

·论著·

造口对晚期消化道肿瘤患者镇痛模式的影响

凌家瑜 黎燕红 钟力行 李唯伟 刘浩 蔡月 胡华斌 张剑威 邓艳红

中山大学附属第六医院肿瘤内科 广东省胃肠病学研究所 广东省结直肠盆底疾病研究重点实验室, 广州 510655

通信作者: 邓艳红, Email: littleqicat@163.com



扫码阅读电子版

【摘要】 目的 探讨造口状态对晚期消化道肿瘤患者镇痛模式的影响。**方法** 采用回顾性队列研究方法, 本研究经中山大学附属第六医院伦理委员会审核通过(E2018026)。病例纳入标准: (1) 年龄性别不限; (2) 经组织学明确诊断为消化道恶性肿瘤, 经过CT或者MR证实存在局部复发或转移; (3) 疼痛数字评价量表(NRS)疼痛评分 ≥ 4 分, 需使用阿片类镇痛药物; (4) 自愿签署知情同意书。排除标准: (1) 早期恶性肿瘤; (2) 研究者认为可能存在影响服药依从性的不良精神状态; (3) 对阿片类药物超敏反应或过敏性反应。收集2016年9月至2017年4月期间于中山大学附属第六医院肿瘤科进行综合治疗的晚期消化道肿瘤患者临床资料, 将患者有无进行肠造口分为造口组和无造口组, 分析两组患者的临床特征, 包括年龄、性别、造口状态、疼痛部位、有无肠梗阻以及疼痛特点、镇痛药物的选择、镇痛剂不良反应的处理。疼痛的评估采用简明疼痛评估量表(BPI)和NRS疼痛评分。疼痛的治疗主要为强阿片类药物; 不耐受阿片类的患者首次用药进行阿片类药物滴定, 滴定药物包括盐酸吗啡片、羟考酮和吗啡针。疼痛控制稳定后, 换缓释制剂维持治疗, 缓释制剂包括硫酸吗啡缓/控释片、盐酸羟考酮缓释片和芬太尼透皮贴。镇痛治疗效果的评价需同时满足NRS评分 ≤ 3 分、爆发痛 < 3 次/d及持续3 d以上。采用 χ^2 检验和Wilcoxon符号秩和检验进行造口组和无造口组患者临床特征的分析, 对比造口组与无造口组患者的一般临床资料、疼痛特点、镇痛药物选择和应用缓泻剂预防或治疗便秘的情况, 应用多元回归模型进行多因素logistic回归分析造口状态对镇痛治疗以及缓泻剂使用的影响。**结果** 共计123例患者符合入组条件纳入研究。男性79例, 女性44例, 中位年龄51岁。造口组52例, 包括回肠造口30例, 结肠造口22例; 无造口组71例。造口组中, 40例(76.9%)疼痛部位为腹盆腔疼痛; 无造口组中, 44例(62.0%)为其他部位疼痛。造口组和无造口组患者治疗前NRS疼痛评分中位数分别为5.7分和5.6分, 两组比较, 差异无统计学意义($P=0.741$); 治疗后则分别降为2.1分和2.3分, 两组差异仍无统计学意义($P=0.092$)。镇痛治疗有效者共计111例(90.2%), 造口组49例(94.2%), 无造口组62例(87.3%), 两组差异也无统计学意义($P=0.202$)。在镇痛维持治疗中, 选用芬太尼透皮贴者造口组更多[34.6%(18/52)比9.8%(7/71)]; 而选用口服缓释制剂者以无造口组更多[78.9%(56/71)比61.5%(32/52)]($\chi^2=10.023, P=0.002$)。多因素分析结果显示, 造口状态($OR=0.290, 95\%CI: 0.102\sim 0.824, P=0.009$)和疼痛部位($OR=5.691, 95\%CI: 1.709\sim 18.948, P=0.005$)是影响一线维持治疗药物选择的独立因素。123例患者在维持镇痛治疗中, 98例有缓泻剂使用与否的记载, 其中46例使用了缓泻剂预防或治疗便秘, 造口组应用缓泻剂的比例(21.2%, 11/52)明显低于无造口组(49.3%, 35/71), 差异有统计学意义($\chi^2=6.957, P=0.008$)。影响缓泻剂使用与否的多因素分析结果显示, 造口状态($OR=2.621, 95\%CI: 1.033\sim 6.687, P=0.045$)和年龄($OR=0.281, 95\%CI: 0.123\sim 0.684, P=0.010$)是影响缓泻剂使用与否的独立因素。**结论** 造口可影响晚期消化道肿瘤患者的癌痛治疗模式; 有造口的年轻患者, 不需要预防性使用缓泻剂。

