

癌性爆发性疼痛评估与护理的研究进展

白寒霜¹, 谢新芳², 沈国娣², 陈子雯¹, 郭文丹¹

1. 湖州师范学院护理学院, 浙江湖州 313000; 2. 湖州市中心医院, 浙江湖州 313000

摘要: 本文从癌性爆发性疼痛筛选方法、评估工具及相关护理措施进行阐述, 为癌性爆发性疼痛的临床管理提供借鉴。

关键词: 癌症; 爆发性疼痛; 疼痛评估; 护理干预; 综述

DOI: 10.3969/j.issn.1671-9875.2022.02.028

中图分类号: R473.73

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2022)02-0095-04

癌性爆发性疼痛(breakthrough cancer pain, BTcP)是属于癌性疼痛中的一种特殊性疼痛, 且在癌性疼痛患者中很常见, 约占 39.9%~80.5%^[1]。关于癌性爆发性疼痛的定义, 多个机构推荐将其定义为在相对稳定或被充分控制的基础疼痛上, 由一些触发因素而引起的, 也可自发地产生短暂而剧烈的疼痛^[2-3]。护理人员在癌性爆发性疼痛患者的识别和评估方面发挥着关键作用, 但仍存在着对其评估、诊断不到位且不全面和相关知识水平偏低的情况^[3-4], 导致临床上对癌性爆发性疼痛管理不善, 进而影响患者的日常活动、生活质量、情绪等方面, 甚至加剧家庭与医疗负担^[5]。本文综述了国内外癌性爆发性疼痛筛选方法、评估工具及护理干预的相关研究, 为癌性爆发性疼痛的管理提供借鉴。

1 癌性爆发性疼痛的筛选方法

英国和爱尔兰姑息医学协会提出癌性爆发性疼痛的筛选流程分三步: 患者是否有基础性疼痛; 患者的基础性疼痛是否能得到充分控制; 患者是否有短暂疼痛加剧^[6]。如果患者 3 个问题均为“是”, 则说明患者有爆发性疼痛。但要明确基础性疼痛是指在前一周发生的疼痛存在 ≥ 12 h 或者不采取镇痛就会出现疼痛, 该筛选流程是目前比较公认的筛选流程和方法。而中国《癌性爆发痛专家共识(2019 年版)》^[7]则提出的筛选诊断标准为: 在过去的一周患者是否存在持续性疼痛(背景痛); 在过去的一周患者的背景痛是否充分控制, 如数字分级评分法(Numerical Rating Scale,

NRS)评分 ≤ 3 分; 存在短暂疼痛加重的现象, 如 NRS 评分 ≥ 4 分。若 3 个问题的答案均为“是”, 则可确诊患者存在癌性爆发性疼痛。在上述两个方法中, 均需要通过 3 个问题来进行判断, 以指导医护人员对癌性爆发性疼痛筛选。

2 癌性爆发性疼痛的评估工具

2.1 特异性爆发性疼痛评估工具

2.1.1 艾伯塔癌性爆发性疼痛评估工具(Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool, ABPAT)

ABPAT 是由 Hagen 等^[8]于 2008 年研制, 分为 3 个部分, 第 1 部分由护士与患者共同完成对患者癌性爆发性疼痛部位及疼痛描述 2 个条目的填写; 第 2 部分是由患者完成 15 个条目的填写, 分别为爆发性疼痛的频率、程度、部位、性质、达到顶峰时间、持续时间、原因、可预测性、与基础痛的关系、上次持续时间、疼痛缓解方式、止痛药缓解疼痛程度、对止痛药的满意度、止痛药起效时间、对止痛药起效时间的满意度; 第 3 部分是由医护人员完成关于患者疼痛的病因与病理生理机制 2 个条目填写。Sperlinga 等^[9]对来自 7 个中心的 249 例癌性爆发性疼痛患者应用 ABPAT, 92.8% 患者表示该评估工具条目很容易理解, 且 ABPAT 被认为是评估癌性爆发性疼痛与判断疼痛治疗结果的重要且有效的工具, 但也是复杂、耗时的评估工具。该评估工具不但涉及疼痛程度的评估, 而且能够详细且全面地对癌症患者爆发性疼痛的相关情况进行评估, 帮助医护人员更好地了解癌症患者未被满足的要求和治疗癌性爆发性疼痛的效果, 但其条目较多且复杂, 完成评估较费时。国内外关于该评估工具信效度检验的研究尚未开展, 并不推荐其作为临床上癌性爆发性疼痛评估的一级

