护人员和患者的高度评价。

目 录

第一编 癌症姑息治疗总论

第一章 概况	3
第一节 癌症姑息治疗的定义和历史演变	3
第二节 癌症姑息治疗的现状	5
第三节 癌症姑息治疗的综合理念和对策	9
第二章 癌症姑息治疗患者的评估	16
第一节 癌症姑息治疗患者的生理评估	16
第二节 癌症姑息治疗患者的心理评估	19
第三节 癌症姑息治疗患者的生存质量测评	25
第三章 癌症姑息治疗方法	32
第一节 癌症姑息治疗的药物治疗	32
第二节 癌症姑息治疗的非药物治疗	46

第二编 癌症姑息治疗的常见症状及处理

第四章 癌痛治疗	55
第一节 概述	55
第二节 癌痛的病理生理学	57
第三节 癌痛评估	62
第四节 癌痛的药物治疗	67
第五节 癌痛的非药物治疗	78
第六节 癌痛治疗中的特殊情形	88
第七节 癌痛规范化治疗示范病房的建设和管理	91
第八节 问题与展望	95
第五章 消化系统症状的处理	102
第一节 恶心与呕吐	102
第二节 便秘	108
第三节 腹泻	113
第四节 腹水	117
第五节 恶性肠梗阻	122
第六节 消化道出血	127
第七节 纳差	132
第八节 口腔黏膜溃疡	140

第六章 呼吸系统症状的处理	148
第一节 咯血.....	148
第二节 咳嗽.....	153
第三节 呼吸困难.....	157
第四节 恶性胸腔积液.....	162
第七章 神经系统症状的处理	172
第一节 肿瘤相关性乏力.....	172
第二节 颅内高压症.....	176
第三节 癫痫.....	179
第四节 脊髓压迫症	181
第八章 泌尿系统症状的处理	186
第一节 出血性膀胱炎.....	186
第二节 尿潴留.....	193
第九章 内分泌代谢系统症状的处理	203
第一节 高钙血症.....	203
第二节 类癌综合征.....	206
第三节 肿瘤溶解综合征.....	211
第四节 抗利尿激素分泌失调综合征.....	217
第十章 血液、循环系统症状的处理	223
第一节 淋巴水肿.....	223
第二节 粒细胞缺乏及粒细胞减少性发热.....	232
第三节 肿瘤相关性贫血.....	238
第四节 静脉血栓形成.....	248
第五节 恶性心包积液.....	264
第六节 上腔静脉综合征.....	268
第十一章 分子靶向抗肿瘤药物皮肤不良反应的处理	277

第三编 癌症姑息治疗的人文关怀

第十二章 与癌症患者沟通的技巧	285
第一节 与癌症患者沟通的必要性.....	285
第二节 沟通技巧.....	286
第三节 死亡教育.....	290
第十三章 癌症姑息治疗患者的心理状况	294
第十四章 癌症患者的社会支持	298
第一节 社会支持.....	298
第二节 癌症康复俱乐部在癌症患者社会支持中的作用.....	301
第三节 医务社会工作者在癌症患者服务中的角色和功能.....	304
第十五章 癌症姑息治疗患者的心理干预	315

附录	327
附表一 癌痛评价量表.....	329
附表二 简式McGill疼痛问卷	332
附表三 癌痛规范化治疗示范病房自评表.....	333
附表四 EORTC QLQ-C30 (version 3) 生存质量调查问卷.....	339
附表五 FACT-G量表 (第四版)	341
附表六 住院患者营养风险筛查 (NRS 2002) 评估表	343
附表七 简易疲乏量表.....	346

第一编

癌症姑息治疗总论

第一章 概 况

第一节 癌症姑息治疗的定义和历史演变

尽管人类经过上百年的努力，试图彻底攻克癌症这一顽症，但时至今日，发达国家癌症的治愈率为45%~50%，有一半以上的癌症患者不能被治愈；在发展中国家，癌症治愈率更低，在中国，尽管一些省级肿瘤医院的治愈率接近国际先进水平，但全国癌症平均治愈率只有20%左右，也就是说有80%的患者尚不能治愈，晚期癌症患者的姑息治疗问题日益引起医学界和社会各界的重视。

