

MDT 模式下药师参与门诊癌痛患者阿片类药物治疗管理的作用研究^Δ

郑晓林^{1*}, 林慧华², 张 龙¹, 潘雅明¹, 梁友华¹(1. 柳州市人民医院药学部, 广西柳州 545006; 2. 柳州市人民医院产科, 广西柳州 545006)

中图分类号 R979.1; R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2020)06-0750-05
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2020.06.22

摘要 目的: 评价多学科协作团队(MDT)模式下药师参与门诊癌痛患者阿片类药物治疗管理的作用。方法: 选择2016年1月—2018年12月于我院门诊就诊的120例癌痛患者, 按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组60例。对照组患者根据疼痛程度选择阿片类药物+常规干预, 观察组患者给予对照组治疗+MDT干预。随访1个月后, 观察两组患者干预前后的疼痛情况、用药依从性情况、生存质量评分(QOL)、不良反应发生情况及满意度。结果: 两组患者均完成随访。干预后, 两组患者疼痛数字评分均显著低于同组干预前, 且观察组显著低于对照组同期; 两组患者用药依从性评分、QOL评分均显著高于同组干预前, 且观察组显著高于对照组同期。随着治疗时间的延长, 两组轻度疼痛及用药依从性中的患者例数逐渐增加, 且观察组显著高于对照组同期, 中、重度疼痛及用药依从性低的患者例数逐渐减少, 且观察组显著少于对照组同期; 观察组用药依从性高的患者例数显著高于同组干预前及对照组同期($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组患者不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者对疼痛控制结果、医师处理方法、药师随访的满意度均显著高于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论: 在MDT模式下, 药师参与门诊癌痛患者阿片类药物治疗的管理可有效缓解其疼痛, 提高用药依从性及生存质量。

关键词 多学科协作团队模式; 门诊癌痛患者; 阿片类药物; 用药依从性; 生存质量; 不良反应; 药师

Study on the Effect of Pharmacists Intervention on Opioid Treatment and Management in Outpatients with Cancer Pain under MDT Mode

ZHENG Xiaolin¹, LIN Huihua², ZHANG Long¹, PAN Yaming¹, LIANG Youhua¹(1. Dept. of Pharmacy, Liuzhou Municipal People's Hospital, Guangxi Liuzhou 545006, China; 2. Dept. of Obstetrics, Liuzhou Municipal People's Hospital, Guangxi Liuzhou 545006, China)

- [8] 吴伟春, 兰天, 朱振辉, 等. 3D心脏解剖模型成像对不同心脏疾病心脏功能的评估价值[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(1): 86-89.
- [9] 王京媛, 李占军, 杨红霞. 心力衰竭患者自我护理与生活质量的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2002, 18(2): 62-63.
- [10] MOGLE J, BUCK H, ZAMBROSKI C, et al. Cross-validation of the minnesota living with heart failure questionnaire[J]. *J Nurs Scholarsh*, 2017, 49(5): 513-520.
- [11] 许敏, 郭金成, 张立新, 等. 北京市通州区CHF治疗状况和再住院影响因素分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2017, 9(5): 569-572.
- [12] MAGGIONI AP, DAHLSTRÖM U, FILIPPATOS G, et al. EURObservational research programme: the heart failure pilot survey (ESC-HF pilot)[J]. *Eur J Heart Fail*, 2010, 12(10): 1076-1084.
- [13] BRESS AP, KING JB, BRIXNER D, et al. Pharmacotherapy treatment patterns, outcomes, and health resource utilization among patients with heart failure with reduced ejection fraction at a U.S. academic medical center[J]. *Pharmacotherapy*, 2016, 36(2): 174-186.
- [14] 于峰, 雒道光, 贺坤, 等. 药师与医护人员协作管理对降低心力衰竭医保患者再住院率和医疗费用的影响[J]. 中国心血管杂志, 2017, 22(3): 206-209.
- [15] MOTIEJUNAITE J, CHOUIHED T, MEBAZAA A. Upcoming challenges in multidisciplinary heart failure management: active role of future clinical pharmacists[J]. *Clin Pharmacol Ther*, 2017, 102(2): 180-182.
- [16] PRUDENCIO J, CUTLER T, ROBERTS S, et al. The effect of clinical pharmacist-led comprehensive medication management on chronic disease state goal attainment in a patient-centered medical home[J]. *J Manag Care Spec Pharm*, 2018, 24(5): 423-429.

