



第8届

全国癌症康复与姑息医学大会

2012年10月12~14日 山东·青岛

特刊

主办 | 中国抗癌协会癌症康复
与姑息治疗专业委员会

医师报 编辑制作

本期导读

梁军：姑息治疗应大写人文关怀

2 版

孙燕：姑息治疗迎来快速发展期

3 版

管忠震：姑息治疗内涵不断演变

4 版

李萍萍：姑息治疗中药优势凸显

5 版

尊重生命

关注终末期肿瘤患者诉求

8 版

有的放矢

提高终末期肿瘤患者生活质量

9 版

调查折射

麻醉药品管理的进步与不足

10 版

如何创建

癌痛规范化治疗示范病房

11 版

主 编：于世英 梁 军 黄向东
副主编：刘爱国 秦叔逵 王杰军
谢广茹 印季良 陈俊辉
张艳萍
编 辑：王天鹅 陈 惠 李晓雅
美 编：林 丽

关注晚期患者 强化多学科合作

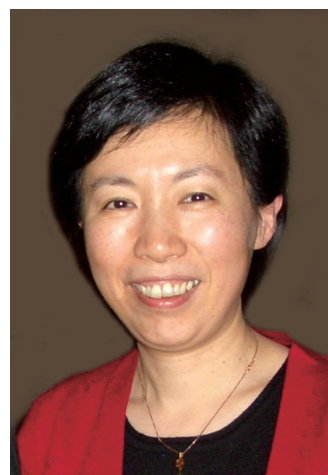
肿瘤康复与姑息治疗贯穿肿瘤诊治的全过程。无疑，恶性肿瘤患者的心身长期饱受肿瘤和抗肿瘤治疗的双重折磨。对早期和中期的癌症患者，最佳支持治疗作为姑息医学的最重要内容，为积极抗癌治疗的实施提供了坚强的支持；对晚期癌症患者，尤其是不能耐受抗癌治疗以及积极治疗获益大于风险的晚期患者，最佳支持治疗则能让患者获益，很多情况下甚至是患者唯一可以耐受的治疗方法。

在我国，当前晚期肿瘤患者仍是医学和社会关注较为薄弱的人群。改善他们及其家人的生活质量，既然是医学难题，也是社会难题。关注晚期肿瘤患者，需要加强多学科合作。本次大会主题聚焦“关注晚期患者，多学科合作”。围绕这一主题，大会特别邀请了相关的多个学科领域的顶级专家，研讨晚期癌症患者的姑息与支持治疗，癌痛规范化治疗，抗癌治疗并发症防治，姑息医学社会工作服务，心理学支持治疗，传统医学在姑息与支持治疗等专题。我们相信，这些专题学术报告及学术交流，将为

大家带来更多先进的理念和临床实践指引。

谨此，我代表大会组织委员会和癌症康复与姑息治疗专业委员会，热烈欢迎各位专家同仁莅临本届大会！衷心感谢山东抗癌协会姑息治疗分会、青岛市医学会肿瘤专科分会、青岛大学医疗集团（青岛大学医学院附属医院、青岛市商业职工医院）承办此届大会。特别感谢梁军教授及其团队为大会筹备及顺利召开付出的种种奉献！衷心感谢支持本届会议的企业和媒体！

姑息医学既是一门专业学科，也是一项慈善事业。无论医疗技术多么先进发达，无论肿瘤疾病的转归如何，患者们都不希望自己付尽艰辛的诊疗历程，仅仅被归结为现代医疗产业流水线上一次次被“修理的肿瘤”。在得到先进医学诊疗技术帮助的同时，患者们还期望现代医学也能关注他们的切身体验，并能抚慰他们备受癌症摧残的心灵。第八届肿瘤康复与姑息医学大会将深入探讨这一难题。祝愿我们的学术交流卓有成效，共勉进步。



于世英 教授

中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会主任委员



获奖论文选登 · 一

编者按：本届大会共评选出优秀论文一等奖1篇，二等奖3篇，三等奖6篇。我们特选取其中的一、二等奖论文，与大家分享。

北京市癌痛控制 20年进步与挑战

北京大学肿瘤医院

王薇 曹邦伟 宁晓红 李冬云
王甦 裴文仲 罗健 陈火明
李君 刘端祺 冯威健 李萍萍

癌痛是癌症患者的常见症状，约1/4的新诊断患者、1/3的正在接受治疗患者、3/4的晚期患者合并疼痛，并且癌痛严重影响患者的生活质量。但是，癌痛治疗的现状不令人满意，有大量患者得不到完全的镇痛治疗。从1990年我国首次在广州与WHO共同组织全国性专题会议推行癌痛三阶梯止痛治疗原则开始，我国的癌痛治疗逐步走上正规化。1992年曾进行北京地区215例癌痛调查分析、1999年曾进行北京市219位医生对癌痛控制看法调查，此后未再有北京地区大规模癌痛调查结果问世。20年的发展，癌痛治疗如何？通过2011年北京地区癌痛调查与1992年癌痛调查结果的比较，分析北京地区癌痛控制的进步与存在的问题。

我们采用问卷调查的方法，对北京地区11家医院的477例患者和217例医生调查癌痛评估、处理和疗效的现状。与1992年北京癌痛调查结果进行比较发现，中重度癌痛患者仍比例较高，为65.82%（1992年调查中为70.7%），但阿片类药物的使用已经很大普及，使用强阿片类药物的患者占48.85%；在使用阿片类药物的同时，对药物副作用的关注程度明显提高，主要是同时处方缓泻剂预防和治疗便秘；另外医患双方对癌痛知识的了解都有待进一步提高。调查结果同时发现仍有65.82%的患者存在中重度疼痛、78.78%的患者在过去24小时内疼痛控制不理想，说明快速镇痛和滴定的理念、知识有待进一步加强。医患对阿片类药物“成瘾”顾虑明显，是制约癌痛控制的原因，进一步反应了对医生的培训和患者的教育的重要性。

北京地区癌痛控制20年来有了明显发展，包括阿片类药物应用比例升高，医生对阿片类药物不良反应关注度提高等。但针对癌痛控制存在的问题，医生培训和患者教育仍是推动癌痛控制的重要任务。

（本文为本次大会一等奖获奖论文）

专家访谈

梁军：姑息治疗应大写人文关怀

▲《医师报》记者 李晓雅



梁军 教授

在我国，许多癌症患者一诊断就处于疾病晚期，不仅受到疾病的打击，还要承受抗癌治疗对生活质量的影响，经常有化疗、放疗等治疗疗效都不好、医生无计可施的情况，使患者身体和心理均受到重创。“因此，保障患者生活质量和治疗安全，并平衡两者之间的关系，十分重要。癌症康复与姑息治疗不失为是一个上策，对癌症晚期患者提供关心和关爱，也体现了医生的人文关怀。”大会主席、青岛大学医学院附属医院副院长梁军说。

梁军介绍道，我国癌症康复与姑息治疗专业起步较晚，但发展很快。尤其是随着医学其他相关专业、治疗领域的不断发展，姑息医学在药物治疗和疼痛治疗等其他手段方面都比以往有了长足进展，在癌症骨转移、肠内外营养、神经阻断等领域获得突破。以前，我国医生对吗啡的使用相对保守，而现在，随着癌症疼痛三阶梯理念被理解和推广，医生已经可以积极使用吗啡等阿片类药物缓解癌痛

癌症康复与姑息治疗不失为是一个上策，对癌症晚期患者提供关心和关爱，也体现了医生的人文关怀。

患者疼痛。2009年，我国吗啡医疗年消耗量达到886kg，较1989年的10kg增长显著，可待因医疗消耗量达到8552kg，较上世纪80年代增长2609%，越来越多的癌痛患者得到了合理的止痛治疗。

据了解，成立18年来，中国癌症康复与姑息治疗专业委员会一直致力于维护和改善癌症患者生活质量，积极探索癌症康复与姑息医学的发展。《恶性肿瘤骨转移及骨相关疾病临床诊疗专家共识》、《恶性肿瘤合并肠梗阻诊断治疗专家共识》、《肿瘤治疗相关呕吐防治指南》的制定和推广，进一步丰富了姑息医学的内容，推动了临床实践。

“需要注意的是，我国癌症康复与姑息治疗较发达国家相比，还存在不足。”梁军表示，当前，我国从事癌症晚期姑息治疗的工作人员数量相对患者偏少，而且治疗分散在各科室。医生在无论是临床实验还是辅助治疗方面，都集中在“可治”

上，对无法治疗，或需要姑息或营养支持的，投入的力量和精力远远不够。但事实上，癌症患者病期越晚，接受的抗癌治疗毒性或创伤性越大，患者的生活质量就越差。晚期癌症患者恰恰是最需要医生、家庭和社会去关心、关爱的群体。

“为此，我们将本次大会的主题定为‘关注晚期患者，加强多学科协作’，使之与我们当前的工作和任务

医生在无论是临床实验还是辅助治疗方面，都集中在“可治”上，对无法治疗，或需要姑息或营养支持的，投入的力量和精力远远不够。但事实上，癌症患者病期越晚，接受的抗癌治疗毒性或创伤性越大，患者的生活质量就越差。晚期癌症患者恰恰是最需要医生、家庭和社会去关心、关爱的群体。

相契合。目的是为了让医生冷静思考、积极交流和讨论如何改善癌症患者，尤其是晚期癌症患者的生存质量和心理状况，强调多学科团队合作，设立共同目标，推动姑息医学的发展。”梁军说。

2013年《医师报》订阅季

团体订阅尽享更多优惠服务

订阅热线：010-58302970

订阅 2013年全年《医师报》 赠送 2012年全年检索光盘一张

周报
全年48期
定价144元

邮发代号：1-351

国内统一刊号：CN22-0016

传真：010-58302828转6670

地址：北京市西直门西环广场A座17-18层

收款单位：《医师报》社

邮编：100044

中国医师的资讯中心

共铸医学
影响力

- 追踪学术前沿
- 把握学科进展
- 聚焦医事
- 关注医师

专家访谈

孙燕：姑息治疗迎来快速发展期

▲《医师报》记者 李晓雅



孙燕 院士

恶性肿瘤晚期疼痛使患者身心处于不同程度的痛苦之中，因而是现代医学中的重要课题。世界卫生组织（WHO）公布的调查数据显示，晚期癌症患者中约80%发生疼痛，其中30%为难以忍受的剧痛。由此，以“对经治疗无效的患者提供积极的医疗照顾，控制其疼痛、其他症状、心理、精神和社会问题”为任务的姑息治疗格外重要。

“为此，从上世纪80年代开始，WHO就把姑息治疗列为肿瘤防治的4大重点工作之一，其他3项工作分别为病因预防、早期诊断和综合的根治性治疗。1990年，我国政府与世界卫生组织在广州共同启动了《癌症三阶梯止痛治疗原则》在中国的推广，这成为我国癌症姑息治疗发展的一个重要切入点。22年来，我国广大肿瘤医师、药师以及有关各方进行了大量的工作，卫生部还专门为此发布了很多红头文件，使得癌症止痛理念深入人心。”中国工程院院士孙燕简要介绍了我国姑息治疗发展的前世今生。