1982年，世界卫生组织（WHO）提出“到2000年使癌症患者不痛”，在世界范围推广应用癌痛止痛原则。1987年，英国学者对姑息治疗做这样的解释，姑息治疗医学是一门研究和管理一类特殊患者的学科，其研究范畴是如何使患者和其家属获得最佳的生存质量，很多方面的姑息治疗可与抗癌治疗一起应用于疾病过程的早期。1990年，我国卫生部和WHO召开全国癌痛专题研讨会，把癌痛三阶梯止痛方案推向全国。1993年，英国和加拿大学者编写了牛津大学教科书《姑息医学》，并于1998年再版。此后，1991年、1994年、1999年、2005年和2007年，我国多次修改了阿片类药物的处方管理规定，全面加大了阿片类药物的供应，鼓励医生合理为患者开具阿片类药物处方，不断满足日益增多癌症患者的需求。1994年，中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会正式成立，先后组织了5届全国性学术会议，并在全国肿瘤大会上组织分会场，通过学术交流，显著推动了癌症康复与姑息治疗学术的发展，在全国范围内举行多次癌痛及姑息治疗学习班和临终关怀学习班，使姑息治疗的观念在一定程度上得到了普及和推广。在老一辈教授为姑息治疗工作的无私奉献、科学严谨治学态度的带动下，国内举办了各种类型的学习班、继续教育班、电话会议、电视会议、多中心临床研究等工作，推动了WHO癌痛三阶梯镇痛规范化治疗在全国的普及，扩大专业队伍，开展多学科协作，中西医结合，以循证医学为基础，组织编写了《恶性肿瘤骨转移诊断与治疗》《晚期癌症患者合并肠梗阻的治疗的专家共识》等姑息治疗的指导性文件，将规范化姑息治疗的推广工作拓展到更广阔领域。同期，全国大部分省和直辖市抗癌协会也成立了相应的癌症康复与姑息治疗专业委员会。

WHO对姑息治疗的定义是：姑息治疗医学是对那些对治愈性治疗无效的患者完全的主动的治疗和护理。其措施是控制疼痛及有关症状，并对心理、社会和精神问题予以重视，其目的是为患者和其家属赢得最好的生存质量。姑息治疗同样适用于肿瘤患者治疗的早期阶段，需要全程将姑息治疗与抗肿瘤治疗相结合。WHO的进一步解释为：姑息治疗要坚定生命的信念，并把死亡看作是一正常的过程，把心理和精神治疗统一在一起。姑息治疗提供一个支持系统使患者在临终前过一种尽可能主动的生活，

对患者家属也提供一个支持系统，使他们能应付及正确对待患者生存期间的一切情况，以及最后自己所承受的伤痛。

对于晚期癌症来说，姑息治疗目的包括以下几点：①缓解症状，减轻患者的痛苦，改善患者的生存质量；②控制肿瘤，延长患者的生命；③减少无效抗癌治疗；④提高患者满意度；⑤减轻家属和护理者工作负担；⑥更恰当安排临终关怀；⑦减低患者经济负担。姑息疗法可能有近期的暂时的效果，但患者以后多数还会因肿瘤复发、转移而死于肿瘤，这些不能治愈的患者应得到进一步的姑息治疗和合理的医疗照顾。

欧洲姑息治疗协会对医护人员提出了10项核心胜任力：①以患者及其家属为基础，确定姑息治疗核心任务；②提高患者在疾病诊治过程中的身体舒适度；③满足患者的心理需求；④满足患者的社会需求；⑤满足患者的精神需求；⑥满足家庭照顾者的需求；⑦应对临床决策与伦理的挑战；⑧建立跨机构跨学科合作团队，实现全方位医疗照顾；⑨发展人际关系和沟通技能；⑩自我意识和专业持续发展。欧洲肿瘤内科协会则提出，针对癌症患者，必须筛选出每个患者个性化的需求，将支持和姑息治疗作为其癌症常规治疗的一部分。

美国国家综合癌症网络（NCCN）每年都会更新其姑息治疗指南，非常重视对癌症患者各方面症状的处理。2013年，NCCN发布了其首部《肿瘤临床实践的生存指南》，目标人群包括所有癌症患者，即治疗者（正在和已经接受治疗）、治愈者、缓解者、复发/转移者等，提倡临床医生对所有癌症患者开展恰当的生存照顾。《肿瘤临床实践的生存指南》在推荐制定统一的基本医学服务计划、明确划分责任、减轻患者忧虑担心、增进医患沟通和宣教的前提下，重点介绍了8项核心问题的医学干预措施。这8项核心问题是：焦虑/抑郁、认知功能、体能锻炼、疲劳、免疫与感染、疼痛、性功能、睡眠障碍。焦虑/抑郁、疲劳和睡眠障碍的部分内容源自已有的NCCN指南，其余5项NCCN各指南未曾涉及。

