

## 癌症患者爆发痛的管理进展

赵倩倩, 杨智慧, 张立力, 樊颖维, 米雪, 范中意  
(南方医科大学护理学院, 广东广州, 510515)

[关键词] 癌症; 爆发痛; 护理

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2016)12-0064-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.12.015

### Management of breakthrough cancerous pains: a literature view

Zhao Qianqian, Yang Zhihui, Zhang Lili, Fan Yingwei, Mi Xue, Fan Zhongyi//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(12):64.

[Key words] cancer; breakthrough pain; nursing

癌痛是癌症患者常见症状之一, 中华人民共和国卫生部在《癌症疼痛诊疗规范》<sup>[1]</sup>中提到, 初诊癌症患者疼痛发生率为 25%, 晚期可高达 60%~80%, 其中 1/3 患者表现为重度疼痛。爆发性癌痛是一种特殊的癌症疼痛状态, 最初是 1990 年由 PORTENOY 等<sup>[2]</sup>定义: 在镇痛药物平稳控制基础痛的基础上, 仍出现的突发、急性的疼痛加剧。爆发痛给癌症患者的日常生活、工作、睡眠、情绪及生活质量带来严重的影响, 同时也给治疗带来消极情绪, 如焦虑、沮丧等<sup>[3]</sup>。近年来, 爆发痛的研究受到国内外学者的关注, 包括爆发痛诊断、评估、治疗措施, 本文就癌症患者爆发痛的一般特征, 评估内容及工具, 治疗现状进行综述, 以期为制订改善癌症患者爆发痛管理提供依据, 现报道如下。

### 1 癌症患者爆发痛的一般特征

#### 1.1 爆发痛的临床特点

爆发性癌痛的突出特征为自发性, 或跟特定的可预测、不可预测触发因素有关, 强度为中度至重度, 频率为每天 3~4 次, 从发作至达到疼痛高峰一般为 5~10min, 疼痛持续时间为 30~60min<sup>[4]</sup>。FINE 等<sup>[5]</sup>研究表明, 86% 的患者主诉爆发痛发生在白天,

45% 的患者主诉爆发痛发生在夜晚。

#### 1.2 爆发痛的分类

爆发性癌痛可分为两大类<sup>[6-7]</sup>, (1) 事件性疼痛, 又叫触发性疼痛: 即跟特定的触发因素相关的疼痛, 此类型又可分为 3 大亚型: ①凭意志控制的事件性疼痛, 如走路; ②不受意志控制的事件性疼痛, 如咳嗽; ③操作性疼痛, 常跟治疗干预措施相关, 如伤口敷料更换。(2) 自发性疼痛: 没有特定的触发因素, 因此不可预测。也有学者<sup>[8-9]</sup>把爆发性癌痛分为 3 大类, 除以上两类外, 还有一类剂量末疼痛, 即主要发生在下次服药前的疼痛。但英国和爱尔兰保守治疗协作委员会<sup>[10]</sup>认为, 此类型是由于基础癌痛(即药物可以控制的慢性持续性疼痛)控制不充分引起的, 因此不属于爆发性癌痛的范畴。

#### 1.3 爆发痛的诊断

爆发性癌痛与基础痛控制不佳的鉴别是诊断的关键, DAVIES 等<sup>[11]</sup>提出排除控制不佳基础痛的诊断法则, 其包含以下 3 个问题: ①在过去的 1 周患者是否存在基础痛, 即持续存在每天 >12h 的疼痛, 或者如果不服用镇痛药就会出现疼痛; ②在过去的 1 周基础痛是否得到充足的控制, 即疼痛强度为无或轻度, 而不是每天 >12h 的中度或重度疼痛; ③患者是否存在瞬间的疼痛加剧, 如果以上 3 个问题的答案均为是, 则判定存在爆发性癌痛。然而, 北美护理协会的 155 个最新护理诊断中, 仅有急性疼痛和慢性疼痛, 并没有爆发痛的描述。国外 1 项对 1241 名拥有癌症护理经验护士的调

[收稿日期] 2016-03-07

[作者简介] 赵倩倩(1992-), 女, 河南驻马店人, 硕士在读, 主要研究肿瘤护理方向。

[通信作者] 张立力, 护理学院院长, 教授, 博士生导师, 博士, E-mail: zhanglili\_gz@126.com。

查显示<sup>[12]</sup>,37%的护士难以区分爆发性癌痛与控制不佳的基础痛。

#### 1.4 爆发痛的流行状况

欧洲肿瘤护理协会制订的爆发性癌痛指南描述爆发性癌痛发生率为19%~95%不等<sup>[6]</sup>;GRECO等<sup>[13]</sup>对1801例患者的多中心研究调查显示,40.3%患者发生爆发性癌痛;CARACENI等<sup>[14]</sup>对24个国家1095例患者的调查显示,64.8%的癌症患者爆发痛控制不理想。调查有如此大差异的原因<sup>[2,15]</sup>可能与评估者对爆发性癌痛概念的认知不统一,评估者不能很好鉴别爆发痛和剂量末疼痛,国内外对爆发痛的管理尚没有一个通用标准的特异性评估工具有关。