世界卫生组织（WHO）公布的调查数据显示，晚期癌症患者中约80%发生疼痛，其中30%为难以忍受的剧痛。

1991年，卫生部发布关于“癌症三阶梯止痛治疗”工作的通知，积极研究开发止痛药物，并出台了一系列办法，以保证医疗之需，并防止滥用。全国各地相继举办了学习班、研讨会及专业会议，推广癌症三阶梯止痛治疗方法。近年来，姑息治疗更是获得了飞跃式发展的契机。孙燕教授表示，2006年，WHO明确定义，癌症是一个可防可控的慢性疾病。“既然癌症可控，癌症患者可以长期生存，姑息治疗的重要性越发凸显，其地位将越来越重要。”

在这一时代背景下，我国肿瘤医师在姑息治疗领域也进行了许多开创性的工作。孙燕教授特别强调，当前，中国抗癌协会康复与姑息治疗专业委员会在于世英教授的带领下，已经意识到并将工作拓展到姑息治疗的其他一些重要领域。除了癌症止痛外，在癌症骨转移疼痛处理、肠梗阻的处理、贫血的处理等方面着手制定相关规范和专家共识，极大地扩充和丰富了现代姑息治疗的内涵在不断扩充。

当然，与机遇并存的还有挑战。姑息治疗前路应当如何发展值得一线医生们更多的思考，以便集思广益。孙燕教授与我们分享了他的观点：卫生部在“十二五”规划中明确提出，要把我国卫生工作重点前移，即“治未病”，以及重心下沉，将卫生工作规范推广到地市级以下医院。其中，卫生工作重心下沉对我们非常重要，当前，卫生部已经开始考虑把癌症防治的重心向下推进到地市级。医师应当注重把我们现有的规范进行普及推

近年来，姑息治疗更是获得了飞跃式发展的契机。2006年，WHO明确定义，癌症是一个可防可控的慢性疾病。既然癌症可控，癌症患者可以长期生存，姑息治疗的重要性越发凸显，其地位将越来越重要。

广，从而使更多的患者从我们提出的指导原则、规范、专家共识中受益。特别应当引起我们重视的是，我国西部地方的肿瘤设施和理念与发达地区还有不少差距，需要广大肿瘤医师为之努力。另外，姑息治疗的发展不但需要临床肿瘤专家的参与，更需要政府的大力支持，才能真正落实我们的目标。

廖美琳：多学科合作晚期癌症治疗的主基调

▲《医师报》记者 张艳萍



廖美琳 教授

“对于晚期癌症患者的治疗，我们一定要发挥多学科的力量。这就是说，我们不仅要关心把肿瘤缩小，更要紧的是减轻病人的痛苦，改善生活质量，病人不仅要生活得长，还要生活得好。这才是我们作为医者最大的一个目标。”廖美琳教授指出。

廖美琳认为，无可厚非，晚期癌症的治疗，一个重要的措施便是延长

我们不仅要关心把肿瘤缩小，更要紧的是减轻病人的痛苦，改善生活质量，病人不仅要生活得长，还要生活得好。这才是我们作为医者最大的一个目标。

肿瘤患者的生命。然而，如何在延长晚期癌症患者生命的同时，帮助其获得好的生活质量，这是肿瘤科医生所共同面临并期待破解的难题。

“毫无疑问，动员多学科协作，团结一致，整合治疗，发挥最大力量，在关心把肿瘤缩小的同时，使病人病情得到缓解，获得较好的生存质量，我觉得这是对肿瘤病人一个莫大的安

慰，医生也一定要将其视为我们最大的一个目标。”廖美琳指出。

廖美琳进一步指出，“多学科合作，让病人活得更长，生活得更好”，

“多学科合作，让病人活得更长，生活得更好”，这个看起来再简单不过且貌似口号的句子，要付诸实践却非易事，需要我们每一个肿瘤科医生铭记在心，并时刻用行动去实践。

这个看起来再简单不过且貌似口号的句子，要付诸实践却非易事，需要我们每一个肿瘤科医生铭记在心，并时刻用行动去实践，因为——这是我们医生的信念，更是病人的希望所在。

获奖论文选登·二

42例恶性心包积液腔内顺铂化疗的临床疗效观察

青岛市商业职工医院

沈李伟

青岛大学医学院附属医院

邱文生 吕红英 梁军

恶性心包积液是晚期恶性肿瘤最常见的合并症之一，常导致慢性心脏填塞和顽固性心功能不全。恶性心包积液多为恶性肿瘤伴心包转移，原发性恶性心包积液较罕见。对于心包积液的诊断，通过影像学检查即可获得，穿刺成功后需行心包积液涂片查癌细胞、心包积液检测癌胚抗原、心脏CT、心脏超声检查对诊断恶性心包积液有重要价值，联合应用能提高诊断的阳性率。

现将我院2006～2011年32例恶性心包积液腔内注入顺铂化疗的疗效观察报告如下：

选择2006年6月～2011年6月本院肿瘤患者，其中男28例，女14例，年龄30～65岁，中位年龄45岁。细胞学检查结合临床均诊断为恶性肿瘤心包转移。病人均伴有不同程度的心包压塞症状及体征，如呼吸困难，心慌憋气，反复咳嗽、端坐呼吸、颈静脉怒张、心界扩大等。心脏B超证实有少、中或大量积液。

经B超证实为心包积液的病人42例，给予心包置管引流后向心包腔内注入顺铂20mg～30mg加地塞米松5mg，超过72h后引流。积液控制好者拔除导管，如积液仍较多，重复引流及心包内化疗。

此42例患者均一次穿刺置管成功，穿刺顺利患者无明显不适症状。心包填塞症状明显缓解，呼吸困难、憋气、心悸等症状减轻。未发生休克、感染、出血、心律失常停搏、急性肺水肿及心力衰竭等不良反应。心包穿刺液中有30例为血性，8例为黄色混浊的渗液，4例为黄色漏液，其中19例心包积液经离心后送病理找到恶性肿瘤细胞。经心包化疗后疗效达CR13例（30.95%），PR20例（47.62%），总有效率为78.57%。可见心包积液引流后配合腔内化疗是安全、有效的。

综上所述，心包腔置管引流并腔内顺铂局部化疗治疗恶性心包积液，简便易行、疗效肯定、副反应小，可延长患者的生存期，改善生活质量，减轻患者痛苦，值得在临床上推广应用。

（本文为本次大会二等奖获奖论文）



获奖论文选登·三

癌症丧亲家属
心理状况调查

湖南省肿瘤医院宁养院

刘晓红 邹然 刘明恒
李嘉诚基金会「人间有情」全国宁
养医疗服务计划办公室刘晓芳
长沙民政职业技术学院社会工作系
戴昕

为了了解丧亲事件对患者家属心理的影响,为心理干预提供依据。本文选取了2010年1月至2010年7月湖南省肿瘤医院宁养院癌症去世患者家属,丧亲时间在1个月以上,6个月以下共30人,通过焦虑、抑郁等心理测评工具,评估丧亲后的情绪变化。

癌症是一种慢性的死亡过程,是有预警的死亡,与意外死亡不同,家属较有时间适应分离的事实。但调查显示部分家属还是普遍表现出孤独难过,空虚,痛苦怀念的感觉,不能适应亲人离开自己的改变。

亲人去世作为一种重要的负性生活事件,给家属造成了极大的心理刺激。研究表明男女性家属其焦虑、抑郁程度没有明显差异,说明病人家属对于此类丧失性事件的适应能力与他们的性别无关。丧亲者的抑郁情绪相对于焦虑情绪反应更强烈,可能的原因有:第一,丧失已是一个既成事实,而且是无可奈何的事实,相对于以焦虑为主导情绪的突发应激事件来说,难过伤心等抑郁情绪会比焦虑更为明显;第二,病人家属目睹病人长期受癌症的折磨,会对病人活着的痛苦有所感受。在经受长期的病痛折磨后,离世对于病人本身来说不一定是最坏的结果,相关的争议可见对于安乐死的辩驳。在这样的情况下,面对病人离世,家属更多的是无可奈何的悲伤,而不是愤怒的焦虑。

国内外研究表明,社会家庭支持不足,过重的经济压力都会导致癌症患者家属焦虑和抑郁发生率大大升高。而本调查提出了一个值得关注的问题,癌症患者去世,亲属会产生不同程度的精神创伤,此时不注意心理疏导及干预,家庭支持功能就会退化。所以患者去世,医护人员和家人还应关注患者亲密家属的情绪变化,及时的心理评估患者家属心理变化,帮助他们寻求适当的应对方式,并给予必要的心理干预,将使其正确对待死亡,帮助他们减短悲痛过程。能提高丧亲家属的生活质量。

(本文为本次大会二等奖获奖论文)

专家访谈

管忠震：姑息治疗内涵不断演变

▲《医师报》记者 陈惠



管忠震 教授

姑息治疗是癌症治疗不可或缺的重要组成部分,其内涵在不断演变和发展中。据中山大学肿瘤防治中心管忠震教授介绍,姑息治疗最开始针对的是无法治愈的终末期患者。“过去,医生对这样的患者已经‘无计可施’,很难有延长生命的有效办法,而姑息治疗的理念是,关注终末期患者,减轻终末期患者的痛苦。”此后,随着学科的发展,这一内涵有所扩展。

管忠震教授指出,在现有的癌症治疗方法中,不论是把癌症肿块切除的外科,还是把肿瘤细胞杀灭的放射治疗,或者杀伤肿瘤细胞的化学治疗,其基本特点都是针对肿瘤病灶和肿瘤细胞,认为把它们杀灭或清除了,肿瘤就能治好了。而

我们不仅是治病,更是在治人。这正是姑息治疗与其他肿瘤学科,包括肿瘤内科、放射科、肿瘤外科不同的地方。”

姑息治疗从另外一个角度对肿瘤治疗进行了阐释。

“我们不否认在癌症治疗过程中,要尽量清除肿瘤细胞。但更重要的是,我们不仅是治病,更是在治人。癌症给患者带来了身心痛苦,我们对此要给予特别的关注,减轻癌症造成的种种症状,关注患者的精神痛苦,延长患者的生命。这正是姑息治疗与其他肿瘤学科,包括肿瘤内科、放射科、肿瘤外科不同的地方。”这是姑息治疗逐步演化的过程。

2011年,新英格兰医学杂志报道,美国麻省总医院将晚期肺癌患者随机分为两组,一组由肿瘤内科化疗,进行抗肿瘤治疗,另一组由肿瘤内科和姑息治疗专科一起共同治疗,也就是说第二组

不仅消灭肿瘤细胞,更多关注减轻肿瘤患者痛苦。对比两组治疗发现,第二组不仅减轻了患者的痛苦,而且延长了患者的存活时间。管忠震教授认为,这恰恰更进一步肯定了姑息治疗的重要性,是姑息医学的又一进步。

