

癌症疼痛 中西医汇通

● 李佩文 蔡光蓉 主编



辽宁科学技术出版社

LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

A I Z H E N G T E N G T O N G Z H O N G X I Y I H U I T O N G

癌症疼痛中西医汇通

李佩文 蔡光蓉 主编

辽宁科学技术出版社

· 沈阳 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

癌症疼痛中西医汇通/李佩文,蔡光蓉主编. —沈阳:辽宁科学技术出版社, 2002. 1
ISBN 7-5381-3457-3

I. 癌… I. ①李…②蔡… III. 癌—疼痛—中西医结合疗法 N. R730. 59

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 046443 号

出版者: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印刷者: 丹东印刷有限责任公司

发行者: 各地新华书店

开 本: 787mm×1092mm 1/16

字 数: 563 千字

印 张: 22.5

印 数: 1—4000

出版时间: 2002 年 1 月第 1 版

印刷时间: 2002 年 1 月第 1 次印刷

责任编辑: 寿亚荷

封面设计: 庄庆芳

版式设计: 于 浪

责任校对: 李 敏

NAW11/02

定 价: 34.00 元

联系电话: 024—23284360

邮购咨询电话: 024—23284502

E-mail: lkzsb@mail. lnpgc. com. cn

http: //www. lnkj. com. cn

编著者名单

主 编	李佩文	蔡光蓉			
副主编	贾立群	朱京丽	郝迎旭	刘世荣	
编著者	(按姓首汉语拼音为序)				
	蔡光蓉	崔灵芝	陈 捷	郝迎旭	黄金昶
	洪英杰	贾立群	李佩文	李 刀	刘世荣
	刘福校	乔晓民	王玉霞	王雪玉	孟冬祥
	朱京丽	周 丽			
主 审	张代钊				



疼痛可能是人体最常见的临床症状之一，如果有人一生不知痛，则倒是个病态，如果谁发生了癌痛，则应当认真对待。闲读明·孙一奎《赤水玄珠全集》，把胁痛病因分为风寒、食积、痰饮、死血、气郁、虚火……并嘱当分条类析，明别左右施治。清·郑寿全《医法圆通·脐痛》中指出，“痛在脐上，着重脾胃；痛在脐下，着重肝肾”，可见古人对治疗痛症的揣摩和精心，而如今常听到有的医生说“连吗啡都用了，我再没法止痛了……”不禁令人心寒！

从《素问·举痛论》记载了疼痛的病机始，到《医学衷中参西录》已有二三千年历史，从文献到临床的发展态势看，前人也感悟到用中西医两法治疗会优于只使用一种方法。现代肿瘤临床界也逐步达成了共识，就是肿瘤需要综合治疗，癌痛更需要综合治疗。世界卫生组织推荐的三阶梯止痛法，也强调了辅助药与止痛药的配合，低级药与高级药的配合，然而，综合治疗的具体操作及疗效分析却文献不多。

吗啡类止痛药是重度癌痛止痛剂的代表，从癌症的发展人数看，中国又是癌症高发的大国，但是吗啡的使用率却是出奇地低。据联合国资料统计，1998年，每百万人口吗啡消耗的千克数：中国只有0.08，而丹麦为74.95，是中国的937倍；美国为30.72，日本为6.28，分别是中国的384倍和78倍。难道中国医生没有给癌症病人止痛？当然不是，吗啡用量过低的原因是多方面的，但是，不能否认，中医药对癌症患者的止痛发挥了巨大的作用。

中医药止痛有其独自的一套理论，祖国医学强调整体调理，从“通利”和“滋补”治则出发，针对“不通则痛”和“不荣则痛”的病机，兼顾“扶正”和“祛邪”，从现代医学角度观察中药缓解抑郁的功能：茯神、石菖蒲、酸枣仁等具有安心神、镇静、抗失眠作用；驱风药如白蒺藜、天麻、钩藤等具有调节神经的功效。这些药与西医止痛药配合，临床证实有良好的止

痛增效作用。此外，中药对缓解西医止痛药的副作用方面，也有很好的效果，如五味子、浮小麦、诃子等固涩药可抑制使用非甾体类镇痛药引起的多汗；乌贼骨、白及、薏苡仁可以保护胃粘膜，能防止解热镇痛药引起的消化道粘膜溃疡、出血；瓜蒌仁、决明子、莱菔子具有防止吗啡类镇痛剂引起便秘的副作用等。这些药与西药的配合，体现了癌痛综合治疗的策略，提高了镇痛效果，改善了患者的生存质量，为探讨中西医融会贯通的思路提供了线索。

中国的卫生现状是中医、西医和中西医结合三支力量并存，谈及中医和西医能够结合、相互协同、达到1加1大于2的效果，确实理想，但又异常艰难。两种医学的汇通，也不十分简单，起码要通晓中西医两种医学，而又促使两者的交融贯通，这也是一种高层次的医学，所以，也只能说探讨而已。事实上，目前用中西医两法治疗，在癌痛治疗上进行摸索、尝试，渴望见到高于单一方法的治疗效果。尽管如此，由于水平不高，能力有限，仓促中汇集成册，可能谬误不少，亦引证不全，还望同道见谅及赐教！

