

# 临床药师对癌痛治疗不合理用药的干预效果<sup>Δ</sup>

魏妙华\*, 吴春美, 张利平, 王双虎(丽水市人民医院临床药学科, 浙江 丽水 323000)

中图分类号 R95;R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)05-0683-03  
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.05.38

**摘要** 目的:优化癌痛药物治疗,提高癌痛控制水平。方法:选取我院肿瘤科2011年7—12月(干预前)151例及2013年7—12月(干预后)146例癌痛患者的出院病历,对癌痛治疗药物的使用合理性进行对比分析。结果:临床药师干预后镇痛药物使用逐步规范,用药合理率由47.68%上升至85.62%( $\chi^2=47.828, P=0.000<0.01$ );镇痛药治疗24 h、3 d的疼痛缓解率分别为68.49%、92.47%,明显高于干预前的43.05%、67.55%( $P<0.01$ );干预后便秘和恶心呕吐的不良反应发生率降低( $P<0.05$ ),患者用药依从性提高( $P<0.01$ )。结论:临床药师采取的干预措施有效可行,对促进临床合理使用镇痛药物,规范癌痛治疗起到积极作用。

**关键词** 临床药师;癌痛;合理用药;干预

## Effects of Cancer Pain Irrational Drug Use from the Intervention of Clinical Pharmacists

WEI Miao-hua, WU Chun-mei, ZHANG Li-ping, WANG Shuang-hu (Dept. of Clinical Pharmacy, Lishui Municipal People's Hospital, Zhejiang Lishui 323000, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for rational use of analgesic agents and standard treatment of cancer pain. METHODS: The medical records of 151 discharged patients with cancer pain were collected from oncology department of our hospital during Jul.-Dec. 2011 (before intervention) and those of 146 patients collected during Jul.-Dec. 2013 (after intervention). The rationality of drugs used in cancer pain treatment was analyzed comparatively. RESULTS: After clinical pharmacist's intervention, the use of analgesic drugs became standard gradually, and reasonable rate of drug use raised to 85.62% from 47.68% ( $\chi^2=47.828, P=0.000<0.01$ ); the rate of pain relief was 68.49% after 24 h analgesic drug therapy and 92.47% after 3 d analgesic drug therapy, which were both higher than 43.05% and 67.55% and 90.07% before intervention ( $P<0.01$ ); the incidence of ADR as constipation, nausea and vomiting decreased ( $P<0.05$ ), and the compliance of patients increased ( $P<0.01$ ) after intervention. CONCLUSIONS: The intervention measures by clinical pharmacists are effective and feasible, and play positive role in promoting the rational use of analgesic drugs and standardizing the treatment of cancer pain.

**KEYWORDS** Clinical pharmacists; Cancer pain; Rational drug use; Intervention

癌痛是癌症患者最常见的临床症状之一,严重影响着患者的生存质量。研究表明,45.8%癌症患者认为经过治疗后,癌痛并未得到很好的缓解<sup>[1]</sup>。药师在临床实践中发现,癌痛控制不理想的主要原因是未完全实现癌痛治疗的剂量个体化原则,没有达到最佳镇痛疗效与最低不良反应间的平衡。目前,绝大多数临床科室存在癌痛治疗药物不合理应用现象,尤其是肿瘤科。为优化癌痛药物治疗,提高患者癌痛控制水平,我院临床药师以创建癌痛规范化治疗示范病房为契机,于2012年4月起采取了一系列综合干预措施,对肿瘤科癌痛治疗用药进行干预,现将干预效果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

从我院病历数据库中选取肿瘤科癌痛患者出院病例。其中,2011年7—12月为干预前组,共151例;2013年7—12月为干预后组,共146例。入选要求:经病理确诊为恶性肿瘤在住院期间因癌痛服用镇痛药的患者,排除非癌痛患者。

<sup>Δ</sup>基金项目:浙江省医学会临床科研基金项目(No.2012ZYCA113)

\*副主任药师。研究方向:临床药学。电话:0578-2780158。E-mail:390980752@qq.com

### 1.2 调查方法

设计癌痛治疗药物使用调查表,内容包括患者基本信息、诊断、是否禁食、疼痛性质、用药前后疼痛评分、爆发痛发作情况、镇痛药及辅助用药名称、剂型、用法用量、阿片类剂量滴定、药品不良反应及患者用药依从性等,通过查阅病历和随访完成病例调查。