除此之外,管忠震教授还指出,过去要求肿瘤医生必须具备姑息治疗的理念,而现在是把姑息治疗作为专科,与肿瘤内科医生一起合作,共同治疗患者。这是姑息治疗的重大进展,成立姑息治疗专科国内外已有雏形。由于癌症患者的痛苦是多方面的,除了躯体的痛苦,还有精神上的痛苦和种种困惑,因此,姑息治疗专科由肿瘤治疗的专科医生、护士和社会工作者组成。管忠震教授举例,“一个本来有工作,可以养家糊口的人患了癌症,住院后他失去了工作,如何养家,家庭、子女谁来关注,治疗费用谁来解决,这些都是他要考虑的问题,还有可能成为他的痛苦。所以,从广义上来说,癌症姑息治疗不仅减轻患者躯体痛苦,还包括减轻患者精神痛苦,协助患者解决种种困难等。近年来社会工作者的参与,使得姑息治疗更人性化、更全面,这是姑息治疗非常重要的发展新方向,值得我们今后更好的关注和发展。”

王杰军：姑息治疗从幕后走向台前

▲《医师报》记者 向阳



王杰军 教授

“今天,当我们和大家一起来聊一聊姑息治疗的话题时,我们感到由衷地高兴:这是因为,姑息治疗在肿瘤治疗中的地位越来越重要,已经从配角变成了主角,从幕后走向了台前。”第二军医大学附属长征医院肿瘤科主任王杰军教授指出。

王杰军进一步指出,对于肿瘤治疗,我们的观念、重点在不断改变,现在不再单纯强调把肿瘤杀没了,

对于肿瘤治疗,我们的观念、重点在不断改变,现在不再单纯强调把肿瘤杀没了,而是更加强调让肿瘤病人生活得更好、获得更好的生存时间。

而是更加强调让肿瘤病人生活得更好、获得更好的生存时间。这两个重点的改变,带来的是人们对肿瘤病人生活质量的关注越来越重视,这也正是姑息治疗所应该担负的主要职责。

对于社会常常将姑息治疗与临终关怀混为一谈的现状,王杰军郑重强调:肿瘤的姑息治疗是积极、全面、科学地实施对病人的关注、

关怀和处置,包括了抗肿瘤治疗、症状的控制、心理以及社会等各个维度的治疗。正是基于这样的背景,今年的全国科学大会就提出了口号‘关注晚期患者,加强多学科的合作’的口号。

王杰军认为,肿瘤的姑息治疗中,就包括肿瘤症状的控制。姑息治疗和肿瘤治疗一样,更需要多学科的全面关注。如对疼痛的治疗,可供选择的方式包括止痛药物、抗肿瘤治疗、有创治疗、精神和心理治疗,只有多学科合作,才能很好地控制疼痛症状。

“姑息治疗应该是贯穿整个肿瘤治疗过程的一个非常有意义的理念和概念,是帮助病人战胜恶性肿瘤非常重要的一个方面。”王杰军认为:一旦病人生了肿瘤,姑息治疗就应该进行干预,虽然我国能够发现的早期肿瘤病人不多,但肿瘤早期的病人也是需要姑息治疗的。



专家访谈

李萍萍：姑息治疗中药优势凸显

▲ 《医师报》记者 王天鹅



李萍萍 教授

近年来，肿瘤发病率逐年增高，随着人们对肿瘤认识的深化和临床经验的总结，“肿瘤是一种慢性病”逐渐成为大家的共识，中医药在肿瘤治疗中凸显优势。钟南山院士曾预言，根据目前医学的发展趋势，中医药治疗肿瘤将得到全世界的肯定。

在这样的背景下，在肿瘤治疗中使用中成药的医生越来越多，特别是晚期肿瘤、难治性肿瘤的治疗。在肿瘤治疗的不同阶段，许多西医也认可中成药作为一种辅助手段的合理性。不过，在中成药作用得到认可的同时，也出现了一些不合理用药现象，制定一个针对肿瘤姑息治疗中成药使用的专家共识变得迫在眉睫。

规范姑息治疗中成药使用

目前姑息治疗中成药的使用存在三大问题。首先是一些医生没有合理应用中医的辨证原理，在个体化治疗原则指导下的辨证治疗。中成药也要针对症状产生的原因辨证用药。如便秘有阴虚、实热等不同的病因，应根据中医理论辨证施治缓解便秘，并不

在肿瘤治疗中使用中成药的医生越来越多，特别是晚期肿瘤、难治性肿瘤的治疗。在肿瘤治疗的不同阶段，许多西医也认可中成药作为一种辅助手段的合理性。

是使用中成药就不需要辨证了。其次是在用药缓解症状中忽视了整体调节的思路。如患者诉说有气短、心悸、睡眠不好的症状同时血象低，就要考虑这些症状与血象低下的关系，以选择生血的中成药为主，而不是同时给与补气、宁心、安神等不同的中药治疗。第三个问题是中药静脉制剂使用的盲目性。几种中药静脉制剂和化疗药同时使用是临床上常见的现象。中药静脉制剂也有不同的功能和适应症，绝不是用药越多效果越好。针对肿瘤治疗的不同目的选择中药静脉制剂，进行中西医结合肿瘤治疗或辅助治疗，合理用药，不仅可更好地解决临床问题，也会减少药物之间相互作用产生的不良反应，同时有利于节约医疗成本。李萍萍教授说。

首个肿瘤姑息治疗中成药使用专家共识

为了规范中成药在肿瘤治疗中的合理应用，在中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会主任委员于世英教授的建议下，在中国抗癌协会传

统医学委员会主任委员林洪生教授的支持下，在9位业内专家的努力下，编写了我国首个《肿瘤姑息治疗中成药使用专家共识（草案）》。李萍萍教授就是编写者之一，据她介绍，虽然我国出台了多种肿瘤治疗的专家共识或指南，但在肿瘤姑息治疗的中成药使用方面尚为空白，这部专家共识弥补了这一缺憾。

李萍萍介绍说，从8月份接到任务后，9位专家分工，期间共修订了5稿。“中成药使用目录分为扶正、抑瘤、改善症状和保护脏器功能四大类，突出功能主治和适应症，证据级别划分及推荐等级参考‘WHO天然药物与食品应用指南证据分级标准’，出处以中华人民共和国药典（2010版）及中医经典著作等为主要依据，以方便临床使用为原则进行了筛选。”

虽然我国出台了多种肿瘤治疗的专家共识或指南，但在肿瘤姑息治疗的中成药使用方面尚为空白，这部专家共识弥补了这一缺憾。

但由于时间紧，内容多故先拟草案。本草案还有一些尚需完善的问题，如参考文献等。待进一步征求意见，修改完善后正式出版。希望“发到参会医生手中，广泛征求意见，然后再进行修订，争取把这项工作做得更加扎实。”李萍萍教授总结道。

获奖论文选登·四

重组人血小板生成素治疗肿瘤化疗所致血小板减少症的荟萃分析

复旦大学附属中山医院

王妍 马怀幸 刘天舒

近年来，随着铂类、吉西他滨等化疗药与其它抗肿瘤药物的联合应用增多，在疗效提高的同时，CIT的发病率也更高。发生CIT后，除输注血小板外，目前只有rhTPO及rhIL-11被我国食品药品监督管理局批准用于用于此适应症。目前已有临床试验对这两种血小板生长因子的疗效、副反应、适应症等方面进行评价，但各研究间存在异质性，目前并无一致结论。

本荟萃分析显示，rhTPO在改善血小板最低值、提高血小板最高值、缩短血小板 $\leq 50 \times 10^9/L$ 的持续时间、缩短血小板恢复至 $\geq 75 \times 10^9/L$ 及恢复至 $\geq 100 \times 10^9/L$ 的时间方面均优于rhIL-11，且血小板输注比例及不良反应发生比例更低。敏感性分析前后结论一致，化疗后血小板最低值结果的稳定性较好。漏斗图显示结果不存在发表偏倚。

本荟萃分析中，纳入研究的给药时机相差甚远，给药剂量也不一致。其中三项研究从血小板低于 $75 \times 10^9/L$ 开始给药，两项研究从血小板低于 $70 \times 10^9/L$ 开始给药，一项研究从血小板低于 $50 \times 10^9/L$ ，一项研究从血小板低于 $30 \times 10^9/L$ 方才给药。rhTPO给药剂量均为15000U/L，而rhIL-11的给药剂量介于1.5mg至3mg之间。纳入研究治疗标准的不一致可能会导致各研究结果间存在临床异质性，从而可能会影响结论。

本荟萃分析纳入的7个研究其方法学存在诸多缺陷：（1）仅两项研究提及具体随机方法，所有研究均未采用盲法及分配隐藏；（2）所有研究均未描述失访及退出的情况；（3）未进行样本含量的估算，大部分样本量较小；（4）四项研究未具体描述基线是否可比。由于纳入研究的总体研究质量偏低，从而影响最终结论的可靠性，需谨慎对待上述研究结果。

目前rhTPO及rhIL-11这两种血小板生长因子正广泛应用于临床。尽管本荟萃分析的数据表明rhTPO的临床疗效更优，但数据应用需仍需谨慎行事，期待日后更多设计良好的大型随机对照临床实验证实本结果。

（本文为本次大会二等奖获奖论文）

三等奖获奖论文名单

论文名称	作者工作单位与姓名
癌症患者的抑郁特征及相关因素研究	宁夏回族自治区人民医院 李丽梅 谢鑫
高流量吹氧治疗腋窝处放射性皮炎的临床观察	青岛大学医学院附属医院 朱华
小剂量卡维地洛联合坎地沙坦预防蒽环类药物心脏急、慢性毒性的临床研究	沈阳军区总医院 刘良 辽宁医学院研究生院 谢晓冬
异甘草酸镁治疗抗肿瘤药物引起的急性药物性肝损伤的III期临床研究	上海市交通大学第六人民医院 汤丽娜 姚阳
中医汤药规范化治疗阿片类药物所致便秘多中心、开放性临床研究	广州中医药大学第一附属医院 林丽珠 陈昌明 张恩欣
The Role of Analgesic Adjustment Strategies for Decline of Opioids Analgesic Efficacy in Opioids Tolerant Hospice Patients of China	Di Deng, Gong Zhang, Chen Liang, Cong Hua Xie, Department of Radiation and Medical Oncology, Zhongnan Hospital, Wuhan University, Wuhan, China
	Xin Wu, Ling Fu, Yun Xiang Zhao, Wuhan Hospice Center, Li Kashing Foundation, Wuhan, China
	Yun Feng Zhou, Hubei Cancer Clinical Study Center, Wuhan University, Wuhan, China

阿片类药物：使用原则

▲ 第二军医大学附属长征医院 王杰军



王杰军 教授

阿片类药物是中、重度疼痛治疗的首选药物。目前，临床上常用于癌痛治疗的阿片类药物有吗啡、羟考酮、芬太尼等，并有即释片、缓释片、针剂和透皮贴剂等剂型，能基本满足临床的需求。如何在临床上规范使用阿片类药物，这对于提高癌痛的控制水平、减少治疗过程中可能出现的并发症具有重要意义。因此，熟悉各种常用阿片类药物的特点、用药原则和滴定方法就显得十分重要。