中国政府也逐渐认识到姑息治疗的重要性，选择首先以癌痛治疗为突破口，一方面放松了对阿片类药物的严格管制，取消了患者麻醉药品卡；另一方面制定印发《癌症疼痛诊疗规范》（2011年版），在全国开展“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动，首批67家“国家癌痛治疗示范病房”挂牌，有力地推进了癌症姑息治疗的进展。

2010年以来，来自美国麻省总医院等多家医院的临床研究发现，跟常规被动的姑息对症治疗相比，早期、积极的姑息治疗，可以进一步延长晚期癌症患者的生存时间，其效力甚至不亚于最先进的治疗药物和治疗设备。这一结果极大改变了癌症治疗的临床实践，促进欧美各国癌症中心姑息治疗团队的建立。

通过对成功经验的分析研究，目前认为对癌症患者要实现早期积极的姑息治疗，首先要建立有效协作的姑息治疗团队，全程参与临床实践和治疗过程的每一步，这个团队本身要明确如何合作，共同制定诊疗方案，如何对患者进行教育和支持，了解每个患者的治疗目标，同时注意加强对患者家属及护理者的教育支持。然后，注意改善患者的生存质量和情绪，保持其良好的身体状况，通过加深患者及其家属、护理者对所患疾病的深入理解，改善提高其自我的适应能力，从而共同建立疾病的治疗目标，

