

癌症病人为什么这么痛？能治疗吗？

□谢广伦

著名香港影星吴孟达于2021年2月27日去世,享年68岁。作为“70后”,听到这个消息,我很伤悲;作为一名肿瘤医生,尤其是从事疼痛与姑息治疗的医生,我从媒体报道中发现一个严重问题:虽然吴孟达是在睡梦中去世的,走得很安详,但港媒报道他在去世的前几天,曾经遭受过严重的疼痛折磨,甚至每4小时打一次止痛药也没有特别好的效果。

不仅仅是吴孟达,不久前去世的音乐人赵英俊,患的同样是肝癌,据报道,《送你一朵小红花》这首歌曲是他在用完止痛药后才顺利完成的。不仅仅是他们两个人,2019年曝光的“亚洲安乐死第一人”——台湾著名媒体主持人傅达仁,之所以花费巨资赴瑞士实施安乐死,就是因为胰腺癌引起的无法控制的疼痛,导致他生不如死,从而有了这一罕见之举。其实,许多患癌症去世的人,基本上都遭受过难以忍受的疼痛折磨。有人不禁会问:癌症病人为什么这么痛?能治疗吗?

癌痛的原因

其实,并不是癌症病人就百分百产生疼痛。回顾性分析表明,早期的癌症病人,大约25%会产生疼痛;治疗期间的病人,50%左右会产生疼痛;但到了晚期,则可能80%以上的病人会产生疼痛,其中一半以上是中重度疼痛(就是影响吃饭、睡眠的疼痛,必须进行治理)。也就是说,晚期癌症病人,有40%以上的概率会遭受难以忍受的疼痛,必须进行治疗!

癌症病人产生疼痛,有以下几种原因:

第一,肿瘤生长或转移侵

犯了神经、骨骼或者内脏,刺激了相应的疼痛感受器。

这种肿瘤生长和转移导致的疼痛占所有癌痛病人的70%~80%。

如果肿瘤生长在身体疼痛感受器分布比较稀少的地方(比如脂肪内),那么即使肿瘤很大,病人也不会感到疼痛。但是,如果肿瘤刚好在神经或者大血管附近生长,或者肿瘤短期内生长迅速,使肿瘤周围的组织或器官压力过大,或者肿瘤放疗或化疗药物损伤相关神经等原因引起身体内神经受

损或者组织缺血缺氧,就会产生剧烈疼痛,使病人难以忍受。比如,骨转移后肿瘤压迫神经引起疼痛,胰腺癌刺激腹腔神经丛引起剧烈腹痛,宫颈癌压迫周围血管和神经丛导致盆腔和下肢疼痛,肝癌比较大的时候刺激肝包膜导致肝区疼痛,乳腺癌锁骨上或者腋窝放疗损伤臂丛神经等引起剧烈疼痛。

第二,肿瘤治疗也会导致疼痛。

开胸术后的切口痛、化疗后的四肢末梢周围神经痛、放

疗后瘢痕形成压迫神经或组织导致的放疗后神经痛等,都会让癌症病人难以忍受。这种肿瘤治疗导致的疼痛占15%~20%。

第三,虽然肿瘤会导致疼痛,但肿瘤病人还有一部分疼痛是与肿瘤无关的。

这种与肿瘤无关的疼痛占5%~8%。比如,肿瘤病人由于免疫力低下,容易合并带状疱疹及后遗神经痛;肿瘤病人有颈椎病、腰椎间盘突出等,也会引起疼痛。医生需要进行仔细鉴别。

既往有观点认为,微创镇痛是在三阶梯药物治疗无效的情况下才建议应用。现在,越来越多的证据表明,如果有适应证的话,越早应用微创镇痛,病人疼痛控制越好,不良反应越少,而且由于生活质量更高,存活时间也更长。因此,如果癌症病人有微创镇痛的适应证,一定要尽早进行微创镇痛。

总之,虽然癌症病人的疼痛发生率很高,有相当一部分还是重度疼痛甚至是难治性疼痛,但是只要能够配合专业的癌痛治理医生,让医生根据不同的疼痛原因选择合适的治疗方案,进行个体化精准治理,可以说,95%以上的病人可以完全控制疼痛,从而免受疼痛折磨,生活质量更高,生存时间更长!

