

本文引用格式:安徽省癌痛护理专科联盟专家组,安徽省疼痛质量控制中心.安徽省成人癌症疼痛护理专家共识(2024年版)[J].安徽医学,2024,45(11):1-9.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.11.001

· 指南与共识 ·

## 安徽省成人癌症疼痛护理专家共识(2024年版)

安徽省癌痛护理专科联盟专家组 安徽省疼痛质量控制中心

**[摘要]** 疼痛是癌症患者常见和难以忍受的症状之一,严重影响患者生活质量。随着医学发展和患者对生活质量的要求不断提高,癌症疼痛综合管理成为评价医疗护理质量、提高患者满意度和治疗依从性的重要指标。近年来,国家和各省级层面对癌症疼痛的规范化管理提出了相关要求,具有较强的指导作用,但随着诊疗技术不断进步,以及医疗服务和创新能力不断提升,需要减少癌症疼痛临床管理的差异性,才能促进规范诊疗。为此,安徽省癌痛护理专科联盟牵头,制定《安徽省成人癌症疼痛护理专家共识》。本共识系统检索国内外成人癌症疼痛护理相关文献,结合安徽省对疼痛管理的相关政策要求,进一步梳理了癌症疼痛的相关概念、筛查评估方法和流程、临床护理、健康教育、患者随访等内容,以推动安徽省癌症疼痛护理同质化发展。

**[关键词]** 癌症;疼痛;护理;专家共识

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.11.001

### Expert Consensus on Adult Cancer Pain Care in Anhui Province

Cancer Pain Nursing Specialty Alliance Expert Group of Anhui, Anhui Pain Quality Control Center

**[Abstract]** Pain is one of the most common and unbearable symptoms of cancer patients, which seriously affects the quality of life of cancer patients. With the development of medicine and the continuous improvement of patients' requirements for quality of life, comprehensive cancer pain management has become an important indicator to evaluate the quality of medical care, improve patient satisfaction and treatment compliance. In recent years, the national and provincial levels have put forward relevant requirements for the standardized management of cancer pain, which has a strong guiding role, but with the continuous progress of diagnosis and treatment technology and the continuous improvement of medical services and innovation capabilities, it is necessary to reduce the differences in clinical management of cancer pain and promote standardized diagnosis and treatment. To this end, the Anhui Cancer Pain Nursing Specialty Alliance took the lead in formulating the "Expert Consensus on Adult Cancer Pain Care in Anhui Province". This consensus systematically searched the literature related to cancer pain care in adults at home and abroad, combined with the relevant policy requirements of pain management in Anhui Province, and further sorted out the consensus on the related concepts, screening and evaluation methods and processes, clinical nursing, health education, and patient follow-up of cancer pain, which is conducive to promoting the homogeneous development of cancer pain nursing in Anhui Province.

**[Key words]** Cancer; Pain; Nursing; Expert consensus

癌性疼痛是由癌症原发或转移,或癌症治疗所引起的疼痛,是癌症患者最常见且难以忍受的症状之一,其发生率在初诊患者中约为25%,在晚期患者中为60%~80%,严重影响患者的生理功能、心理状态、生活质量,同时也是患者生存期缩短的原因之一<sup>[1]</sup>。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)将癌性疼痛列为癌症防治综合规划4项重点之一。《健康中国行动-癌症防治实施方案(2023-2030年)》也强调了癌痛管理在癌症诊疗规范化中的重要性<sup>[2]</sup>。目前,随着癌痛

管理进入专业化发展阶段,癌痛管理专业的组成人员已转向以护士为主体的模式,对癌痛护理管理决策的科学性和规范性要求更高,而护理专家共识对临床实践具有较强的指导意义<sup>[3]</sup>,通过共识规范指导临床实践的同时,也可以进一步推动同质化管理。安徽省癌痛联盟结合安徽省医护癌症疼痛规范化管理的调研现状结果,编写成人癌症疼痛护理专家共识,以促进安徽省各地区成人癌痛护理的同质化管理。

基金项目:安徽省教育厅重大项目(编号:KJ2021ZD0020)

通信作者:胡少华, hushaohua1003@126.com

执笔:丁金霞, 786303584@qq.com

## 1 共识的形成

1.1 成立共识编写小组 共识编写护理专家组筛选标准:副高级职称及以上;有参与编写共识、著作、规范等经验;具有 5 年及以上肿瘤护理临床经验;有意愿参与本次共识编写;对成人癌痛管理有了解。最终纳入 15 名护理专家组成员,包括主任护师 12 名,副主任护师 3 名;硕士及以上学历 3 名,本科以上 12 名;工作年限均大于 10 年。专家组成员包括中华护理学会循证护理专家 2 名、公共卫生政策与管理学专家 1 名、临床肿瘤护理学专家 12 名。专家组成立以后,确立 1 名专家作为组长,1 名循证学专家作为副组长,3 名秘书。由组长召开专家会议,确定专家共识计划书,制定实施计划;副组长负责人员组织协调、明确标准起草模块分工;秘书组负责文献检索、专家意见收集整理,详细记录专家共识制定整个过程。