阿片类药物的一般使用原则

1. 给予患者适当的镇痛剂量（是指在整個用药间期既能充分镇痛又无不可耐受副作用的剂量）。
2. 一般来说，口服为最主要的给药途径；但是，有指征时也可考虑其他给药途径（静脉、皮下、直肠、经皮肤、经黏膜、含服等），最大程度地使患者感觉舒适。
3. 应参照疼痛的控制状况和严重程度，调整按时以及按需给药的剂量。
4. 如果所需阿片类药物的剂量导致复方制剂中非阿片类成分（如阿司匹林或对乙酰氨基酚）过量，则应将复方制剂转化为单纯阿片类药物和非阿片类药物。
5. 阿片类药物应约在 5 个半衰期内达到稳态。
6. 如果患者出现难治的副作用，疼痛评分 < 4 分，考虑阿片镇痛药减量 25%，然后再评估镇痛效果，并且对患者进行密切随访以确保疼痛不再加剧。
7. 如果疼痛控制不佳或副反应持续存在，考虑从一种阿片类药物转换为另一种阿片类药物。

阿片类药物维持治疗的原则

1. 对于持续性疼痛，最好按时给

如何在临床上规范使用阿片类药物，这对于提高癌痛的控制水平、减少治疗过程中可能出现的并发症具有重要意义。

阿片类药物，同时处方短效药物治疗爆发痛。

2. 对于稳定剂量短效阿片类药物控制良好的慢性持续性疼痛，给予缓释或长效制剂，以提供镇痛背景。
3. 当 24 小时阿片类药物的止痛剂量比较稳定时，考虑将短效阿片类药物更换为缓释阿片类药物来控制慢性持续性疼痛。
4. 对于无法通过缓释阿片类药物缓解的疼痛，包括爆发痛或急性加重的疼痛、与活动或体位相关的疼痛、或在给药间期末出现的疼痛，给予解救剂量的短效阿片类药物进行治疗，同时对疼痛的原因重新评估，以判断是否加用其他药物。如果可能，短效和缓释剂型最好采用相同的阿片类药物。短效阿片类药物的解救剂量为 24 小时口服剂量（mg）的 10% ~ 20%，需要时每 1 小时给药。如果需要重复多次给予解救剂量，提示需要调整常规给予的阿片类药物剂量。
5. 如果患者经常要按需给予阿片类药物，或按时给药的阿片类药物在峰值剂量或给药结束时无法缓解疼痛，应增加缓释阿片类药物的剂量。

癌症疼痛 从治疗到管理

▲ 北京军区总医院 刘端琪 北京大学肿瘤医院 陈凯

在实践中，癌症疼痛既是一个医学技术问题、临床用药技巧的问题，更是一个卫生管理乃至社会行政管理的问题，要做到真正使癌症患者的疼痛得到理想的控制，在我国还是一项艰巨而长期的任务。

就癌痛治疗的科学规范用药而言，首要的是科学认识、改变观念。近年来，就全国范围而言，“用得上”的问题还远没有得到很好的解决，突出表现在对阿片类药物的“成瘾恐惧”，体现在对供药种类、处方剂量以及处

方权的种种限制。

究其原因，根源还在全社会对疼痛及镇痛药物的认识方面存在误区。国内外的实践都已证明，疼痛，特别是剧痛情况下，使用阿片类药物不会造成心理依赖性，即所谓的“成瘾”，癌痛患者尤其如此。这一问题，在医务人员，特别是在大医院专科医务人员中，已经基本得到解决。然而，仍然有 20%~30% 的癌痛患者由于担心“成瘾”，宁可忍受疼痛也不愿服用或不足量服用阿片类药物，根源是医生的宣教不够，应当引起重视。

阿片类药物：个体化滴定策略

▲ 北京军区总医院 李小梅



李小梅 教授

阿片滴定是镇痛治疗时医患合作的开端，关系到整体治疗的成败及患者后续治疗的顺应性。

阿片类药物个体化滴定的关键策略是要依据不同患者的特点选择适合的药物、给药途径和起始剂量。

适宜的阿片药物和剂型

吗啡一直是阿片滴定的首选药物。原因在于该药易于获得、价格低廉、剂型丰富、医生熟悉。此外，吗啡与其他多种阿片类药物的等效剂量转换比较明确，便于确定安全有效的转换剂量，在滴定结束后向长效剂型转换时有明显优势。

短效即释剂型是阿片滴定的首选剂型，可满足快速剂量调整的需求。可选择的即释剂型有：口服片或口服液、注射剂、经口腔或颊黏膜吸收的含片、鼻喷剂等。

我国临床目前主要采用即释的口

服片和注射剂。

今年 2 月，欧洲姑息治疗学会颁布了癌痛的阿片类药物治疗指南，基于现有的临床研究结果推荐：即释或缓释剂型的口服吗啡、羟考酮和氢吗啡酮都可用于阿片滴定。由此看出，该领域临床实践的日益丰富，吗啡已不再成为唯一金标准药物，即释剂型也不再是唯一可选剂型。

笔者认为，选择药物和剂型时要考虑的患者因素包括：疼痛程度、患者的镇痛目标、肝肾功能、经济承受能力、治疗的简便性和安全性等。

简便有效的给药途径

起效时间和达峰时间是滴定阶段选择给药途径时需考虑的首要因素，同时应兼顾治疗的安全性和简便性。在全球范围内，目前最普遍采用的是口服给药途径。

近年，美国 NCCN 癌痛指南在口服给药的基础上增加了静脉滴定途径，其主要适用人群为：住院患者、

重度疼痛、阿片剂量高并需频繁调整剂量、不能口服药物或存在口服吸收障碍等。

必须指出，患者的意愿是滴定阶段选择给药途径的重要参考因素。临床医生应与患者充分沟通，详细介绍滴定的目的和原则、告知口服和静脉给药途径的利弊，尽量尊重患者的意愿。

恰当的起始剂量并按需调整

以欧洲 ESMO 指南及几年前的美国 NCCN 指南为例，口服滴定的吗啡起始剂量为 5 ~ 10 mg，每 4 小时给药，两次给药之间出现爆发痛时可再追加一次剂量（5 ~ 10 mg），但用药间隔不短于 2 小时。第二日，计算出前日患者按时和按需的阿片药物实际使用总量，并评估患者的疼痛缓解程度。若疼痛控制满意，即可转换成等效剂量的长效药物；如疼痛仍不能有效控制，则把前日总量再均分成 6 份，每 4 小时一次，重复上述过程，直至疼痛控制满意。口服滴定法适于多数患者，简单方便，易于推广，一直延用至今，是目前美国、澳大利亚及欧洲多数国家采用的主要滴定办法，值得借鉴。

近年，美国 NCCN 指南提供了更快速有效的滴定方案，其特点主要表现在以下两方面：

1. 给药间隔短，增量迅速：

在初始滴定的 24 小时内，根据口服或静脉给药的达峰时间，要求在口服给药 60 分钟后或静脉给药 15 分钟后即行评估。如疼痛程度无改善或加重，即刻给药，并增量 50% ~ 100%；如疼痛程度降至 4 ~ 6 分，即刻给予原剂量；

疼痛程度降至 0 ~ 3 分则暂缓给药，待疼痛出现时再给予该起始剂量，力求 24 小时内满意止痛。口服滴定时，如重复 2 ~ 3 次增量后仍不能有效止痛，建议改用静脉途径或再评估疼痛诊断。

2. 静脉和口服成为滴定阶段同等重要的给药途径：之所以不再强调口服是首选给药途径，是因为考虑了该阶段快速止痛的目的和患者的迫切要求，但这并不意味着滴定之后的长效维持治疗阶段也采用同样的策略，口服给药仍是长期阿片维持治疗时的常规首选给药途径。

创建癌痛规范化治疗示范病房难点及对策

▲ 广东省中医院 龙顺钦 李秋萍 邓宏 潘宗奇 河文峰 杨小兵 周宇姝 肖舒静 吴万垠

难点1 如何理解创建“示范病房”的意义？

很多人对“示范病房”的意义认识不到位，从而不能从思想上接受，认为只不过是一种形式，导致创建工作不能得到各方面的支持。

对策 组织医院、科室人员认真学习《卫生部办公厅关于开展“示范病房”创建活动的通知》。长期以来，我国大部分癌痛患者都未得到全面而充分的止痛，其主要原因是错误的观念问题。这其中涉及卫生管理部门、药物管理部门、临床工作者、患者及家属等均对癌痛及镇痛药物存在误解。但同时我们要明确，给予癌痛患者充分止痛，并不等于滥用、乱用止痛药，应在保证医疗安全的基础上给予充分镇痛治疗。因此，癌痛规范化治疗的意义重大，而实现规范化治疗的重要途径就是创建“示范病房”。

创建“示范病房”的目的是让卫生系统内部从管理者到一线工作者、患者及家属、乃至全社会成员都对癌痛治疗形成正确的认识，从而从观念上进行改变，消除不利于癌痛治疗的各种因素。因此，创建“示范病房”需要参与的人员不仅仅是临床一线医护人员，还要包括卫生管理部门、药剂科、麻醉科、介入科、患者及家属等。

卫生部医政司于2011年3月发起了到2013年底在全国范围内创建150个“癌痛规范化治疗示范病房”（简称“示范病房”）的活动，意在推进我国癌痛的规范化治疗。我院积极响应号召，创建“示范病房”。此外，早在2009年，我院就参加了广东省抗癌协会康复与姑息治疗委员会开展的创建“无痛病房”活动，成为广东省首批“无痛病房”示范单位。在创建“无痛病房”和“示范病房”过程中，我们碰到了很多难点，也采取了一些行之有效的措施，现分析探讨如下。

难点2 如何着手创建“示范病房”？

“示范病房”与传统的具体科室和病房不同，且“示范病房”是新生事物，无经验可借鉴和参考。因此，很多人不知道如何着手创建，无法制定出具体的工作流程。

对策 参照卫生部医政司印发的《癌痛规范化治疗示范病房标准（2011年版）》来创建，一条一条

去实施、去落实，就可达到“示范病房”的初步成果。当然，在创建过程中，我们可根据各自的特点去完善和补充，从而建成具有自身特色的“示范病房”。此外，我们也可理解创建“示范病房”要从硬件、相关制度、工作流程、人员培训、患者健康宣教等方面开展工作。