结语

癌痛的治疗

许多人以为,癌症病人的疼痛就是由癌症引起的,只要把癌症治好了,就会不痛了,因此花费大量的金钱和时间去治理肿瘤,而忽视了癌痛治理。实际上,这种思想是非常错误的。只有把癌痛作为一种疾病,让专业医生针对疼痛的具体原因进行规范化治理,才能让病人的疼痛得到最佳控制,让病人免受疼痛折磨,享受无痛生活。

如何进行癌痛规范化治理呢?

首先,不得不提到三阶梯药物治疗。80%左右的癌症病人可以通过药物来缓解疼痛。临床上有两类常用的止痛药物,一类叫非阿片类药物(我们能在外面药店里买到的止痛药基本上都属于这一类,如芬必得、吲哚美辛、对乙酰氨基酚、西乐葆等)。

由于其作用效果有限,长时间应用对肝肾功能和胃肠道功能影响比较大,有天花板效应(增加剂量应用的话止痛效果不一定增加,不良反应反而增加),因此被推荐用于短时间控制轻中度疼痛。另一类叫阿片类药物(必须在医院里面才能开出来的止痛药,比如吗啡、羟考酮、芬太尼透皮贴等)。这一类药物由于作用强度大,止痛效果好,长时间应用对肾功能影响小,没有天花板效应(一般增加剂量,止痛效果也会增加),因此被世界上多个指南推荐为癌痛治理的一线用药。目前,有不同的阿片类药物和剂型可供有癌痛的病人选择。比如,能口服的病人,可以选择口服缓释制剂或口服速释制剂(美施康定、奥施康

定、吗啡片等);不能口服或者口服效果不好的,可以选择芬太尼贴剂或者静脉自控镇痛(镇痛泵)。

由于导致癌痛的因素不能及时去除,因此癌症病人一般需持续、按时、定点应用止痛药。如果我们能够在止痛的同时,积极控制肿瘤,肿瘤一旦缩小或者获得根治,神经或组织器官功能有效恢复,癌症病人的止痛药物完全可以大大减量或者不用。

其次,可以应用的止痛方案就是微创镇痛治理。规范化药物治疗,可以让80%以上的癌痛得到良好控制,但仍然有20%的癌症病人止痛效果并不理想(比如吴孟达,曾经每4小时打一次止痛药,疼痛仍然控制不佳),或者疼痛虽然能够控制,

但对恶心、呕吐或便秘等不良反应忍受不了。在这种情况下,可以应用微创镇痛的方式进行解决,比如癌症腹痛患者,可以用腹腔神经丛毁损进行控制;对肋骨转移导致的胸痛,可以应用肋间神经毁损进行控制;对于椎体转移导致的腰背痛,可以做骨水泥;对大剂量阿片药物(比如一天超过200毫克吗啡)仍然控制不佳的疼痛,则可以通过鞘内镇痛进行处理。



(作者供职于河南省肿瘤医院)

临床笔记

对一例原发性震颤病例的分析

□蔡卫卫

几年前,52岁的老张在写字、抓筷子时,手部开始不受控制地出现抖动。慢慢地,老张连喝水、搬运物品等都会受到这不经意的抖动的影响,频率越来越高,严重影响工作和日常生活。原本热情开朗的老张一下子变得沉默寡言。

数日前,老张在家属的陪同下来到洛阳市中心医院神经内科四门诊就诊。

经过询问病史及查体,医生认为老张是原发性震颤,就开具了针对性药物阿罗洛尔片。在后续的门诊随访中,患者症状明显改善,心情也大大好转。

什么是原发性震颤?

原发性震颤是一种常见的具有遗传倾向的运动障碍性疾病。在临床上,部分原发性震颤患者是因为遗传或者基因有问题而发病,有些原发性震颤患者发病原因不明,有的原发性震颤患者在紧张或激动时会表现得更明显一些。

从危害性上区分,原发性震颤有两种:一是生理性震颤,二是病理性震颤。若为生理性震颤,患者大多病情变化不大,不治理也行。病理性震颤会随着患者年龄的增长而慢慢加重,这就要引起患者的重视了,患者要及时治理,避免病情加重。

原发性震颤可发生于任何年龄人群,但多见于40岁以上者。

临床医生要掌握原发性震颤的六大特点:

一、发病原因。

目前尚不明确,可能与遗传因素有关,受环境因素影响,也正是因为原因不明,治理起来相对局限。

二、震颤表现。

患者通常首先由上肢开始,双侧上肢对称性起病,也可单侧上肢起病,一旦上肢起病后,常向上发展至头、面、舌、下颌部;累及躯干和双侧下肢者少,仅在病程晚期出现,而且程度比上肢轻,主要为姿势性 and 动作性震颤,有时因震颤导致发音困难。

