

临床药师在癌性疼痛管理中的作用

张兰欣*, 温泉, 王建平, 颜耀东*(空军航空医学研究所附属医院药剂科, 北京 100089)

中图分类号 R971^{·2} 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)32-4602-02

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.32.51

摘要 目的:明确临床药师在癌性疼痛管理中的作用。方法:查阅近年来国内外相关文献,对国内癌性疼痛治疗中存在的问题和临床药师开展相关药学服务进行归纳和总结。结果:国内癌性疼痛症状控制不足,临床药师能够为医师合理使用镇痛药物提供指导,并督导癌性疼痛患者按照治疗指南原则使用药物。结论:临床药师参与癌性疼痛治疗管理,能够规范和提高合理用药水平。**关键词** 临床药师;癌性疼痛;镇痛;合理用药

据世界卫生组织(WHO)统计,全世界每年有1 000万新发癌症患者,估计至2020年新发病例可猛增至1 500万^[1]。癌性疼痛(Cancer pain)是指由癌症、癌症相关性病变及抗癌治疗所致的疼痛,是癌症患者最常见的症状之一,约1/4新诊断的癌症患者、1/3正在接受治疗的癌症患者以及3/4晚期癌症患者都有合并疼痛症状^[2]。WHO在1984年制定了《癌症三阶梯止痛指导原则》^[3],药物镇痛是临床上最基本、最重要的癌性疼痛治疗手段。在发达国家仍有25%的癌症患者直至死亡都未接受足够的止痛治疗;我国受到多种因素的影响,癌症患者的癌性疼痛仅40%能够得到有效缓解,而70%以上的晚期癌症患者依旧忍受着疼痛^[4]。国际上对癌性疼痛规范化治疗比较一致的观点认为,通过综合评估、全面了解癌性疼痛的部位、性质和程度,提供足够的镇痛药物,临床药师在此过程中扮演了重要角色^[5]。从镇痛药物药学认识的角度看,涉及到药效学、药动学、药剂学和药物治疗学等;从镇痛药物用药方法的选择看,涉及到给药方式、联合用药和相互作用等,这些都是药师具备的专业知识和技能。本文拟从国内癌性疼痛药物治疗中存在的问题和临床药师相关的药学服务两方面,对临床药师在癌性疼痛管理中的作用作一综述。

1 国内癌性疼痛治疗中存在的问题

近年来,我国癌症死亡率逐年上升,2008年癌症已经成为我国城市居民的首位死因,占城市居民死亡总数的25.0%^[6]。在临床上,癌症患者的治疗是复杂而漫长的过程。我国癌性疼痛的日常管理主要是由医师或护士承担,由于患者自身对镇痛药物使用的依从性差,医护人员人力资源有限及缺乏疼痛治疗药物的专业知识等因素,导致仍有部分患者的癌性疼痛未得到有效控制^[7]。

1.1 癌症患者药物镇痛治疗依从性差

患者对药物治疗依从性差已经成为有效止痛的首要障碍。癌性疼痛患者清楚疼痛对其生活质量的影响,但对药物较多的错误观念直接影响对癌性疼痛的控制,患者常误认为疼痛发作时才应服镇痛药,未发作服药会影响身体。许艳萍等^[8]采用问卷方式对178名癌性疼痛患者药物治疗的遵医行为进行了调查研究。结果显示,178名患者均不能正确遵医嘱服药,包括不按时服药、疼痛时才服药、漏服药、自行改量服药和不服药的行为情况,分析影响患者依从性的因素,其中最重要

的是患者对癌性疼痛治疗的知识缺乏,33%的患者认为服用镇痛药物会成瘾,尤其不愿长期服用阿片类药物。Paice JA等^[9]对“恐癌心理”对疼痛控制的影响的研究显示,55.6%的患者担心药物成瘾,39%的患者担心对镇痛药产生耐药性,该认识误区无性别差异,但可能与患者的文化背景有关,患者对药物成瘾的顾虑与其对耐药性的担心显著相关。此外,由于癌性疼痛患者缺乏与医护人员和家属有效沟通,多数患者家属不具备专业的医学知识,导致在患者疼痛管理方面面临障碍^[10]。