【关键词】 造口; 阿片类药物; 缓泻剂; 镇痛模式**基金项目:** 广州市科技计划(201803010073)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.12.011

Effect of enterostomy on analgesic pattern in patients with advanced digestive tract cancer

Ling Jiayu, Li Yanhong, Zhong Lixing, Li Weiwei, Liu Hao, Cai Yue, Hu Huabin, Zhang Jianwei, Deng Yanhong

Department of Medical Oncology, The Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510655, China

Corresponding author: Deng Yanhong, Email: littleqicat@163.com

【Abstract】 Objective To explore the effect of enterostomy on analgesic pattern in advanced digestive tract cancer. **Methods** A retrospective cohort study was carried out, which was approved by the Ethics Committee of the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University (E2018026). Inclusion criteria were as follows: (1) age and gender were not limited; (2) all the gastrointestinal malignancies were confirmed histologically, and local recurrence or metastasis were confirmed by CT or MR; (3) numerical rating scale (NRS) ≥ 4 points, opioid analgesic drugs were required; (4) informed consents were signed by patients of their own. Exclusion criteria were as follows: (1) malignancies of early stage; (2) suspicious adverse mental states which might lead to poor administration compliance; (3) hypersensitivity or allergic reactions to opioids. Clinical data of patients with advanced gastrointestinal cancer receiving comprehensive treatment at the Medical Oncology Department of the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University from September 2016 to April 2017 were retrospectively collected. The patients were divided into the stoma group and the non-stoma group. The clinical findings of two groups were analyzed, including age, sex, ostomy status, pain location, presence or absence of intestinal obstruction, pain characteristics, selection of opioid analgesic agents, treatment of side effects of analgesics. Pain was assessed using brief pain inventory (BPI) table and NRS score. Strong opioids were prescribed for patients of NRS ≥ 4 . Patients who were intolerant to opioids required opioid titration. The titration drugs included oral or IV morphine and oxycodone. After achievement of adequate pain control, long-acting opioids were administered, which included sustained-release morphine tablets, controlled release oxycodone and transdermal fentanyl. Criteria for pain relief included NRS ≤ 3 , breakthrough pain < 3 times/day and duration of adequate pain control > 3 days. The χ^2 test and the Wilcoxon signed rank sum test (nonparametric test) were used to analyze the clinical features of patients in the stoma and non-stomach groups. In order to find the factors associated with maintenance therapy and the use of laxatives, the variables were compared as well as in multivariate analysis with multiple regression models. For all the statistical tests, a value of $P < 0.05$ in a two-tailed test was established as the alpha significance level. **Result** A total of 123 patients were enrolled in this study, including 79 males (64.2%) and 44 females (35.8%) with a median age of 51 years. Fifty-two patients were in stoma group, including 30 (24.4%) of ileostomy and 22 (17.9%) of colostomy, and 71 patients were in non-stoma group. Pain of 40 (76.9%) patients in stoma group located in abdomenopelvic site while the pain of 44 (62.0%) patients in non-stoma group located in other sites. Compared with non-stoma group, cases in stoma group complained more abdomenopelvic pain (73% vs. 62.0%, $P < 0.001$). The median NRS pain score before treatment in the stoma group and the non-stoma group was 5.7 and 5.6, respectively, without statistically significant difference ($P = 0.741$). After analgesic management, the above scores reduced to 2.1 and 2.3, respectively, without statistically significant difference as well ($P = 0.092$). Analgesic treatment was effective in 111 cases (90.2%), including 49 cases (94.2%) in the stoma group, and 62 cases (87.3%) in the non-stoma group, and there was no statistically significant difference between the two groups ($P = 0.202$). There was more application of fentanyl transdermal patch [34.6%(18/52) vs. 9.8%(7/71)] in the stoma group, while more application of lactulose laxative [78.9%(56/71) vs. 61.5%(32/52)] ($\chi^2 = 10.023$, $P = 0.002$) in the non-stoma group. Multivariate analysis revealed that ostomy (OR=0.290, 95%CI: 0.102-0.824, $P = 0.009$) and pain site (OR=5.691, 95%CI: 1.709-18.948, $P = 0.005$) were independent factors affecting the choice of the first line opioid sustained release agent. Of the 123 patients with maintaining analgesia, 98 had available data of laxative use, of whom 46 used laxatives to prevent or treat constipation, and the proportion of laxatives in stoma group (21.2%, 11/52) was significantly lower than that in non-stoma group (49.3%, 35/71) ($\chi^2 = 6.957$, $P = 0.008$). Multivariate analysis of the application of laxative use showed that age (OR=0.281, 95% CI: 0.123-0.684, $P = 0.010$) and ostomy (OR=2.621, 95% CI: 1.033-6.687, $P = 0.045$) were independent factors affecting the use of lactulose laxatives. **Conclusions** Enterostomy may affect the analgesic pattern in advanced digestive tract cancer. Patients with stoma are more likely to use