主 编

2001年5月于北京

目 录

第一章 概 述	(1)
第一节 癌症疼痛发病发展及治疗现状.....	(1)
第二节 癌痛治疗中存在的问题和展望建议.....	(7)
第二章 癌症疼痛发生、发展与预后	(14)
第一节 疼痛概述与机制	(14)
第二节 疼痛分类及癌痛病因	(17)
第三节 癌痛综合征	(19)
第四节 疼痛评价及测定	(29)
第五节 祖国医学对癌痛的认识	(33)
第六节 癌症疼痛预后及影响因素	(36)
第七节 癌痛中药预防临床前景	(38)
第八节 止痛药的研制与验证	(40)
第三章 癌症疼痛西医治疗	(55)
第一节 癌症疼痛处理的基本原则	(55)
第二节 WHO 三阶梯止痛原则及工作现状	(64)
第三节 常用止痛药	(68)
第四节 中枢神经系统药物与止痛	(84)
第五节 肾上腺皮质激素药与止痛	(91)
第六节 消化系统止痛药	(98)
第七节 泌尿系统止痛药.....	(110)
第八节 骨骼肌松弛药.....	(113)
第九节 癌痛的放射治疗.....	(118)
第十节 癌痛的神经阻滞与神经外科治疗.....	(126)
第四章 癌症疼痛中医与综合治疗	(144)
第一节 癌痛的辨证施治.....	(144)
第二节 常用止痛中草药.....	(147)
第三节 常用止痛中成药.....	(196)
第四节 常用止痛外用中药.....	(202)
第五节 针灸的止痛治疗.....	(209)
第六节 心理及音乐治疗.....	(213)
第七节 癌痛的家庭调护.....	(220)
第八节 癌痛的医院内护理.....	(227)

第五章 癌性疼痛中西医结合治疗	(240)
第一节 癌性骨痛	(240)
第二节 肺癌疼痛	(251)
第三节 脑瘤疼痛	(264)
第四节 肝癌疼痛	(272)
第五节 食管癌疼痛	(283)
第六节 胰腺癌疼痛	(292)
第七节 乳腺癌疼痛	(302)
第八节 化疗引起的疼痛	(312)
第九节 放疗引起的疼痛	(321)
第十节 神经丛侵犯引起的疼痛	(336)
附：一、癌症病人一般状况的记分标准	(350)
二、我国试行的肿瘤病人生活质量评分	(350)
三、疼痛调查表	(351)

第一章 概 述

第一节 癌症疼痛发病发展及治疗现状

癌症疼痛的治疗是世界卫生组织(WHO)对癌症综合规划的4个重点之一,也是广大学者极为关注、目前亟需解决的问题。据WHO统计,目前全世界癌症患者中30%~50%伴有不同程度的疼痛。我国各期癌症病人伴有不同程度疼痛的占60%左右,晚期癌症以疼痛为主诉的约占71%。从疼痛的发生原因看,约65%的疼痛与肿瘤本身有关,25%的疼痛由治疗引起,其他因素引起的疼痛占10%。

一、癌痛的发病与进展

Foiey (1979)等首先报道不同部位疼痛发生率,以原发性骨癌最高,占85%;泌尿生殖系统癌占70%;乳腺癌占52%;肺癌占45%;口腔癌占45%;淋巴系统癌占5%。Cleeland (1982)报道非转移性癌痛的发生率为15%。Protenoy (1989)报道晚期癌痛的发生率为95%。李其松等报道(1987~1990),上海医科大学中山医院住院确诊为癌症病历828份,其疼痛发生率为:肝癌79%(391/493);肺癌54%(60/111);肾癌48%(39/82);乳腺癌30%(42/142)。WHO根据32篇发表资料分析指出,每年至少有350万癌症患者遭受疼痛的折磨,其中只有部分病人能够得到合理治疗。由于疼痛对癌症患者的生活质量及接受对癌症的治疗影响很大,WHO已将控制癌痛列为第三种抗癌手段,制定了“癌痛治疗计划”。我国是世界上最大的发展中国家,由于多种原因很多癌症病人在确诊时已属晚期,癌症止痛姑息治疗在我国具有重要的意义。

长期以来,癌痛被认为是不治之症。英国Saunders (1976)首先在临终关怀病房(hospice)收治晚期癌痛病人。对他们进行合理的按时口服吗啡类镇痛药,取得较好疗效。后经其他国家医护人员的应用,证明大部分癌痛是可治的。1995年在米兰召开的第一次世界疼痛大会上,美国癌痛治疗专家Foley教授对癌痛的发病率、临床癌痛综合征的分类以及麻醉镇痛药的临床药理研究作了全面系统的报告。此报告深受与会各科专家的重视,激发了他们研究疼痛的兴趣。1982年WHO在意大利成立了WHO癌痛治疗专家委员会,会议认为应用现有的和为数有限的镇痛药物可以解除大多数癌症病人的疼痛。并提出到2000年达到在全世界范围内使癌症病人不痛的目标。1984年WHO在日内瓦召开癌症疼痛综合治疗会议,进一步讨论这一课题,并于1986年编写出版了《缓解癌性疼痛》(Cancer Pain Relief)和《为何不解除癌痛?》(Why not Freedom from Cancer Pain?)小册子。这本小书