1.2 医护人员缺乏相关的癌性疼痛药物治疗知识

国外已把控制癌性疼痛作为与预防、诊断、治疗并列的癌症综合治疗的一部分,国内肿瘤科的医护人员却仍把工作重点放在对癌症本身的治疗上,对患者的癌性疼痛关注度不够^[11]。在癌性疼痛治疗过程中,医护人员过分担心麻醉性镇痛药物的成瘾性或不良反应,导致存在给药剂量不足、没有个体化用药和遴选药物不适宜等。例如,临床上吗啡治疗癌性疼痛无标准剂量,同等程度的疼痛强度个体间所需硫酸吗啡控释片(商品名:美施康定)的剂量波动在10~600 mg/d,大区间的个体差异致使临床医师担心吗啡的不良反应而不给予足够的剂量,达不到控制癌性疼痛的目的^[12]。又如,医师长期习惯使用哌替啶镇痛,但其镇痛作用仅为等剂量吗啡的1/10~1/8,作用时间短,仅维持2.5~3.5 h,其代谢产物去甲哌替啶在体内半衰期长,长期应用易造成在体内蓄积,哌替啶作为癌性疼痛患者止痛的临床长期用药是不合理的^[13]。此外,由于医护人员不能及时掌握患者的疼痛控制情况,造成麻醉性镇痛药物滴注时间过长、对患者疼痛程度无区别对待均统一剂量、预防性用药相对滞后、患者疼痛资料缺失、不良反应的处理及预防未得到足够重视等。由此可见,医护人员缺乏疼痛治疗知识成为影响癌性疼痛管理的重要因素。

1.3 癌性疼痛治疗行为的不合理因素

确定恰当的疼痛治疗方案需要全面、动态的医学评估。我国无专门的疼痛管理机制,医护人员未认识到疼痛评估的重要性,致使疼痛评估流于形式;医师普遍认为疼痛评分是评估患者疼痛的唯一标准,忽略了从生理、行为、功能等医院癌性疼痛管理障碍因素方面观察的综合评估^[14]。除了WHO的《癌症三阶梯镇痛原则》,各国对癌性疼痛治疗陆续制定了相应的癌性疼痛规范化治疗指南,如美国麻醉医师协会(ASA)提出的《癌性疼痛处理指南》(1997年)、欧洲肿瘤内科学会(ESMO)的《癌性疼痛治疗指南》(2004年)和美国国立综合癌症网络(NCCN)颁布的《成人癌痛临床实践指南》(2010年)等^[2,15-16]。我国对医护人员进行癌性疼痛治疗培训上还处于相对落后的状态,医护人员不了解WHO《癌症三阶梯镇痛原则》和治疗指南的新进展,担心麻醉性镇痛药物的滥用问题,国内许多医院和行政管理部门

* 主管药师。研究方向:药事管理。电话:010-68420820。E-mail:z466yaoku@163.com

通信作者:主任药师。研究方向:临床药学。电话:010-88422271。E-mail:yyd466@sina.com

在药品供应与管理制度的严格强调,忽视了管理目的是为了保障医疗止痛用药,从而阻碍了癌性疼痛的合理化治疗。

2 临床药师在癌性疼痛治疗中的药学服务

2.1 对癌性疼痛患者进行用药教育

患者用药教育是指医护人员直接与患者及其家属交流,解答其用药疑问,介绍药物和疾病知识,提供用药咨询服务。在现代药学服务中,患者用药教育是最重要的内容之一,也是药师参与临床药物治疗的重要组成部分。于华琴等^[1]的研究表明,临床药师对癌性疼痛患者采取个案教育、集中教育、随机教育以及由家属全程督导教育等形式进行干预后,患者的遵医嘱行为明显提高,疼痛控制程度得到明显改善,使患者对病情、治疗和转归有正确的认识。临床药师利用巡视病房的机会,提醒和监督患者服药,通过集中教育的方式回答患者关于药物治疗方案的疑问。临床药师加强对患者家属的用药教育,使患者家属了解镇痛药品的使用、疗效和不良反应发生的正确识别,促使家属对患者进行用药监督和协助,改善患者的遵医嘱行为。临床药师与患者及家属保持密切接触,能够让癌性疼痛患者感受到关心和帮助,改善医患关系,使其更好地配合临床治疗,提高癌性疼痛患者服用镇痛药物的依从性,改善癌性疼痛控制情况。

2.2 参与并监督癌性疼痛患者的用药治疗

临床药师可以通过《药讯》、处方点评、病历点评、临床查房等方式,对临床麻醉性镇痛药物种类的选用、联合用药、给药途径的选择、药品不良反应监测方面进行综合评估,进而对医院镇痛药品进行合理管理。国内外临床药师的疼痛服务工作模式不同,美国临床药师的工作方式为会诊模式,不参加病区医疗查房,医师、护士遇到问题时会主动与药师电话联系^[8]。我国肿瘤科临床药师工作模式与其他专科临床药师相似,每天参与医疗查房,发现问题与医师沟通。目前,我国综合性医院在探索建立“癌性疼痛治疗小组”的新型癌性疼痛患者管理模式,其成员包括了疼痛科医师、精神科医师、肿瘤科医师和临床药师。在参与临床治疗过程中,临床药师首先需理解和掌握癌性疼痛的各项诊治原则和治疗指南,结合患者病情和药物基本情况,为患者制订个体化的药物治疗方案。其次,临床药师参与查房,与医护人员合作,对镇痛情况及合并症进行详细的评估与记载。临床药师运用药学专业知识,及时发现药品不良反应,与医师沟通,积极开展学科间会诊,促进规范用药,有效避免药物对患者的危害和可能引发的医疗纠纷事件。最后,临床药师通过审核、评估和干预医院门急诊的麻醉性镇痛药处方,促进麻醉性镇痛药品合理使用,干预方法包括:利用计算机系统对医师开具麻醉药品的处方权进行权限限定;探索使用前瞻性药物利用评估方法,对门急诊麻醉药品的使用进行评估;对疑义处方存在的问题进行分类和统计,将不合理及违规处方行为纳入医院质控管理。