### 1.3 干预措施

1.3.1 制订和学习相关制度 医院召集相关科室参照美国国家综合癌症网络(NCCN)推荐的《NCCN成人癌痛临床实践指南(中国版)》(2010年第1版)、《癌症疼痛诊疗规范》(2011年版)、《癌痛规范化治疗示范病房标准》等指南和文件,联合制订癌痛规范化诊疗流程、癌痛动态评估机制、实施癌痛个体化治疗、癌痛患者随访制度等相关制度,汇编成小册子发给临床医师,便于临床查阅和学习,要求医师严格按照相关规定使用癌痛治疗药物,并定期组织考核,以促进临床医师熟练掌握癌痛治疗合理用药知识。

1.3.2 宣教与培训 临床药师和肿瘤科相关人员多次参加全国及省内举办的癌痛规范化治疗培训;在院内举办癌痛药物合理应用系列讲座,采取临床药师、肿瘤科主任和聘请外院专家授课等形式,定期为全院药师及临床医师开展合理使用镇

痛药物的学习和培训;在病区宣传栏张贴“世界卫生组织(WHO)三阶梯癌痛规范化治疗”等宣教信息,发放疼痛患者教育手册、疼痛评分脸谱图等患者教育资料,并定期开展患者及家属疼痛相关知识宣教。

1.3.3 监督检查 在创建癌痛规范化治疗示范病房期间,医院指定临床药师负责癌痛治疗用药指导。临床药师每日参与肿瘤科查房,对癌痛患者实施药学监护,干预癌痛治疗不合理用药,并每月动态分析全院癌痛治疗药物使用情况,与存在问题较多的医师沟通,要求及时整改,并对其跟踪检查。

1.3.4 软件设计管理 利用合理用药管理软件系统,临床药师根据癌痛治疗相关指南和药品说明书等循证医学证据,结合日常查房和检查时发现的用药问题,对镇痛药的用法用量、给药途径、联合用药、禁忌证等建立用药规则库,设置用药安全级别。在医师保存医嘱时,管理系统可实现疾病、药品、病情等多条件作用下判断医嘱的合理性,对不合理医嘱进行实时用药安全警示,临床药师根据用药警示实时审核和干预,以达到事前干预的目的。

1.3.5 行政干预 医院将合理用药纳入医疗质量考核目标管理,制定各科室的用药比例,并与奖惩制度挂钩。处方点评小组每月对医嘱进行抽查点评,对不合理用药上报质控处进行通报和经济处罚,督促临床合理用药。

#### 1.4 评价标准

参照《NCCN成人癌痛临床实践指南(中国版)》(2010年第1版)、《癌症疼痛诊疗规范》(2011年版)、《麻醉药品临床应用指导原则》(卫医发[2007]38号)和《处方管理办法》(卫生部令第53号)等指南和文件,对干预前后癌痛治疗用药进行合理性评价。

#### 1.5 统计学方法

应用SPSS 17.0软件进行统计分析。所有数据均为计数资料,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者基本情况

干预前后两组患者的男女比例、各年龄构成、疼痛评分、疼痛性质比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。干预前后两组患者的基本情况见表1。

### 2.2 用药合理性评价

干预前癌痛药物使用合理[镇痛药选择、阿片类剂量滴定、给药频率、非甾体抗炎药(NSAIDs)日剂量、爆发痛处理、联合用药、换药剂量换算、未使用哌替啶均合理]有72例,干预后为125例,用药合理率分别为47.68%、85.62%,干预前后比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 47.828, P = 0.000 < 0.01$ )。干预后的镇痛药选择、阿片类剂量滴定、给药频率、NSAIDs日剂量、爆发痛处理、联合用药、换药剂量换算与干预前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。干预前有4例患者应用哌替啶止痛,干预后均未使用。干预前后癌痛药使用合理性比较见表2。

### 2.3 疼痛缓解情况

两组患者经镇痛药治疗24h的疼痛缓解率比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 19.467, P = 0.000 < 0.01$ );镇痛治疗3d的疼痛缓

率比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 28.586, P = 0.000 < 0.01$ );镇痛治疗7d的疼痛缓解率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组患者给药后疼痛缓解情况比较见表3。

表1 干预前后两组患者的基本情况(例)

Tab 1 General information of patients in 2 groups before and after intervention (case)