被译成 23 种文字出版, 具有很大影响。1990 年 WHO 出版了专家报告 Cancer Pain Relief and Palliative Care; 1994 年美国公共卫生署出版了《癌症疼痛治疗临床实践指南》; 1996 年欧洲肿瘤学会编写了《癌症疼痛手册》; 1997 年英国出版了 Looking Forward to Cancer Pain Relief for All, 这些都对癌痛的治疗起到了很好的作用。尤其由英国和加拿大学者编写的 Oxford 大学教科书《姑息医学》(Palliative Medicine) 在 1993 年出版, 澳大利亚 1997 年为全科医生出版的参考书 Palliative Care, A Guide for General Practitioners 等标志着癌症疼痛和姑息医学越来越受到广泛重视。

我国 1990 年 12 月首次在广州与 WHO 共同组织了全国性专题会议和学习班, 并将《癌症疼痛的治疗》译成了中文版, 编写了教学用的幻灯片和录像片。1991 年 4 月卫生部以卫药发(91)第 12 号文件下达了关于我国开展“癌症病人三阶梯止痛治疗”工作的通知。积极生产吗啡片剂供临床应用, 出台了系列供应方法, 其目的是保证医疗上的正当使用, 解除癌症病人的疼痛。1992 年分别在北京、合肥组织了国际学术会议和第二届学习班。为了使癌症病人三阶段止痛治疗工作顺利进行, 1993 年中国医学科学院肿瘤医院参考 WHO 的方案, 制定出台了适合我国情况的指导原则, 供各地有关人员参考。在此基础上, 各地每年都举办不同层次的培训班或研讨会, 对止痛的中西药物、针灸和其他给药途径及方法进行了研究。1997 年开展了大规模的调研, 进一步明确存在的问题。1998 年 WHO 西太区和卫生部在北京举办癌症止痛姑息治疗高级讲习班, 取得成功。1999 年, 北京市卫生局组织了全市临床医生的麻醉处方学习, 积极推广癌症病人三阶梯止痛的原则。

二、癌痛的治疗现状

(一) 西医止痛的方法

癌症疼痛的治疗方法虽有多种, 但其目的就是解除患者痛苦, 消除疼痛, 使用最佳方法, 提高生存质量, 避免癌症病人“痛不欲生”现象的发生。从目前国内外西医治疗癌痛的现状看, 可分为两类: 一类为抗癌治疗, 以消除产生疼痛的病理生理基础, 如手术、放疗、化疗、中医中药、激素等治疗。另一类为针对疼痛进行治疗, 以改变疼痛感觉, 如不同途径的镇痛药物治疗、不同部位的神经阻滞治疗、电刺激、神经外科手术等。临床应用最广泛、最方便的治疗方法便是药物治疗。

WHO 三阶梯癌痛治疗方案是国际上已被广泛接受的药物治疗方法, 只要正确遵循该方案的基本原则, 90% 的癌痛都能得到很好的控制, 对有抗癌治疗适应症的疼痛患者, 在放疗、化疗、手术时, 有时止痛剂需作为开始治疗方法的一部分, 这样疗效更佳。目前许多医院均能遵守 WHO 三阶梯止痛治疗方案的基本原则, 即: 按阶梯给药、按时给药、尽量口服给药、个体化给药及辅助药物的应用等。2000 年全国各医院应用各种方法治疗癌痛的报道有 200 多篇, 其中西医报道 120 余篇, 主要方法为: 药物(美施康定、骨麟、博宁、甲孕酮、甘露醇、强痛定、曲吗啡、芬太尼缓释透皮粘剂)、骨核素、术中放疗、无水乙醇、病因治疗(手术、放疗、化疗)等。应用美施康定的临床观察报道有 20 余篇, 给药途径主要是口服及直肠。用于中、重度疼痛均收到了较好的疗效。河南省肿瘤医院肖毅军等报道, 美施康定的初始剂量一般由 10~30mg 开始, 如 1~2 天疼痛无缓解即进行个体剂量滴定, 按 30%~50% 剂量逐渐递增, 直到疼痛缓解。最大可达到 90~120mg。随着放、化疗后疼痛的缓解, 需逐渐减量, 按 30%~50% 剂量递减。用药时间平均为 51.5 天, 最长达 525