1.2 文献分析 本共识以中文检索词“癌症、疼痛、癌痛、癌性疼痛、护理”,英文检索词“cancer、pain、cancer pain、nursing”在中、外文数据库检索文献。文献类型包括国内外已发布的指南、标准、专家共识、护理规范、研究型论文、综述等文献。采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据预分级及证据推荐级别系统(2014 版)<sup>[4]</sup>对证据进行分级,并根据证据的 FAME 结构(可行性、适宜性、临床意义、有效性)确定证据推荐级别,为共识的制定提供参考和支持。系统检索共获得 3 266 篇文献,去除重复文献 606 篇,阅读标题和摘要后排除内容不符 2 527 篇,阅读全文后排除 133 篇,其中研究内容不符 105 篇,研究对象不符 16 篇,最终纳入 12 篇文献,其中 4 篇指南、6 篇专家共识、1 篇中华护理学会团体标准、1 篇护理管理规范为本项专家共识制定的框架依据。

1.3 初稿形成 经编写小组讨论,依据《中华护理学会团体标准—成人癌性疼痛护理》《安徽省癌症疼痛诊疗专家共识(2019 年版)》、美国国家综合癌症网(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)发布的《成人癌痛临床实践指南(2024 年 V2 版)》《癌症相关性疼痛评估中国专家共识(2023 版)》对成人癌痛的规定,制定共识初稿内容,包括“概述、筛查、评估、规范记录、流程图、癌痛护理、健康教育、患者随访”8 个一级目录,“筛查时机、筛查方法、评估原则、评估工具、评估时机、评估内容、给药护理措施、非药物护理措施、不良反应观察、健康教育原则、健康教育内容、随访原则、随访内容”13 个二级目录。

1.4 专家论证 专家论证会参与成员为 15 名编写专家组成员及 3 名特邀专家。特邀专家均为博士学位、正高职称、在专业领域内工作 30 年以上,分别为 1 名

安徽省疼痛质控中心负责人、1 名中华医学会肿瘤内科专家、1 名安徽省科技项目评审及中国研究型医院药物评价专家。经过两轮专家论证会,对成人癌症疼痛护理专家共识初稿内容进行探讨、修改和调整,对共识内容的科学性、适用性、推荐性达成一致意见,最终形成安徽省成人癌症疼痛护理专家共识终稿。专家积极系数为 100%,专家权威系数  $Cr=(Ca+Cs)/2=0.912\geq 7$ ,研究结果可靠。

## 2 共识的内容

2.1 癌痛的相关概念 (1)疼痛(pain):一种与实际的或潜在的组织损伤相关或类似相关的令人不愉快的感觉和情感体验,包括感觉、情感、认知和社会维度的痛苦体验<sup>[5-7]</sup>。

(2)癌性疼痛(cancer pain):由原发性癌症本身或癌症转移或由癌症治疗引起的慢性疼痛<sup>[5,8]</sup>。

(3)基础疼痛(background pain):在前一周中,每天疼痛持续时间 $\geq 12$  h,或不应用镇痛药就会出现疼痛<sup>[5]</sup>。

(4)爆发痛(breakthrough pain):在基础疼痛控制相对稳定和充分的前提下,自发或有触发因素引起的短暂剧烈疼痛<sup>[5]</sup>。

(5)疼痛控制稳定(well-controlled pain):疼痛得到有效缓解,连续 3 天基础疼痛强度 $\leq 3$  分<sup>[5]</sup>。

(6)剂量滴定(dose titration):逐渐调整阿片类药物剂量以达到充分缓解疼痛,获得最佳用药剂量的过程<sup>[5]</sup>。

(7)疼痛危象(pain crisis):新发或在疼痛稳定控制基础上产生的重度疼痛,常难以忍受,并伴有严重的情绪、心理、功能障碍,甚至意识障碍<sup>[7]</sup>。

(8)疼痛轨迹(trajec-tory of pain):患者个体疼痛水平随时间动态变化的纵向表现<sup>[8-10]</sup>。

### 2.2 癌痛的筛查

2.2.1 筛查时机 癌痛筛查是癌痛规范化治疗的第一步,其目的是找出存在癌痛和预期可能发生癌痛的患者。医护人员在每次接诊患者时都应对其进行疼痛筛查<sup>[8-10]</sup>,包括门诊就诊时、入院时、住院期间、病情变化时和接受有创性操作时等,做到早发现、早干预<sup>[11]</sup>。

2.2.2 筛查方法 (1)询问法:询问内容包括患者是否存在疼痛或不适体验<sup>[11]</sup>。医护人员应主动询问患者的疼痛病史,并鼓励其详尽地表达与疼痛相关的所有感受。有肿瘤病史的患者,可采用常规问题来筛查疼痛,例如“您是否经历过干扰日常活动的疼痛?”,也可以采用疼痛评估量表对患者实施常规的疼痛筛查。