在诊疗过程中根据需要进行调整，利于患者在整个过程中更加理性科学，选择正确的抗癌治疗方法及临终关怀途径，最后达到姑息治疗的各项目标（图1-1）。

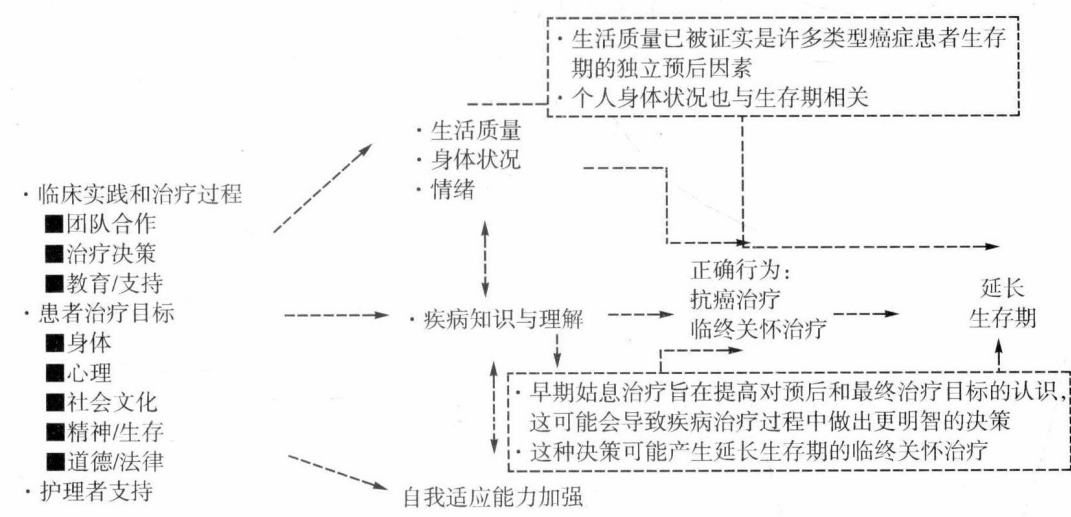


图 1-1 早期积极姑息治疗的流程和目的

第二节 癌症姑息治疗的现状

现代癌症姑息治疗起源于肿瘤学。过去，公众及学者针对肿瘤领域的兴趣主要集中在根治性治疗，而对于终末期肿瘤患者，大多采取的态度是忽视，更有甚者干脆放弃这部分患者。以关注病情复杂的晚期癌症患者，尤其是终末期癌症患者为主的姑息治疗，创立于20世纪60年代。其内容主要是晚期癌症患者的医疗照顾及伴随症状的处理，以往被认为是肿瘤治疗中的辅助角色，然而短短几十年间，姑息治疗医学已迅速成为肿瘤综合治疗中的主角，这是学科发展的必然趋势决定的。姑息医学在越来越多的国家得到发展，这也决定了姑息治疗在肿瘤综合治疗中的重要地位。癌症康复与姑息治疗从配角到主角的临床进步，具体体现在癌症康复与姑息治疗临床专业知识及技能成为每一位临床肿瘤学医生的必修知识，也体现在为晚期癌症患者提供姑息及支持治疗医疗模式的改革和完善。姑息治疗的内容包括各种躯体和心理症状的评估与治疗，以及治疗后的再评估及治疗调整，肿瘤的姑息治疗手段的实施，减少或防止各种晚期并发症的姑息性手术，减轻疼痛及脊髓压迫的姑息性放疗，各种介入性姑息措施的实施，心理和非癌性躯体疾病的预防和治疗，姑息治疗过程中的医患交流，姑息治疗过程中的伦理研究，生存质量评估与研究，终末期患者的支持治疗和护理，患者家属的支持与辅导，居丧的支持等等。在现有条件下，肿瘤患者的治愈率不可能很快提高，肿瘤患者的姑息治疗将是我国肿瘤防治领域里的一个重要课题。

姑息治疗伴随对肿瘤诊断和治疗的发展而逐渐发挥主要作用。在明确肿瘤诊断以

后,即开始对各种症状予以科学的评估,对手术、放疗、化疗等不良反应采取预防措施,对诊断时已中晚期无治愈可能的患者,采用姑息性手术、放疗、化疗、多途径的生物靶向治疗和介入治疗、中西医结合以及心理支持等来缓解肿瘤造成的各种症状及疼痛,最大程度地延长无症状生存期,提高其生存质量。当疾病进展且不能再接受常规的放疗、化疗及手术治疗时,在姑息治疗专业医生指导下,通过对患者全面症状评估,如癌痛的程度和性质,是否伴有焦虑和抑郁情绪及其他症状,制定姑息治疗方案。尽管疾病进入晚期阶段,但患者仍然能在无明显痛苦的情况下,享受生活和工作的乐趣。有条件时可以安排善终及善别服务。癌症姑息治疗的战略战术应该是:早期发现,争取根治;晚期癌症,姑息治疗。姑息治疗的要点是合理的综合治疗,避免过度治疗。提倡晚期癌症患者姑息治疗,避免过度治疗,首先要转变观念,树立与瘤共存、和平相处的观点,既然晚期癌症目前还无法治愈,治疗的目标就是:减轻患者痛苦,提高生存质量,延长患者生命。与西方国家不同的是,我国传统中医药在减轻患者痛苦、提高生存质量等方面,有其独特的优势。实践中可以发挥中医药毒副作用小、价格低廉等特色,其具有广泛的群众基础,也符合中国的国情和社会医疗保险低水平、广覆盖的宗旨。晚期癌症患者的姑息治疗,还应包括解决患者及其家属一系列心理的、情感的、精神的、社会的需要等问题,使他们在机体上、特别是精神上和心理上得到充分的治疗,精心的护理和安慰,需要心理学和社会工作者以及一大批志愿者的共同努力,使患者及其家属获得最佳的生存质量。

实际上,与理想状态相比,癌症姑息治疗在中国的现状不容乐观。有两个方面的障碍影响姑息治疗的合理实施:首先,相当多的人的观念还没有与时俱进,对癌症和死亡存在偏见,例如政府机构和医护人员容易走两个极端,一类认为癌症不可治愈,不必劳民伤财,对于患者的痛苦听之任之,认为癌症的症状是不可避免的,没有从生理和心理上积极采取措施,使患者失去改善生存质量以及延长生命的机会,致使大量晚期癌症患者得不到合理的治疗和妥善的安置;另一类医生过于依赖医疗设备和药物,不重视患者的身体和心理承受能力,在实际上无效的情况下,仍然是无休止的手术、放疗、化疗、介入、粒子植入、中药……不仅劳民伤财,还增加了患者的痛苦。这样的过度治疗对晚期癌症患者的危害是显而易见的。比如有的晚期癌症患者,已经多处转移扩散,无法进行根治性手术,如果没有出现危及生命的合并症,则手术有害无益;有的患者反复化疗,造成延迟性骨髓抑制,疾病进展伴随机体一般状况很差,此时化疗只会增加痛苦,加速死亡;有的癌症患者放疗过度引起的放疗后遗症往往比肿瘤本身还要难治并且痛苦万分。对于患者来说,有一部分晚期癌症患者不相信正规的医疗途径,容易轻信广告和他人,自己买“药”,迷信江湖游医,结果造成患者极大的身心痛苦、经济损失、家庭不宁,增加了社会、家庭和工作单位的负担;另一部分患者及其家属迷信名医,追求高端技术,在医学上无指征的情况下,有病乱投医,走遍全国各大医院,用尽各种新机器,其结果是浪费社会资源,增加患者痛苦,加重社会负担。其次,社会及政府管理方面,传统的东方文化似乎不太重视人的脑力劳动和人的时间,分配资源方面忽略了人类思想和知识产权的价值,表现在医疗方面是“脑体倒挂”,忽视患者及从业人员的心理感受,例如收费项目不能体现医护人员的

