

癌痛治疗的误区

朱 敏¹ 莫仁才² 梁 锐¹

1 广西医科大学附属肿瘤医院 广西南宁 530021

2 中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院 广西南宁 530021

【中图分类号】R730.5

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2019) 09-066-02

随着癌症患者越来越多，七成以上中晚期癌症患者会出现疼痛。控制癌痛已成为目前癌症治疗的一个重要环节。大多数患者的癌痛通过规范的治疗可以得到很好的缓解，但也有少部分患者的癌痛没有得到良好的控制。其主要原因仍有患者对癌痛的治疗存在一定的误区，甚至包括一部分医务人员。将常见的问题总结如下：

1 控制肿瘤比控制疼痛重要

很多医生错误地认为，癌痛是患者必须要承受的，肿瘤治好了自然就不痛了。或者以为疼痛治疗只是治标，只能改善症状，意义不大；抗肿瘤治疗才是治本。他们认为控制肿瘤比控制疼痛更重要，只有当疼痛剧烈时才用镇痛药，而且镇痛治疗能使疼痛部分缓解即可。但事实上，对于患者而言，控制疼痛与控制肿瘤同样重要。越早治疗效果越好，最好两者同步进行。因为只有把疼痛控制好，患者的状态才会好，才更有利于肿瘤的治疗。

2 只有疼痛剧烈时才用镇痛药

患者认为疼痛肯定是会有的，既然是治不好的绝症，只有忍受。因此能忍则忍，实在忍受不住才会要求使用止痛药物。对于癌痛患者，及时、按时用药才会更加安全、有效，而且所需要的镇痛药强度和剂量也最低。WHO 三阶梯镇痛治疗原则中非常重要的概念是“按时”用药，即无论给药当时患者是否发作疼痛，而不是按需给药。如遇到患者疼痛未能缓解甚至加剧，应增加单次给药剂量，而不是给药次数，这样才能保证疼痛连续缓解。另外，长期疼痛还会引起一系列病理生理变化，影响患者的情绪、睡眠和心理健康，甚至出现因疼痛导致的与神经病理性疼痛相关的交感神经功能紊乱，表现为痛觉过敏和异常疼痛等难治性疼痛。因此出现疼痛不应拖延，应及时治疗。

3 非阿片类药物更安全

患者认为非阿片类药物是治疗比较轻的疼痛，因此副反应更小、使用更安全，要求服用大剂量非阿片类药物而拒绝口服阿片类药物。有些临床医生也错误地认为，阿片类药物不安全，因而不愿给患者处方。阿片类药物与中枢特异性受体相互作用而缓解疼痛。对于既往未接受过阿片类药物治疗的患者，大剂量阿片类药物可能出现呼吸抑制和中枢神经系统不良反应。但是如果正确滴定用药剂量，就可以避免药物的不良反应。相比之下，非甾体类抗炎镇痛药长期应用可引起胃肠道和肾脏毒性，且会明显抑制血小板功能。大剂量对乙酰氨基酚可引起肝脏毒性，《中国药典》规定，服用该药日剂量不得超过 2g/日，连续服用不得超过 10 天。尤其是有饮酒习惯的患者，服用对乙酰氨基酚会导致肝损伤的风险增加。当达到极限量时疼痛若仍未控制，必须要更换为阿片类药物。如果能正确使用，阿片类药物除了便秘，其引起的副

反应多是短暂或可耐受的，长期使用也无肝、肾等器官毒性，它的用药剂量也无封顶效应。因此，阿片类止痛药物比非甾体类抗炎镇痛药更有效、更安全。

4 注射药比口服药的止痛效果更好

患者认为注射药物止痛效果好，比口服药物的效果好，因此不愿接受口服止痛药物。实际上，对于阿片类药物，口服途径比注射用药更少产生依赖性。WHO 三阶梯镇痛治疗原则也强调口服给药为首选治疗途径，因为一方面口服途径疗效确切、安全性高；另一方面，它依从性更好，便于患者长期用药；同时，也便于医生控制药物剂量和对药物剂量的调整。

