

临床药师参与癌痛管理的实践及作用

刘宇*,邱峰,朱深银,赵青青(重庆医科大学附属第一医院药学部,重庆 400016)

中图分类号 R979.1;R969.3

文献标志码 A

文章编号 1001-0408(2015)29-4156-02

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.29.44

摘要 目的:探讨临床药师在癌痛管理中的作用。方法:通过案例分析介绍临床药师参与癌痛管理的内容和方法。结果:临床药师可为医师提供专业化的镇痛药建议,参与制订个体化的镇痛方案;通过开展患者监护和患者教育,发现潜在用药风险,及时纠正用药错误,提高患者依从性;通过实施患者家属培训,改善家属对患者的支持,提高癌痛管理效能。结论:临床药师全程参与癌痛管理,有利于促进镇痛药合理应用,保障患者用药安全,提高癌痛管理水平。

关键词 临床药师;癌痛管理;患者教育;药学监护

Practice and Role of Clinical Pharmacists in Cancer Pain Management

LIU Yu, QIU Feng, ZHU Shen-yin, ZHAO Qing-qing (Dept. of Pharmacy, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To explore the role of clinical pharmacists in cancer pain management. METHODS: The cases were presented to investigate the content and method of clinical pharmacists participating in cancer pain management. RESULTS: The clinical pharmacists could provide professional analgesic recommendations and participated in the formulation of individual analgesic plan. By carrying out pharmaceutical care and patient education, clinical pharmacists could find potential medication risk, corrected medication errors and improved patient compliance. By carrying out patient family members training, clinical pharmacists could help to strengthen patient support system and improve cancer pain management effectiveness. CONCLUSIONS: Clinical pharmacists participating in cancer pain management can promote rational use of analgesics, guarantee the safety of drug use, and improve cancer pain management.

KEYWORDS Clinical pharmacists; Cancer pain management; Patient education; Pharmaceutical care

疼痛是癌症患者最常见的症状,67%~88%的癌症患者伴有疼痛^[1-2]。疼痛严重影响患者的生存质量,其引起机体的应激反应会影响其他器官的功能状态,致使病情恶化。因此,将疼痛管理纳入癌症综合治疗已经成为国际共识^[3]。2011年,原卫生部推动“癌痛规范化治疗示范病房”评审工作,明确了临床药师在癌痛管理中的职责,指出临床药师应负责提供专业化的镇痛药指导。从2013年开始,我院在肿瘤内科设立专职临床药师,全程参与中/重度癌痛管理,现结合典型案例,对临床药师参与癌痛管理的作用和切入点进行探讨。

1 临床药师参与癌痛管理的切入点

1.1 提供专业化的镇痛药建议,参与制订个体化的镇痛方案

患者1,男性,58岁。因“患右肺小细胞低分化癌1年,后腰及右侧髋部疼痛进行性加重1个月”入院。入院后予盐酸曲马多缓释片100 mg, po, q12 h+氨酚羟考酮片(每片含5 mg 盐酸羟考酮和325 mg 对乙酰氨基酚)1片, po, prn 镇痛,并逐步加用芬太尼透皮贴剂由4.2 mg, q72 h至12.6 mg, q72 h,患者诉疼痛缓解不明显,影响食欲和睡眠。医师采纳临床药师建议:停用盐酸曲马多缓释片及氨酚羟考酮片,保留芬太尼透皮贴剂12.6 mg, q72 h;同时联合塞来昔布胶囊200 mg, po, bid+加巴喷丁胶囊200 mg, po, tid。用药3 d,数字疼痛分级法(NRS)评分由9分降至3分,未出现爆发痛、恶心、呕吐、嗜睡、头晕等不良反应。

分析:本例患者述后腰及右侧髋部持续性、牵拉及枪击样疼痛,临床药师判断其为神经病理性疼痛为主,建议加用针对神经病理性疼痛的药物加巴喷丁。此外,患者全身骨显像示

有右坐骨及L3椎体等多处骨转移病灶,对于伴有骨转移的癌痛,美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)《成人癌痛临床指南》推荐阿片类药物联合非甾体抗炎药^[4]。氨酚羟考酮片是由羟考酮和对乙酰氨基酚组成的复方制剂,初始方案的给药方式,可能超过对乙酰氨基酚的极量限制,存在用药安全隐患^[5]。12.6 mg的芬太尼透皮贴剂等效于吗啡180 mg/d,但芬太尼透皮贴剂所致便秘、恶心、呕吐、眩晕、嗜睡等不良反应较吗啡制剂轻^[6-7],且使用芬太尼透皮贴剂可减少口服药物数量,有利于提高患者用药依从性。