(2)观察法:观察内容包括面部表情<sup>[11]</sup>,如是否存在愁眉苦脸或皱眉等情绪表现;是否有呻吟等语言行

为;是否存在体位或活动受限等;疼痛部位皮肤或黏膜是否有红肿、破溃、皮疹或包块,四肢是否水肿、肌肉萎缩等。

### 2.3 癌痛的评估

2.3.1 评估时机 (1)门诊分诊时:筛查出有疼痛的患者进行评估,使用疼痛量表完成一般疼痛评估;筛查出存在疼痛的住院患者,入院 8 h 内护士应对患者进行疼痛常规评估并记录,24 h 内完成全面评估<sup>[5,11]</sup>。

(2)疼痛控制稳定者:应每日至少进行 1 次常规评估,每 2 周进行 1 次全面评估<sup>[5]</sup>。

(3)疼痛控制不稳定者:如出现爆发痛、疼痛加重或剂量滴定过程出现新发疼痛、疼痛性质或镇痛方法调整未评估<sup>[5]</sup>。

(4)患者进行手术,接受特殊检查、治疗或疼痛发生急剧变化时:应立即对疼痛进行评估,并及时采取相应措施。

(5)应用镇痛药后:应根据给药途径及药物峰值到达时间评估疼痛控制程度<sup>[5]</sup>。具体而言,对于静脉给药的患者,建议在给药后 15 min 内重新评估其疼痛情况;对于皮下或肌内注射给药的患者,应在给药后 30 min 内进行再次评估;对于口服给药的患者,建议在给药后 1 h 内重新评估其疼痛状况<sup>[11]</sup>;对于使用芬太尼透皮贴剂的患者,开始使用贴剂后,血清芬太尼的浓度逐渐增加,通常 12~24 h 内达到稳态,医护人员应根据患者情况及时予以评估,注意观察药物不良反应并记录。

2.3.2 评估原则 癌痛评估是实施合理有效镇痛的先决条件,应遵循“常规、量化、全面、动态”评估原则<sup>[12-13]</sup>。

(1)常规评估原则:医护人员主动询问癌症患者是否有疼痛感,并在治疗期间每天对癌症患者进行一次疼痛评估。

(2)量化评估原则:使用标准化工具,例如疼痛程度评估量表,以客观地衡量患者对疼痛的主观体验,这一过程要求患者的积极配合。

(3)全面评估原则:对患者的疼痛及相关病情进行全面评估,包括癌痛病因及类型、疼痛轨迹、止痛药物应用情况、疼痛危象、潜在加重疼痛的因素、重要器官的功能状态、心理精神状况以及家庭和社会支持情况等<sup>[12]</sup>。

(4)动态评估原则:对癌痛患者的疼痛症状进行持续动态监测、评估,包括疼痛病因、部位、性质、程度变化情况、疼痛轨迹、治疗效果,以及不良反应等<sup>[12]</sup>。

2.3.3 评估工具 癌痛评估工具主要包括单维评估工具、多维评估工具及针对爆发痛的评估工具<sup>[8-10,14-18]</sup>。单维评估工具是基于患者的自我疼痛感觉来测量疼痛

的典型方法,主要评估疼痛程度。多维度评估工具是利用多个指标,如生理和行为等,对主观和客观两个方面进行全面的评估,适用于全面评估。爆发痛评估工具,多用于回顾性描述患者前 1 周爆发痛的特征。

常见单维评估工具包括数字评分量表(numerical rating scale, NRS)、视觉模拟评分量表(visual analogue scale, VAS)、语言分级量表(verbal rating scale, VRS)和改良面部表情疼痛评估量表(faces pain scale-revised, FPS-R)等。见图 1。多维评估工具<sup>[12]</sup>包括评估疼痛强度和疼痛性质等综合因素的简明疼痛调查表(brief pain inventory, BPI)和简式麦吉尔疼痛问卷(short-form of mcgill pain questionnaire, SF-MPQ);评估患者焦虑/抑郁心理状态的广泛性焦虑量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7)和患者健康问卷抑郁量表(health patient questionnaire-9, HPQ-9);评估疼痛性质(即鉴别伤害感受性疼痛与神经病理性疼痛)的神经病理性疼痛问卷(neuropathic pain questionnaire, NPQ)、神经病理性疼痛评估量表(douleur neuropathique 4 questions, DN4)、神经病理性疼痛筛查评估量表(ID pain)等。爆发痛评估可采用爆发痛问卷(breakthrough pain assessment questionnaire, BPQ)和爆发痛评估工具(breakthrough pain assessment tool, BAT),推荐将 BAT 用于成人癌症患者的爆发性疼痛评估工具<sup>[16-17]</sup>。见图 2。患者也可采用疼痛日记形式进行记录。根据安徽省医疗服务价格项目中有关疼痛治疗相关收费要求,本专家共识建议采用 VAS 和简式麦吉尔疼痛问卷进行疼痛评估。

2.3.4 评估内容 疼痛护理评估的目的是评估患者对疼痛及其治疗的反应,为制定相应的护理措施提供科学依据<sup>[13]</sup>。具体评估内容见表 1。

2.4 规范记录 有统一的疼痛护理书写标准及疼痛护理病历质量控制标准,专科病房应设置疼痛质控护士。推荐采用信息化手段在电子病历系统中建立癌痛患者专项护理记录评估单。护理记录应遵循连续、动态的原则<sup>[19-20]</sup>。记录要求包括:

- (1)每次疼痛评分均须记录在生命体征记录单中;
- (2)每位患者首次评分均须记录在接诊时间点的生命体征单上;

(3)发生疼痛时的其他评估内容,如发生疼痛的时间、部位、性质、活动情况、评分、护理措施、用药时间、药品、剂量、途径及副作用处理等记录在专项护理记录单中;

(4)每日 14:00 对患者过去 24 h 的基础疼痛强度进行评估,并将评估结果详细记录在对应时间点的生命体征记录单上;



表 1 癌痛评估内容

疼痛评估项目	内容
一般疼痛情况	疼痛的具体部位、范围、强度、性质、发作时间及频率、每日爆发痛频次、影响疼痛加剧或减轻的因素、对患者生活质量的影响及药物滥用史等
相关治疗史	详细了解患者疼痛治疗的用药情况,包括镇痛药使用的种类、药物剂量、药物剂型、给药途径、给药间隔时间、疼痛治疗效果及相关不良反应等
疼痛控制效果	用统一疼痛评估工具对目前的止痛处理效果进行动态评估。 四级法评估:①完全缓解:疼痛完全消失;②部分缓解:疼痛明显减轻,睡眠基本不受干扰,能正常生活;③轻度缓解:疼痛有所减轻,但仍较为明显,睡眠、生活质量受到一定程度的干扰;④无效:疼痛无减轻感。百分比量表:从 0~100%,0 为无缓解,100% 为完全缓解
疼痛伴随症状	是否出现以下交感神经兴奋的症状:烦躁不安、心率加快、呼吸急促、瞳孔缩小等体征;部分常见的伴随症状还有发热,可能提示感染性疾病或肿瘤性发热
心理情绪及生活质量的影响	是否有睡眠障碍、焦虑、恐惧、愤怒、抑郁、沮丧、烦躁、内疚、绝望、孤独,甚至出现自杀倾向等心理、精神、社会活动等表现。推荐使用 HPQ-9 和 GAD-7 <sup>[13]</sup> 进行评估
治疗的态度和依从性	是否愿意向医护人员报告疼痛以及是否遵照医嘱按时、按量服药;是否存在不实际报告疼痛程度、未规律按时服药、擅自增减药量、延迟用药时间、自行停药或拒绝服药等情况
社会家庭支持	家属对疼痛治疗的知识掌握及配合程度
功能活动	推荐采用功能活动评分法:A-未受限,功能活动未因疼痛受限;B-轻中度受限:功能活动因疼痛受限,但能完成;C-重度受限:功能活动因疼痛而严重受限,不能完成

2.5 门诊及住院患者筛查、评估及记录流程 具体内容见图 3、4。

## 2.6 癌痛护理

2.6.1 用药护理措施 明确各类镇痛药物的给药途径、临床疗效和注意事项,并告知患者,以指导正确用药。口服给药具有给药方便、疗效确切、成本低廉和安全性高等优点。直肠给药适用于不能进食、无法吞咽及恶心、呕吐较重者。在经皮给药的方式中,芬太尼透皮贴剂被认为是当今通过皮肤吸收并有效治疗中至重度慢性疼痛的强效阿片类药物。采用舌下含服的给药方式,由于口腔黏膜中富含的淋巴管及血管网络,使得药物在被吸收后能够迅速且直接地进入全身循环,从而发挥治疗效果。肌肉注射方法则是指将水溶性药物通过深部肌肉注射后,被迅速吸收的给药方式。

2.6.2 非药物护理措施 采用其他干预技术配合药物治疗,主要有介入治疗、放射疗法、中医外治法、物理治疗、认知行为疗法及社会心理支持治疗等。在癌痛管理中,常用的介入技术包括经皮神经毁损术、微创消融术、经皮椎体成形术等。癌痛治疗常用放疗方式有姑息性止痛放疗和粒子植入术。中医外治法作为辅助镇痛疗法之一,主要包括针刺疗法、中药贴敷、耳穴治疗、中药热熨等。物理治疗主要有热疗、冷疗、肌肉放松训练、经皮电刺激治疗等。癌痛患者常伴有焦虑和/或抑郁症状、睡眠障碍等,给患者带来严重的心理压力,癌痛治疗中最常采用的认知治疗方法有认知行为训练法、正念减压法、意向训练、催眠法、音乐疗法、分散患者注意力等。同时,为患者提供良好舒适的环境,

