

1 癌痛规范化管理为何重要

癌痛从来不只是一个“疼”字。疼痛控制还与抗癌治疗依从性密切相关。疼痛没有得到有效控制的患者,可能由于持续身体不适以及由此产生的负面情绪,难以坚持放疗、化疗、手术和介入治疗等。规范化癌痛管理能够帮助患者减轻疼痛、增强治疗信心,从而提高治疗依从性,为抗肿瘤治疗的顺利实施创造条件。

与此同时,早期开展规范化癌痛管理还有助于预防疼痛慢性化。长期疼痛可能导致中枢敏化,增加痛觉过敏、痛觉超敏以及难治性癌痛发生的风险,并可能进一步影响患者身体功能和心理状态。及时识别和干预疼痛,有助于减少长期疼痛带来的连锁影响。

癌痛规范化管理还涉及医疗资源的合理配置。通过规范疼痛评估、诊断和治疗流程,可以进一步整合不同学科的医疗资源,为患者制定个体化方案,并识别适合早期接受微创治疗的患者,从而提高医疗资源使用效率。

谢广伦表示,癌痛规范化管理贯穿癌症诊断、治疗、康复及姑息治疗等全程。在癌症治疗早期,癌痛管理有助于及时发现疼痛原因并进行干预;到了疾病晚期,疼痛管理又是姑息治疗的重要内容,有助于维护患者的尊严和生活质量。

因此,癌痛规范化管理需要被放在癌症全程管理的整体框架中加以认识。谢广伦指出,癌痛规范化管理是癌症全程管理体系中不可或缺的核心组成部分,其重要性 with 手术、放化疗等病因治疗相当。

郑州大学附属肿瘤医院(河南省肿瘤医院)疼痛康复与姑息医学科主任谢广伦表示,持续性癌痛不仅影响患者睡眠、饮食和活动能力,还可能伴随焦虑、抑郁等心理问题,进而影响患者对抗肿瘤治疗的耐受度和依从性。

然而,在临床实践中,癌痛仍容易被视为肿瘤治疗中的“附属问题”。有的患者及家属担心止痛药成瘾或产生不良反应,对阿片类药物存在顾虑;部分医务人员对癌痛的评估和规范治疗能力仍有提升空间。而复杂癌痛往往涉及多种疼痛机制,仅依靠单一治疗手段难以满足患者需求。

在谢广伦看来,癌痛治疗已经不再局限于疾病晚期的姑息治疗,而是逐步转向早期、全程、多学科、个体化管理。其核心目标也不只是降低疼痛评分,而是通过规范化疼痛管理,改善患者生活质量,保障抗肿瘤治疗顺利进行。

谢广伦认为,癌痛规范化管理要求在慢性癌痛治疗过程中,践行全程管理的概念,根据癌痛患者的身体功能、疼痛的强度、性质及原因,有计划、合理规范地应用现有的治疗手段,进一步提高疼痛的诊疗水平,减少疼痛治疗过程中可能出现的不良反应和并发症,以期达到充分缓解疼痛、全面改善生活质量的目的。

在他看来,癌痛规范化管理首先体现在改善患者生活质量方面。通过及时、合理、个体化的疼痛治疗,可以缓解疼痛症状,改善患者睡眠、饮食和情绪状态,使患者能够以更好的身心状态接受抗肿瘤治疗。

如何应对复杂癌痛

李春雨

“疼,还是不疼?”

对于癌症患者而言,这个看似简单的问题,有时决定着一个夜晚能否安稳度过,也影响着患者能否正常进食、活动,甚至能否顺利接受下一阶段的抗肿瘤治疗。

国际疼痛研究协会将慢性癌症相关性疼痛定义为由癌症原发或转移,或癌症治疗所引起的疼痛(以下简称癌痛)。

相关研究显示,癌痛总体发生率约为44.5%;在已经完成治愈性治疗的癌症幸存者中,仍有33%~40%的患者报告存在疼痛问题,而在晚期或转移性癌症患者中,这一比例可升至60%~90%。