难点3 如何使医护人员做到规范治疗癌痛？

目前，我国医护人员仍普遍存在忽视疼痛治疗、癌痛规范化治疗知识不足、阿片“成瘾”恐惧等障碍因素。

临床实践中，部分医护人员还不能做到动态评估癌痛、吗啡剂量滴定、根据癌痛评估情况调整药物剂量等。

对策 ①建立医护人员定期培训制度。培训内容不仅包括癌痛规范化治疗理念，还要包括规范化癌痛治疗

的具体知识和技能。②完善癌痛患者就诊流程，内容包括首次就诊疼痛评估、止痛药物选择、患者知情同意谈话、吗啡初始剂量滴定、治疗后评估、药物剂量调整、出院前指导及出院后随访等。③规范病历书写。在首次病程记录、以后的病程记录以及出院记录中要有对癌痛的评估及治疗指导。④提供充足的止痛药物种类和剂型。

难点4

如何让病人及家属配合癌痛规范化治疗？

临床上，病人及家属对癌痛治疗存在很多误区，主要包括对癌痛存在错误认识、阿片“成瘾”恐惧和缺乏癌痛治疗知识等。

对策 ①加强健康宣教。医护人员可采用给病人讲课、个别谈话、健康宣教手册等多样方式开展健康宣教。

②发挥护士的作用，对患者进行服药指导和监督，并对疼痛情况进行评估。

③通过“病友会”、“患者之家”等形式，让治疗成功患者介绍个人体会。

④营造轻松快乐的就诊氛围，在各种传统节日开展慰问活动。

⑤充分发挥中医药的特色与优势。

⑥重视出院和门诊病人的随访。

一体化护理在“无痛病房”建设中的作用

▲ 中山大学肿瘤防治中心 邹本燕 黄薇 詹靖 曹素梅 王秋梅 邓少华 黄旭霞 张力

尽管近年来对癌痛的处理取得了较大进展，但仍有近50%的癌痛患者得不到规范的止痛治疗和护理。为探索有效的癌痛护理操作流程，帮助医护人员规范诊疗癌痛，明确患者的生活质量状况，最大程度体现对患者的人文关怀，我科于2009年率先在广东省设立“无痛病房”，制定了癌痛护理操作流程，取得了良好临床效果。

一体化癌痛护理操作流程观察结果

2009年5月至2010年4月间，共收集了我科经病理证实为恶性肿瘤、伴有癌痛的住院患者80例。采用癌痛一体化护理操作流程，对癌痛患者进行系统护理、疼痛程度和生活质量评估。

癌痛一体化护理操作流程包括疼痛评估、镇痛、观察记录、健康教育及随访5个主要步骤，具体如下：

①疼痛评估：疼痛评估包括疼痛全面评估和疼痛强度评定。疼痛全面评估包括疼痛经历（疼痛部位、强度、时间、性质、加重和缓解因素、当前镇痛处理及效果），社会心理因素，病史，体格检查，相关实验室和影像学检查。疼痛

强度使用0~10数字评分量表（NRS）评定。疼痛评估时机为，发生疼痛随时评估，镇痛措施后30分钟再评估。在接受镇痛治疗期间，每2~4小时评估1次（患者清醒时），至镇痛治疗结束。

②对癌痛患者实施的镇痛措施包括非药物或药物治疗。非药物治疗即通过心理支持予以缓解疼痛，药物治疗遵循“三阶梯止痛治疗”原则给药。③严密观察镇痛措施效果及不良反应等，若出现不良反应，通知医生并协助处理，做好记录。④健康教育贯穿在整个癌痛护理过程中，并根据患者具体情况作个体化、分阶段（疼痛程度评估阶段和使用药物镇痛阶段）教育。⑤对出院患者定期电话随访，了解药物使用状况、镇痛效果、生活质量等，必要时作适当的护理指导。

在生活质量评估上，采用欧洲癌症生活质量核心量表[EORTC QLQ-C30（V3.0）]中文版问卷。QLQ-C30量表包括躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能、经济情况、总体症状、总体健康状况8个维度，共30项条目。得分越高表明症状或问题越多，生命质量越差。

结果显示，患者在癌痛护理前疼痛强度的NRS评分为4~9分，平均5.7分，

其中4~6分共67例，7分以上共13例。护理72小时后，患者的NRS评分显著低于实施前（ $P < 0.0001$ ），疼痛强度降至0~3分，平均1.4分，无4分以上病例。在生活质量方面，癌痛护理后，患者的总体健康状况较护理前有较大改善（ $P < 0.05$ ）；躯体功能、角色功能以及认知功能、情绪功能和社会功能经护理后也有改善（ $P < 0.05$ ），但呕吐、便秘、疲劳等症状未见明显改善（ $P=0.813$ ）（表）。

一体化癌痛护理操作流程经验分享

研究显示，缓解疼痛的主要障碍是医护人员对疼痛的认识不足及评估不规范。我科运用一体化护理操作流程对80例中、重度疼痛患者进行护理发现，护理后患者的躯体痛苦明显减轻，生活质量也有显著提高，但便秘、眩晕、呕吐等症状却并未得到显著改

善，提示今后的癌痛护理仍需加强对药物不良反应的护理。

目前，临床上尚缺乏统一的生活质量量化评估方法，而我们采用的QLQ-C30（V3.0）不仅量化了患者的生活质量情况，还细分了8个维度，有利于根据癌痛治疗和护理前后患者生活质量各部分评分变化采取有针对性的改进措施。此外，我们的癌痛护理流程强调关注癌痛、对患者进行癌痛相关知识教育，并指导患者及家属使用《疼痛治疗日记》，提高了患者对癌痛及相关不良反应的正确认识和主动评估，便于医护人员更好地了解癌痛治疗状况。

癌痛患者护理操作流程是一个有机的整体护理过程，集疼痛评估、镇痛、观察记录、健康教育、随访为一体。操作流程中的各个环节均紧密相扣、相辅相承，为患者提供了优质护理服务，可协助医护人员规范癌痛诊疗，帮助提高癌痛患者的生活质量。

表 实施癌痛护理前后患者的各功能、总体症状及总体健康状况									
名称	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能	经济情况	总体症状	总健康状况	总计
护理前	407.8 ±48.5	163.1 ±23.2	157.2 ±31.6	307.2 ±34.0	148.4 ±14.0	74.7± 8.43	230.6 ±45.7	-84.3 ±12.6	1404 ±87.2
护理后	201.9 ±57.1	60.9 ±24.5	124.1 ±15.6	215.6 ±41.8	103.8 ±15.5	56.6 ±13.0	231.9 ±53.4	-31.8 ±17.5	1182.6 ±114.4
P值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	0.813	< 0.05	< 0.05



最新资讯

晚期肿瘤患者疼痛情况分析

美国 Dana-Farber 癌症中心 Zhu 等报告的研究显示,纵向看,Ⅳ期肿瘤患者的疼痛程度变异较大。少数民族、新诊断的肿瘤患者、头颈肿瘤以及中至重度疼痛患者的疼痛程度变化比较大。(Cancer. 2012 年 6 月 6 日在线版)

尽管疼痛是进展期肿瘤患者的常见症状,但是对疼痛程度随病情进展的变化情况确是未知的。所以在此报告中,作者调查了 24 个月间不同进展期肿瘤患者的疼痛程度变异情况、患者特点和疼痛变异的相关性以及疼痛变异与总生存的关系。

研究起始日期为 2004~2006 年,共纳入 949 例接受治疗的初次诊断即为Ⅳ期的实体瘤患者,在 24 个月内至少有 3 个不同月份主诉有疼痛。采用 0~10 的量表对疼痛程度进行测量,0 代表无痛,10 代表最痛。疼痛的变异用疼痛程度最重月份的标准差和四分位数间距表示。

结果显示,观察到患者间存在相当显著的疼痛变异(0~5.77)。非白人、入组前 3 个月刚诊断为Ⅳ期肿瘤、基线评估时即有中至重度疼痛的患者,其疼痛变异度最高。尽管从总体上看,头颈肿瘤患者的疼痛变异度最高,但是他们的疼痛程度却随时间推移而逐渐减轻。高度变异并逐渐加重的疼痛程度预示着患者的死亡风险增加。

(编译 李小梅)



焦虑



固定医患治疗关系



化疗

深度报道

尊重生命 关注终末期肿瘤患者诉求

▲ 北京军区总医院肿瘤科 刘端祺



刘端祺 教授

1976 年,英国西西里·桑德斯(Cicell Saunders)女士建立世界著名的圣克里斯多弗临终关怀医院(ST. Christophers' Hospice),使垂危患者在人生最后一段旅途得到需要的满足和舒适的照顾,“点燃了临终关怀运动的灯塔”。随后,世界许多国家和地区开展了临终关怀服务实践和理论研究。

最近,哈佛大学 Holly G. Prigerson 博士等对晚期癌症患者的研究显示,凡居家治疗,尽量避免住院或住进 ICU 治疗并且较少焦虑、有宗教信仰、与医生护士相处较好的患者,在临终阶段 QOL 比较高。这一结果与笔者临床实践中观察到的对临终患者 QOL 的经验基本一致。

改变“治疗观念”

已经引起肿瘤医生关注和反思的“生命不息,放化疗抗癌不止”现象,近年来已经得到一定程度的遏制,因为这隐含着对肿瘤的“过度治疗”。越来越多的同道意识到,这与“不经过实践,医学如何发展进步”是不同层面的问题。医生有责任向患者讲出“完整的故事”,起码对下述问题要向患者有通俗而又准确的交待:该药物或治疗方式的有效率是多少,可能的不良后果、需付出怎样的精神及物质的代价。若仅告知是“新药、好药、进口药”、“某人治疗有效”,这是不

完全告知,这种“片面”的告知尽管有时并非是医生的本意。当然,有少数患者在临终前仍然自愿坚持抗癌治疗,“放化疗直至生命停止”,这一要求虽应受到尊重,但医生也不应放弃积极的引导。

提倡“辞世教育”

不仅是晚期肿瘤患者,包括一些其他非肿瘤的晚期患者,都面临着如何面对死亡的问题,这实际上也是医生如何对患者进行“辞世教育”的问题。虽然“辞世教育”是生命教育的一部分,但“不知生,焉知死”的传统观念往往使人们忌讳谈及死亡,对死亡采取回避态度。不敢或不愿正视死亡,以至于把死亡看成“人生的失败”、“医学的失败”;若患者在医学干预下尚存一口气息,则觉得是“科学伟大”、“医生尽力了”。

靠昂贵的医疗设备和药材维持一个毫无质量、毫无知觉的生命,实际上是用“科学的外衣”褻渎了“对大自然的尊重”。而且,让濒死患者像大白鼠一样接受各种“抢救”和“治疗”,或用“护士的针管或医生的电极开关”维持非患者自身意愿的生命活动,也难以谈到对生命和死亡的尊重。从这个角度而言,美国同道们的研究回归了生命本身及死亡本身该具有的意义,值得医者深思。

医生“三不应该”

医生从在校学时开始,就总是被告知“医生应该做什么”,而缺乏关于医生“不应该做什么”的告诫。实际上患者临终时,尤其是抗癌治疗无效时,医生和患者都应知道医生不应该做什么,它反映的是对医学伦理深层次的认知。