^Δ 基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研课题(No.Z2015666)

* 副主任药师。研究方向: 医院药学、药事管理。电话: 0772-2662238。E-mail: 578517572@qq.com

(收稿日期: 2019-08-21 修回日期: 2019-10-30)

(编辑: 刘 萍)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To evaluate the effect of pharmacists intervention on opioid treatment and management in outpatients with cancer pain under multidisciplinary team (MDT) mode. **METHODS:** Totally 120 outpatients with cancer pain were selected from outpatient department of our hospital from Jan. 2016 to Dec. 2018, and divided into observation group and control group according to random number table method, with 60 cases in each group. After 1 month follow-up, patients in the control group were given opioid analgesics and routine intervention according to pain degree, while patients in the observation group were given same treatment as control group and pharmacist intervention based on MDT. The pain condition, medication compliance condition, quality of life (QOL) score, the incidence of ADR and satisfaction degree were observed in 2 groups before and after intervention. **RESULTS:** Follow-up were completed in 2 groups. After intervention, NRS scores of 2 groups were significantly lower than before intervention; the observation group was significantly lower than the control group; medication compliance scores and QOL scores of 2 groups were significantly higher than before intervention, the observation group was significantly higher than the control group at the same time. With the prolongation of treatment time, the number of patients with mild pain and general medication compliance in 2 groups increased gradually, and the observation group were significantly higher than the control group at the same time; the number of patients with moderate, severe pain and low medication compliance were significantly decreased gradually, and the observation group was significantly lower than the control group at the same time. The number of patients with good medication compliance in the observation group was significantly higher than that in the same group before intervention and the control group at the same time ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). There was no significant difference in the incidence of ADR between 2 groups ($P > 0.05$). The satisfaction of pain control results, doctors' treatment and pharmacists follow-up in the observation group were significantly higher than control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **CONCLUSIONS:** Under MDT mode, pharmacists participating in the management of opioid treatment for cancer pain outpatients can effectively relieve the pain, and improve the medication compliance and quality of life.

KEYWORDS Multidisciplinary team mode; Outpatient with cancer pain; Opioids; Medication compliance; Life quality; ADR; Pharmacist

癌痛是恶性肿瘤患者常见的症状之一。在恶性肿瘤患者中,癌痛发生率约为70%~90%,严重影响其生存质量^[1]。阿片类药物是治疗中、重度癌痛的基础药物。由于门诊癌痛患者需长期用药,因此使用时应首选口服给药方式^[2]。但目前尚缺乏统一的针对门诊癌痛患者的标准化诊疗体系^[3],癌痛控制不足的现象较普遍^[4]。国外有研究将多学科协作团队(MDT)诊疗模式应用于癌痛治疗,并进行了相关探索,该团队中包含了肿瘤、麻醉、疼痛、放疗、介入、外科、护理、药剂等相关科室的专业人员^[5]。国内也有相关研究证实,MDT模式可有效提高癌痛的控制水平^[6]。因此,药师作为MDT团队中的一员,应运药学专业知识,积极参与癌痛患者的用药监护,以提高药师的自身价值。基于此,本研究探讨了我院药师在MDT模式下参与门诊癌痛患者阿片类药物治疗管理的作用,旨在为规范门诊癌痛患者用药及癌痛管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

纳入标准:(1)年龄20~86岁;(2)门诊就诊;(3)经病理或细胞学证实为晚期恶性肿瘤;(4)主诉存在疼痛,且疼痛数字评分(NRS)≥4分;(5)生存质量受到影响,卡氏评分(KPS)≥70分;(6)预计生存时间≥3个月;(7)应用阿片类药物进行镇痛治疗;(8)表述清楚,意识清醒,无严重脑、心、肝、肺、肾功能障碍;(9)自愿参加本研究,并积极配合复诊、回访、癌痛规范化诊疗及阿片类药物治疗管理。

排除标准:(1)非癌痛患者;(2)意识障碍及精神疾病者;(3)严重脑、心、肝、肺、肾功能障碍者;(4)不配合完成随访者。

1.2 资料来源

选取2016年1月—2018年12月于我院门诊就诊的癌痛患者,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组60例。两组患者性别、年龄、肿瘤类型等基本资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,详见表1。