天,疼痛缓解率为97.3%。给药同时注意便秘、恶心等副作用的治疗。青岛市立医院徐晓妹等报道,美施康定不能口服给药的晚期癌症患者,采用直肠给药,剂量基本与口服给药相同,副作用亦无明显增加。结果,美施康定直肠给药的有效率和显著有效率分别为94.9%和82.1%,使晚期肿瘤病人又多了一条给药途径。长沙湘雅医院涂青松等报道,采用骨磷注射液加口服胶囊治疗多发性骨转移癌56例,总有效率87%,显效31%,有效48%,无效16%,起效时间在用药后3~7天,毒副作用少。西安第四军医大学周润锁报道骨磷加 $^{153}\text{Sm-EDTMP}$ 治疗骨痛止痛率可达90%,认为疗效显著、安全可靠。河南省肿瘤医院安凤伟报道采用大剂量博宁治疗骨转移疼痛,疗效好、副作用小,方法是每疗程博宁总量210mg,分3天用,第1天90mg,静滴7.5~8h,第2天、第3天分别用60mg,静滴3.5~4h,1个月重复1次,结果总有效率88.2%。哈尔滨医科大学附属第三医院李晓莉等报道博宁合并化疗治疗癌性骨痛,有效率为85.7%。Karnofsky状态分级法评分平均提高25分,有效地缓解了疼痛,提高了生存质量,且无明显毒副作用。太原264医院康连春等报道,以20%甘露醇250ml静滴治疗放射治疗引起的4、5、6级疼痛,止痛结果为:CR70.6%,与单纯放射治疗组比疼痛的出现率分别为0和12.5% ($P<0.001$)。结论认为:静滴甘露醇对恶性肿瘤剧痛和放射治疗引起的疼痛均有较好的止痛效果。中山医科大学潘启超报道大剂量甲孕酮可使播散性肿瘤病人的慢性疼痛减轻,这些疼痛开始治疗不久即可见效,而与肿瘤是否缩小无关。认为甲孕酮治疗开始2周对癌症止痛率为89%。而非激素敏感性肿瘤骨转移痛的止痛率亦达43%。甲孕酮止痛作用与药物的生物利用度有关,并不依赖于抗癌效果。此外亦有报道曲吗啡、芬太尼缓释透皮贴剂等药物均有不同程度的止痛作用。中日友好医院普外科黄林平等报道,对晚期胰腺癌伴有严重背痛和腹痛、无法切除的患者进行术中放疗,使患者背痛和腹痛的完全缓解率为56%,部分缓解率为40%,平均生存期为7.5个月,此方法能明显缓解患者的疼痛,提高患者的生活质量,为晚期胰腺癌有效的姑息治疗方法之一。上海医科大学附属肿瘤医院施伟等报道, $^{153}\text{Sm-EDTMP}$ 对多发性骨转移癌不仅止痛效果非常显著,而且对转移灶亦有一定的消退作用,其止痛有效率为85.2%,转移灶消退总有效率为48.6%。第二军医大学附属长海医院崔恒武等报道,经CT导引后路双侧腹腔神经丛酒精阻滞治疗上腹癌性疼痛,经3个月随访,2周、1个月、2个月、3个月止痛总有效率分别为93.10%、87.93%、85.45%和79.59%,认为此方法是治疗上腹顽固性癌性疼痛的有效、安全的方法。常州市肿瘤医院汪美华等报道了研究酚甘油对神经的病理损伤,选择酚甘油治疗癌痛的理论参考数据。结论认为:酚甘油对神经的病理损伤与酚甘油的作用浓度、作用时间有密切关系。10%浓度的酚甘油为安全浓度;15%浓度酚甘油易引起神经轴索的崩解、消栓,临床应慎用;20%浓度酚甘油只可用于晚期癌痛病人的神经毁损性治疗。

(二) 中医止痛的方法

中医中药治疗癌痛主要包括口服及外用两个方面。口服的作用为调节体内阴阳平衡,作用缓慢而持久。据有关报道,常服中药的癌症患者到了晚期阶段,疼痛的发生率及发生程度常低于不用中药的患者。外用中药止痛的特点,使药物经皮肤吸收,就近作用于患病局部,避免了口服药物经消化道吸收所遇到的多环节灭活作用,提高了药效,但要严格掌握药物的毒性及剂量。此外,近年来中药静脉滴入、针灸、滴鼻剂、毫米波取穴循经传导等治疗疼痛均取得了较好的疗效。

1. 口服中药:中国中医研究院广安门医院陈长怀等报道,用桂参止痛合剂观察了418

例癌痛患者,采用双盲对照试验及适当开放,结果表明该药对中度以上癌性疼痛,取得较好效果,同时具有改善肿瘤患者其他临床症状,提高生活质量的作用。解放军昆明总医院李应树等报道,用祖传方剂加现代研究自拟中药处方(复方抗癌散合抗癌I号粉)对34例中晚期肝癌不能手术和化疗病人进行观察。结果:疼痛减轻32例,饮食增加25例,精神状态改善、提高生存质量20例,有10例明显延长了生存期。成都四川省中医药研究院附属医院郭志雄报道,用抑癌定痛汤治疗中晚期癌症疼痛患者81例,观察其止痛效应,以杜冷丁50mg口服治疗43例为对照。证实中药有较好的止痛作用,中药组起效时间 $22.7 \pm 10.7\text{min}$,慢于西药组的 $18.3 \pm 11.1\text{min}$ ($P < 0.05$);而效应维持时间($14.5 \pm 4.7\text{h}$)则长于杜冷丁组($12.4 \pm 4.9\text{min}$) ($P < 0.01$)。结果提示抑癌定痛汤治疗癌痛的效果肯定,且以镇痛维持时间较长,副作用较少见长。汕头大学医学院第一附属医院林仰光报道,用赤芍甘草煎剂治疗肝癌肝动脉化疗栓塞术后疼痛,方法以大剂量赤芍加甘草治疗肝癌经肝动脉化疗栓塞术后出现右上腹剧痛患者30例(治疗组),并与15例未用赤芍加甘草治疗的同类患者(对照组)比较。结果,治疗组30例患者平均止痛时间为 2.71 ± 0.709 日,对照组为 4.00 ± 0.85 日,两组比较有非常显著性差异($P < 0.001$),表明赤芍加甘草对治疗肝癌经肝动脉化疗栓塞术后疼痛有一定疗效,且无明显毒副作用。