患者基本情况		干预前	干预后	$\chi^2$	P
性别	男性	84	76	0.382	0.537
	女性	67	70		
年龄,岁	20~39	18	10	2.870	0.238
	40~59	71	66		
	≥60	62	70		
疼痛评分,分	1~3	9	6	2.939	0.230
	4~6	90	76		
	7~10	52	64		
疼痛性质	躯体痛	70	78	4.033	0.258
	内脏痛	28	25		
	神经痛	32	19		
	混合性痛	21	24		

表2 干预前后癌痛药使用合理性比较

Tab 2 Comparison of the rationality of drugs used in cancer pain treatment before and after intervention

评价指标	干预前(n=151)		干预后(n=146)		$\chi^2$	P
	合理例数	构成比, %	合理例数	构成比, %		
镇痛药选择	109	72.19	142	97.26 <sup>a</sup>	35.656	0.000
阿片类剂量滴定	105	69.54	141	96.58 <sup>a</sup>	38.156	0.000
给药频率	103	68.21	142	97.26 <sup>a</sup>	43.367	0.000
NSAIDs日剂量	133	88.08	145	99.32 <sup>a</sup>	15.649	0.000
爆发痛处理	110	72.85	139	95.21 <sup>a</sup>	27.384	0.000
联合用药	107	70.86	142	97.26 <sup>a</sup>	38.180	0.000
换药剂量换算	137	90.73	144	98.63 <sup>a</sup>	9.093	0.003
未使用哌替啶	147	97.35	146	100		

注:与干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.01$

Note: vs. before intervention, <sup>a</sup> $P < 0.01$

表3 两组患者给药后疼痛缓解情况比较[例(%)]

Tab 3 The condition of pain relief in 2 groups after medication [case (%)]

疼痛评分	干预前(n=151)			干预后(n=146)		
	24 h	3 d	7 d	24 h	3 d	7 d
0~3分(缓解)	65(43.05)	102(67.55)	136(90.07)	100(68.49) <sup>a</sup>	135(92.47) <sup>a</sup>	138(94.52)
4~10分(未缓解)	86(56.95)	49(32.45)	15(9.93)	46(31.51)	11(7.53)	8(5.48)

注:与干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.01$

Note: vs. before intervention, <sup>a</sup> $P < 0.01$

### 2.4 药品不良反应发生情况

干预后便秘发生率较干预前降低,差异有统计学意义( $\chi^2 = 6.031, P = 0.014 < 0.05$ );出现恶心呕吐的患者比例较干预前明显减少,差异有统计学意义( $\chi^2 = 6.074, P = 0.014 < 0.05$ )。头晕头痛、嗜睡、排尿困难、幻觉和呼吸抑制的发生率干预后有所下降,但与干预前比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预前后药品不良反应发生率比较见表4。

### 2.5 患者用药依从性

从服药时间、自行增加或减少药物剂量、自行增加或减少用药次数、用药方法、自行停药五方面评估用药依从性,干预

后较干预前明显改善,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。干预前后患者用药依从性比较见表5。

表4 干预前后药品不良反应发生率比较

Tab 4 Comparison of the incidence of ADR before and after intervention

药品不良反应	干预前( $n=151$ )		干预后( $n=146$ )	
	例数	构成比, %	例数	构成比, %
便秘	39	25.83	21	14.38 <sup>a</sup>
恶心呕吐	27	17.88	12	8.22 <sup>a</sup>
头晕头痛	8	5.30	2	1.37
嗜睡	6	3.97	3	2.05
排尿困难	5	3.31	1	0.68
幻觉	2	1.32	0	0
呼吸抑制	3	1.99	0	0

注:与干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$

Note: vs. before intervention, <sup>a</sup> $P<0.01$

表5 干预前后患者用药依从性比较

Tab 5 Comparison of patient medication compliance before and after intervention

项目	干预前( $n=151$ )		干预后( $n=146$ )		$\chi^2$	$P$
	例数	构成比, %	例数	构成比, %		
服药时间不正确	38	25.16	5	3.42 <sup>a</sup>	28.336	0.000
自行增加或减少药物剂量	23	15.23	1	0.68 <sup>a</sup>	21.147	0.000
自行增加或减少用药次数	32	21.19	3	2.05 <sup>a</sup>	26.150	0.000
用药方法不正确	10	6.62	0	0 <sup>a</sup>	8.074	0.004
自行停药	15	9.93	2	1.37 <sup>a</sup>	10.088	0.001