fentanyl transdermal patches and younger patients with stoma do not need prophylactic use of laxatives.

【Key words】 Stoma; Analgesic pattern; Opioids; Laxatives

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.12.011

疼痛是晚期肿瘤最常见的症状。大量研究数据表明,癌痛治疗和晚期患者的生存期紧密相关,因此,规范的疼痛评估与治疗癌痛是晚期消化道肿瘤患者康复和姑息治疗的重点内容^[1]。消化道肿瘤常见腹膜转移,结直肠癌同时性和异时性腹膜转移的发生率分别为 5% 和 19%^[2]。腹膜转移通常导致不同程度的消化道梗阻症状,而采取回肠或结肠造口术可解决部分患者的梗阻症状^[2-3]。由于长期口服阿片类镇痛剂可引起严重便秘,加之晚期癌症患者其本身便秘发生率也很高,因此一般临床上需要使用缓泻剂预防或治疗便秘^[4]。针对造口状态是否会影响强阿片类口服镇痛剂的使用、造口患者在口服强阿片类镇痛剂时是否必须用缓泻剂,即造口患者镇痛模式的特点,国内外鲜有报道。本研究通过对比有造口患者和无造口患者的疼痛评估、滴定、维持和吗啡相关不良反应的处理,探讨造口患者疼痛诊疗模式的特点。

资料与方法

一、研究对象

收集 2016 年 9 月至 2017 年 4 月期间于中山大学附属第六医院肿瘤科进行综合治疗的晚期消化道肿瘤患者临床资料。病例纳入标准:(1)年龄性别不限;(2)经组织学明确诊断为消化道恶性肿瘤,经 CT 或 MR 证实存在局部复发或肿瘤转移;(3)疼痛数字评价量表(numerical rating scale, NRS)^[5]≥4 分,需要使用阿片类镇痛剂;(4)所有患者均自愿签署知情同意书。排除标准:(1)早期恶性肿瘤患者;(2)研究者认为可能存在影响服药依从性的不良精神状态;(3)对阿片类药物超敏反应或过敏反应。

二、研究方法

采用回顾性队列研究的方法,根据患者是否进行了肠造口分为造口组和无造口组。行造口术的原因包括 Miles 术后、完全或不全性肠梗阻保守处理失败后行造口术治疗,以及低位直肠癌根治术后行预防性造口术。分析对比造口组与无造口组患者的一般临床资料、疼痛特点、镇痛剂选择、镇痛剂不良反应的处理,同时分析造口状态对疼痛及其镇痛治疗以及缓泻剂使用的影响。本研究经过中山大

学附属第六医院伦理委员会审核通过(审批号 E2018026)。

三、疼痛的评估和治疗及其效果评价

1. 疼痛的评估:对患者疼痛的评估采用简明疼痛评估量表(brief pain inventory, BPI)^[6]和 NRS 疼痛评分^[5]。

2. 疼痛的治疗:主要为强阿片类药物;不耐受阿片类的患者首次用药进行阿片类药物滴定,滴定药物包括盐酸吗啡片、羟考酮和吗啡针^[5]。疼痛控制稳定后,换缓释制剂维持治疗,缓释制剂包括硫酸吗啡缓/控释片、盐酸羟考酮缓释片和芬太尼透皮贴。如果一线阿片类药物镇痛治疗无效,换二线镇痛治疗。监测相关不良反应,应用缓泻剂预防或治疗便秘。