随着肿瘤姑息治疗理念不断普及,癌痛管理正在从单纯的“止痛”逐步转向早期、全程、个体化管理。对于复杂癌痛而言,多学科诊疗(MDT)正在成为提高癌痛规范化管理水平的重要路径。

2 癌痛复杂性决定单一学科存在局限

精准的疼痛评估,是多学科诊疗(MDT)有效管理癌痛的前提。武汉大学人民医院疼痛科副主任贾一帆指出,癌痛评估应遵循“常规、量化、全面、动态”的原则,既要关注患者主观疼痛强度,也要评估疼痛对功能、心理状态和生活质量的影响,并结合神经病理性疼痛筛查等手段,对患者疼痛进行多维度判断。

其中,“动态”并非对疼痛评分的简单重复测量,而是需要根据疼痛变化及时识别风险并调整管理路径。《癌痛门诊建设和管理专家共识(2026版)》》提出,当疼痛评分短期内快速升高、爆发痛频率明显增加、出现新发神经症状或镇痛药需持续增加时,应及时启动多学科协作或上转诊疗;疼痛控制稳定后,则可通过转诊回流至下一级医疗机构,实现癌痛患者在不同医疗层级间的连续管理。

由此,动态评估不再只是判断“疼痛有没有减轻”,而是成为识别病情变化、判断风险等级、触发诊疗升级及实现分级管理的重要决策依据。

然而,在临床实践中,癌痛评估仍面临诸多现实挑战。一方面,疼痛具有高度主观性,患者的文化背景、心理状态和表达能力均可能影响疼痛描述,焦虑、抑郁等情绪因素也可能放大疼痛感知;另一方面,儿童、老年人以及认知功能障碍患者可能难以准确表达疼痛程度。与此同时,癌痛会随着疾病进展和治疗过程动态变

化,尤其是起病突然、持续时间较短的爆发痛,传统评估工具有时难以及时捕捉,容易导致疼痛程度被低估。

据贾一帆介绍,现有评估工具本身也存在一定局限。简单的疼痛评估工具操作便捷,但难以全面反映疼痛对患者生活的影响;综合性评估工具虽然信息更加完整,却往往耗时耗力,在基层医疗机构较难实现常规应用。此外,受人员配置不足、工作流程不规范等因素影响,持续、动态的疼痛随访在部分临床场景中仍难以落实,也使治疗方案不能得到及时调整。

在此背景下,MDT被认为是提升癌痛管理规范化和个体化水平的重要路径。贾一帆认为,癌痛MDT的核心并不是简单地将多个科室“集合”起来,而是通过明确团队职责和标准化工作流程,将疼痛评估、病因判断、治疗决策、方案实施和动态随访连接起来,形成连续的管理闭环。

贾一帆建议,在团队建设方面,可结合我国医疗资源配置特点,构建“核心学

3 从三级医院到基层,MDT 仍需打通协作链条

尽管多学科管理具有明确价值,但在我国临床实践中,MDT仍面临资源配置不均、协作机制不完善等问题。

一方面,基层医疗机构缺乏专职疼痛科医师和临床药师,难以建立完整MDT团队;另一方面,三级医院内部也可能存在学科壁垒和信息共享不畅的问题,导致治疗方案在不同环节之间出现衔接不足。

此外,共病管理在临床中也容易被忽视。糖尿病、冠心病、肾功能不全等共病可能影响疼痛治疗方案,但如果未能充分纳入评估,就可能影响治疗的针对性。

患者和家属对阿片类药物存在的“成瘾恐惧”,以及部分医务人员对MDT价值认识不足,也会影响癌痛规范化管理的落实。

与此同时,MDT会诊费用、部分介入治疗费用等政策和医保支持仍存在完善空间,这也可能增加患者接受综合治疗的经济负担。

针对上述问题,贾一帆提出,可以依托分级诊疗体系建立“三级医院—二级医院—基层医疗机构”的MDT协作网络。

其中,三级医院负责复杂、疑难、难治以及特殊人群癌痛的诊疗和技术支持,同时承担远程会诊、双向转诊、区域培训和质量控制等工作;二级医院负责常见复合病因癌痛管理以及基础治疗,必要时启动远程会诊或向上级医院转诊;基层医疗机构则主要承担疼痛筛查、基础评估、初始镇痛、用药宣教和随访监测工作,并及时识别需要转诊的患者。