作者简介: 白寒霜(1992—), 女, 本科, 硕士在读, 护师。

收稿日期: 2021-03-12

通信作者: 谢新芳, xxf7281517@163.com

工具。

2.1.2 癌性爆发性疼痛评估工具(Breakthrough Pain Assessment Tool,BAT)

BAT 由 Webber 等^[10]开发,包含 14 个评估爆发性疼痛管理的条目,其中 9 个与疼痛相关的条目,分别为癌性爆发性疼痛的部位、频率、诱发因素、缓解因素、发作持续时间、最强疼痛强度、典型疼痛强度、爆发性疼痛发生时的沮丧程度和发生时对正常生活的阻碍程度,用 0~10 数字来表示强度和程度,数字越大则表示患者的疼痛强度越大、沮丧程度越深和对生活困扰越大;5 个与疼痛治疗相关的条目,分别为服用止痛药的类型、效果、起效时间、有无出现不良反应及不良反应的困扰程度。Wendy 等^[11]在荷兰纳入 170 例癌性爆发性疼痛患者进行验证,测得该量表 Cronbach's α 系数为 0.72,重测信度的内部相关系数为 0.81,并证实 BAT 对于癌性爆发性疼痛的评估具有针对性,推荐临床使用。该评估工具在各国进行了验证与应用,对癌性爆发性疼痛评估较为全面且有针对性,是一份简短、多维、可靠、有效且临床上比较推荐的评估工具,但其在国内尚无使用报道,需要进一步检验与推广。

2.2 非特异爆发性疼痛评估工具

2.2.1 单维度爆发性疼痛评估工具

NRS 用 0 至 10 之间的数字表示疼痛强度,其中 0 表示“无痛”,10 表示“最痛”,轻度疼痛 1~3,中度疼痛 4~7,重度疼痛 8~10,请患者自己选择代表疼痛强度的数字。面部表情评分法(Face Pain Scale,FPS)用 6 种不同的面部表情(从微笑至哭泣)表达疼痛程度,由患者选出表示其疼痛程度的表情。视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale,VAS)是一条长 10 cm 的直线,一端为 0,表示“无痛”,另一端为 10,表示“最痛”,请患者在 10 cm 直线上标记出最能代表其疼痛强度的点。文字描述评分量表(Verbal Descriptors Scale,VDS)由一系列描述疼痛的形容词组成,一共有 0、1、2、3、4 五个等级,分别为没有疼痛、轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛及无法忍受的疼痛,每个形容词都有相应的评分,患者根据自身疼痛程度选择使用的疼痛形容词从而找到代表的数字。这些工具使用方便,易于理解与操作,广泛应用于临床,

但对于癌性爆发性疼痛的评估较为单一,缺乏针对性和全面性,需要联合特异性癌性爆发性疼痛评估工具共同使用。

2.2.2 多维度爆发性疼痛评估工具

简明疼痛评估量表(Brief Pain Inventory,BPI)主要用于评估 24 h 内的疼痛,包含疼痛性质、疼痛部位(人体结构图)、最剧烈的疼痛程度、最轻微的疼痛程度、平均疼痛程度、目前疼痛程度、希望获得的镇痛及治疗方案、治疗后的疗效、疼痛对患者的影响 9 个方面,同时疼痛程度评估同 NRS,用数字 0~10 进行量化,数字越大,表明疼痛越剧烈。疗效则是通过 0%~100%,11 级百分比数值表示,0%表示无缓解,100%表示完全缓解,百分比越大,表明疼痛控制越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.89,重测信度的内部相关系数为 0.91,《北京市癌症疼痛护理专家共识(2018 版)》推荐临床使用 BPI 对癌性疼痛患者进行评估^[12]。专家建议使用 BPI 时,人体结构图推荐使用皮节图,便于患者对疼痛部位进行统一标准的描述^[13]。但该量表对于癌性爆发性疼痛的评估针对性不强,无法评估到发作的持续时间、频率和诱发因素等方面,欠缺全面性。