1.2 开展药学监护,发现潜在用药风险,纠正用药错误

患者2,女性,65岁。因“后腰至右侧腹股沟疼痛伴麻木感进行性加重”入院。入院后确诊为左肺腺癌伴颅内及L1椎体转移,NRS评分为6~7分,予盐酸羟考酮缓释片30 mg, po, q12 h+塞来昔布胶囊200 mg, po, bid+阿米替林片12.5 mg, po, qn,治疗后NRS评分降至3~4分。患者行L1椎体姑息性放疗,诱发爆发痛,自行服用塞来昔布胶囊400 mg。临床药师查房时发现该情况,及时制止,并告知患者塞来昔布具有“天花板效应”,药品说明书规定的每日限制剂量为400 mg,超剂量服药不会增强镇痛效果,但心血管等药品不良反应却明显增加^[8]。医师开具吗啡即释片供患者放疗前使用,未再出现爆发痛。

1.3 开展用药教育,提高治疗依从性

患者3,男性,67岁。2011年确诊前列腺癌伴多发骨转移,先后行雄激素剥夺治疗(比卡鲁胺+醋酸戈舍瑞林)、帕米磷酸二钠治疗及DP方案化疗(多西他赛+顺铂),并行盆腔及前列腺放疗。2013年3月,患者左肩酸胀感及左胸背部放电样疼痛,NRS评分为8分,于外院就诊,予硫酸吗啡控释片+布洛芬缓释片治疗。患者口服硫酸吗啡控释片1次后即出现IV度呕

* 主管药师,硕士。研究方向:临床药学。电话:023-89012401。
E-mail:cnliuyv@163.com

吐反应,经止吐治疗后无明显好转,其后患者未规律使用镇痛药,疼痛控制差。2013年8月,患者为行镇痛治疗入我院,予芬太尼透皮贴剂+普瑞巴林胶囊+塞来昔布胶囊治疗,NRS评分降至3分,但出现大便干结和胸壁肌肉僵硬,患者对不良反应难耐受,自行停用致疼痛反复。

该患者疼痛病程长,镇痛药不良反应明显,情绪焦虑,对治疗缺乏信心,依从性差。临床药师向患者讲解癌痛及癌痛治疗知识,与患者共同制订疼痛控制目标,帮助患者建立治疗信心,并指导患者正确使用番泻叶、乳果糖等通便药物,增加摄入液体和富含纤维素的食品,适度增加活动量,顺时针按摩腹部,建立和保持规律的排便习惯。关于患者胸壁肌肉僵硬情况,考虑为芬太尼所致,医师采纳临床药师建议,试用乙哌立松。患者便秘和肌肉僵硬较前缓解,积极配合治疗,疼痛控制满意。

1.4 开展患者家属培训,提高癌痛管理效能

患者4,女性,68岁。2009年2月行直肠癌根治术。2012年10月,患者会阴部烧灼样疼痛,行盆腔CT示盆腔右侧软组织密度影,局部骨质破坏,考虑直肠癌复发转移。2013年4月,因“会阴部疼痛进行性加重”入院,NRS评分为8分,予硫酸吗啡控释片+双氯芬酸钠缓释片+阿米替林片治疗,3 d后NRS评分降至2分,但白天嗜睡,偶有烦躁,伴言语不清,轻度谵妄状态。患者家属要求更换治疗方案。临床药师对患者家属进行宣教,说明上述症状是由于患者初次使用阿片类药物所致的中枢神经系统不良反应,通常使用药物1周后会因自身耐受而减轻或消失;并就药物疗效、不良反应、使用方法、患者监护等知识和技能对患者家属进行宣教。患者配合医师治疗后其疼痛控制满意。

2 讨论

临床药师在癌痛管理中最基本、最重要的职责是提供专业化的镇痛药建议,参与制定个体化的镇痛方案,发现潜在的用药风险和避免用药错误。临床药师要熟悉阿片类、非甾体抗炎药等基本的镇痛药,还要熟悉辅助用药(如神经病理性疼痛治疗药物、抗焦虑、抗抑郁药物,镇静催眠药物)和对应镇痛药不良反应的药物(如通便药、止吐药、抗惊厥药等)。