笔者认为,肿瘤医生在临终关怀工作中有三个“不应该”:第一,当现有知识明确抗癌治疗已无效时,就不应该再进行抗癌治疗。第二,虽已明确抗癌

治疗可能再呈现一些效果,但患者不愿继续治疗时,不应该在患者不知情或知情不完整甚至反对的情况下勉强其接受治疗。第三,不应该过度夸大医疗技术和医生个人的能力,向家属、媒体夸大医疗效果,预测具体患者的生存时间。

践行“姑息治疗三举措”

积极抗癌治疗停止后,应进入完全姑息治疗,即对症治疗或舒适治疗阶段。

首先,应关注患者疼痛,及早给予充分治疗。目前我国出台了十多种关于癌痛治疗的政策法规,2011 年卫生部又下发文件,在全国开展“创建癌痛治疗规范化示范病房”活动,我国已经具备了一个让癌症患者无痛的良好外部环境。

其次,要对患者的主要症状、痛苦做一大概分析、归类,关注患者的疲乏、无力、情绪低落、焦虑恐惧心理,以及便秘、恶心、呕吐、胃肠道梗阻等消化道症状,及时给予适当处置。特别是排泄物、体表的创伤、褥疮的污秽气味,极大地影响患者的自尊,应及时地给予除臭、清洁和包扎。

2007 年 3 月,世界卫生组织委托国际姑息治疗协会制定的姑息治疗基本药品目录正式公布,遴选出 33 种基本药物用于对抗疼痛、抑郁、腹泻、失眠等严重干扰晚期及终末期肿瘤患者生活质量的症状。2012 年 7 月 1 日起,北京肿瘤医保患者已可直接无障碍地免费领取这些药物中的大部分。

最后,提倡家居临终。据调查,我国癌症患者大约 40% 把临终地点选择在家中,希望在温馨的亲情中辞世。故此,应该提倡居家治疗,要发挥社区医院、一级医院、二级医院、护理康复医院、宁养院的优越性,在基层医疗单位开展专业性的临终关怀工作,满足患者在家人照护下平静辞世的意愿。

最新资讯

对四种强阿片类药物有效性的探索性分析

意大利研究者 Corli 等报告的研究显示,阿片类药物存在一定程度差异,这也促使我们正在意大利开展一项有关的随机临床对照试验,比较不同阿片药物的差异。正因为如此,还需开展一项随机对照试验,确认不同阿片的镇痛效果。(Pain Med. 2012 年 6 月 8 日在线版)

该研究是基于以往开展的广泛性疗效观察研究基础上的后续分析性研究,我们尝试探究在采用几种不同的研究目标和研究终点时,四种世界卫生组织/第三阶梯阿片类药物(吗啡、羟考酮、芬太尼及丁丙诺菲)是否存在镇痛效果

差异。

研究设计包括横断面研究和纵向研究。参加研究的科室包括肿瘤科、姑息治疗科和疼痛治疗中心。对 258 例肿瘤患者进行为期 3 周的随访观察。未采用任何干预性手段。用有效率评价止痛效果,如疼痛强度、疼痛强度差(pain intensity difference, PID),无效者(nonresponders, NR)和完全显效者(full-responders, FR)的比例、阿片转换的百分比和阿片增量情况。

结果显示,PID 的均值在各阿片之间存在着 10%~30% 的差异。与吗啡相比,丁丙诺菲、芬太尼和羟考酮组中的疼痛

完全显效者(PID ≥ 30%)更多;各种药物的 NR(PID ≤ 0%)也是不同的。吗啡止痛时的阿片转换比例是丁丙诺菲的 3 倍(24.4% vs. 8.6%)。用芬太尼止痛的患者,每日 ≥ 5% 增量的比例为 33.3%,而用丁丙诺菲止痛的则为 15%。整体来看,基于研究终点考虑,阿片类药物显示出一些不同特点。

该研究的样本量比较小,研究本身存在局限性,使得我们尚不能根据观察结果对这四类阿片药物的疗效进行确切评价,但该研究结果还是提示我们阿片类药物的差异还是存在的。

(编译 李小梅)

深度报道

有的放矢 提高终末期肿瘤患者生活质量

▲ 北京军区总医院肿瘤科 李小梅



李小梅 教授

近年，对终末期肿瘤患者生活质量影响因素的临床研究逐渐增多，但试验设计、研究目标和统计学方法都存在一定局限性。在试验设计方面，回顾性调查多于前瞻性研究，较少采用随机、对照和盲法，导致研究结果的统计学效力较低，对临床的指导意义不大；主要研究目标多集中在症状研究，如疼痛、乏力等因素对患者生活质量的影响，忽视了社会学影响因素，如医疗条件、经济因素、婚姻状态、教育程度、宗教信仰和社会支持系统等；在研究数据的统计学处理和分析上较多采用单因素的简单比较，重复性研究屡见不鲜，缺乏有针对性的多因素回归分析，对数据模型的探索新研究更少。

哈佛大学 Holly G. Prigerson 博士及其同事们于今年 8 月发表在《内科学文献》杂志的前瞻性队列研究历时 6 年多，关注可能影响终末期肿瘤患者生活质量的多个医学和社会学因素，无论在研究设计还是统计学方法上都有新意，更科学、全面地揭示了生活质量的潜在影响因素。笔者就该研究结果对临床的借

鉴意义谈几点体会。

谨防积极治疗“得不偿失”

从 Holly G. Prigerson 等的研究结果看，一些看似“积极”的治疗实为“过度”治疗。研究者发现，收住 ICU、在医院去世、去世前一周接受化疗或鼻饲营养等会对终末期肿瘤患者的生活质量产生负面影响，与治疗初衷相背离，并不能给患者带来益处。

临床实践中，上述“积极”治疗普遍存在，原因主要归于医生对患者是否处于“终末期”的误判或对姑息治疗基本原则缺乏了解。此外，还应考虑到医疗服务条件的限制和文化差异，这一因素在我国尤为突出。设想，如果按上述研究结果改进临床治疗，避免将终末期患者收住 ICU，避免无益甚至有害的化疗和营养支持治疗相对容易，但要避免患者在医院内去世则会面临诸多困难与挑战。在姑息医学服务网络较完善的西方发达国家，终末期患者的主要辞世地点为患者家中或宁养院，患者本人享有选择辞世地点的权利和自由，有姑息医学团队能提供相应的服务，这在现阶段的我国还是难以实现的。

因此，完善姑息医学的“硬件”设置（宁养院和社区姑息治疗团队）和“软件”系统（专科医生培训制度）是根本，不仅能普遍提高患者的生活质量，还会显著改善医患关系。

尊重科学也不忽视宗教

以往人们曾视宗教为迷信，现在对二者已有比较清晰的划分，“宗教迷信”一词几乎已被摒弃。但是，在宗教与科学的关系上许多学者仍持比

较对立看法，认为要发展科学就应反对宗教。这令笔者想起爱因斯坦的名言：科学没有宗教就像瘸子，宗教没有科学就像瞎子。多位科学家也认同科学活动中宗教的精神价值，并对二者关系做出了与爱因斯坦近似的推断。

Holly G. Prigerson 等的研究用科学的方法验证了宗教的积极作用。研究发现，患病前参加宗教活动、患病后牧师参与治疗对生活质量能产生积极影响。笔者认为，鉴于人们的认知过程是逐渐发展和完善的，因此现实的做法是辩证的看待宗教与科学的关系，避免割裂的对待，尊重科学也不应忽视宗教。

在我国，尽管许多肿瘤专科医生已熟知姑息治疗的基本原则，但尚难普遍接受宗教能对生活质量产生积极作用的研究结果，开展类似研究尚无现实基础。可以想见，姑息医学在该领域的发展和探索更需假以时日。

关注患者心理特质差异

迄今为止，有关心理因素对生活质量影响的临床试验较多，试验设计质量较高，均证实焦虑、抑郁等因素可减低患者的生活质量。Holly G. Prigerson 等的研究再次佐证了这一结果。除此之外，他们还发现患者的气质和性格特点，尤其是患者是否乐观与患者自评的生活质量之间存在着相关性。

与上述因素相比较，患者的心理特质和状态是比较容易评估和干预的。故应提倡对终末期患者进行全面的心理评估，并务实地开展有针对性的干预手段。

最新资讯

围手术期静脉给予利多卡因可减少乳腺手术后持续性疼痛

爱尔兰 Cork 大学医院 Grigoras 等报告，乳腺癌患者接受围手术期静脉滴注利多卡因可减少术后 PPSP 的发生，也能减轻 PPSP 的程度。其潜在机制可能是预防了中枢敏化的产生。（Clin J Pain. 2012 年 6 月 13 日在线版）

乳腺癌外科手术与高发术后持续性疼痛（persistent postsurgical pain, PPSP）之间存在相关性。此项研究的目的是评估静脉给予利多卡因对乳腺癌患者外科术后急性和持续性疼痛的止痛效果、对其他镇痛药物的需求以及认知障碍的发生情况。

36 例患者入组此项随机双盲研究。在全身麻醉之前，利多卡因治疗组的患者先接受利多卡因 1.5 mg/kg 静脉推注，之后持续静滴利多卡因，剂量为 1.5 mg/kg/h，对照组则接受等量生理盐水。静脉滴注于手术缝合皮肤后一小时停止。分别于术后 2、4、24 小时，之后为每日观察患者的疼痛评分以及止痛药的使用情况，观察持续一周。3 个月后，患者对 PPSP 和继发性痛觉过敏进行评价。

结果显示，术后 3 个月随访时，利多卡因组有 2 例（11.8%）患者报告了 PPSP，对照组则有 9 例（47.4%）。McGill 疼痛调查问卷显示，采用视觉模拟评分法时，对照组的疼痛程度较重（14.6±22.5 vs. 2.6±7.5，P=0.025）。利多卡因组的继发性痛觉过敏（痛觉过敏的面积/手术切口的长度）明显低于对照组（0.2±0.8 vs. 3.2±4.5 cm，P=0.002）。在术后早期，两组患者使用镇痛药物的情况近似。

（编译 李小梅）



去世前 1 周
收住 ICU 治疗



教牧关怀



在医院去世

最新资讯

FDA：昂丹司琼可能导致 QT 间期延长

单次静脉给药剂量不应超过 16mg

美国 FDA 提示医疗从业者及公众，一项新近完成的临床研究的初步结果显示，昂丹司琼单次静脉给药 32mg 时可能导致 QT 间期延长，后者易于诱发尖端扭转型室速。（自 FDA 网站）

葛兰素史克公司已经宣布修改 Zofran（枢复宁）的说明书，去除其中单次 32 mg 静脉给药用法。更新后的说明书将声明昂丹司琼能继续用于治疗成年人及儿童

化疗所致恶心呕吐，但是静脉给药的推荐剂量较前减低了，为 0.15 mg/kg，每 4 小时一次，可连续给药 3 次；单次静脉给药剂量不能超过 16 mg。临床研究得到的最新结果也会随时写入更新的药品说明书中。