3 癌性爆发性疼痛的护理干预

3.1 筛选与评估工具选择

首先根据筛选诊断标准对癌痛患者进行筛查,筛查出癌性爆发性疼痛患者;然后选择合适的评估工具,注意根据癌性爆发性疼痛患者的情况将非特异性单维度评估工具与特异性评估工具相结合使用。在首次进行癌性爆发性疼痛治疗,引起疼痛部位、性质等发生变化或者患者病情变化时的评估,推荐使用特异性评估工具。在阿片类药物滴定过程中或药物剂量调整中,为明确癌性爆发性疼痛缓解程度,通常仅需评估患者的疼痛强度,可选择单维度疼痛评估工具^[12]。

3.2 用药护理

有文献表明,癌性爆发性疼痛控制不理想与约 30% 的患者未接受个体化的止痛药物治疗有关^[14]。因此,要针对患者情况,按医嘱给予止痛药物治疗、药物不良反应护理等。癌性爆发性疼痛具有发病快、持续时间短的特点,据报道 64% 癌性爆发性疼痛患者会在 30 min 内发作^[15],根据患者

的疼痛情况推荐使用快速起效类阿片药物治疗和控制癌性爆发性疼痛^[16],并设计个体化止痛滴定,从 24 h 剂量的 1/12 开始滴定^[17],同时推荐使用自控镇痛(patient-controlled analgesia,PCA)的技术^[7],既能给予患者有效的癌性爆发性疼痛解救,也能给予及时的背景药物滴定,一般采用静脉或皮下注射途径给药。在为患者使用静脉自控镇痛滴定,予以持续心电监护,动态监测患者生命体征及血氧饱和度的变化,尤其关注患者是否有心动过缓(HR<50 次/min)和呼吸抑制现象(呼吸频率<8 次/min)的发生,并且做好疼痛的评估与滴定的记录。观察阿片类药物的阿片类药物不良反应,如便秘、恶心、呕吐、嗜睡、肠梗阻、尿潴留和呼吸抑制等^[18]。便秘是较常见的不良反应,通过饮食、运动、药物及腹部按摩等方法进行干预;恶心和呕吐常见于初次使用阿片类药物的患者,按医嘱用药 4~7 d 可缓解;嗜睡和呼吸抑制可能与初次使用阿片类药物及药物过量有关,护士需及时发现高危人群,准确判断,并遵医嘱给予正确处理^[12];尿潴留是由于阿片类药物使用增加平滑肌张力,引起膀胱痉挛导致,护士需缓解患者紧张焦虑的情绪,给予患者听流水声、手法按摩和热敷膀胱区或热水冲洗会阴部等措施来诱导其排尿,必要时可对患者进行导尿;服用阿片类药物多会引起动力性肠梗阻,给予禁食水、胃肠减压等措施,遵医嘱进行抑酸、生长抑素抑酶和营养支持等对症治疗。

3.3 控制可预测因素

了解引起癌性爆发性疼痛事件的患者个人可预测因素,控制患者个人可预测因素,以降低癌性爆发性疼痛的发生。Mercadante 等^[19]的研究中显示,在癌症患者中,可预测的癌性爆发性疼痛约有 30%。护士告知患者观察自身加重或缓解癌性爆发性疼痛的因素,根据个体的可预测因素,避免引起疼痛发作的确定因素,积极治疗咳嗽、便秘等可能诱发疼痛的因素^[20],同时也可以患者在患者诱发因素前预先使用芬太尼、吗啡等阿片类药物控制或减少癌性爆发性疼痛的发生,该做法并不会增加药物的毒性^[21-23]。