2. 外用中药:中日友好医院李圆报道,应用祛痛喷雾酊对54例癌痛患者进行镇痛效果的观察,强痛定为对照组,以有效率、疼痛程度、部位、中医辨证分型等指标进行分析,结果治疗组总有效率为79.63%,对照组为72.73%,两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。襄樊市中医院吴健等报道,采用外敷及口服生南星、生半夏、制马钱子等中药治疗晚期癌痛42例,结果显效17例、有效21例、无效4例,总有效率为90.48%,结果表明:年龄、性别、疼痛性质对镇痛效果无明显影响。中日友好医院中医肿瘤科郝迎旭等报道,观察痛块灵膏外用治疗癌痛患者83例,以强痛定为阳性对照药,采用随机对照方法从有效率、疼痛程度、疼痛部位、中医辨证分型等指标进行分析,结果:痛块灵膏总有效率为49.40%,强痛定为72.73%,结果表明:本药治疗癌性疼痛有效,其有效率与疼痛程度、疼痛部位、中医辨证分型及既往使用止痛药的情况有关。彭军英等报道癌痛膏镇痛作用的临床及实验研究,临床观察了36例晚期癌痛患者,外敷癌痛膏镇痛,有效率94%,显效率55.4%,用药半年,无成瘾及肝肾损伤。动物实验镇痛:膏剂外敷对抗甲醛引起的疼痛(10min)起效,持续1小时以上。散剂内服镇痛试验:以散剂 $1.0 \sim 2.0\text{g/kg.d}$ 动物灌胃给药,连用3~5天,有明显的抗酒石酸锑钾所致小鼠扭体作用。结果表明癌痛膏(散)具有可靠的镇痛作用。

表1 华蟾素注射液治疗癌性疼痛临床疗效表

	常规剂量组	大剂量组	美施康定组
例数	79	64	63
止痛呈现时间	4小时~3天	2小时~2天	8小时~3天
显效	47例(59.4%)	43例(67.2%)	41例(65.1%)
有效	28例(35.4%)	19例(29.7%)	15例(23.8%)
无效	4例(5.0%)	2例(3.1%)	7例(11.1%)
总有效率(%)	94.9	96.9	88.9
Karnofsky评分			
改善	65例(82.3%)	53例(82.9%)	20例(31.8%)
稳定	10例(12.7%)	9例(14.1%)	36例(57.1%)
下降	4例(5.1%)	2例(3.1%)	7例(11.1%)

3. 静脉用中药:新疆哈密地区红星医院张树梅报道对华蟾素注射液治疗癌性疼痛临床

疗效探讨,方法:对206例患者,采用前瞻性任意选择法分为3组,观察止痛呈现时间、效果、毒副反应、Karnofsky评分。结果见表1。结论:华蟾素注射液两组止痛效果基本相同,毒副反应轻,能明显改善生存质量;美施康定组,止痛效果满意,应用方便;两药均为控制中、晚期癌痛满意药物。河南省南阳南石医院王润莲等报道,用榄香烯乳注射液治疗中、晚期癌症疼痛48例临床观察,结果表明:榄香烯乳注射液静脉滴注,能有效控制各种癌症引起的全身各部位的疼痛,总有效率为75%,其中初治病人的疼痛疗效较好,有效率为84.6% (11/13),复治病人亦有一定疗效,有效率为71.4% (25/35),对骨转移疼痛的缓解,有效率为63.2% (12/19),对非骨转移疼痛的疗效较好,有效率为82.8% (24/29),尤其对肺癌、肠癌、食管癌、乳腺癌等引起的疼痛疗效更佳。广西医科大学附属肿瘤医院黄智芬等报道,用双黄连粉针配合复方丹参注射液治疗鼻咽癌放疗后疼痛的临床疗效观察56例,结果表明:双黄连粉针具有清热解毒、抗病毒、抗炎、显著提高宿主细胞免疫功能和杀灭病原的双重作用;复方丹参注射液具有活血化瘀、通络止痛功效,改善血液流变性和调节血液粘滞度,两药合用,起到标本兼治的消炎镇痛作用。陕西省人民医院姚淑莲报道,用纯中药抗癌制剂岩舒(复方苦参)注射液治疗中、晚期癌痛患者36例,其中Ⅰ级疼痛10例,Ⅱ级疼痛21例,Ⅲ级疼痛5例,疗后疼痛明显缓解率47.22%,总缓解率72.2%,无不良反应及毒副作用,亦无药物依赖性,为中药治疗癌痛提供了安全有效的治疗手段。

4. 其他:西安第四军医大学西京医院章梅等报道针剂和中药对癌症疼痛镇痛作用的临床研究,对90例具有不同程度疼痛症状的癌症病人分别进行了针刺镇痛、中药内服及外敷镇痛、WHO药物三阶梯止痛和针药结合治疗,结果表明:针刺组和中药组镇痛效果优于西药组,有显著性差异($P<0.05$),针药组与西药组相比有非常显著性差异($P<0.001$),说明针刺和中药镇痛优于西药止痛,针剂和中药结合治疗癌症疼痛有较高的临床应用价值。山东省中医药大学牛红梅等用癌痛欣滴鼻剂治疗癌痛,进行临床与实验研究,临床研究表明,单纯用癌痛欣滴鼻剂治疗轻、中度癌痛患者41例,首次用药后60分钟内,中度(Ⅱ)级以上疼痛缓解率为73.13%,总有效率为92.68%,平均起效时间 $4.20\pm 1.13\text{min}$,且无明显不良反应。动物实验表明:癌痛欣滴鼻剂具有良好的镇痛作用,能提高大鼠下丘脑中 β -内啡肽含量,并能明显抑制S180小鼠局部肿瘤的生长,延长荷瘤小鼠生存期,促进免疫器官增生。盐城市肿瘤医院刘峻峰采用毫米波循经传导治疗仪治疗癌性疼痛40例,根据不同癌症选穴,每次取穴4个,治疗5~15次,结果表明:完全缓解20例,中度缓解12例,治疗无效8例,有效率为80.0%,疼痛持续缓解时间随治疗次数增加而逐步延长。毫米波循经传导治疗癌性疼痛止痛迅速,疗效高,安全简便,无任何不良反应。