做好沟通,通俗易懂地解释疼痛有关的生理心理问题,帮助患者建立信心和安全感,更好地面对疼痛,信任医护,配合治疗措施的实施。

2.6.3 不良反应观察 监测止痛效果及潜在副作用,阿片类药物的不良反应,如便秘、恶心、呕吐、谵妄、认知障碍、呼吸抑制、过度镇静等,常见于用药初期或过量用药时。除了便秘外,阿片类药物所引起的大部分副作用通常是暂时性或可耐受的,针对这些不良反应要做好预防、观察及护理。(1)预防上:对初次用药的患者要做好相关解释,指导按时服用预防用药,如给予甲氧氯普胺(胃复安)等止吐药预防恶心、呕吐,预防性使用缓泻剂防治便秘等,还可通过多喝水、适量活动、调整饮食等方法配合医师积极预防。(2)观察上:要连续动态评估患者大小便、意识、呼吸等情况的发生发展时间,及早发现,密切监测并记录。(3)护理上:应指导患者遵医嘱准确用药,正确给予处理措施,保持病房环境清洁、舒适,气味清新,加强心理指导。

## 2.7 健康教育

2.7.1 健康教育原则 (1)从首次接诊患者开始,并贯穿于患者治疗的全过程。(2)由接受过癌痛相关专业知识培训的护理人员实施。(3)健康教育对象应包括患者和家属或其主要陪伴者。(4)对患者及陪伴者的文化水平、个人信仰以及治疗依从性等因素进行综合评估,选择合适的健康教育形式,制定个性化的健康教育规划。(5)癌痛教育内容的制定需紧密贴合患者的治疗阶段,并根据患者的个体情况,灵活调整健康教育的侧重点。(6)应定期对健康教育的实施效果进行评估并详细