注:与干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$

Note: vs. before intervention, <sup>a</sup> $P<0.01$

### 3 讨论

#### 3.1 提高镇痛效果

经干预,镇痛药使用合理率由47.68%上升至85.62% ( $P<0.01$ ),可见采取的干预措施效果显著。干预后组镇痛药治疗24 h及3 d的疼痛缓解率均较干预前明显提高( $P<0.01$ ),68.49%的患者24 h即可达到剂量滴定稳态,92.47%的患者在3 d内达到满意止痛,表明若遵循三阶梯止痛原则,采用合适的药物和剂量,能快速有效缓解绝大多数患者的疼痛<sup>[2]</sup>。本研究结果显示,临床药师通过优化癌痛药物治疗方案,提高了患者癌痛控制水平,从而改善肿瘤患者的生存质量。

#### 3.2 降低不良反应发生率

临床药师通过与患者面对面的交流与沟通,及时发现患者出现的不适症状,将药物造成的不良反应降到最低。干预后便秘和恶心呕吐的发生率较干预前明显降低( $P<0.05$ ),无呼吸抑制等严重不良反应,但仍存在因未及时预防而出现便秘、恶心呕吐的患者。除便秘外,阿片类药物的不良反应大多是暂时性或可耐受的,临床医师应把预防和处理阿片类不良反应作为镇痛治疗计划的重要组成部分<sup>[3]</sup>。

#### 3.3 提高患者用药依从性

癌痛的评估及担心成瘾性等方面是癌痛治疗的一大障碍<sup>[4]</sup>,因此癌痛治疗过程中,患者及家属的理解和配合至关重要。

临床药师有针对性地开展止痛知识宣教,如镇痛药的正确服用方法、潜在的不良反应及应对策略、鼓励患者主动向医护人员描述疼痛的程度、应在医师指导下进行止痛治疗、规律服药、不宜自行调整止痛药剂量和止痛方案等<sup>[5]</sup>。临床药师通过药学查房、随访等方式调查患者的用药依从性,增强了患者及家属对癌痛和药物的认识,消除对药物的各种疑虑及不合理用药,95%以上的患者能遵医嘱正确服用镇痛药,用药依从性显著提高,保证药物充分发挥治疗作用。

#### 3.4 规范癌痛治疗用药

临床药师参与医疗团队,从药理学角度干预癌痛药物治疗,以提高镇痛效果和用药安全,并利用合理用药管理软件实施有针对性的干预,使镇痛药选择、阿片类剂量滴定、给药频率、NSAIDs日剂量、爆发痛处理、联合用药、换药剂量换算的合理率均上升至95%以上,表明临床药师干预在肿瘤科癌痛治疗合理用药中发挥了积极的作用。但仍存在剂量滴定不规范、未及时处理爆发痛的现象。实现癌痛治疗剂量个体化,达到最佳镇痛疗效与最低不良反应发生率间的最佳平衡,是成功控制癌痛的关键<sup>[6]</sup>。

综上所述,临床药师实施合理用药的药理学干预措施切实可行,癌痛药物使用的各项评价指标合理率均显著提高,使癌痛治疗亦趋于规范化,医疗质量和安全也得以提高。临床药师在癌痛控制中发挥了积极的作用,体现了其价值,促进了临床药学工作的进一步开展,同时这一工作模式还可应用于尚未开展癌痛规范化治疗的基层医院,使更多的癌症患者受益。但临床药师仍需进一步努力,加强对患者癌痛知识的宣教,规范阿片类药物剂量滴定,促进临床合理使用镇痛药,以达到快速、安全控制癌痛,最大限度地提高癌症患者的生存质量。

#### 参考文献

- [1] Dhingra L, Lam K, Homel P, et al. Pain in underserved community-dwelling Chinese American cancer patients: demographic and medical correlates[J]. *Oncologist*, 2011, 16(4):523.
- [2] 韦燕,莫显伟.癌症患者相关障碍因素对癌痛治疗的影响[J]. *医学综述*, 2010, 16(24):3 739.
- [3] 李君.癌性疼痛药物不良反应的防治[J]. *临床药物治疗杂志*, 2012, 10(4):37.
- [4] 于世英.重视老年癌痛患者的药物止痛治疗[J]. *中国肿瘤*, 2011, 20(4):270.
- [5] 谢铮铮,翟所迪,孙路路,等.43例癌痛患者药理学监护效果的研究[J]. *中国医院药学杂志*, 2012, 32(10):799.
- [6] 王凯峰,潘宏铭.癌痛药物治疗的新观念[J]. *临床药物治疗杂志*, 2012, 10(4):1.

(收稿日期:2014-05-21 修回日期:2014-07-21)

(编辑:刘 艺)