脑力与体力劳动,诊金偏低甚至可以忽略不计,对患者的心理治疗和沟通解释花费大量时间和精力,但获得的收入不如给患者做一个5 min的理疗,使当下的医疗界注重经济效益,忽视社会效益,患者得不到充分的心理治疗和评估,也没有得到详尽的医学科普知识,进一步加剧了不良的医患关系,也造成了恶性肿瘤患者生存质量的进一步下降。

目前常见的姑息治疗误区有:①姑息治疗就是晚期肿瘤的“等死”治疗。但事实并不是如此,通过姑息治疗,患者症状改善后能继续接受其他的综合治疗,而且这种治疗会用于癌症的早期,让患者心理上和肉体上能够接受诊断、治疗,直至生命的终止。②姑息治疗不是积极治疗。姑息治疗不同于抗癌治疗的根治治疗,但对于患者出现的症状,特别像疼痛之类影响患者生存质量,不仅要积极治疗,而且要获得改善。③姑息治疗的患者都是临终患者,放弃治疗。在临床实践中,很多患者经过了姑息治疗,症状缓解,相应的生存质量也有所提高,何况带瘤生存、有症状生存的患者绝不在少数。

认识到以上这些问题,国内的有识之士也于近年来不断推进我国癌症姑息医学的发展,在以下几个方面做了非常重要的工作。

1. 癌症疼痛规范化治疗 WHO从20世纪80年代将姑息治疗列入解决癌症问题的4个重点工作之一,并将癌症疼痛的控制作为推动姑息治疗的切入点。1986年WHO发布《癌症三阶梯止痛治疗原则》,建议在全球范围内推行癌症三阶梯止痛治疗方案。在孙燕、李同度、陈妙兰等专家教授的积极倡导下,1990年我国卫生部与世界卫生组织专家合作,正式开始推行WHO三阶梯癌痛治疗方案。推行WHO三阶梯止痛原则18年来,在全国各地医学专家和政府管理人员的支持下,以及在广大医务工作者的共同努力下,中国的癌症疼痛治疗工作在多方面都取得了较大进步。癌症疼痛规范处理的工作的进步,也全面推动了中国癌症康复与姑息治疗工作的起步和发展。

(1) 制定中国癌症疼痛治疗指南 1991年卫生部以卫药发〔91〕第12号文下达了《关于在我国开展癌症患者三阶梯止痛治疗工作的通知》,1993年又以文件形式发布了《癌症患者三阶梯止痛治疗指导原则》。1999年我国出版《癌症患者三阶梯止痛治疗指导原则》修订版,2002年出版《癌症患者三阶梯止痛治疗指导原则》第二版;1999年出版《新编常见恶性肿瘤诊治规范:癌症疼痛控制与姑息治疗分册》;2007年出版由孙燕、罗爱伦教授指导,徐建国、于世英主编《麻醉药品和精神药品规范化临床应用与管理》教材;2011年制定印发《癌症疼痛诊疗规范》(2011年版)。

(2) 癌痛规范化治疗继续教育 1993—1997年期间中国卫生部与WHO、美国威斯康星大学和美国M. D. Anderson癌症中心联合举办10余期癌症疼痛姑息治疗培训班及骨干培训班。在孙燕院士、李同度教授、陈妙兰教授、蔡志基教授、罗爱伦教授、顾慰萍女士等专家的积极倡导下,中国抗癌协会、全国癌症姑息治疗及康复专业委员会、中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会(CSCO)、各省市肿瘤专业学会组织及制药企业,积极参与癌症疼痛知识更新的继续教育学习班及学术活动。近年来,中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会(The Committee of Rehabilitation and Palliative care, CRPC)进一步加强推行癌症疼痛规范化治疗继续教育的力度,通过继续教育项