3.4 非药物干预

在癌症疼痛治疗中,非药物干预通常不能取代药物治疗,但恰当使用非药物干预可以起到较好的辅助镇痛效果^[24],包括放松训练、转移和分散

注意力、冥想、冷热敷等干预措施。因此,护士须掌握常用的非药物干预方法,包括其使用范围及操作方法,在患者癌性爆发性疼痛发作时,指导患者通过采取舒适体位、放松休息和分散注意力等方法联合药物来减轻疼痛困扰,同时教会患者和家属,在患者居家期间恰当使用非药物干预措施以缓解疼痛。

3.5 疼痛教育

疼痛教育贯穿在疼痛治疗全程,尤其是药物管理的教育。证据表明为患者和家属进行药物教育在癌性爆发性疼痛患者管理中起到重要作用^[18]。护士为患者和家属开展系统化的疼痛治疗教育讲座,讲解药物和疾病的相关知识,同时督促患者坚持、合理服药,保证血液的药物浓度达到理想止痛效果。对于使用阿片类药物的高危患者给予个体化管理,加强对患者和家属关于阿片类药物放置要求和阿片类药物相关不良反应等的健康宣教。

3.6 延续性护理

延续性护理是家庭癌痛管理的一种重要手段。Boceta 等^[25]、孙鸿燕等^[26]、Lally 等^[27]报道,利用新型互联网技术,即通过应用软件给予患者延续性护理,可方便、快捷、有效地做好患者家庭疼痛的远程监督与管理。实际工作中,医院或科室可开发相关软件、建立交流群或公众号,通过线上发布延续护理的内容、开展线上咨询与随访,更好地对癌症患者爆发性疼痛进行远程监督、护理和管理;同时,联合社区共同实施“互联网+”延续性护理,让居家癌性爆发性疼痛患者享受优质的上门护理和线上咨询服务,从而提高癌性爆发性疼痛患者的治疗依从性。

4 结语

癌性爆发性疼痛筛选方法有英国和爱尔兰姑息医学协会提出的癌性爆发性疼痛的筛选流程,中国癌性爆发痛专家共识提出的筛选诊断标准,这两个方法通过三个问题筛选癌性爆发性疼痛。癌性爆发性疼痛评估工具有特异性爆发性疼痛评估工具,如 ABPAT、BAT;非特异爆发性疼痛评估工具,如 NRS、FPS、VAS、VDS 及 BPI,其中 BAT、NRS、FPS、VAS、VDS 及 BPI 临床使用较广泛。癌性爆发性疼痛护理措施包括确定癌性爆发性疼痛,再根据患者情况选择评估工具;给予用药

护理;控制可预测因素;做好非药物干预、疼痛教育、延续性护理,以缓解患者爆发性疼痛程度。

参考文献:

- [1] DEANDREA S, CORLI O, CONSONNI D, et al. Prevalence of breakthrough cancer pain: a systematic review and a pooled analysis of published literature[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2014, 47(1): 57—76.
- [2] PORTA-SALES J, PÉREZ C, ESCOBAR Y, et al. Diagnosis and management of breakthrough cancer pain: have all the questions been resolved? A delphi-based consensus assessment (DOIRON) [J]. *Clinical and Translational Oncology*, 2016, 18(9): 945—954.
- [3] 陈乐. 衡阳市护理人员对癌性爆发痛的认知与管理现状及干预研究[D]. 衡阳: 南华大学, 2015.
- [4] 柏冬丽, 侯晓婷, 张杏兰, 等. 肿瘤科护士爆发性疼痛相关知识及培训需求的调查研究[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(8): 53—55.
- [5] GONELLA S, SPERLINGA R, SCIANNAMEO V, et al. Characteristics of breakthrough pain and its impact on quality of life in terminally ill cancer patients[J]. *Integrative Cancer Therapies*, 2019, 18: 1—7.
- [6] DAVIES A N. The management of breakthrough cancer pain[J]. *British Journal of Nursing*, 2011, 20(13): 803—804, 806—807.
- [7] 王昆. 癌性爆发痛专家共识(2019 年版)[J]. *中国肿瘤临床*, 2019, 46(6): 267—271.
- [8] HAGEN N A, STILES C, NEKOLAICHUK C, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews[J]. *The Journal of Pain and Symptom Management*, 2008, 35(2): 136—152.
- [9] SPERLINGA R, CAMPAGNA S, BERRUTI A. Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool: a validation multicentre study in cancer patients with breakthrough pain this is the author's manuscript[J]. *European Journal of Pain*, 2015, 7(19): 881—888.
- [10] WEBBER K, DAVIES A N, ZEPPESELLA G, et al. Development and validation of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT) in cancer patients[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2014, 48(4): 619—631.
- [11] WENDY H, OLDENMINGER R P. Validation of the Dutch version of the Breakthrough Pain Assessment Tool in patients with cancer[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2020, 59(3): 709—716.
- [12] 王云, 王兆霞, 王培, 等. 北京市癌症疼痛护理专家共识(2018 版)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2018, 24(9): 641—648.
- [13] 万丽, 赵晴, 陈军, 等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020 版)[J]. *中华疼痛学杂志*, 2020, 16(3): 11.
- [14] GRECO M T, ROBERTO A, CORLI O, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer[J]. *Journal of Clinical Oncology*, 2014, 32(36): 4149—4154.
- [15] MERCADANTE S, PORTENOY R K. Breakthrough cancer pain: twenty-five years of study[J]. *Pain*, 2016, 157(12): 2657—2663.
- [16] JARA C, DEL B S, GRAVALOS C, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017)[J]. *Clinical & Translational Oncology*, 2018, 20(1): 97—107.
- [17] CURREN D C, CLARK K, LOUW S, et al. A randomized, double-blind, crossover, dose ranging study to determine the optimal dose of oral opioid to treat breakthrough pain for patients with advanced cancer already established on regular opioids[J]. *European Journal of Pain*, 2020, 24(5): 983—991.
- [18] VILLEGAS ESTÉVEZ F, LÓPEZ ALARCÓN M D, ALONSO BABARRO A, et al. Breakthrough cancer pain treatment in Spain: physicians' perception of current opioids utilization and prescription[J]. *Current Medical Research and Opinion*, 2020, 36(8): 1—21.
- [19] MERCADANTE S, MARCHETTI P, CUOMO A, et al. Factors influencing the clinical presentation of breakthrough pain in cancer patients[J]. *Cancers*, 2018, 10(6): 175.
- [20] MERCADANTE S, MARCHETTI P, CUOMO A, et al. Breakthrough cancer pain: preliminary data of the Italian Oncologic Pain Multisetting Multicentric Survey (IOPS-MS) [J]. *Advances in Therapy*, 2017, 34(1): 120—135.
- [21] MERCADANTE S, ADILE C, MASEDU F, et al. Breakthrough cancer pain in patients with abdominal visceral cancer pain[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2019, 57(5): 966—970.
- [22] MERCADANTE S, MASEDU F, VALENTI M, et al. Breakthrough pain in patients with head & neck cancer. A secondary analysis of IOPS MS study[J]. *Oral Oncology*, 2019, 95: 87—90.
- [23] TANAKA R, ISHIKAWA H, SATO T, et al. Safety profile of prophylactic rescue dosing of immediate-release oral opioids in cancer patients[J]. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, 2018, 4(1): 25—27.
- [24] 赵丽黎. 个体化疼痛护理对癌痛患者疼痛状况及生活质量的影响[J]. *中国现代药物应用*, 2019, 13(19): 218—219.
- [25] BOCETA J, SAMPER D, DE LA TORRE A, et al. Usability, acceptability, and usefulness of an mHealth app for diagnosing and monitoring patients with breakthrough cancer pain[J]. *JMIR Cancer*, 2019, 5(1): e10187.
- [26] 孙鸿燕, 李帆, 黄艳芳, 等. App 在肿瘤科患者延续护理中的应用效果研究[J]. *护理管理杂志*, 2016, 16(9): 682—684.
- [27] LALLY R M, KUPZYK K A, BELLAVIA G, et al. Caring-Guidance™ after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress[J]. *Supportive Care in Cancer*, 2020, 28(5): 2163—2174.