2.3 参与癌性疼痛管理和完善制度

在癌性疼痛治疗过程中,临床药师应主动介入疼痛评估工作,遵循按时、量化、全面和动态的评估原则,规定严格的癌性疼痛评估流程,掌握患者的疼痛情况,及时调整用药方案,完善临床上癌症患者的治疗和护理工作。此外,临床药师可定期组织相应科室医护人员进行癌性疼痛治疗指南新进展和麻醉药品临床指导原则等内容学习,改善癌性疼痛治疗不足的现状,促进医师和护士对癌性疼痛管理的理解,使其能积极履行给予癌性疼痛患者镇痛的义务。临床药师还应协助医护人员做好麻醉药品的请领、保管和使用工作,对病区麻醉药

品的基数、口服药物的使用情况、注射剂及贴剂使用情况等记录进行检查,确保病区麻醉性镇痛药品的安全使用。当有新的镇痛药品及使用方式出现,或者现有镇痛药物不能充分满足临床需求,临床药师应及时对完善药品配置和管理结构建议,通过增加镇痛药物的供应和合理使用等手段来满足癌性疼痛患者的实际需求。

3 结语

癌性疼痛的管理复杂,需要多学科合作。临床药师可发挥专业优势,通过为患者和医护人员提供及时、全面、合理的药学服务,形成癌性疼痛规范诊疗及低风险的最佳管理模式,促进镇痛药的合理使用,提高癌症患者的生活质量。

参考文献

- [1] Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L. The World Cancer Report and the burden of oral cancer [J]. *Eur J Cancer Prev*, 2004, 13(2): 139.
- [2] 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.
- [3] 孙燕,顾慰萍.癌痛三阶段止痛治疗原则[M].2版.北京:北京医科大学出版社,2005:15.
- [4] 王雅杰,王宁.重视吗啡治疗癌痛病人的个体差异[J].药学服务与研究,2010,10(2):81.
- [5] Bhagat K, Chinyanga HM. Trends in cancer pain management[J]. *Cent Afr J Med*, 2000, 46(2): 46.
- [6] 张伟东,苗树军.我国恶性肿瘤死亡率流行病学特征分析[J].中国健康教育,2009,25(4):246.
- [7] 周冬梅.癌痛治疗不充分原因分析[J].肿瘤基础与临床,2009,22(6):526.
- [8] 许艳萍,陆燕萍.癌性疼痛患者药物止痛治疗依从性调查[J].蛇志,2013,25(2):146.
- [9] Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain[J]. *CA Cancer J Clin*, 2011, 61(3):157.
- [10] 刘洋,张慧.癌性疼痛的影响因素及管理现状[J].解放军护理杂志,2011,28(10B):43.
- [11] 王刚,徐静,丁从兰,等.癌痛规范化病房创建体会[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(12):717.
- [12] Mercadante S. The use of rapid onset opioids for breakthrough cancer pain: the challenge of its dosing [J]. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2011, 80(3): 460.
- [13] 杜小莉,李大魁,金岩,等.哌替啶使用情况调查[J].中国医院药学杂志,2003,23(5):291.
- [14] 徐建华,沈英.癌痛的评估及护理进展[J].全科护理,2009,7(10B):2714.
- [15] Practice guidelines for cancer pain management. A report by the American society of anesthesiologists task force on pain management, cancer pain section[J]. *Anesthesiology*, 1996, 84(5):1243.
- [16] Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines [J]. *Ann Oncol*, 2012, 23(Suppl 7): 139.
- [17] 于华琴,刘月琴,陈惠蓉,等.健康教育对癌痛患者口服止痛药依从性的影响[J].华西医学,2008,23(3):615.
- [18] 吴萍,葛卫红,王明丽,等.美国临床药师疼痛服务的启示[J].药学与临床研究,2013,21(3):298.

(收稿日期:2014-12-24 修回日期:2015-02-03)

(编辑:陶婷婷)