表1 两组患者基本资料比较

Tab 1 Comparison of general information of patients in 2 groups

组别	n	男性/女性,例	年龄($\bar{x} \pm s$),岁	肿瘤类型,例(%)									
				肺癌	肠癌	胃癌	乳腺癌	肝癌	前列腺癌	肾癌	子宫癌	卵巢癌	其他
对照组	60	42/18	56.2±14.3	21(35.0)	6(10.0)	2(3.3)	1(1.7)	11(18.3)	2(3.3)	2(3.3)	1(1.7)	3(5.0)	11(18.3)
观察组	60	40/20	58.8±12.1	20(33.3)	5(8.3)	3(5.0)	2(3.3)	9(15.0)	4(6.7)	3(5.0)	2(3.3)	3(5.0)	9(15.0)

1.3 干预措施

对照组患者根据疼痛程度选择阿片类药物+常规干预,观察组患者给予对照组治疗+MDT干预。常规干预

措施包括药师为两组患者建立随访档案,通过电话、QQ或微信群互动平台等方式随访并提醒患者及时复诊,随访时间为1个月。MDT干预措施包括药师为患者及其

家属提供个体化的药学干预:(1)患者接受阿片类药物治疗3 d时,当患者NRS评分 ≥ 4 分时,若出现用药不规范或用药依从性低等问题,药师及时进行纠正;若患者用药规范或用药依从性高,药师则为其预约肿瘤科医师复诊并及时调整剂量或治疗方案,直至患者NRS评分 ≤ 3 分;(2)治疗7 d时,药师随访后如患者NRS评分仍 ≥ 4 分,则进行MDT干预,即药师为患者预约门诊部组织的以肿瘤科、疼痛科、药剂科、介入科、麻醉科等有关科室共同参与的会诊。

1.4 观察指标

1.4.1 疼痛情况 观察两组患者干预前(d_0)、干预后3 d(d_3)、7 d(d_7)、14 d(d_{14})、30 d(d_{30})时的NRS评分,范围为0~10分,0分表示无疼痛,10分表示剧烈疼痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛^[2]。

1.4.2 用药依从性 观察两组患者 d_0 、 d_7 、 d_{14} 、 d_{30} 时的用药依从性量表-8个条目(MMAS-8)评分,总分为8分, < 6 分为用药依从性低, $6\sim 7$ 分为用药依从性中等, $> 7\sim 8$ 分为用药依从性高^[7],其评分标准见表2。

表2 MMAS-8评分标准

Tab 2 MMAS-8 scoring criteria

条目	选项(计分)
1.您是否有时会忘记服用阿片类镇痛药?	是/否(否计1分,是计0分)
2.在过去的2周内您是否曾忘记服用阿片类镇痛药?	是/否(否计1分,是计0分)
3.服药期间当您觉得疼痛加重或出现其他症状时,您是否未告知医生而自行减少药量或停止服用阿片类镇痛药?	是/否(否计1分,是计0分)
4.当您外出或不在家时您是否有时忘记随身携带阿片类镇痛药?	是/否(否计1分,是计0分)
5.昨天您服用阿片类镇痛药了吗?	是/否(否计0分,是计1分)
6.当您感觉疼痛已得到控制时您是否有时停止服用阿片类镇痛药?	是/否(否计1分,是计0分)
7.对某些人来说坚持每日服用阿片类镇痛药确实不方便,您是否觉得坚持每日服用阿片类镇痛药有困难?	是/否(否计1分,是计0分)
8.您多久会有1次忘记服用阿片类镇痛药?	从不/偶尔/有时/经常/所有时间(分别计为1,0.75,0.50,0.25,0分)

1.4.3 生存质量(QOL)评分 观察两组患者 d_0 、 d_7 、 d_{14} 、 d_{30} 时的QOL评分。总分为60分,分数越高表示生存质量越好; < 20 分为生存质量极差, $21\sim 30$ 分为较差, $31\sim 40$ 分为一般, $41\sim 50$ 分为较好, $51\sim 60$ 分为良好^[8]。

1.4.4 不良反应 观察两组患者用药期间的不良反应发生情况。

1.4.5 满意度 参照美国疼痛协会患者结果问卷修订版(APS-POQ)中的疼痛控制满意度部分评估患者对疼痛控制的满意度,主要包括对疼痛控制结果的满意度、对医师处理方法的满意度和对药师随访的满意度等3个方面。选项分别为非常不满意(1分)、不满意(2分)、比较不满意(3分)、比较满意(4分)、满意(5分)、非常满意(6分)^[9]。