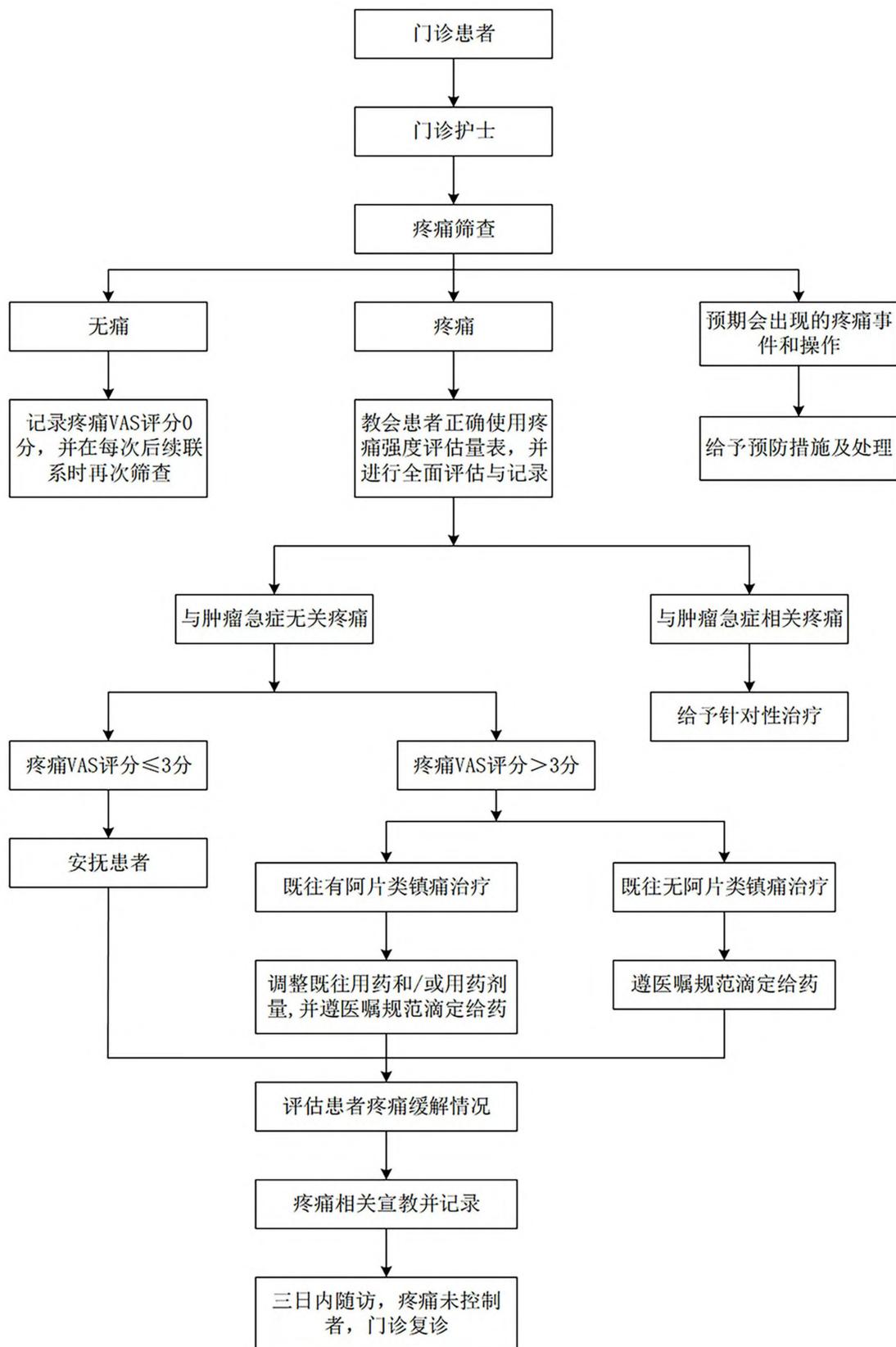


图3 门诊患者疼痛筛查、评估及记录流程

记录结果,以便不断优化教育策略。

2.7.2 健康教育内容 (1)让患者及陪伴者了解无需忍痛的观念,指导患者主动如实报告癌痛感受。(2)指

导患者运用合适的疼痛评估工具,教会患者向医务人员描述疼痛的具体方法。(3)纠正患者及陪护人员在癌痛方面的错误认知,积极地同他们进行交流沟通,给予

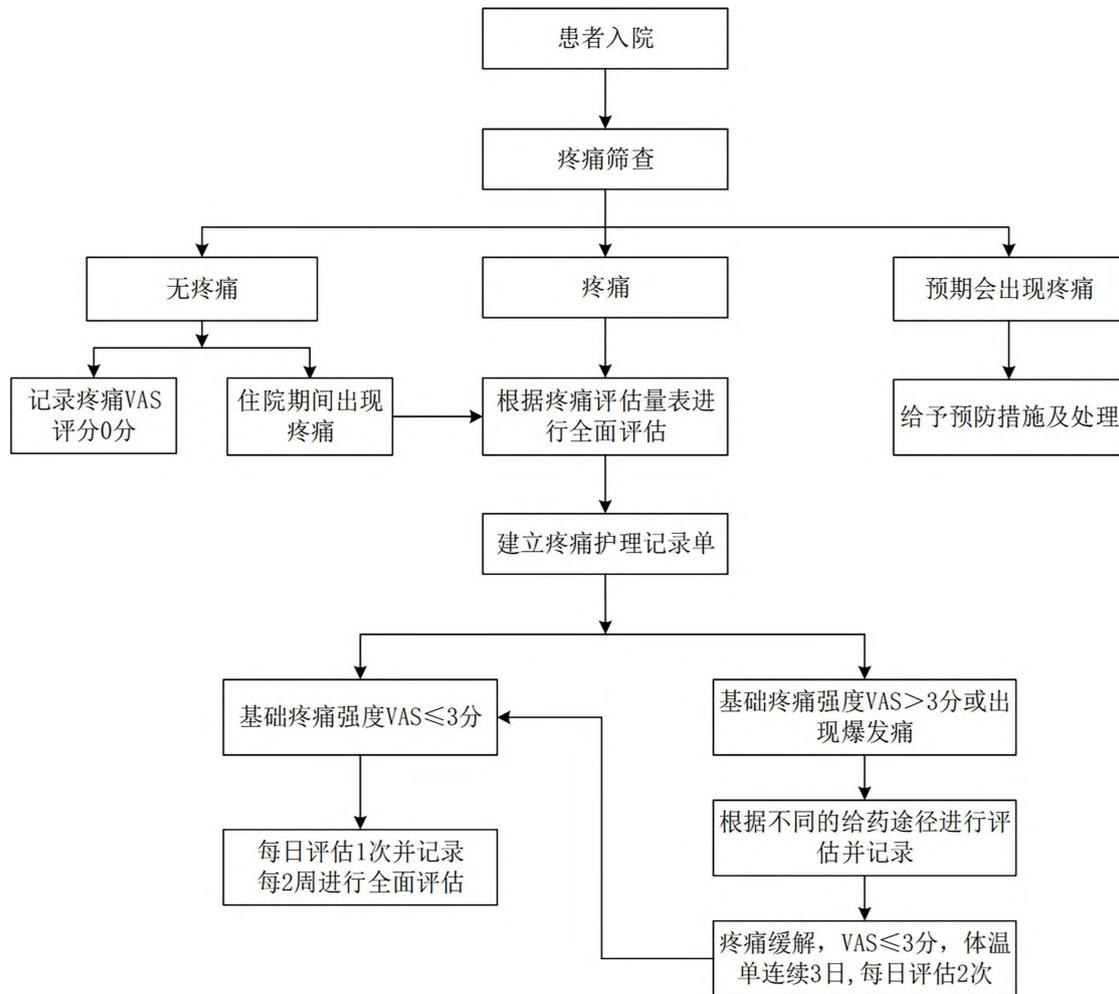


图 4 住院患者疼痛筛查、评估及记录流程

正确合理的讲解,消除顾虑,提高患者治疗依从性。(4)指导患者运用非药物疗法来减轻痛苦,如转移注意力、放松疗法、冷热敷等。(5)解释药物功效、服药时间、注意事项、副作用及预防措施,强调自我护理的重要性。(6)向患者及其家属详细阐述阿片类药物保存的诸多注意事项,强调药物单独存放,实施妥善管理,并严格遵医嘱进行使用。(7)患者离世后,建议家属将剩余阿片类药物归还医疗机构,并依照规定办理相关手续。(8)指导患者出院后疼痛就医信息:包括出院后的开药方式及流程,提供 24 h 紧急联系方式。(9)告知患者及其陪护人员,在居家期间如遇以下情况,应立即与医疗服务人员取得联系:在取药或服药时遭遇困难;疼痛情况有所变化、出现新的疼痛或现有药物无法有效缓解疼痛、现有药物剂量无法持续至下次服药时间;出现持续的副反应,如恶心、呕吐、眩晕、嗜睡、便秘、尿潴留、谵妄等,以及可能出现的严重症状,如呼吸抑制、意识丧失、针尖样瞳孔等。