### 2 爆发性癌痛的评估内容及工具

爆发性癌痛的控制依赖于充分的评估,包括对爆发痛给予一定管理措施后的再评估<sup>[16]</sup>。目前,国际上尚没有统一应用爆发性癌痛评估工具。DAVIES等<sup>[11]</sup>推荐理想的爆发痛评估工具涵盖以下7个方面:①疼痛性质,包括钝痛、胀痛、绞痛、刀割样痛、烧灼样痛、麻痛、抽搐痛;②疼痛强度;③发作特性,包括频率、发作至高峰时间、高峰持续时间;④定位(躯体图),即人体轮廓图,便于准确定位疼痛部位;⑤与基础疼痛的关系,包括疼痛性质、强度、发作特性及疼痛部位是否跟基础疼痛相同;⑥治疗相关因素,加重和缓解因素,包括诱发事件与可预测性、治疗、治疗缓解所需时间以及对治疗的满意度;⑦对日常生活和生活质量的影响。

国外针对癌症患者爆发痛临床研究的特异性评估工具,包括爆发痛评估量表(break through pain assessment tool,BAT)和Alberta爆发性疼痛评估工具(Alberta breakthrough pain assessment tool,ABPAT)。BAT是由WEBBER<sup>[15]</sup>等通过Delphi法和对患者的半结构式访谈法制订的,量表包含14个条目,涵盖患者的主诉,评估爆发性癌痛发生的部位、频率、持续时间、疼痛强度、对生活质量的影響、诱发因素、缓解措施、爆发痛药物种类、止痛药药物起效时间、缓解程度及副作用。该量表简单易操作,由患者和护士共同完成,评估大约耗时5~10min,能全面反映患者爆发性癌痛的发作部位、疼痛强度、对生活质量的影響及药物治疗效果,但是作者

仅在母语为英文国家的住院和门诊癌症患者中进行了初步的信度与效度检验,具有较高的内部一致性(Cronbach's  $\alpha$  系数为0.7),由于患者身体情况、失访及死亡等因素44%(44/100)的患者没能进行二次评估,条目相关性分析显示没有多余重复的条目,该量表还需要在更多的人群中作进一步的认证。ABPAT最初是由HAGEN等<sup>[17]</sup>通过Delphi法和患者思维互动法研制而成。SPERLINGA等<sup>[18]</sup>在意大利北部7个肿瘤科及姑息治疗单元进行多中心研究,进一步验证该工具在临床应用的可行性,该量表包含19个条目,评估爆发痛的部位、频率、强度、性质、持续时间、与基础痛的关系、可预测性、缓解方式、药物起效时间、缓解程度、患者满意度及爆发痛的病因和病理生理,该评估工具由护士、患者、医生共同完成。调查发现<sup>[18]</sup>,92.8%(231/249)的患者能够很好地理解每个条目的问题,87.1%(217/249)的患者认为该量表能够对爆发性癌痛进行全面评估,但是该量表相对比较复杂、耗时长。SPERLINGA等<sup>[18]</sup>认为,在临床实际应用中相对于BAT,ABPAT是次优的选择,目前该量表主要用于科研。

国内学者针对爆发性癌痛的研究缺乏特定的评估工具,以视觉模拟量表(visual analogue scale/score,VAS)<sup>[19]</sup>、数字评估量表(numerical rating scale,NRS)<sup>[20]</sup>和语言评估量表(verbal rating scale,VRS)<sup>[21]</sup>为主,这些评估工具仅能一维显示疼痛的强度,并不能针对爆发性癌痛的发作特性进行全面评估。笔者认为,掌握爆发性癌痛发作至达到高峰时间、高峰持续时间、频率、性质、诱发因素、缓解因素是管理爆发痛的关键,然而国内研究尚缺乏针对爆发痛的特异性评估工具,而且有医护人员表示难以掌握爆发痛的发作时机<sup>[22]</sup>。因此,今后可通过加强医护人员对爆发痛相关知识的培训,汉化国外特异性的爆发痛评估工具,并进行临床多中心验证,以便有特异性评估工具在国内使用,从而改善国内癌症患者爆发痛的管理现状。

### 3 爆发性癌痛的治疗

爆发痛的类型、发作特性,在不同的患者中有一定的差异,综合病因、病理生理、规范管理基础

痛,及时给予补救药物、避免诱发因素、非药物干预等多种因素,针对不同患者爆发痛的特性,制订个性化的管理方案才是控制爆发痛的关键<sup>[23]</sup>。国内外关于爆发痛治疗的研究以药物治疗为主。