1.5 统计学方法

采用SPSS 18.0软件对数据进行统计分析。计量资

料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以例数或率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者完成随访情况

两组患者均完成1个月随访及对各项观察指标的评估。

2.2 两组患者干预前后疼痛情况比较

干预前,两组患者NRS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者NRS评分均显著低于同组干预前,且观察组显著低于对照组同期($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),详见表3。

表3 两组患者干预前后NRS评分比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 3 Comparison of NRS score between 2 groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗时间	NRS评分,分
对照组	60	d_0	6.0 ± 1.5
		d_3	$4.4 \pm 1.9^{**}$
		d_7	$4.5 \pm 2.0^{**}$
		d_{14}	$3.8 \pm 1.9^{**}$
		d_{30}	$3.2 \pm 1.7^{**}$
观察组	60	d_0	5.8 ± 1.5
		d_3	$3.9 \pm 1.3^{***}$
		d_7	$3.7 \pm 1.5^{***}$
		d_{14}	$3.1 \pm 1.4^{***}$
		d_{30}	$2.6 \pm 1.2^{***}$

注:与干预前比较,** $P < 0.01$;与对照组比较,* $P < 0.05$

Note: vs. before intervention, ** $P < 0.01$; vs. control group, * $P < 0.05$

干预前,两组患者各级疼痛患者例数比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,随着治疗时间的延长,两组轻度疼痛患者例数逐渐增加,且观察组显著高于对照组同期;中、重度疼痛患者例数逐渐减少,且观察组显著少于对照组同期($P < 0.05$),详见表4。

表4 两组患者干预前后疼痛程度比较(例)

Tab 4 Comparison of pain degree between 2 groups before and after intervention (case)

组别	n	治疗时间	轻度	中度	重度
对照组	60	d_0	0	43	17
		d_3	19*	33*	8*
		d_7	21*	30*	9*
		d_{14}	28*	27*	5*
		d_{30}	42*	12*	6*
观察组	60	d_0	0	41	19
		d_3	23**	35**	2**
		d_7	33**	24**	3**
		d_{14}	42**	17**	1**
		d_{30}	52**	7**	1**

注:与干预前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,* $P < 0.05$

Note: vs. before intervention, * $P < 0.05$; vs. control group, * $P < 0.05$

2.3 两组患者干预前后用药依从性比较

干预前,两组患者MMAS-8评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者MMAS-8评分均

显著高于同组干预前,且观察组显著高于对照组同期($P<0.05$ 或 $P<0.01$),详见表5。

表5 两组患者干预前后MMAS-8评分比较($\bar{x}\pm s$)
Tab 5 Comparison of MMAS-8 score between 2 groups before and after intervention ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗时间	MMAS-8评分,分
对照组	60	d ₀	4.4±1.4
		d ₇	4.6±1.4*
		d ₁₄	5.1±1.2**
		d ₃₀	5.5±1.3**
		d ₆₀	4.5±1.5
观察组	60	d ₀	4.5±1.5
		d ₇	5.6±1.3***
		d ₁₄	6.4±0.8***
		d ₃₀	6.7±0.8***
		d ₆₀	6.7±0.8***

注:与干预前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比较,*** $P<0.01$

Note: vs. before intervention, * $P<0.05$, ** $P<0.01$; vs. control group, *** $P<0.01$

干预前,两组患者各级用药依从性患者例数比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,随着治疗时间的延长,两组用药依从性低的患者例数逐渐减少,且观察组显著少于对照组同期;用药依从性中的患者例数逐渐增加,且观察组显著高于对照组同期,观察组用药依从性高的患者例数显著高于同组干预前及对照组同期($P<0.05$ 或 $P<0.01$),详见表6。

表6 两组患者干预前后用药依从性程度比较(例)
Tab 6 Comparison of medication compliance degree between 2 groups before and after intervention (case)

组别	n	治疗时间	用药依从性低	用药依从性中	用药依从性高
对照组	60	d ₀	53	6	1
		d ₇	51*	8*	1
		d ₁₄	47*	12*	1
		d ₃₀	42*	16*	2
		d ₆₀	52	6	2
观察组	60	d ₀	52	6	2
		d ₇	39**	16**	5**
		d ₁₄	16***	38***	6**
		d ₃₀	9***	45***	6**
		d ₆₀	9***	45***	6**