3. 镇痛效果的评价:治疗有效需同时满足 NRS 评分≤3 分、每天的爆发痛 < 3 次及持续≤3 d^[7]。

四、统计学方法

应用 SPSS 21.0 统计分析软件。计数资料采用例数(%)表示,采用 χ^2 检验和 Wilcoxon 符号秩和检验进行造口组和无造口组患者临床特征的分析;计量资料采用 $M(95\%CI)$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验。应用多元回归模型进行多因素 logistic 回归分析,判断造口状态对疼痛维持治疗和不良反应处理的影响。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

结果

一、一般资料

共计 123 例患者符合入组条件纳入研究。男性 79 例,女性 44 例,中位年龄 51 岁。造口组 52 例,包括回肠造口 30 例(24.4%),结肠造口 22 例(17.9%);无造口组 71 例(57.7%)。造口组疼痛部位以腹盆腔疼痛为主,无造口组以其他部位疼痛为主。两组患者临床资料见表 1。

二、疼痛的治疗及疗效

造口组和无造口组患者治疗前 NRS 疼痛评分中位数分别为 5.7 分和 5.6 分,两组比较,差异无统计学意义($P=0.741$);治疗后则分别降为 2.1 分和 2.3 分,两组差异仍无统计学意义($P=0.092$)。治疗有效者共计 111 例(90.2%),造口组 49 例(94.2%),无造口组 62 例(87.3%),两组差异也无统计学意义

($P=0.202$)。有 46 例在维持治疗中使用缓泻剂预防或治疗便秘,造口组应用缓泻剂的比例(11/52, 21.2%)明显低于无造口组(35/71, 49.3%),差异有统计学意义($P=0.008$)。见表 2。

表 1 造口组与无造口组患者临床特征的比较[例(%)]

临床病理特征	造口组(52例)	无造口组(71例)	χ^2 值	P 值
性别			0.284	0.594
男	32(61.5)	47(66.2)		
女	20(38.5)	24(33.8)		
年龄(岁)			1.018	0.313
<51	26(50.0)	29(40.8)		
≥51	26(50.0)	42(59.2)		
肿瘤原发部位			6.990	0.221
直肠癌	14(26.9)	15(21.1)		
结肠癌	24(46.2)	34(47.9)		
胃癌	12(23.1)	12(16.9)		
其他 ^a	2(3.8)	10(14.1)		
疼痛部位			16.551	<0.001
腹腔和盆腔	40(76.9)	27(38.0)		
其他部位 ^b	12(23.1)	44(62.0)		
肠梗阻			0.789	0.374
有	4(7.7)	9(12.7)		
无	48(92.3)	62(87.3)		

注:^a包括食管癌、小肠癌、胰腺癌和肝癌;^b包括骨转移性疼痛 15 例、淋巴结转移所致腰痛 12 例、肝转移致肝区疼痛 10 例及射频消融术后肝区疼痛 10 例、放射性肛周皮炎的肛周疼痛 7 例和其他原因的疼痛 2 例

表 2 造口组与无造口组患者的镇痛治疗方式和用药情况及其疗效[例(%)]

止痛药物	造口组(52例)	无造口组(71例)	统计值	P 值
滴定药物			$\chi^2=6.017$	0.111
盐酸吗啡片	6(11.5)	21(29.6)		
羟考酮缓释片	9(17.3)	8(11.3)		
盐酸吗啡注射液	2(3.8)	3(4.2)		
无滴定	35(67.3)	39(54.9)		
维持药物			$\chi^2=10.023$	0.002
口服缓释制剂 ^a	32(61.5)	56(78.9)		
芬太尼透皮贴	18(34.6)	7(9.8)		
盐酸哌替啶注射液 ^b	2(3.8)	8(11.3)		
一线止痛药有效率 ^c	49(94.2)	62(87.3)	$\chi^2=1.626$	0.202
转换二线止痛药	5(9.6)	14(18.3) ^d	$\chi^2=2.346$	0.126
羟考酮缓释片	1	4		
芬太尼透皮贴	4	9		
使用缓泻剂 ^e	11(21.2)	35(49.3)	$\chi^2=6.957$	0.008
疼痛 NRS 评分[M(95%CI)]				
治疗前	5.7(5.18~6.24)	5.6(5.17~6.02)	$t=0.381$	0.741
治疗后	2.1(1.78~2.43)	2.3(1.93~2.79)	$t=-2.328$	0.092