5 不能服药就注射杜冷丁

世界卫生组织（WHO）已经把杜冷丁列为癌症疼痛治疗不推荐使用的药物。杜冷丁的镇痛作用强度仅为吗啡的 1/10。其代谢产物去甲哌替啶的清除半衰期长，完全排出机体约需 13 个小时，且具有潜在的神经毒性与肾毒性。持续使用杜冷丁不仅不会增加止痛效果，反而会使去甲哌替啶在体内大量蓄积，严重刺激中枢神经系统，使患者出现谵妄、震颤、神志不清、惊厥等精神异常及呼吸困难，特别是对肾功能不全者，其毒副反应更大。因杜冷丁口服吸收利用率差，多采用肌肉注射给药。肌肉注射本身会产生疼痛，不宜用于癌痛治疗。患者若不能口服止痛药，还有芬太尼透皮贴剂、鞘内吗啡泵、静脉镇痛泵、神经阻滞、介入治疗等镇痛方式，难治性癌痛常需要多模式镇痛才能达到较好的镇痛效果。

6 服药后出现呕吐应停药

呕吐、镇静等不良反应一般仅出现在用药的最初几天，数日后症状多可自行消失。对于阿片类药物的不良反应进行积极的预防性治疗，可减轻或避免不良反应的发生。

7 一旦用药就会终身用药

患者认为一旦开始用药，就不能停药，并且会不断增加止痛药的强度，最后导致无药可用。在医疗实践中，只要癌症患者疼痛的病因得到控制或者消除，就可以停用阿片类镇痛药物。

8 停药太快一定会出现戒断症状

临床实践证明，只要癌症患者疼痛得到控制或消除，随时可以减量或停用阿片类镇痛药，不会有戒断症状。对长期大剂量用药的患者采用逐渐减量停药的方法，若出现比较严重的疼痛症状，应缓慢减量。

9 担心使用止痛药物会成瘾

癌痛患者都不同程度的认为服用阿片类止痛药物会成瘾，因为对成瘾的惧怕而拒绝服用阿片类止痛药或不按医嘱服药。实际上，阿片类药物在规范使用的情况下，出现成瘾是极为罕见的。特别是吗啡的口服控释片剂，其用药后在人体内缓

（下转第 67 页）

膀胱过度活动症的治疗

周 凯

四川省南充市顺庆区人民医院 四川南充 637000

【中图分类号】R694

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2019) 09-067-01

膀胱过度活动症是由于各种原因引起的膀胱逼尿肌不稳定和过度活动的疾病。它指的是在充盈期间膀胱的收缩，其自主地或诱导无法自主控制的患者的收缩。在过去，它也被称为无意识膀胱。自主膀胱，痉挛性膀胱等。其典型的临床表现是尿频，尿急和尿失禁。

膀胱过度活动症的四个典型症状

(1) 紧迫性。指突然，强烈的排尿欲望，并且很难被主观抑制和延迟排尿。

(2) 急迫性尿失禁。指发生紧急情况或紧急情况发生后立即发生的尿失禁。

(3) 经常排尿。指患者尿频的主观感觉。通常认为成人的排尿次数在白天 ≥ 8 次，晚上 ≥ 2 次，每次平均尿量 $<200\text{ml}$ 。

(4) 夜尿。指患者 ≥ 2 次/夜，因尿意而觉醒排尿。

从内容的定义来看，人们并不陌生，很多人，尤其是中老年人都有紧迫感，尿频，夜尿等症状。“然而，当谈到‘过度活跃的膀胱’的概念时，很少有人知道它。中华医学会泌尿外科分会发表的调查结果显示，中国18年来膀胱过度活动症的发病率-人口为5.9%，40岁以上人群的发病率已达到11.3%。根据中国13亿人口，中国不同程度的膀胱过度活动症可能高达1亿。糖尿病，与肿瘤患病率相比，我国膀胱过度活动症的患病率也很高，但我国这种疾病的治疗率仍然很低，目前只有53%的膀胱过度活动症患者得到治疗。只有超过四分之一的患者得到合理治疗。