注:与干预前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$,*** $P<0.01$

Note: vs. before intervention, * $P<0.05$; vs. control group, ** $P<0.05$, *** $P<0.01$

2.4 两组患者用药干预前后生存质量比较

干预前,两组患者QOL评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者QOL评分均显著高于同组干预前,且观察组显著高于对照组同期($P<0.01$),详见表7。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

两组患者均未出现瘙痒、尿潴留、谵妄、认知障碍及呼吸抑制等不良反应。两组患者便秘、恶心、呕吐等不良反应发生率及总发生率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),详见表8(因同一患者存在2种及2种以上不良反应的情况,故各症状患者之和大于发生不良反应的

患者总数)。

表7 两组患者用药干预前后QOL评分比较($\bar{x}\pm s$,分)
Tab 7 Comparison of QOL score between 2 groups before and after intervention ($\bar{x}\pm s$, score)

组别	n	d ₀	d ₇	d ₁₄	d ₃₀
对照组	60	20.5±2.7	28.3±6.7**	36.7±4.4**	40.5±4.2**
观察组	60	21.0±2.7	43.7±3.5***	46.5±4.3***	47.5±3.1***

注:与干预前比较,** $P<0.01$;与对照组比较,*** $P<0.01$

Note: vs. before intervention, ** $P<0.01$; vs. control group, *** $P<0.01$

表8 两组患者不良反应发生率比较[例(%)]

Tab 8 Comparison of incidence of ADR in 2 groups [case(%)]

组别	n	便秘	恶心	呕吐	头晕嗜睡	总发生
对照组	60	34(56.7)	21(35.0)	20(33.3)	9(15.0)	46(76.7)
观察组	60	28(46.7)	22(36.7)	16(26.7)	8(13.3)	40(66.7)

2.6 两组患者满意度比较

观察组患者对疼痛控制结果、医师处理方法、药师随访的满意度均显著高于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),详见表9。

表9 两组患者满意度比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 9 Comparison of satisfaction degree in 2 groups ($\bar{x}\pm s$, score)

组别	n	疼痛控制结果	医师处理方法	药师随访
对照组	60	3.98±0.93	3.70±0.83	3.52±0.79
观察组	60	4.32±0.77*	4.25±0.73**	4.22±0.76**

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

Note: vs. control group, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

3 讨论

在癌痛治疗中,患者的阿片类药物治疗和管理工作主要由医护人员承担,但是由于我国癌痛门诊的医护人员资源相对不足,因此药师参与癌痛药物的治疗和管理是对临床人力资源有限、医师药理学知识相对不足的有效补充,且目前也有相关研究表明药师在癌痛药物的治疗和管理中具有积极的作用^[10]。

本研究结果显示,干预后两组患者NRS评分均显著低于同组干预前,且随着治疗时间的延长,轻度疼痛患者例数逐渐增加,中、重度疼痛患者例数逐渐减少。表明癌痛患者经阿片类药物治疗后疼痛程度均有不同程度的缓解。观察组患者NRS评分均显著低于对照组同期,癌痛程度较对照组更轻,且观察组患者在治疗d₃₀时的NRS评分为(2.6±1.2)分,癌痛控制基本达标^[2]。这表明药师在MDT模式下进行药学干预后可提高镇痛效果,该结果与相关文献报道结果^[11]相似。

本研究结果还显示,两组患者MMAS-8评分均显著高于同组干预前,且观察组显著高于对照组同期;随着治疗时间的延长,用药依从性低的患者例数逐渐减少,且观察组显著少于对照组同期,用药依从性中的患者例

数逐渐增加,且观察组显著高于对照组同期,观察组用药依从性高的患者例数显著高于同组干预前及对照组同期。这表明两组患者的用药依从性均有一定程度的提高,但在MDT模式下患者的用药依从性提高得更加明显。干预后,两组患者QOL评分均显著高于同组干预前,且观察组显著高于对照组同期,观察组患者对疼痛控制结果、医师处理方法、药师随访的满意度均显著高于对照组。这表明在MDT模式下药师参与门诊癌痛患者阿片类药物治疗管理,可提高患者的生存质量及满意度。