三、家族史。

30%~50%的原发性震颤患者有家族史,呈常染色体显性遗传,直系亲属(父母、兄弟姐妹)可能有相似表现。

四、发病年龄。

中老年多见,可呈现双峰特征,即在20岁~30岁和50岁~60岁这两个年龄段多发,很少在少年时发病。

五、病情进展。

进展缓慢,大多数为良性病程,但不能自发缓解。通常发病10年~20年后才会因为震颤而无法正常工作与生活。

六、对酒精的反应。

饮酒可使大部分患者震颤暂时性明显减少,即使是小剂量乙醇都会产生戏剧性的效果,2小时~4小时后震颤又会再次出现。但对酒精有特征性反应的不一定都是原发性震颤,还可见于肌阵挛性肌张力障碍。

原发性震颤与帕金森病震颤有何不同?

帕金森病最常见的症状是静止性震颤,就是在患者安静状态下出现的震颤,一活动就会消失,而且帕金森病患者除抖动,还有动作变慢,肢体僵硬,严重时会出现姿势不稳。帕金森病有四大症状,简称慢、硬、抖、摔。因此,帕金森病患者不会仅有抖动症状,只有抖动不等于帕金森病。

原发性震颤最常见的姿势性震颤和动作性震颤,经常表现为头部抖动或下颌抖动,患者很容易受紧张情绪和劳累影响,往往在做精细动作时出现(如夹菜、倒茶、站立过久等情况下),严重时只要一拿东西就会抖,平息情绪和控制主动意识可以在一定范围内改善症状。

如何治理原发性震颤?主要有药物治疗和手术治疗。

药物治疗:一线药物有普萘洛尔、阿

罗洛尔、扑米酮;二线药物有加巴喷丁、托吡酯、阿普唑仑、阿替洛尔、索他洛尔、氯硝西洋;三线药物有氯氮平、尼莫地平、A型肉毒毒素等。

手术治疗:立体定向丘脑毁损术和深

部丘脑刺激术(DBS)。

出现震颤后,患者不要慌,震颤类型众多,并不一定都是帕金森病。如果有症状,患者要及时向神经内科医师求助,以得到及时治理!

(作者供职于洛阳市中心医院)

治疗技术

丘脑毁损术:对于治理震颤非常有效。80%~90%原发性震颤和帕金森病伴发的震颤在手术后完全消失,之后不需要任何处理;肌强直也同样减轻或消失。对于不完全消失和复发病例,应考虑深部丘脑刺激术(DBS)。在双侧震颤时,应该进行双侧DBS或至少一侧DBS,因为双侧丘脑毁损术可能引起构音障碍和痴呆,故不应该采用。

作为丘脑毁损术的并发症,术后肌张力下降几乎见于所有病例,但呈一过性,患者几乎没感觉。此外,从毁损部位的解剖学位置关系上看,深部的齿状核丘脑束损伤可引起小脑失调,后方影响感觉核则出现感觉障碍,外侧累及内囊可出现瘫痪。这些并发症的发生率约为5%,通过准确定位靶点和术中电生理检查,能够避免发生。

深部丘脑刺激术:主要是将电极植入患者脑内,运用脉冲发生器刺激其大脑深部的某些神经核,纠正异常的大脑电环路,从而减轻这些神经方面的症状。

与传统手术相比,深部丘脑刺激术具有选择性好、靶点明确、无损伤、可调、可逆转、手术安全、并发症少、双侧可同期手术等优点;与永久性的不可调节和不可逆转的损伤大脑的一些治理方法不同,这种技术不破坏大脑结构,可以允许今后的进一步治理;改善病人的运动症状,减少左旋多巴制剂的副作用,提高病人的日常生活能力,并长期维持疗效。