注:^a包括盐酸吗啡缓释片和羟考酮缓释片;^b为在射频消融操作前预防性使用;^c第一种阿片类药物治疗有效率;^d有 1 例转换二线止痛药者具体药物不详;^e仅纳入 98 例有缓泻剂使用资料的患者;^fNRS 为疼痛数字评价量表

三、影响一线维持镇痛药物选择的因素分析

123 例患者中,10 例患者经过速效吗啡镇痛,不需服用阿片类缓释制剂。113 例影响一线维持镇痛药物选择的单因素分析结果显示,肠造口患者倾向于使用口服缓释制剂镇痛($P=0.003$);而腹腔和盆腔疼痛者倾向于使用芬太尼透皮贴镇痛($P=0.001$)。年龄、性别、是否肠梗阻与一线维持治疗药物选择无关(均 $P>0.05$)。多因素分析结果显示,造口状态和疼痛部位是影响一线维持治疗药物选择的独立因素(均 $P<0.05$)。见表 3。

四、影响缓泻剂使用的因素分析

123 例患者中,98 例有缓泻剂使用的资料。影响缓泻剂使用与否的单因素分析结果显示,造口状态和年龄与使用缓泻剂有关(均 $P<0.05$),患者性别、疼痛部位与使用缓泻剂无关(均 $P>0.05$)。多因素分析结果显示,造口状态和年龄是影响缓泻剂使用的独立因素(均 $P<0.05$)。见表 4。

讨 论

晚期消化系统肿瘤的患者常伴有癌痛,根据《癌症疼痛诊疗规范》^[8]对恶性肿瘤疼痛患者进行规范化评估和治疗,能够改善患者症状和提高生活质量、增强患者治疗信心、提高医患之间的信任^[9]。

本研究发现,造口患者的疼痛部位多数位于腹盆腔,占 76.9%,该比例显著高于没有造口患者的 38.0%($P<0.001$)。晚期消化系统肿瘤患者,腹部盆腔多数含有肿瘤病灶,包括原发灶或腹膜种植转移灶,而腹部盆腔病灶的存在或者进展,有可能引起不同水平的消化系统梗阻,如胃癌的原发灶引起高位梗阻^[10];直肠癌的原发灶引起低位的肠梗阻^[2];消化系统肿瘤的腹膜种植转移可引起多节段的消化系统梗阻^[2];而有造口的晚期消化系统肿瘤患者,腹部和盆腔的肿瘤负荷通常比无造口患者更大^[11]。因此,本队列更多的疼痛部位位于伴有造口患者的腹部盆腔。本研究多因素分析结果发现,造口状态是本队列患者慢性癌痛的一线维持治疗选择的独立影响因素($OR=0.29$, 95%CI: 0.102~0.824, $P=0.009$)。由于有造口患者较无造口者会流失更多的消化液和消化酶^[12],因此有研究提示,造口患者应避免服用时间控制性药物和肠溶药物以及非常大的片剂,因为这些形式的药物可能不被完全吸收^[13-14]。本组有造口的患者比无造口患者更多选用芬太尼透皮贴(34.6%比 9.8%),而无造口患者比有造口患者更多选用口服缓释制剂(78.9%比 61.5%)。

表3 影响本组 113 例患者一线维持止痛药物选择的单因素和多因素分析结果^a[例(%)]

临床变量	例数	单因素分析				多因素分析	
		口服缓释制剂(88 例)	芬太尼透皮贴(25 例)	χ^2 值	P 值	OR 值(95%CI)	P 值
年龄(岁)				1.532	0.311	0.528(0.189~1.473)	0.222
<51	53	44(83.0)	9(17.0)				
≥51	60	44(73.3)	16(26.7)				
性别				3.430	0.112	0.485(0.172~1.351)	0.166
男	72	60(83.3)	12(16.7)				
女	42	28(68.3)	13(31.7)				
肠造口状态				10.023	0.003	0.291(0.102~0.824)	0.009
有	50	32(64.0)	18(36.0)				
无	63	56(88.9)	7(11.1)				
疼痛部位				9.116	0.001	5.691(1.709~18.948)	0.005
腹腔和盆腔	59	38(64.4)	21(35.6)				
其他部位 ^a	54	50(92.6)	4(7.4)				
肠梗阻				2.276	0.256	0.103(0.071~1.284)	0.293
有	13	8(8/17)	5(5/17)				
无	96	80(83.3)	16(16.7)				
一线止痛药有效率				1.482	0.223	4.885(0.187~127.902)	0.341
有效	101	77(76.2)	24(23.8)				
无效	12	11(11/12)	1(1/12)				
转换二线止痛药				1.783	0.182	0.799(0.052~12.251)	0.872
有	19	17(17/19)	2(2/19)				
无	94	71(75.5)	23(24.5)				