中药止痛疗效确切,但一般作用缓慢,个体差异较大,可重复性差。但止痛中药一般无明显毒副作用,是值得研究开发的重要课题。

癌症疼痛的治疗,目前仍是一个重大的难题,解决这个难题需要世界范围内社会、家庭、患者、医护人员以及各个医学学科共同努力。相信让癌症患者不痛这个目标我们一定能够达到。

参 考 文 献

- 1 李佩文. 中西医临床肿瘤学. 北京: 中国中医药出版社, 1996. 412~420
- 2 汤钊猷. 现代肿瘤学. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 429~435
- 3 Twycross, R (英), 贾廷珍, 汪有番, 王宪玲 (主译) ROBERT TWYCOSS (晚期癌症止痛).

- 辽宁: 辽宁教育出版社, 1999, 3~8
- 4 孙燕, 顾慰萍. 癌症三阶梯止痛指导原则. 北京: 北京医科大学出版社, 1999, 6~8
 - 5 肖毅军, 司红霞, 王迎红等. 硫酸吗啡控释片剂量滴定控制癌性疼痛的临床研究. 中国肿瘤临床, 2000, 2 (2): 126~129
 - 6 徐晓妹, 郭成业, 贾伟丽等. 硫酸吗啡控释片直肠给药控制癌痛疗效观察. 中国肿瘤临床, 2000, 4 (4): 279~281
 - 7 Paterson AHG, Powles TJ, Kanis JA, et al. Double-blind controlled trial of oral clodronate in patients with bone metastases from breast cancer. J Clin Oncol 1993, 11: 59~65
 - 8 涂青松, 申良方, 姜武忠等. 骨麟治疗 56 例多发骨转移癌的疗效观察. 中国现代医学杂志, 2000, 10 (5): 49~50
 - 9 周润锁, 徐海峰. ¹⁵³Sm-EDTMP 和骨麟治疗骨转移癌症疼痛. 第四军医大学学报, 2000, 4 (4): 437~439
 - 10 安凤伟. 博宁治疗骨转移癌疼痛的疗效观察. 河南医药信息, 2000, 8 (6): 36
 - 11 李晓莉, 贾索文, 李丽等. 博宁合并化疗治疗 98 例骨继发性恶性肿瘤疗效分析. 世界医学杂志, 2000, 4 (5): 88~90
 - 12 康连春, 贾义星, 周永双等. 甘露醇对癌痛止痛效果临床观察. 药学实践杂志, 2000, 5 (3): 131~133
 - 13 黄林平, 贾振庚, 裴东坡等. 术中放射治疗晚期胰腺癌 45 例. 中华普通外科杂志, 2000, 8 (6): 355~35
 - 14 施伟, 蒋长英, 章英剑等. ¹⁵³Sm-EDTMP 治疗多发性骨转移癌的疗效分析. 中国癌症杂志, 2000, 10 (2): 110~111
 - 15 崔恒武, 田建明, 王培军等. 上腹部癌性疼痛 CT 介入治疗技术的分析. 临床放射学杂志, 2000, 6 (6): 369~372
 - 16 汪美华, 何建训. 酚甘油对神经损伤的病理学观察. 伤残医学杂志, 2000, 8 (1): 23~24
 - 17 陈长怀, 孙桂芝, 唐文秀等. 桂参止痛合剂治疗癌性疼痛临床观察. 中国新药杂志, 2000, 9 (3): 196~200
 - 18 李应树, 李军. “复方抗癌散”治疗中晚期肝癌的体会. 中国民族民间医药杂志, 1999, 10 (5): 254~255
 - 19 郭志雄. 抑痛定痛汤治疗疼痛的疗效观察. 中药药理与临床, 1998, 12 (6): 37~39
 - 20 林仰光. 赤芍甘草煎剂抗肝癌肝动脉化疗栓塞术后疼痛的观察. 中西医结合实用临床急救, 1998, 10 (10): 442~444
 - 21 李圆. 祛痛喷雾剂治疗癌痛的临床与实验研究. 中医杂志, 1999, 10 (40): 609~611
 - 22 郝迎旭, 李圆, 蔡光蓉等. 痛块灵外用膏外用治疗癌性疼痛 80 例. 中日友好医院学报, 1999, 4: 33~35
 - 23 吴键, 朱学明, 方卫东等. 中医药治疗癌症疼痛 42 例. 光明中医, 2000, 2 (1): 29~30
 - 24 彭军英, 樊锐太, 杨峰等. 癌痛膏 (散) 镇痛消炎作用的临床及实验研究. 中国新药杂志, 1999, 8 (4): 256~259
 - 25 黄智芬, 黎汉忠, 檀美芳等. 双黄连粉针配合复方丹参注射液治疗鼻咽癌放疗后疼痛疗效观察. 河北中医, 2000, 5 (5): 328~329
 - 26 张树梅. 华蟾素治疗癌性疼痛临床疗效探讨. 全国肿瘤学术大会论文集, 2000, 126~128
 - 27 姚淑莲. 岩舒注射液治疗中晚期癌痛 36 例. 陕西中医, 1999, 6 (6): 290. 章梅、夏天、吴少华等. 针刺和中药对癌症疼痛镇痛作用的临床研究. 针刺研究, 2000, 3 (1): 64~66
 - 28 牛红梅, 唐由军. 癌痛欣滴鼻剂治疗癌痛的临床与研究. 山东中医药学院学报, 1999, 11 (6): 430~433