癌痛相关知识缺乏是影响癌痛控制的重要因素之一^[9]。大多数患者对癌痛及阿片类镇痛药没有足够的认识,对疼痛治疗存在顾虑,导致对治疗的依从性下降,开展患者教育是提高依从性的重要手段^[10]。癌痛患者教育由癌痛知识教育和癌痛治疗教育两方面构成,涉及癌痛的原因、癌痛评估工具及其使用方法、镇痛治疗的重要性、癌痛药物治疗与非药物治疗、镇痛药不良反应及自我监护、癌痛治疗的常见误区等内容。患者教育实施后,还应对教育成效进行检查,力求使患者能主动报告并准确描述疼痛;解除患者对阿片类药物成瘾性的恐惧以及对药品不良反应的顾虑,自觉遵医嘱用药;使患者具备基本的自我监护能力,配合医护人员预防和处理药物不良反应;使患者掌握一些非药物的镇痛方法等。实践表明,由临床药师承担患者教育工作,有利于充分发挥药师的专业优势,为患者提供最佳的药学支持;便于药师与患者之间建立直接联系,提高药学干预的成功率。

高效的癌痛管理依赖于患者的良好支持,即给予患者身体、心理、精神和社会全方位的支持和照顾^[11]。提供支持的人员除了医师、护士、临床药师、社会工作者,还包括患者家属。临床药师对患者家属进行宣教,使其对癌痛知识有一定的了解,有利于其充分理解患者,给予患者最大化的精神和情感照

护,同时具备必要的患者监护技能,有利于家属帮助患者正确使用药物、监护药物疗效和不良反应、对患者治疗过程中出现的异常情况及时报告,从而促进治疗的顺利实施,提高癌痛管理效能。

75%的癌痛患者处于疾病进展期,患者面临身体不适、精神痛苦、社会压力及情感创伤,不但需要医疗技术支持,更需要倾诉对象和精神安慰^[12]。临床药师除了关注“人的疼痛”,更应关注“疼痛的人”,在与患者交流的过程中,要尊重患者的诉求,采用理解、鼓励、安抚性的语言,给予积极的心理暗示。

世界卫生组织(WHO)将癌痛管理列入肿瘤防治四大重点工作之一。我国自1990年开始推行WHO癌痛三阶梯治疗,仍有相当多的癌症患者没能得到有效控制^[13]。临床药师全程化参与癌痛管理工作,有利于发挥自身在药理学、药物治疗学方面的优势,为临床医护人员和患者提供药学支持,促进镇痛药合理应用,保障患者用药安全,提高癌痛管理水平。

参考文献

- [1] 丁玥,杨萍,孙丽秋,等.北京市30家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查[J].中华护理杂志,2011,46(3):282.
- [2] Teunissen SC, Graeff A, Haes HC, et al. Prognostic significance of symptoms of hospitalised advanced cancer patients [J]. *Eur J Cancer*, 2006, 42(15): 2 510.
- [3] Brawley OW, Smith DE, Kirch RA. Taking action to ease suffering: advancing cancer pain control as a health care priority[J]. *CA Cancer J Clin*, 2009, 59(5): 285.
- [4] National Comprehensive Cancer Network. *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*[S]. 2013-11-19.
- [5] 周俊翔,蒋刚,蔡红.对乙酰氨基酚制剂治疗癌痛的安全剂量[J].中国药房,2014,25(28):2 683.
- [6] Yang Q, Xie DR, Jiang ZM, et al. Research efficacy and adverse effects of transdermal fentanyl and sustained-release oral morphine in treating moderate-severe cancer pain in Chinese population: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Exp Clin Cancer Res*, 2010, 29(1): 67.
- [7] 郭静波,魏丽萍,王玉梅.芬太尼透皮贴剂与口服吗啡控释片治疗国人中重度癌痛临床效果的Meta分析[J].中国卫生统计,2010,27(4):385.
- [8] Solomon SD, Wittes J, Finn PV, et al. Cardiovascular risk of celecoxib in 6 randomized placebo-controlled trials: the cross trial safety analysis[J]. *Circulation*, 2008, 117(16): 2 104.
- [9] 杨玲.健康教育对癌症患者疼痛的影响[J].中国现代医生,2010,48(5):96.
- [10] 贺静.系统化健康教育在肿瘤癌痛患者中的应用[J].吉林医学,2014,35(30):6 775.
- [11] 姜喆,赵丽君,陈秀珍.团队合作对4838例居家癌痛患者疼痛管理的效果与思考[J].医学与哲学,2014,35(5B):40.
- [12] 刘卫平.谈晚期肿瘤患者姑息治疗的人文情怀[J].中国科技信息,2010(7):178.
- [13] 王薇,曹邦伟,宁晓红,等.北京市癌痛控制20年进步与挑战:北京市多中心癌痛状况调查(FENPAI4090)[J].中国疼痛医学杂志,2014,20(1):5.

(收稿日期:2015-01-01 修回日期:2015-08-26)

(编辑:陶婷婷)