医技在线

开通慢性完全闭塞病变(CTO),可使很多冠心病患者的生活质量、心功能及预后得到改善。

逆向开通CTO,提高了手术成功率,但它只是一种手段,不能成为一种“时髦”。对有下列情况之一者慎用逆向开通技术:心力衰竭,心功能Ⅲ级/Ⅳ级,或术前血压偏低者;右冠状动脉、前降支或回旋支有两支闭塞或类似两支闭塞(有一支细小),另一支血管不能作为逆向途径使用;左主干闭塞等。如果有以上情况,逆向指引导管的放置或逆向造影可导致血压下降或(和)心功能恶化。侧支供血血管和侧支的痉挛或损伤可导致灾难性后果。另外,在导室不能及时进行ACT(激活全血凝固时间)监测,或手术团队或术后管理者不能快速有效地处理并发症(血管穿孔、心包填塞)时,逆向操作尽量不用。CTO前向技术仍是基本的、常用的、相对安全的手段。

尽管前向术式有多种名称,但是实际上导丝通过CTO无外乎“真-假-真”“真-真”或“假-真”几种方式,技术包括穿刺(穿钻)和滑行。穿刺成功的关键是穿刺部位“假”“真”组织紧贴,“假”“真”之间的腔隙形成(夹层或血肿)是穿刺失败的主要原因。进入夹层时,导丝弯曲度小于血管曲度及导丝头端指向血管外侧,提示导丝跟踪性差,故穿刺后要更换超滑导丝滑行,即应用穿刺滑行技术,应该是导丝操作的基本方法,尤其是对长段或(和)扭曲闭塞病变。应用Stingray球囊(CTO专用重入真腔球囊扩张导管),在专用导丝穿刺后更换导丝滑行,正是这个道理。

在“假”“真”之间形成空隙之前,整个闭塞段内均适用穿刺滑行技术。导丝或逆向显影参照下的穿刺更具有目的性。如无明确指向的试穿,宜指向血管的心肌壁侧(即前降支的间隔支方向、回旋支的钝缘支方向、右冠状动脉的锐缘支方向)。传统平行导丝或see-saw技术(导丝互照技术,本质上属于平行导丝技术),强调缠绕导丝穿刺,然后继续用穿刺导丝穿行,很容易造成“假-真-假”,影响成功率及效率。实际上,平行导丝或see-saw技术的主要作用是导丝参照。与平行导丝或see-saw技术相比,导丝参照下的穿刺滑行技术可明显提高效率及成功率。

心力衰竭患者进行CTO开通往往受益较大。心功能Ⅳ级患者,宜合理应用药物治疗以改善心功能,择期进行PCI(经皮冠状动脉介入手术)。但是,一些患者经过充分合理的抗心力衰竭治理,心功能不见好转甚至恶化,要果断进行PCI。术者要对患者的病情足够了解,对术中、术后可能出现的不良事件要做出清楚的预判,准备好各种急救措施。

对于这些患者,我们常规预置IABP(主动脉内球囊反搏),使用正向CTO开通技术,尽量减少逆向造影或(和)双向造影,必要时应用肾上腺素来维持收缩压>90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。如遇患者血压降低,要快速恢复血压。慢性闭塞血管以外小分支损伤(闭塞)或侧支循环功能丧失均可导致严重后果,术者在操作时要特别注意。心力衰竭患者对心包积液或心包压塞耐受性很差,一旦出现血管穿孔,医生应立即处理。

患者尤其是高龄、瘦小患者,术后出现心功能恶化或血压不稳常规治理效果差,很可能源于失血。对于术后血流动力学或心电图活动不稳定患者,手术医生亲自临床观察很有必要。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

非手术治疗椎间盘突出哪种方法最佳

□杨文成

椎间盘突出是引起腰腿痛的常见原因,约75%的坐骨神经痛是由腰椎间盘突出引起的。研究证实,约80%的椎间盘突出患者可通过保守治理缓解症状。常

治的主要保守疗法包括:卧床休息,一般药物治疗(非甾体抗炎药、鸦片类镇痛药、局部膏药),理疗和按摩,佩戴腰骶支具,硬膜外类固醇药物治疗,化学髓核溶解和生物因子等。哪种方法效果最佳呢?

经过分析,我们发现,经椎间孔硬膜外类固醇药物注射在所有非手术治疗

方法中可以获得最佳短期疗效。

经椎间孔硬膜外类固醇药物注射技术,是在彩超或C形臂X线机的引导下,通过腰穿针将类固醇药物注射至相应硬膜外间隙,通过药物强大的抗炎作用来缓解椎间盘突出引起的腰腿痛。

经椎间孔硬膜外类固醇药物注射技术简单,风险小,起效快,花费低,副作用少,是急性椎间盘突出患者非手术治理的有效方法。

(作者供职于郑州市中心医院)

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治理方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部