注:^a全组 123 例患者,由于 10 例患者经过治疗(速效吗啡)疼痛缓解而停药,故此处仅为 113 例;^b包括骨转移性疼痛 15 例、淋巴结转移所致腰背痛 12 例、肝转移致肝区疼痛 10 例及射频消融术后肝区疼痛 10 例、放射性肛周皮炎的肛周疼痛 7 例

表4 影响本组 98 例患者使用缓泻剂的单因素和多因素分析结果[例(%)]

临床变量	例数	单因素分析				多因素分析	
		使用缓泻剂(46 例)	无使用缓泻剂(52 例)	χ^2 值	P 值	OR 值(95%CI)	P 值
年龄(岁)				7.739	0.006	0.281(0.123~0.684)	0.010
<51	41	12(29.3)	29(70.7)				
≥51	57	34(59.6)	23(40.4)				
性别				0.452	0.565	—	—
男	62	31(50.0)	31(50.0)				
女	36	15(41.7)	21(58.3)				
肠造口状态				6.957	0.008	2.621(1.033~6.687)	0.045
有	37	11(29.7)	26(70.3)				
无	61	35(57.4)	26(42.6)				
疼痛部位				0.326	0.568	—	—
腹腔和盆腔	47	18(38.3)	29(61.7)				
其他部位 ^a	51	28(54.9)	23(45.1)				
肠梗阻 ^b				0.902	0.342	—	—
有	6	4(4/6)	2(2/6)				
无	90	42(46.7)	48(53.3)				
一线止痛药有效率 ^b				1.399	0.237	—	—
有效	87	40(46.0)	47(54.0)				
无效	9	6(6/9)	3(3/9)				
转换二线止痛药 ^b				1.932	0.165	—	—
有	12	8(8/12)	4(4/12)				
无	84	38(45.2)	46(54.8)				

注:^a包括骨转移性疼痛 15 例、淋巴结转移所致腰背痛 12 例、肝转移致肝区疼痛 10 例及射频消融术后肝区疼痛 10 例、放射性肛周皮炎的肛周疼痛 7 例;^b无使用缓泻剂组只有 50 例有数据;“—”表示无数值

有研究表明,阿片类药物主要作用于体内的 μ 受体^[15]。外源性 μ 受体激动剂以中枢和外周两种方式影响胃肠道:引起胃肠动力下降,肠液分泌减少;且阿片类药物增加肠道对电解质以及水分的吸收,使肠腔中的粪便变得干燥、坚硬,从而引发便秘^[16-17]。便秘严重影响了癌痛患者的生活质量和治疗依从性。缓泻剂和大量喝水能有效预防和治疗阿片类药物引起的便秘^[5]。本组患者造口比无造口组患者应用缓泻剂治疗便秘的比例低(29.7%比 57.4%),年龄大(≥ 51 岁)的患者应用缓泻剂治疗便秘的比例大(59.6%比 29.3%)。本研究多因素分析发现,造口状态($OR=2.621, 95\%CI: 1.033\sim 6.687, P=0.045$)和年龄($OR=0.281, 95\%CI: 0.123\sim 0.684, P=0.010$)是影响缓泻剂使用与否的独立因素。回肠造口或结肠造口致使粪便改道,反而让粪便停留在肠道的时间变短,粪便变稀不成形,且排便次数增加,不同程度地抵消了阿片类药物所带来的便秘效应^[18]。而老年患者多数伴有慢性疾病^[19-20];而且比较容易受到阿片类药物相关的不良影响,较年轻患者应用阿片类药物出现便秘的可能性较高。因此,对于有造口的晚期癌痛患者,尤其是年轻患者,长期应用阿片类药物缓释制剂时,未必都需要使用缓泻剂预防便秘,可密切观察及时治疗,减轻晚期患者的服药负担。