2.7.3 健康教育形式 (1)组织团体教育,定期开展关于疼痛知识的专题讲座,以解答患者和家属普遍关

心的问题。内容涵盖疼痛的正确评估方法、常用镇痛药物使用须知、潜在不良反应及其应对策略、癌痛认知误区解析、常见心理顾虑疏导,以及疼痛门诊服务内容等。讲座中设置互动环节,以促进面对面地交流讨论或答疑解惑。(2)个体教育:针对患者个体化的病情和需求,医护人员提供个性化的疼痛管理教育与指导,并鼓励患者表达自身对癌痛及其治疗过程的感受,以提升患者疼痛治疗的配合度和依从性。(3)同伴教育:邀请疼痛控制好的病友结合自身经验和感受与患者交流,提升健康教育的效果,提高癌痛治疗的信心。(4)健康教育宣传栏:病区、大厅或病员活动中心设置疼痛教育宣传栏,以文字、图片、展板等形式,定期更新相关内容。(5)健康教育手册:护士可提供癌痛教育宣传资料、宣传单页、宣传手册,图文并茂、简明清晰、生动直观,便于保存、学习和传阅。(6)多媒体健康教育:包括影像资料、动画短片、广播电台、电视、报刊、微信、微博、QQ、视频号等平台推送传播癌痛的相关知识。(7)建立多学科团队协作(multidisciplinary team, MDT)的护理;发展“医院—社区—家庭”三元化联动;开展以移动技术为

媒介的延续性护理模式来提高居家癌痛患者癌痛治疗的依从性<sup>[21]</sup>。

2.8 患者随访 随访在癌痛全程化管理中扮演着举足轻重的角色。借助系统性的定期随访机制,能够深入且全面地掌握患者居家期间癌痛控制的实际情况与成效,有效促进合理用药,进一步降低和预防药物可能引发的不良反应,提高患者及家属的依从性,从而确保患者获得持续、合理、安全、有效的治疗<sup>[22]</sup>。

2.8.1 随访原则 (1)建立完善的癌痛患者随访管理体系。(2)负责随访的人员应保持稳定,且持有相关领域的专业资格证书,拥有丰富的癌痛管理实践经验。(3)癌痛患者出院时,要对患者及家属共同进行相关知识宣教,为其提供相关教育资料,共同制订随访计划。(4)为患者建立癌痛随访档案,采用AI电话随访、医院信息系统工作站随访模块、手机端等信息化手段随访,规范、连续地进行随访。(5)时间与频次:根据患者的疼痛程度及其药物使用情况,制定相应的随访策略。对于首次用药或疼痛控制尚未达到稳定状态的患者,建议在出院后的3d内进行首次随访;在第7天进行第二次随访以进一步评估患者的疼痛状况及药物疗效。若患者疼痛得到缓解且保持稳定,可适当放宽随访频率,调整为每一至两周进行一次随访,以持续监测并优化疼痛管理方案。(6)方式:采用疼痛门诊、电话、视频、上门等方式进行主动随访。

2.8.2 随访内容 (1)全面评估患者的疼痛状况,具体涉及疼痛的强度、部位、性质;密切关注患者是否发生了爆发痛的情况,并记录其发生频率及评分。(2)患者用药情况:药名、剂量、频次、方法、是否遵医嘱、是否能缓解、有无不良反应、是否有剩余药品。(3)患者生活情况:睡眠、饮食、活动、情绪变化。(4)随访:每次随访都应根据具体情况给予相应指导和建议;结束后确定下一次随访的时间。(5)对于住院、死亡、拒绝随访者,应进行备注。

### 3 共识的特色

共识编撰基于《中华护理学会团体标准-成人癌性疼痛护理》《安徽省癌症疼痛诊疗专家共识(2019年版)》《NCCN成人癌痛临床实践指南(2024.V2)》《癌症相关性疼痛评估中国专家共识(2023版)》等权威文献,在癌痛相关概念中更新了“疼痛轨迹”和“疼痛危象”内容;在全面评估内容中增加了疼痛轨迹;提出要关注成人癌痛临床护理中出现的新难点;针对以往采用多维评估工具来评估爆发痛缺乏针对性的问题,更新了目前临床可采用的评估工具;根据安徽省医疗保障局、安徽省卫生健康委员会《关于印发安徽省医疗服务价格项目

(2022版)》中有关疼痛治疗相关收费要求,建议采用VAS和简式麦吉尔疼痛问卷进行评估;规范了癌痛护理的记录要求。本共识依托安徽省疼痛质控中心及安徽省癌痛护理专科联盟平台牵头推广,以实现安徽省各地区癌痛护理的同质化管理。