29 刘俊峰. 毫米波循经传导治疗癌性疼痛 40 例. 安徽中医临床杂志, 1999, 11 (6): 392~393

30 王润莲, 赵艳秋. 榄香烯乳注射液治疗中晚期癌症疼痛 48 例临床观察. 榄香烯乳注射液临床应用与基础研究论文集, 1996, 204~205

(蔡光蓉)

第二节 癌痛治疗中存在的问题和展望建议

一、缺少癌痛研究的专科机构

我国是癌症大国, 更是癌痛发生的大国, 尽管在肿瘤防治上有人提出“三早”, 力争在早期发现方面, 扭转日益增长的癌症死亡率。但是不可否认的社会现实, 却是癌症发病率不容乐观, 而且早期确诊率并不高。从城市居民死亡原因顺位来分析, 1997 年以来癌症已超过脑血管病位居第一, 这就提示目前中国社会存在着数以百万计的中晚期癌症病人等待救治, 而且这些患者中一半以上存在疼痛。面对这样多的疼痛患者, 我国仍缺乏专门的治疗癌痛专门医疗机构、专科门诊及专科医师, 癌痛患者救治尚感不便, 缺少研究癌痛的专科临床研究机构。

(一) 大医院不愿收治癌痛病人

我国有各种癌病的专科医院, 但上规模的肿瘤医院不多, 更少见专治癌痛的专科医院。目前各省已有省级肿瘤医院, 癌症病人向大医院集中的趋势日趋严重, 造成省级肿瘤医院应接不暇, 这样, 上规模的大医院挑选早期病人治疗, 不愿收治中晚期患者, 使大量癌痛患者被拒之门外, 无法集中大医院的技术、设备去研究癌痛, 而基层、农村、私人诊所的治癌止痛广告随处可见, 但缺乏科研的实力, 难以使该项研究得到发展。

(二) 临床医生不愿研究癌性疼痛

病人多、专科医生少的现象在治疗癌痛方面较为突出, 临床医师多认为, 癌痛者大都为晚期患者, 无法根治癌症则疼痛无法停止, 不如研究手术及放、化疗可收到立竿见影的效果。另外, 认为癌性止痛主要靠有限的几种药物缓解症状, 科研前景不大, 难以出现成果。

因此建议卫生行政主管部门, 应高度重视目前癌痛对广大患者身心的折磨, 针对目前社会上大量中晚期癌症患者急需救治的社会现实, 在条件具备的省市, 建立癌痛治疗的专门临床研究机构, 在大型医院设立癌痛门诊, 指派固定的经费和课题开展癌痛的研究, 鼓励中、青年医师积极开展癌痛的临床研究, 提高癌痛的治疗效果, 以最大限度减轻和改善癌痛对患者躯体和精神的损害。

二、三阶梯止痛工作存在的问题

三阶梯止痛工作在世界卫生组织的积极倡导下, 正在全国范围内推行, 10 年来有了一定的进展, 但基层医疗机构仍存在一定的问題, 影响三阶梯止痛工作的广泛开展。

(一) 主导思想和客观需求仍有差距

我国麻醉品的生产充足, 但临床应用不足, 尚有癌痛者得不到满足, 原因很多。几十

年来传统的主导思想是,麻醉性止痛药越少用越好,能不用就不用。药品主管部门及临床医生主要有两怕:一怕患者成瘾,二怕发生吸毒,这种思想延续至今,加之规定严格、层层审批、手续繁琐、麻醉性止痛药的应用仍有诸多不便。

不能否认,癌性疼痛仍是目前诸多疼痛中最剧烈、而且难以控制的疼痛之一,麻醉性止痛药,是控制重度疼痛最有效的药物。尚有许多国家,仍把麻醉性止痛药消耗量的多少,用做衡量止痛效果的水平,而我国的用量远远低于世界一般水平。世界卫生组织 1986~1990 年统计每百万人消耗 DDD 的数量,富国为 7588,中等国家为 1516,穷国为 517,中国只有 103。我国只相当于穷国平均水平的 1/5。其中爱尔兰是中国的 277 倍,美国为 127 倍,日本为 21 倍。中国人口占世界 1/5,癌症发病也为世界一般水平,麻醉性止痛药的应用量理应也为世界的 1/5,但是 1991 年中国消耗吗啡量只占世界 0.24%,1993 年丹麦的吗啡用量是我国的 6500 倍,可待因占 0.26%。可见我国要与世界接轨,与世界各国交流止痛经验,仍有诸多尚待调整的工作。

关于成瘾及吸毒的问题是复杂的社会问题,应当认真对待。但是不应当因此而影响癌痛姑息治疗,应当强调,癌痛者追求的仅仅是渴望不痛,吸毒者追求的是精神享受和躯体依赖。毒品泛滥的原因主要在社会管理,而不在医院,中国靠近世界毒品基地的“金三角”地区,是毒品的“路过国”,毒品来源主要靠境外输入。有统计称,人群中 99% 的毒品来源于走私,这要靠公安、民政、文教、卫生等多个部门综合治理,而医院合理合法的止痛治疗则是应当倡导的。