如果某些特殊患者被怀疑患有某些病变，则应选择性地完成。1. 病原体检查。应检查疑似泌尿系统或生殖系统炎症的患者尿液，前列腺液，尿道和阴道分泌物中的病原体。

2. 细胞学检查。在疑似尿路上皮肿瘤患者中进行尿细胞学检查。3. 尿路平片，静脉尿路造影，尿路内镜，CT或MRI。4. 有创尿动力学检查。入侵尿动力学检查：尿流率降低或残余尿量增加；首选治疗失败或尿潴留；在任何侵入性治疗之前筛选试验5. 尿培养，血液生化，血清PSA(40岁以上男性)等。

膀胱过度活动症的病因尚不清楚。目前，有四种类型的疾病：1. 逼尿肌不稳定：由非神经源性因素引起，尿液储存过程中逼尿肌异常收缩引起相应的临床症状。2. 膀胱过敏症：当膀胱容量小时发生排尿。3. 泌尿道和盆底肌肉异常。其他原因：如心理行为异常，荷尔蒙代谢紊乱等。

对膀胱过度活动症(膀胱过动症)的治疗应该是循序渐进的。行为治疗是治疗膀胱活动症的主要手段。包括调整生活方式，膀胱训练，盆底肌训练，生物反馈治疗和催眠疗法等，目前较为广泛应用于治疗膀胱过度活动症的药物，仍以抗胆碱类药物为主，其次为直接作用于逼尿肌的药物。可选用抗胆碱能药物，通过拮抗中号受体，抑制逼尿肌收缩，改善膀胱感觉功能及抑制逼尿肌不稳定收缩，主要药物有托特罗定尼亭，曲司氯胺等，还可以配合针灸治疗。

不同原因的治疗方法也不同。对于由局部刺激引起的逼尿肌不稳定，可以使用抗平滑肌药物或直接作用于平滑肌的药物；如果使用由神经学因素引起的逼尿肌过度反射，则使用副交感神经抑制剂或神经节抑制剂。

如果无效，可以进行膀胱内药物灌注或膀胱壁注射药物。使用的灌注药物是辣椒素，树脂毒素和注射的肉毒杆菌毒素。如果无效，考虑骶神经电调节。但是，这种治疗的成本更高；如果上述措施再无效，则必须考虑膀胱扩大或尿流改道。

(上接第65页)

施中医传统疗法与康复理疗进行联合治疗，能有效改善患者不良症状，从而减轻患者疼痛，该方法具有参考价值。

参考文献：

[1] 王丽. 中医传统疗法联合康复理疗对腰间盘突出症的临床治疗观察[J]. 临床研究, 2017, 25(9):165-167.

[2] 刘红. 中医综合治疗腰间盘突出症临床疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017(76):14895-14895.

[3] 车鸿平, 裴玉霞. 中医综合疗法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2017, 15(17):192-192.

[4] 游春燕. 中药熏蒸联合中医定向透药治疗腰椎间盘突出症的疗效观察和护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(44).

(上接第66页)

慢有序的释放，血药浓度平稳，不出现波峰波谷现象，不产生欣快感，有效的克服了心理依赖的风险，基本不会出现成瘾问题。

10 服用止痛药就是病入膏肓

患者认为服用止痛药就是已经到了无药可治的地步了，医生已经没有办法，所以只能开止痛药。一方面对于死亡的

恐惧会加重自身的疼痛，另一方面，不能接受面临死亡的现实，拒绝服用止痛药而去忍受巨大的痛苦，会加重病情恶化。

这些错误的认知影响了癌症患者对治疗的依从性，降低了癌痛治疗的效果，使癌痛患者承受着本不应承受的痛苦。希望广大医务工作者和癌痛患者能转变观念，使癌痛治疗规范化，让癌痛得到更好的控制，让病人的生活质量有更好的提高。