本研究中,虽然两组患者不良反应发生率比较差异无统计学意义,但发生率均较高,尤以便秘发生率最高,其原因可能与医师未为服用阿片类药物的患者开具缓泻药和大便软化剂有关。阿片类药物引起的其他不良反应均为暂时的、可耐受的,但便秘通常会持续发生于阿片类药物治疗的全过程,因此多数患者需要使用缓泻药^[2]。这提示门诊各专科医师对常规性处理癌痛患者的不良反应认识不足,未能把预防和处理阿片类药物引起的不良反应作为癌痛患者治疗计划和患者宣教的重要组成部分。

由于门诊癌痛患者较多,就诊分散性较大,门诊各专科均可对癌痛患者开具阿片类药物进行疼痛治疗,但是由于各专科医师癌痛规范化诊疗知识、宣教不足(肿瘤专科除外),导致门诊癌痛患者首诊规范性较差。在本研究中,治疗3 d时,两组患者NRS评分 ≤ 3 分的例数均小于40%,这与门诊各专科医师对于癌痛诊疗规范执行不到位、初始药物选择和剂量调整不准确、较少联合使用辅助镇痛药物有关;治疗30 d时,虽然药师进行干预后观察组中、重度疼痛患者例数少于对照组,但总体癌痛控制效果并不乐观,与北京地区相关研究^[12]类似。本研究发现,由于患者首诊后经常更换复诊医院而使首诊医院复诊率低,并且有部分患者擅自改变治疗方案,使得患者用药依从性低,无法完成门诊癌痛规范化治疗,加之MDT模式仍处于探索阶段、门诊使用阿片类药物治疗的癌痛患者较多、医护人员对门诊癌痛患者的随访参与不足,导致纳入MDT管理的患者较少及门诊癌痛控制不足^[13]。

4 结语

基于MDT模式下,药师参与门诊癌痛患者阿片类药物治疗的管理可有效缓解癌痛患者的疼痛,提高其用药依从性及生存质量;针对出现的不足,药师可通过与MDT成员坚持5“C”原则[联系(Communication)、协作(Collaboration)、合作(Cooperation)、协调(Coordination)、谦虚(Courtesy)]^[14],以协助临床加快癌痛MDT建设,建立更加规范的癌痛管理新模式。

参考文献

- [1] RAU KM, CHEN JS, WU HB, et al. Cancer-related pain: a nationwide survey of patients' treatment modification and satisfaction in Taiwan[J]. *Jpn J Clin Oncol*, 2017, 47(11):1060-1065.
- [2] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药局办公室.癌痛疼痛诊疗规范:2018年版[J].全科医学临床与教育,2019,1(17):4-8.
- [3] 陈建平,高翔,李航,等.成人癌痛门诊规范化治疗的组织与临床效果分析[J].实用疼痛学杂志,2016,3(12):181-185.
- [4] GRECO MT, ROBERTO A, CORLI O, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer[J]. *J Clin Onco*, 2016, 32(36):4149-4154.
- [5] FLEISSIG A, JENKINS V, CATT S, et al. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK[J]. *Lancet Oncol*, 2006, 7(11):935-943.
- [6] 王芬,桂琦.多学科团队协作模式下癌痛患者个体化管理的效果分析[J].重庆医学,2019,48(3):523-525.
- [7] MORISKY DE, ANG A, KROUSE-WOOD M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting[J]. *J Clin Hypertens: Greenwich*, 2008, 10(5):348-354.
- [8] 孙燕,周际昌.临床肿瘤内科手册[M].北京:人民卫生出版社,1996:53-54.
- [9] MCNEILL JA, SHERWOOD GD, STARCK PL, et al. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management[J]. *J Pain Symptom Manage*, 1998, 16(1):29-40.
- [10] 龚晓英,马晶晶,虞勋,等.门诊癌痛和慢性疼痛患者信息化管理平台的建立与实践[J].中国药房,2018,29(4):450-454.
- [11] 苏颖杰,刘晓琰,崔敏,等.临床药师在姑息性放疗患者癌痛管理中的作用[J].中国药房,2015,26(20):2852-2854.
- [12] 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):5-12,17.
- [13] FISCH MJ, LEE JW, WEISS M, et al. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30(16):1980-1988.
- [14] 王理扬,李霁川,姚文秀,等.多学科协作是提高癌痛管理质量的关键[J].中国医刊,2015,50(9):13-15.

(收稿日期:2019-09-27 修回日期:2020-02-07)

(编辑:陈宏)