### 《安徽省成人癌症疼痛护理专家共识》编写委员会 专家组组长:

顾康生(安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科)  
葛朝亮(安徽医科大学第一附属医院药剂科)  
王立奎(安徽省疼痛质量控制中心)  
胡少华(安徽医科大学第一附属医院护理部)

### 专家组成员(按姓氏拼音排序):

丁金霞(安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科)  
胡秀珍(安徽医科大学附属六安医院肿瘤内科)  
李小林(安徽医科大学第二附属医院肿瘤内科)  
陆宏(合肥市第一人民医院肿瘤内科)  
潘玉芹(安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科)  
唐雯雯(合肥京东方医院肿瘤内科)  
徐军霞(中国科学技术大学附属第一医院肿瘤内科)  
谢发琴(皖南医学院弋矶山医院肿瘤内科)  
杨贵丽(蚌埠医学院第一附属医院肿瘤内科)  
杨敬平(安徽中医药大学第一附属医院肿瘤内科)  
余永美(安庆市立医院肿瘤内科)  
章丽莉(安徽省胸科医院肿瘤内科)  
朱和玲(安徽医科大学附属安庆第一人民医院肿瘤与血液内科)

### 秘书组成员:

胡玉洁(安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科)  
荣宁(安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科)  
吴璐娟(安徽医科大学护理学院)

### 参考文献

- [1] 张晓霞,罗倩,喻小艳,等.癌性疼痛影响因素与干预策略研究进展[J].护理研究,2022,36(15):2727-2731.
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医疗应急司.健康中国行动——癌症防治行动实施方案(2023—2030年)[J].中国肿瘤,2023,32(12):887-890.
- [3] 李佩芳,宁宁,陈佳丽,等.医疗护理相关的专家共识制作的新进展[J].华西医学,2022,37(10):1450-1453.
- [4] 王春青,胡雁.JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J].护士进修杂志,2015,30(11):964-967.
- [5] 中华护理学会团体标准.T/CNAS01-2019成人癌性疼痛护理[EB/OL].(2020-01-01)[2022-09-02].[http://hlth.kxj.org.cn/index/tuanti/standard.html?team\\_standard\\_id=1](http://hlth.kxj.org.cn/index/tuanti/standard.html?team_standard_id=1).
- [6] RAJA S N, CARR D B, COHEN M, et al. The revised international association for the study of pain definition of pain : con-

- cepts, challenges, and compromises[J]. *Pain*, 2020, 161(9): 1976–1982.
- [7] 中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会, 中国抗癌协会肿瘤康复与姑息治疗专家委员会, 中华医学会麻醉学分会, 等. 癌痛管理中疼痛危象理念的形成与管理方案专家建议[J]. *中华医学杂志*, 2023, 103(21): 1591–1595.
- [8] BENSON A B, VENOOK A P, AL-HAWARY M M, et al. Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology[J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2021, 19(3): 329–359.
- [9] ORGANIZATION W H. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents[M]. Geneva: World Health Organization, 2018.
- [10] FALLON M, GIUSTI R, AIELLI F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[J]. *Ann Oncol*, 2018, 29: 166–191.
- [11] 孟爱凤. 江苏省成人癌症疼痛护理规范(2020版)[J]. *医药高职教育与现代护理*, 2020, 3(4): 229–244.
- [12] 丁海樱, 丁群芳, 饶跃峰, 等. 癌痛规范化治疗示范医院创建浙江省专家共识[J]. *肿瘤学杂志*, 2019, 25(3): 177–184.
- [13] 中国医师协会疼痛科医师分会中华医学会疼痛学分会国家疼痛专业医疗质量控制中心, 北京市疼痛治疗质量控制和改进中心. 癌症相关性疼痛评估中国专家共识(2023版)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2023, 29(12): 881–886.
- [14] 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.
- [15] 吕娇, 王兴莉, 王倩, 等. 癌症患者疼痛管理障碍评估工具的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(7): 19–22.
- [16] 沈波, 杨扬, 申文, 等. 江苏省成人癌症疼痛诊疗规范(2020年版)[J]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2020, 12(6): 28–47.
- [17] OLDENMINGER W H, LUCAS A, VAN DER WERFF G, et al. Validation of the dutch version of the breakthrough pain assessment tool in patients with cancer[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2020, 59(3): 709–716.
- [18] LIOSSI C, GREENFIELD K, SCHOTH D E, et al. A systematic review of measures of breakthrough pain and their psychometric properties[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2021, 62(5): 1041–1064.
- [19] DE LAURENTIS M, BOTTO R, BOVERO A, et al. Correction to: the impact of social-emotional context in chronic cancer pain: patient-caregiver reverberations[J]. *Support Care Cancer*, 2019, 27(2): 715.
- [20] 北京护理学会肿瘤专业委员会. 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.
- [21] 鲍扬漪, 程先平, 胡冰, 等. 安徽省癌症疼痛诊疗专家共识(2019年版)[J]. *安徽医药*, 2020, 24(5): 1041–1047.
- [22] 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.

(2024-05-29收稿)

(本文编校:刘菲,张迪)