一旦得出最终的有关研究结果，FDA 将对其进行评估，还将会与葛兰素史克公司共同制定一个单次给药的替换方案，以安全有效地预防

成年人化疗导致的恶心呕吐。

有关昂丹司琼延长 QT 间期的最新消息不会导致该药口服给药剂量的任何变动，也不会改变昂丹司琼用于预防术后恶心呕吐所推荐使用的较低剂量。

作为对昂丹司琼后续安全性检查的一部分，FDA 将继续评价其 QT 间期延长风险的数据，一旦获得有关信息，将及时向公众公布。

（编译 李小梅）



精彩重现

心理痛苦温度计在中国癌症患者中的应用

▲ 北京肿瘤医院康复科 张叶宁

癌症及其引起的心理痛苦会在很大程度上影响患者的生活质量。然而，尽管医疗机构和医务工作者都认为对心理痛苦的评估和干预是完善医疗必不可少的一部分，临床上患者的心理痛苦还是常常被忽略。美国国立综合癌症网（NCCN）自1997年制定了关于癌症患者心理痛苦的治疗标准和实践指南并逐年更新，为心理痛苦的识别和治疗提供了理论依据。

心理痛苦温度计（DT）是NCCN推荐使用的一个从0（无痛苦）~10（极度痛苦）的单一条目量表，用于筛查患者的心理痛苦。另外，还包括一个34个条目的“问题列表（PL）”。目前NCCN推荐使用4分为分界点，即心理痛苦温度计得分大于或等于4分的患者需要转诊到专业的心理学专家和精神科接受进一步的评估和治疗。因量表简单易懂，且问题列表包含的内容比较广泛，DT在不同国家肿瘤临床能够得以广泛的应用。

为了将这一工具引入中国并为我国的癌症患者以及肿瘤临床的医务工作者提供帮助，从2007年开始，北京肿瘤医院唐丽丽带领的心理社会肿瘤学小组进行了大量的临床和科研方面的努力和探索。1）翻译和校对：将DT翻译成中文并根据我国癌症患者及临床工作的实际情况作了相应的调整，PL修改为40项；2）心理测量学研究：结果证实，DT在中国癌症患者中应用具有很好的信度（ $r=0.80$ ）和效度（ROC曲线下面积0.80以上），并且与NCCN推荐分界点相同取4分时会得到最好的敏感度和特异性，这说明DT在中国癌症患者的痛苦筛查中有很好的应用价值，可以有效筛查出哪些患者出现显著心理痛苦，需要得到专业的心理社会方面的帮助；3）我国癌症患者痛苦筛查：使用DT对2007年底年至2008年初北京肿瘤医院新确诊的4815例癌症患者进行痛苦筛查。结果显示，在我国的癌症患者中，显著心理痛苦（ $DT \geq 4$ 分）检出率为24.2%，其中由情绪问题引起痛苦的比例为13.5%，且女性较男性显著心理痛苦的比例高。



第六届中国癌症康复与姑息医学大会回顾

调查折射
麻醉药品管理的进步与不足

2010年12月18日，第六届中国癌症康复与姑息医学大会在广州召开。针对“麻醉药品管理和应用现状”的现场调查暨专家研讨会成为本届大会的亮点之一。

问题：您是否具有麻醉药品的处方资格？

结果：有——33%；无——67%

解析：中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会主任委员于世英教授谈到，早在2007年我国就开始了麻醉药品处方资格的培训，但在执行过程中发现，部分省级、地市级卫生管理部门、乃至各医院的领导并不知晓该麻醉药品处方资格证书该由哪一部门颁发，如何颁发？此外，该项培训政策颁布后，许多医生积极响应，也通过了麻醉药品处方资格的培训及考试，但并未获得相应的资格证书，

现场医务人员仅33%拥有该资质的结果说明了该问题的严重性。

对此，卫生部医政司医疗处处长付文豪坦言，虽然法律明文规定未经培训的医生不具有处方麻醉药品的资格，相关法规规定的发证权利及配套措施下放到各省级单位，但其相关政策并未明确具体的操作细则，导致实际工作中存在各种问题，严重阻碍了这项政策的实施。卫生部将从国家层面进一步部署及开展相关的规范性诊疗工作。

问题：您认为目前执行控缓释剂型阿片处方量存在的主要问题是什么？

结果：15天的时间太短 22.3%；医院和药房不支持 55.5%；手续繁琐 11.1%；医保报销限制或患者不能支付 11.1%

解析：中山大学肿瘤医院管忠震教授表示，若所有拥有处方权的医生都可以处方15天的麻醉药品，则该规定可能过于宽泛。但过于严格的管理及限制又会导致无法满足患者的正常需求。因此，国家应严格限定麻醉药品处方权的资质和范围。在贯彻政策的过程中，专科医

生相关知识及继续教育的重要性日益凸显，正确使用麻醉药品仍为当前癌痛工作的重点。

于世英教授则向医生建言，医生需严格执行有关规定，使上级主管领导及管理部门放心，认同规范用药是安全的，这需要医生严格的自我约束和严谨的工作。

希望与建议

付文豪：我们尚需开展更多工作方能达到理想应用麻醉药品治疗癌痛患者的状态。这其中既需要行政部门及各类医疗及其相关机构的大力支持，也离不开各位姑息治疗及疼痛治疗领域专家的支持和辛勤工作，最终将麻醉药品的正面作用和负面作用和谐统一于相对完美的用药平衡中。

中国工程院院士孙燕：我非常赞同政府严格管理麻醉药品及最大限度保证医疗用药需求的原则。针对最大限度制止麻醉药品流入非法渠道的问题，我深有体会。以二氢埃托啡的应用为例，该药防治战伤中的创伤性休克效果显著，我们开展的临床试验也证实了其优良的镇痛效果，但在临床应用时，个别流入非法途径，造成了滥用。所以，随着我们用药经验的丰富，我们需要学会如何防止此类即释药物的滥用问题。

于世英：本次现场调查和讨论旨在发现我国癌症止痛领域的实际问题，并有针对性地逐步改善，力求让我国所有癌痛患者都能接受最基本的止痛治疗，这是我们的长期奋斗目标。为实现这一目标，我们应该从自己做起，做到学专业，懂法规，两手都要硬。

精彩重现

催眠疗法治疗癌痛临床应用的初步调研

▲ 华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤中心 彭慧 于世英

疼痛是癌症患者面临的重大问题。癌痛能同时引起生理和心理的不适，影响日常生活、情绪、行走能力、正常工作、与他人的关系、睡眠和生活乐趣等诸多方面。更有甚者，癌痛能导致焦虑、抑郁，严重影响生活质量。

近年来，国外多项催眠治疗慢性疼痛的临床试验发现，催眠能持续显著减轻慢性疼痛。亦有研究证实：催眠在缓解癌症及其治疗相关的焦虑、抑郁、恶心及呕吐、失眠、坐立不安等症状上都有明显效果，能显著提高患者生存质量。

在我国尚未有类似的实验开展的前提下，本实验在国内第一次初步证实了催眠疗法能显著减轻癌痛，催眠后疼痛评分下降的占89.3%， $P<0.01$ 。

对降低患者及家属焦虑、恐惧的情绪，放松身体，平静心情也有明显作用。本实验催眠后心情变的更加平静的癌症患者占71.1%，家属占86.0%，均 $P<0.01$ 。催眠后身体更加放松的癌症患者占100%，家属占90.7%， $p<0.05$ 。催眠后焦虑评分下降的癌症患者占96.8%，家属占95.3%，均 $P<0.01$ 。催眠后恐惧程度下降的癌症患者占89.5%，家属占95.3%，均 $P<0.01$ 。

在催眠疗法治疗癌痛临床应用的认知与需求调查中，发现大多数医护人员（64.4%）涉猎过催眠技术，有33.7%从来没有学习过催眠相关技术。66.3%的医护人员认为催眠能缓解癌痛患者的慢性疼痛。74.3%的医护人员在三阶梯止痛治疗效果不理想时，考虑

给患者做心理治疗或催眠治疗。癌痛患者了解的催眠相关知识就更少了。只有42.9%的患者认为癌症疼痛是一种心身疾病；仅16.7%的癌症患者认为催眠能缓解癌症患者的慢性疼痛。但是84.2%的医护人员认为有必要常规开展认知催眠治疗。64.4%的癌痛病人认为他们能接受催眠治疗。医护人员更希望专科人才介入，但患者更希望由自己的管床医生开展。

催眠镇痛是最常见的非药物的疼痛控制手段。虽然催眠镇痛在西方国家已经较多应用于临床，也有不少临床试验证实催眠镇痛的有效性，但高质量的临床对照研究仍然被期待。而对于催眠镇痛生理机制的研究还任重道远。



第七届中国癌症康复与姑息医学大会回顾

如何创建癌痛规范化治疗示范病房

▲ 华中科技大学同济医学院附属同济医院 于世英 第二军医大学附属长征医院 王杰军

癌痛治疗是姑息治疗中非常重要的内容，癌症初诊患者疼痛发生率约 25%，晚期患者发生率高达 70%~90%。目前国内对癌痛治疗的临床实践存在诸多不甚规范之处，很多问题需要完善和解决。为进一步提高我国癌痛规范化治疗水平，改善肿瘤患者生活质量，保障医疗质量和安全，卫生部医政司发起了到 2013 年底在全国范围内创建 150 个“癌痛规范化治疗示范病房”活动，CSCO 推动活动的实施。目前，该活动已全面启动并备受关注，癌痛规范化治疗示范病房执行标准也为大家所期盼。

科室基本标准

要求申请科室为二级以上综合医院或肿瘤专科医院，卫生行政部门核准登记的肿瘤科、疼痛科或者晚期肿瘤治疗、临终关怀相关科室。

肿瘤科要求三级肿瘤专科医院和三级综合医院：①开展肿瘤科临床诊疗工作 5 年以上，床位不少于 30 张，年收治中晚期肿瘤患者 800 例次以上；②具有独立设置的肿瘤门诊，年开展癌痛治疗 240 例或 1500 例次以上；③技术水平达到三级医院肿瘤科专业重点科室技术标准，在本省、自治区、直辖市三级医院处于领先地位；④具有丰富的教学经验，具有每年培训 5 名以上癌痛治疗医师、6 名以上癌痛治疗护士的能力。

疼痛科要求开展疼痛科诊疗工作 2 年以上，设置疼痛门诊。要求三级医院疼痛科门诊能够独立开展癌痛治疗等工作，每年开展癌痛治疗 150 例或 1000 例次以上；或者疼痛科每年收治癌痛患者 50 例以上；具有年培训 3 名以上癌痛治疗医师、4 名以上癌痛治疗护士的能力。

人员基本标准

三级医院至少有 5 名医护人员专职负责癌痛评估与治疗工作，其中至少有 2 名医师、3 名护士。医师有 ≥ 5 年肿瘤科临床诊疗工作，或 ≥ 2 年疼痛科临床诊疗工作经验，具有主治医师以上专业技术职务任职资格。熟练掌握《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》等文件；熟练掌握癌痛患者全面疼痛评估方法；熟练掌握各种止痛药物的特性、使用方法以及不良反应的处理方法；能够独立开展癌痛患者疼痛评估和治疗工作。