目和学术活动,促使大多数肿瘤专科医护人员、医药管理人员对癌症疼痛问题有较深刻认识。开展教育的最大成效是澄清了药物耐受性、药物身体依赖性、药物精神依赖性等基本概念,解除了阿片类止痛药“成瘾恐惧症”的思想束缚。

(3) 阿片类药物的广泛使用使越来越多的癌痛患者从中获益 阿片类止痛药是癌症疼痛治疗的关键性止痛药物,也是推行WHO癌症三阶梯止痛治疗原则的重点和难点。因此,阿片类止痛药的消耗量也成为反映国家和地区癌症疼痛患者是否得到合理止痛治疗的重要评价指标。在推行WHO癌症三阶梯止痛原则之前,我国的阿片类药物医疗用药消耗量极低,居国际麻醉品管制局(INCB)统计国家的倒数第2位。我国1983—1989年吗啡年均总消耗量仅6.7 kg,1991—2000年吗啡年均总消耗量增至92.5 kg,较20世纪80年代增长1 281%。2001—2006年吗啡年均总消耗量增加至361 kg,较20世纪80年代增长5 288%,2006年吗啡年消耗量达到548 kg,较20世纪80年代增长8 079%。2006年,我国的可待因医疗消耗量达到8 292 kg,较20世纪80年代可待因医疗消耗量增长1 999%。芬太尼、羟考酮等阿片类止痛药的医疗消耗也显著增加。

(4) 完善阿片类药物的管理政策 WHO在2000年颁布的《国家麻醉药品管制政策平衡原则》中强调:“尽管治疗癌痛的药物及非药物疗法多种多样,但是在所有止痛治疗方法中,阿片类药是癌痛治疗必不可少的药物。对中重度癌痛患者,阿片类止痛药具有无可取代的地位。因此各国管理部门必须保证止痛治疗的阿片类药品供应。”我国阿片类药品供应与管理政策调整:医疗机构购买麻醉药品在1995年之前实行“限量供应”制,1995年调整为“计划供应”制,2000年再次调整为“备案供应”制,2009年以后调整为“按需供应”制,取消了“患者麻醉药品使用卡”的备案制度。1994年将阿片类药的处方量调整至每次处方 ≤ 5 天用药剂量,医师可根据晚期癌症疼痛患者的病情开处方;1998年进行重大调整,决定“对癌症患者镇痛使用吗啡应由医师根据病情需要和耐受情况决定剂量(即不受药典中关于吗啡极量的限制)”;1999年将癌痛患者使用麻醉药品控缓释剂的每张处方量,由5天剂量延长至15天剂量。2005年8月的国务院令442号《麻醉药品和精神药品管理条例》指出,“对确需使用麻醉药品或者第一类精神药品的患者,应当满足其合理用药需求。”

2. 重视癌症康复与姑息治疗全面发展 癌症疼痛规范化处理工作的进步,全面推动了癌症康复与姑息治疗发展。我国推行WHO三阶梯止痛原则,不仅让数十万癌症疼痛患者得到较好的止痛治疗,而且也探索规范化癌症姑息治疗,在临床医疗、继续教育、药品供应与管理、政策调整方面提供了经验。

(1) 癌症康复与姑息治疗专业学会及队伍 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会于1994年8月正式成立,李同度教授任第一届主任委员,刘淑俊教授任第二届主任委员。1997年、2001年、2006年分别召开全国癌症康复与姑息治疗学术会议。中国抗癌协会主办的历年全国肿瘤学术大会,CSCO每年主办的学术大会,都分别开设癌症康复与姑息治疗专题研讨会。癌症康复与姑息治疗学会工作已得到全国许多著名专家的支持与帮助,2007年学会成立专家指导委员会。近10余年,北京、上海、广东、湖北、天津、重庆、辽宁、海南、安徽、山西等省市相继成立省市癌症康复姑息治疗专业委员会或癌症疼痛治疗专业委员会。全国及各地癌症康复与姑息治疗专业委员会