### 3.1 药物种类

药物治疗是控制癌痛的主要措施,爆发痛具有发作快,持续时间短的特性,因此传统的口服阿片类药物治疗效果并不理想。在过去的 10 几年中,经黏膜吸收的阿片类药物剂型对爆发痛的治疗研究日益增多,经黏膜吸收的药物剂型具有方便使用、起效快,副作用小的特性<sup>[24-25]</sup>。ZEPPELELLA 等<sup>[26]</sup>对 10 项随机对照试验的 Meta 分析结果显示,经口服黏膜给药剂型针对爆发痛起效时间优于口服即释吗啡,而经鼻黏膜给药优于经口腔黏膜给药。国内学者张锦枝等<sup>[27]</sup>将枸橼酸芬太尼注射液滴鼻用于控制癌症患者爆发痛研究显示,药物起效快,患者满意度高。然而经黏膜吸收阿片类药物剂型在国内患者的应用并不普遍,国内对于爆发痛药物治疗的研究仍多集中于非甾体类抗炎药、中枢神经系统用药、非阿片类药。曹启旺等<sup>[28]</sup>的空白对照试验显示,普瑞巴林能有效减少癌症患者爆发痛的疼痛强度及发作频率。温莹浩等<sup>[29]</sup>认为,曲马多缓释片联合塞来昔布可有效缓解中度癌痛爆发痛。王昆等<sup>[30]</sup>认为,氟比洛芬酯用于骨转移癌症患者爆发痛的治疗优于即释吗啡,副作用小。

### 3.2 给药时机

另外,爆发痛的管理依赖于及时给予补救药物,给予补救药物不同于 WHO 三阶梯按时给药原则,而应遵照按需给药原则<sup>[16]</sup>。不同类型的爆发痛,补救给药时机也不同,意志控制的事件性疼痛和操作性疼痛可在诱发因素前 20~30min 给药,自发性疼痛和不受意志控制的事件性疼痛在疼痛开始给药<sup>[11]</sup>。因此,可依据爆发痛的发作时机,鼓励患者主动参与,共同制订个体化给药方针,以提高爆发痛的治疗效果。

### 3.3 避免诱发因素

爆发痛往往有一定的生理特点,60%的爆发癌痛发生在上午 10 点至下午 6 点<sup>[13]</sup>。笔者认为,护士应鼓励患者主动参与癌痛管理,结合爆发痛发作特点对可能诱发的因素加以规避,在高发时段

减少活动,如穿衣、做饭、洗衣这些日常活动,可使用辅助工具或由他人协助完成。

### 3.4 其他方法

欧洲肿瘤护理协会<sup>[6]</sup>提出,可结合按摩、冷热疗法、分散注意力、放松疗法、想象及针灸疗法综合管理癌痛。国内学者边志衡<sup>[31]</sup>等将舒适护理用于癌痛患者,其治疗结果显示,精神松弛法和腹式呼吸运动可有效缓解疼痛症状。王彩丽等<sup>[32]</sup>也认为,对老年肺癌患者辅以积极的心理暗示和有效的负性情绪宣泄可有效缓解癌痛。国外学者 ZEPPELELLA<sup>[33]</sup>认为,按摩、改变体位和冷热疗法可提高癌痛患者的疼痛阈值,减轻疼痛。爆发痛潜在因素是癌症本身,因此爆发痛的管理需要外科医生、内科医生、护士及麻醉师等多学科的综合治疗。国内学者曾冬艳等<sup>[34]</sup>表示成立由多学科专业人员组成的疼痛管理小组,可使癌痛患者得到及时、有效的治疗。然而笔者经过大量的文献查阅,尚未发现非药物治疗法对爆发痛患者治疗效果的临床试验证据。

## 4 展望

### 4.1 制订特异性评估工具,推广爆发痛评估在护理程序中的应用

国内尚没有针对爆发痛的特异性评估工具,研究人员一方面可借鉴国外已有的研究工具,结合我国的文化背景,在多家医院和姑息治疗中心的癌症患者中进行汉化及信度与效度检验;另一方面可自主研发适合临床护士进行爆发痛风险评估、鉴别诊断及症状描述的特异性评估工具,在护理程序中使爆发痛的评估普及到任何有疼痛体验的癌症患者中。

### 4.2 提高专业人员的知识水平,制订爆发痛管理的规范化指南

缺乏规范化的爆发痛管理指南,专业人员对爆发痛的概念、诊断及临床特征的认识不足、缺乏成功管理爆发痛的经验及信心是影响爆发痛管理的主要障碍,今后的研究应更多关注如何制订及实施肿瘤科专业人员爆发性癌痛相关知识及管理技能的培训方案,通过多学科、多领域专家的共同合作,制订适合我国国情的系统规范化的爆发癌痛