综上所述,造口可影响晚期消化系统肿瘤患者的癌痛治疗模式,造口患者应用芬太尼透皮贴维持治疗可获得良好的止痛效果,且长期应用阿片类药物缓释制剂时,未必都需要提前使用缓泻剂预防便秘,尤其是 <51 岁的患者,可予以密切观察,及时采取对症治疗,从而减轻晚期患者的服药负担。

本研究由于为回顾性研究,许多患者未能进行其他临床特征、阿片类不良反应和生活质量评估的数据采集,结果可能存在一定偏倚。如何更好地管理晚期消化系统肿瘤患者癌痛评估和止痛治疗,提高其生活质量,是今后临床和研究的重点。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Liang SY, Wu SF, Chao TC, et al. The impact of pain on the quality of life of Taiwanese oncology patients [J]. 2015, 16(2): 128-136. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.05.009.
- [2] 王磊,汪建平. 结直肠癌腹膜转移的研究现状及其争议[J]. 中华实验外科杂志, 2014, 31(2): 234-235. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-9030.2014.02.002.
- [3] 汪建平. FOLFOX 方案联合放疗的新辅助治疗在低位直肠癌中的临床多中心研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2008, 11(2):

- 116-119. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2008.02.005.
- [4] Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel disorders [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1393. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031.
- [5] Eriksson K, Wikström L, Årestedt K, et al. Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments [J]. Appl Nurs Res, 2014, 27(1): 41-46. DOI: 10.1016/j.apnr.2013.10.006.
- [6] Poquet N, Lin C. The brief pain inventory (BPI) [J]. J Physiother, 2016, 62(1): 52. DOI: 10.1016/j.jphys.2015.07.001.
- [7] 于洋,于世英. 癌痛规范化诊疗评估指标体系的构建研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(4): 225-230. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2012.04.010.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 癌疼痛诊疗规范(2011 年版) [J]. 中华危重症医学杂志, 2012, 17(1): 153-158. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0460.2012.02.014.
- [9] 林世清,吴小剑,郑澍,等. 氯诺昔康与吗啡术后镇痛对胃肠肿瘤手术患者代谢调理的比较[J]. 中华胃肠外科杂志, 2008, 11(2): 141-144. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2008.02.011.
- [10] 彭俊生,詹文华,陈正煊,等. 不同年龄段胃癌患者的临床病理特点与预后分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(5): 349-352. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2004.05.003.
- [11] 叶新梅,汪宗芳,汪建平. 肠造口病人的心理康复[J]. 中华护理杂志, 1999, 34(10): 623-624. DOI: 10.3321/j.issn.0254-1769.1999.10.023.
- [12] Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, et al. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex [J]. J Clin Oncol, 2009, 27(28): 4664-4670. DOI: 10.1200/jco.2008.20.9502.
- [13] Hornbrook MC, Cobb MD, Tallman NJ, et al. Costs of an ostomy self-management training program for cancer survivors [J]. Psychooncology, 2018, 27(3): 879-885. DOI: 10.1002/pon.4584.
- [14] Bulkley J, McMullen CK, Hornbrook MC, et al. Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. [J] Psychooncology, 2013, 22(11): 2513-2521. DOI: 10.1002/pon.3318.
- [15] Cami J, Farre M. Drug addiction [J]. New Engl J Med, 2003, 349(10): 975-986. DOI: 10.1056/NEJMra023160.
- [16] Leppert WJP. New treatment possibilities for opioid-induced bowel dysfunction [J]. Pain, 2013, 154(9): 1491-1492. DOI: 10.1016/j.pain.2013.06.010.
- [17] Nunes BC, Garcia JB, Sakata RK. Morphine as first medication for treatment of cancer pain [J]. Br J Anaesthesiol, 2014, 64(4): 236-240. DOI: 10.1016/j.bjane.2013.06.016.
- [18] Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, et al. WOCN Society and ASCRS position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2015, 42(3): 249-252. DOI: 10.1097/won.0000000000000119.
- [19] Koloski NA, Jones M, Wai R, et al. Impact of persistent constipation on health-related quality of life and mortality in older community-dwelling women [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(7): 1152-1158. DOI: 10.1038/ajg.2013.137.
- [20] Sbahi H, Cash BD. Chronic constipation: a review of current literature [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2015, 17(12): 47. DOI: 10.1007/s11894-015-0471-z.

(收稿日期: 2019-03-10)

(本文编辑: 卜建红)