科室基本管理标准

科室要建立麻醉药品和精神药品规范化管理制度，完善麻醉药品和精神药品管理制度，改进工作机制，优化管理流程。

建立健全癌痛规范化治疗相关制

度。建立癌痛动态评估机制；落实患者知情同意制度；实施癌痛个体化治疗，治疗有效率 ≥ 75%；建立癌痛规范化诊疗流程，癌痛患者规范化诊疗率 ≥ 80%；建立疑难复杂癌痛患者会诊制度和癌痛患者随访制度，出院癌痛患者随访率 ≥ 70%，门诊癌痛患者疼痛评估率 ≥ 95%。

此外，科室还应当建立健全医护人员培训制度和患者宣教制度等。

其他要求

对医务部门、药剂科和麻醉科等也有一定要求。（1）医务部门要指定专人负责“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动。（2）药剂科要严格遵守相关法律法规，建立完备的麻醉药品和精神药品管理制度和流程。能够按照 WHO 三阶梯止痛原则要求提供必要的药品；提供至少 3 个品种阿片类止痛药物，以及纳洛酮等阿片类药物中毒解救药物，并能够按照处方调配药品，指导临床合理使用。定期对癌痛治疗药物使用情况进行动态分析，为临床合理使用麻醉药品和精神药品提供指导。至少有 1 名临床药师负责癌痛药物用药指导。临床药师有 1 年以上临床药师工作经验。

（3）麻醉科要开展麻醉科临床诊疗工作 5 年以上，配备有与麻醉科业务相应的麻醉、监护与急救设备；三级医院每年独立开展全身麻醉 800 例以上、神经阻滞麻醉 1500 例以上。

精彩重现

症状学研究：目标和方法

▲ 美国 M.D. Anderson 癌症中心 Charles S. Cleeland

合理地利用现有证据和引入转化医学是改善疼痛及其他症状的两大契机。M.D. Anderson 癌症中心症状研究科，是包括肿瘤学家、生物统计学家、心理学家、分子流行病学家、行为免疫学家、质量研究人员在内，主要研究肿瘤治疗所引起的症状的机制及干预措施的交叉学科团队；课题主要包括确立症状评估方法、确定对于高治疗相关症状负荷的相关生化标记物（关节痛、神经病变、乏力、睡眠障碍、苦恼）、评价在治疗相关症状负荷中炎症反应的作用、建立疾病和治疗相关症状负荷的动物模型、进行预防控制治疗相关症状的药物临床试验等；科室构成包括：受过训练的专业人员（如专业护士）收集患者信息，数据管理和数据分析人员，电子化数据采集方法（计算机—手机界面，个人平板电脑通过 Wifi 连接专用服务器），协议的研发者、监督者、资金提供者，多科室及多中心合作的网络会议，动物模型的行为免疫实验室等。

症状研究科重点进行治疗中的症状监控与早期随访，将患者治疗前、中、后所采集的生化标本和患者临床过程相联系，寻找预测基因和蛋白，同时建立症状与其他因素之间的数学模型。

美国癌症患者疼痛管理的瓶颈首先来自于数据收集方面，如一个协会组织、一个公认的方法、一个共同的数据库以及专业人员来录入相关数据等。其次，癌痛管理仍缺乏标准规范。

范，某些地方可能按照指南管理，并注重治疗团队和患者之间的交流，这些地方癌痛管理效果较好。再者，癌痛管理中患者随访也很重要，在这一方面，M.D.Anderson 语音互动反应系统流程图和标的 Email 模版提供了解决的范例。

此外，干预研究应以机制为基础。而提出合理问题、工具的选择 / 终点模型、入组标准、招募受试者是转化医学中的所面临的主要问题，应认真对待。



精彩重现

疼痛研究：机遇和挑战

▲ 美国 M.D. Anderson 癌症中心 王欣

在美国，虽然疼痛的研究具有令人鼓舞的前景，但现状也不容乐观。资金和研究人员的流失是疼痛研究面临的严峻问题。在研究内容方面，尽管疼痛研究在分子学、细胞学、遗传学、生物行为学、诊断与评估、治疗、流行病学以及转化研究等诸多方面“百花齐放”，但是仍有疼痛评估不完整、不规范，将随机临床试验中的应用推广局限，关于与急性疼痛控制相关的短期和长期生活质量的结局的研究的缺乏，对急性疼痛问题相关的基础、转化和临床研究投入过低等一系列问题。

美国国家医学院（IOM）报告指出，研究中的挑战首先来自于基础知识的扩展，对各种基础学科的长期投入并整合，对发展疼痛治疗和制定更为安全有效的疼痛控制策略而言十分

重要。目前，基础研究热点包括遗传学、离子通道、胶质细胞、干细胞、神经系统成像、兽医学、生物标志物和生物标记等。

其次，从研究到临床的转化也是研究中的难点。个体化医学是疼痛研究的大趋势，但目前疼痛药物研发数量少，方法有限（大多数新药是已有药物分子的变型或已有药物的新剂型），资金来源有限，是新药物研发的重要制约因素。此外，社会心理学在实践中的不足，跨学科研究的难度，也是疼痛研究转化过程中需要关注的内容。

第三，需要进一步改进研究方法，增加多样性。

第四，研究人才的培养。疼痛研究需要广泛领域的科研工作者参与，包括基础、临床、行为学、社会学、

兽医学、工程学、物理学等。

第五，组织研究工作。疼痛治疗医生不但数目少，而且分散在麻醉学、物理治疗与康复医学、精神病学和神经病学、职业医学、姑息治疗等各个领域，需要予以组织进行研究工作。

第六，资金来源。要想获得更多的资金来源，需要鼓励跨部门和多中心的合作；需要学术界和制药业共同努力开发疼痛控制的新药；需要基础和临床科学工作者发现新的疼痛治疗药物及更有效的研发这些药物的方法，而不是单纯地重复研究已有的药物；需要以治疗效果比较研究和新的随机对照试验为主要内容的纵向研究；需要增加对基础医学、转化医学、行为医学、人口学、临床医学等领域疼痛科研工作者的培训等。



第八届全国癌症康复与姑息医学大会（青岛）日程

10月12日 全天注册

10月13日 上午

8: 00——8: 30 开幕式 主持人: 梁军
讲话: 郝希山院士、于金明院士、于世英教授、相关领导
欢迎辞: 王新生院长

8: 30——10: 30 上半场 主席: 于金明 于世英 梁军
Prof. Shelia Payne
President of the European Association Palliative Care

Prof. Bart Morlion
Current affiliation: The Leuven Centre for Algology & Pain Management,
University Hospitals Leuven, Weligerveld 1, 3212 Pellenberg, Belgium

Prof. Xin Shelley Wang
Department of Symptom Research, Division of Internal Medicine, The
University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX
10: 30——10: 40 茶歇

10: 40——11: 45 下半场 主席: 宋恕平 刘爱国 王哲海
10: 40——11: 10 于金明 肿瘤姑息治疗进展
11: 10——11: 40 马军 药物性肝损伤防治
11: 40——11: 45 讨论

12: 45——13: 45 卫星会
第一分会场 辉瑞
第二分会场 沈阳三生
第三分会场 上海赛生

17: 30——19: 00 卫星会

第一分会场 南京正大天晴
第二分会场 李氏大药厂
第三分会场 石家庄制药

19: 00——21: 00 欢迎晚宴

10月14日 上午

第一分会场 心理工作坊
主席: 李萍萍 陈元 周滨
08: 30——11: 30 游金 (台湾南华大学生死学系所教授, 台湾生死辅导学会常务理事, 台湾心理剧学会理事) 心理剧介绍及运用

第二分会场
上半场主席: 张清媛 孙玉萍 马学真
08: 30——09: 10 秦叔逵 晚期肝癌姑息治疗
09: 10——09: 40 沈琳 胃肠道肿瘤围手术期营养
09: 40——10: 10 巴一 化疗神经毒性处理
10: 10——10: 20 茶歇

下半场主席: 王杰军 李岩 李乐平
10: 40——11: 10 于世英 癌痛规范化示范病房建设经验
11: 10——11: 40 姚阳 转移性骨与软组织肿瘤的个体化治疗策略
11: 40——12: 00 “三生杯”论文评选颁奖
12: 00——12: 15 闭幕式

(最终会议内容以现场会议通知为准)

10月13日 下午

第一分会场
上半场主席: 熊建萍 王维博 牛作兴
14: 00——14: 30 马胜林 热疗在姑息治疗中的应用
14: 30——15: 00 周彩存 肺癌合并症处理
15: 00——15: 30 江泽飞 乳腺癌姑息治疗进展

下半场主席: 印季良 刘巍 郭其森
15: 40——16: 10 王雅杰 癌痛治疗进展
16: 10——16: 40 刘云鹏 老年人化疗副反应治疗策略
16: 40——17: 10 徐建国 巧镇痛——阿片受体及分型的基础与临床
17: 10——17: 30 讨论

第二分会场
上半场主席: 谢广茹 于国华 盛立军
14: 00——14: 30 张力 生活质量评估在 NSCLC 中的应用
14: 30——15: 00 王杰军 癌性贫血
15: 00——15: 30 李萍萍 中西医结合在姑息治疗中的作用
15: 30——15: 40 茶歇

下半场主席: 黄诚 陈雄刚 李良
15: 40——16: 10 梁军 骨转移处理
16: 10——16: 40 潘宏铭 非终末期与终末期肿瘤患者的营养支持
16: 40——17: 10 谢晓冬 TKI 副反应处理
17: 10——17: 30 讨论

第三分会场 姑息医学中的社会工作服务
上半场主席: 翟利民 张良明 安永恒
14: 00——14: 30 李宣玲 (新加坡国立大学社会工作系访问学者) 新加坡慈怀服务的发展与经验分享
14: 30——15: 00 李闰华 (台湾马偕纪念医院社会服务室社工师, 台湾安宁照顾协会理事) 台湾安宁疗护团队推广生死教育经验
15: 00——15: 30 梁佩如 (香港大学社会工作及社会行政学系助理教授) 晚期癌症患者的灵性照顾
15: 30——15: 40 茶歇

下半场主席: 张恩宁 韩振庆 肖宝荣
15: 40——16: 10 石世明 (台湾安宁疗护心理师) 以医病共同成长为核心价值的缓和安宁心理照护
16: 10——16: 25 李兆红 (香港创域会主席, 资深护师) 让晚期癌症患者活在希望中——香港实践经验
16: 25——16: 40 罗点点 (选择与尊严网站站长) 推广生前预嘱
16: 40——17: 30 优秀论文交流, 讨论

全球肿瘤快讯



Global Oncology Express



肿瘤学术界的

参考消息

总编辑: 孙 勇
执行委员会: 孙 勇 冯志山 熊志勇
编委会: 宋三勇 熊志勇
总 编: 李树刚

欢迎企业团体订阅
根据订阅数量享受相应优惠服务

订阅热线: 010-58302970 传真: 010-58302828-6670