此外,在贾一帆看来,未来癌痛MDT管理需要进一步解决资源配置、政策支持等现实问题,并强化临床药师参

与和共病管理,优化针对不同肿瘤类型的治疗方案。

其中,精准化和智能化可能成为未来发展方向之一。通过人工智能等技术建立MDT决策支持系统,可以进一步整合患者肿瘤类型、共病、基因特征等信息,辅助制定个体化治疗方案;多模态影像和生物标志物等也有望用于癌痛更加客观的评估。

与此同时,不同肿瘤类型的癌痛具有不同特点,贾一帆表示,未来还需要通过多中心前瞻性研究,进一步探索胰腺癌、肺癌等不同肿瘤类型的最佳MDT干预路径,并形成更加系统的循证依据。

对于基层医疗机构,则需要通过远程医疗和同质化培训等方式,将三级医院的MDT经验进一步下沉,缩小不同地区之间的诊疗差距。

此外,一些目前仍存在争议的问题,也

也需要通过更高质量的临床研究进一步回答,包括弱阿片类药物的精准适用人群以及阿片类药物轮换的最佳时机等。

归根结底,癌痛MDT的价值并不在于简单地增加参与治疗的学科数量,而在于通过不同专业之间的协同,将对患者的疼痛评估、治疗决策、具体干预和后续随访连接起来。

贾一帆指出,癌痛MDT管理的核心价值在于通过多学科协同,实现“精准评估—个体化干预—全程随访”的闭环管理。

他表示,立足我国癌痛诊疗现状,进一步完善分层级MDT网络建设、政策和医保支持,并推进智能评估和决策体系建设,有望推动癌痛管理从单一科室诊疗进一步走向多学科协同和全程管理,提升癌痛患者的生活质量,推动我国肿瘤姑息镇痛诊疗体系不断完善。

阿片类药物不良反应发生率降低35%,用药依从性提高40%。

在临床实践中,并非所有癌痛患者均需进行MDT,关键在于识别具有复杂性和较高管理难度的患者。贾一帆提出,可重点从疼痛控制情况、疼痛机制复杂程度、患者基础状况及病因诊断难度等方面识别MDT会诊对象。对于规范治疗后仍难以控制的难治性癌痛病人,例如足量阿片类药物滴定后,疼痛数字等级评定量表(NRS)评分仍 ≥ 4 分并持续1周,或药物不良反应难以耐受的患者,可启动MDT;对于存在两种及以上疼痛机制、合并糖尿病、冠心病或肾功能不全等严重共病的复合病因癌痛患者,也应及时进行多学科评估。

此外,老年人、儿童、认知功能障碍患者等特殊人群,以及胰腺癌内脏痛、肺癌骨转移痛等肿瘤特异性复杂疼痛患者,同样应纳入重点会诊范围。对于无法明确疼痛究竟与肿瘤进展还是治疗不良反应相

关的病因不明性癌痛病人,也需要通过MDT进一步厘清病因。

在具体工作流程上,贾一帆提出可建立“识别—评估—决策—实施—随访”的闭环管理模式。首诊科室首先识别符合条件的患者并提交会诊申请;随后由核心学科完成基础评估,相关支撑学科根据患者情况补充评估,临床药师同步完成药物治疗评价;在此基础上,由多学科共同确定治疗优先级和序贯干预方案。

例如,对于存在肿瘤压迫的患者,需要综合判断是优先进行介入减压,还是首先强化镇痛治疗,而不是简单增加镇痛药物剂量。方案确定后,由承担首要干预任务的学科负责实施,其他学科协同配合,并通过1周、2周、1个月等节点进行动态随访,根据疼痛缓解程度、功能状态、治疗依从性、不良反应和患者满意度及时调整方案。

贾一帆认为,癌痛MDT的关键,是把一次会诊变成一个持续运行的过程。