(二) 临床医师对三阶梯止痛工作的执行仍待加强

由于中晚期广大癌症患者多在基层医院就诊,诊疗癌痛的主管医师多为基层医生,随着中国社区医疗的广泛推广,全科医师也会以崭新的面貌服务于中国社会。靠广大的基层医师推广三阶梯止痛工作,目前尚有难度。如技术推广工作只在少数几个大城市办过,基层医师无法问津。麻醉性止痛剂销售与供应,只停留在有一定级别的医院。基层医生有麻醉药处方权者不多,且也没有指定医院取药。开展三阶梯止痛工作,缺乏上级行政及业务部门的主动检查督促。笔者近年曾走访多个医院的肿瘤科,住院病例与三阶梯止痛不相一致之处,有如下几方面:

(1) 不能合理使用止痛药,病程记录中多次记载患者疼痛,医嘱中却没有止痛药的应用。

(2) 用药不是从低级到高级,一开始就使用吗啡、杜冷丁。

(3) 杜冷丁使用多、吗啡使用少;注射药多、口服及外用药少;与目前世界止痛药剂型的发展不一致。

(4) 代表药用得多,替代药用得少,体现不出用药个体化。

(5) 应用强吗啡类止痛剂时,不配合低级药,不配合辅助药,更不会配合中药,体现不出综合调治。

(6) 用药不连续,量也不足。止痛药多见于临时医嘱,痛时才给药,无法做到持续止痛。

(7) 用药强度不够,病情描述早已达重度疼痛,止痛剂只用到弱吗啡类,临床症状与用药级别不相平行。

我国是“癌症大国”,是承诺积极开展三阶梯止痛的国家,这一工作开展的好坏,在世界卫生界有举足轻重的影响,目前尚有一定社会难题和科研课题尚待探讨,主管部门及临

床医生应积极配合,尽早做出成绩,为解除癌症痛苦做出贡献。

三、促进医学伦理学在癌痛治疗中的发展

近几年伦理学在医学界受到重视,并得到发展,是我国医学发展、提高道德水准的标志,也是自然科学与社会科学相结合的产物。

“伦”是指人际关系,“理”是指道理和规则。“伦理学”是指人与人之间行为道德的哲学探索。“伦理”一词曾由古希腊哲学家亚里士多德提出,原文为“ethos”,含有习俗、法则的意识,后演变为“morality”,即道德,这样伦理学成为研究道德哲学的一门科学。医学伦理学是探讨在医疗实践中,医疗道德在医生与患者之间所发生的哲学行为。临床医学是一种高风险的行业,它以人为治疗对象,而且不可能百分之百成功,癌痛又是目前难治性疾病中较为突出和复杂的症状,与社会学和心理学关系密切,这样在处理癌痛过程中,涉及到伦理学的相关问题就尤为突出。以往医患之间可能有意无意地接触到伦理学的问题,但并不重视,随着社会的发展,伦理学在医学界的地位迅速提高,而且与医学的法律和立法逐渐发生联系。因此,探讨伦理学在临床中的作用已成为迫不及待的问题。

目前医学伦理学涉及范围很广,但尚未形成一种含有具体条文的医学文件,与癌痛治疗相关的诸多问题仍值得探讨。

(一) 道德规范仍是医学伦理学的核心

道德是一种社会现象。在社会集体生活中,人们为了维护共同的利益,协调彼此的关系,便产生了调节行为的准则。人们不仅根据这些准则来评价一个人的行为,而且也根据这些准则来支配他们的行为。当一个人按他所处的社会集体的行为准则去行动时,我们就说他的行为是合乎道德的,或者说是合乎道德规范的。作为一个医生,他的道德规范应是通过自己良好、高尚的医德来体现的。道德认识产生于道德情感,并有助于指导道德行为,这种道德行为对医务人员来说,则是指在临床工作中,通过语言、态度、行动所反映出来那些经常而稳定的倾向和特征。

高尚的医德首先应当建立在救死扶伤的高度责任心上,把解决患者病痛当成自己的神圣职责,以自己强烈的同情心和热心去关心体贴病人,宽慰和鼓励病人与医护人员共同战胜癌痛。《千金要方·大医精诚》载有:“夫大医之体,欲得澄神内视,望之俨然,宽裕汪汪,不皎不昧。省病诊疾,至意深心,详察形候,纤毫勿失,处判针药,无得参差。”反映了古代医生,已经大力倡导良好的道德风范和认真负责的精神。

癌痛患者常因疼痛的折磨而发生意志消沉、多疑多虑、抑郁悲观,甚至丧失信心,这种心理障碍应该属于癌症发生的精神表现。医务人员应当从自身应有的道德规范出发,耐心解释,宽慰和鼓励患者战胜疼痛,注重心理治疗的作用,以多种方法的综合作用治疗癌痛。

(二) 新的医患关系对伦理学的影响

随着时代的发展,医护人员与患者的关系也发生着微妙的变化,这对医学伦理的发展产生重大的影响。这种变革,一是国家计划经济转向市场经济的变革,二是医疗模式以“疾病”为中心的生物学模式,影响着以“病人”为中心的生物社会学模式。

以往在计划经济体制下,医疗卫生工作属于国家公益事业范围,自身是“铁饭碗”,原则上也不挣患者的钱。进入市场经济以来,医疗机构事实上已被竞争机制所控制,医院为