管理制度,完善管理流程。护士通过健康教育以不同患者的疼痛特点为依据制订个性化的管理方案,让患者主动参与到爆发性癌痛的管理中,提高癌症患者爆发痛的生活质量。

## 5 小结

综上所述,爆发痛仍是困扰癌症患者及医护人员的专业难题,医护人员在癌症患者爆发痛评估、处理及健康教育等方面尚存在不足,缺乏爆发性癌痛管理方案,缺乏特定的爆发癌痛评估工具,缺乏标准爆发癌痛管理流程。国外在爆发痛管理的研究方面取得了一些成果,国内的相关研究较少,在后续的研究应更多关注爆发痛特异性评估工具及规范化管理方案的制订。

## 参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范 (2011 年版)[J]. 临床肿瘤学杂志, 2012, 17(2):153-158.
- [2] PORYENOV R K, HAGEN N A. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics[J]. Pain, 1990, 41(3):273-281.
- [3] 郭欣, 陈赞, 施雁. 癌痛管理的发展现状[J]. 护理研究, 2014, 28(3):257-259.
- [4] MCMILLAN C. Breakthrough pain: assessment and management in cancer patients[J]. Br J Nurs, 2001, 10(13): 860-866.
- [5] FINE P G, BUSCH M A. Characterization of breakthrough pain by hospice patients and their caregivers [J]. J Pain Symptom Manage, 1998, 16(3):179-183.
- [6] WENGSTROM Y, GEERLING J, RUSTOEN T. European oncology nursing society breakthrough cancer pain guidelines[J]. Eur J Oncol Nurs, 2014, 18(2):127-131.
- [7] FAINSINGER R L, NEKOLAICHUK C L, LAWLOR P G, et al. A multicenter study of the revised Edmonton staging system for classifying cancer pain in advanced cancer patients[J]. J Pain Symptom Manage, 2005, 29(3): 224-237.
- [8] SVENDSEN K B, ANDERSEN S, AMASON S, et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms[J]. Eur J Pain, 2005, 9(2):195-206.
- [9] MERCADANTE S, RADBRUCH L, CARACENI A, et al. Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European association for palliative care[J]. Cancer, 2002, 94(3):832-839.
- [10] DAVIES A N, DICKMAN A, REID C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the science committee of the association for palliative medicine of Great Britain and Ireland [J]. Eur J Pain, 2009, 13(4): 331-338.
- [11] DAVIES A N. Breakthrough cancer pain [J]. Curr Pain Headache Rep, 2014, 18(6):420.
- [12] RUSTOEN T, GEERLING J I, PAPPAS T, et al. How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives—results of a European survey [J]. Eur J Oncol Nurs, 2013, 17(4): 402-407.
- [13] GRECO M T, CORLI O, MONTANNARI M, et al. Epidemiology and pattern of care of breakthrough cancer pain in a longitudinal sample of cancer patients: results from the cancer pain outcome research study group [J]. Clin J Pain, 2011, 27(1):9-18.
- [14] CARACENI A, MARTINI C, ZECCA E, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: an international survey [J]. Palliat Med, 2004, 18(3):177-183.
- [15] WEBBER K, DAVIES A N, ZEPPELELLA G, et al. Development and validation of the breakthrough pain assessment tool (BAT) in cancer patients [J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 48(4):619-631.
- [16] 李小梅, 刘端祺. 癌痛治疗指南解析 [J]. 医学与哲学 (临床决策论坛版), 2009, 30(2):15-17.
- [17] HAGEN N A, STILES C, NEKOLAICHUK C, et al. The alberta breakthrough pain assessment tool for cancer patients: a validation study using a delphi process and patient think-aloud interviews [J]. J Pain Symptom Manage, 2008, 35(2):136-152.
- [18] SPERLINGA R, CAMPAGNA S, BERRUTI A, et al. alberta breakthrough pain assessment tool: a validation multicentre study in cancer patients with breakthrough pain [J]. Eur J Pain, 2015, 19(7): 881-888.
- [19] 于静, 贾军梅, 赵俊. 癌痛评估工具的研究进展 [J]. 中国医学创新, 2015, 12(32): 146-149.
- [20] 王阳, 邹明雷, 贺新爱, 等. 以数字分级法为基础的患者报告结局量表在癌痛评估中的应用 [J]. 中国临床研究, 2015, 28(2):181-183.
- [21] 李小梅, 李虹义, 肖文华, 等. 癌症患者疼痛量表的应用 [J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(24):1482-1486.
- [22] 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.
- [23] RUSTOEN T, GEERLING J I, PAPPAS T, et al. A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices [J]. Eur J Oncol Nurs, 2013, 17(1):95-100.
- [24] DAVIES A, SITTE T, ELSNER F, et al. Consistency of