

· 临床研究 ·

# 以数字分级法为基础的患者报告结局量表 在癌痛评估中的应用

王阳, 邹明雷, 贺新爱, 吕晶晶

河南理工大学第一附属医院肿瘤内科, 河南 焦作 454000

**摘要:** **目的** 探讨在癌痛评估中应用以数字分级法为基础的患者报告结局量表的作用。**方法** 回顾性分析河南理工大学第一附属医院肿瘤内科 2012 年 9 月 1 日至 2014 年 9 月 1 日收治的 157 例癌痛患者的临床资料。以《疼痛程度数字评估量表》为基础,结合疼痛简明评估量表制定癌痛患者报告结局(PROs)量表,治疗前对患者进行疼痛评估,进行情绪、睡眠、工作、日常生活等四项主要指标评分,根据评分结果,实施三阶梯癌痛治疗。治疗后再次评估,评定疗效。分析 PROs 量表在癌痛评估及疗效评定中的价值。**结果** 根据上述方法进行 PROs 量表评分和四项指标评分并实施三阶梯癌痛治疗后,157 例癌痛患者中 154 例疼痛得到不同程度的控制,疼痛完全缓解 112 例,明显缓解 38 例,部分缓解 4 例,无缓解 3 例;其中完全缓解率 71.3%,缓解率 98.1%。**结论** 以数字分级法为基础的 PROs 量表可为癌痛的评估提供很好的思路,有助于癌痛患者的临床诊治。

**关键词:** 癌症; 疼痛; 患者报告结局; 数字分级法

**中图分类号:** R 730.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0181-03

癌性疼痛是癌症患者肿瘤侵蚀、压迫以及转移等产生的不适信息传至中枢神经系统后产生的感觉,简称癌痛<sup>[1]</sup>,是癌症晚期患者痛苦的主要原因之一。根据癌痛的程度进行分阶梯治疗,尽最大可能减轻患者的痛苦是癌痛治疗的主要目的<sup>[2]</sup>。目前癌痛评估的主要方法有数字分级法、简易疼痛分级法和疼痛强度评分 Wong-Baker 脸谱法等<sup>[3]</sup>。在临床工作中,我们以数字分级法(NRS)为基础制作患者报告结局(patient-reported outcomes, PROs)<sup>[4]</sup>量表作为癌痛评估方法,并探讨其临床应用价值,报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 收集我院肿瘤内科 2012 年 9 月 1 日至 2014 年 9 月 1 日收治的 157 例癌痛患者的临床资料,其中男性 83 例,女性 74 例;年龄 26~78 岁,平均 56.3 岁;其中乳腺癌 26 例,肺癌 17 例,胰腺癌 21 例,胃癌 19 例,肝癌 37 例,鼻咽癌 5 例,前列腺癌 9 例,食管癌 23 例。入院时均经病理诊断明确,主诉疼痛症状,并排除外伤、炎症等与肿瘤无关的因素引起的疼痛。

## 1.2 癌痛评估及治疗

**1.2.1 量表制定及治疗前癌痛评估** 以《疼痛程度数字评估量表》为基础,结合疼痛简明评估量表制定

PROs 量表(表 1),交由患者选择一个最能代表自身疼痛程度的数字。将疼痛程度用 0~10 个数字依次表示,0 表示无疼痛,10 表示最剧烈的疼痛。按照疼痛对应的数字将疼痛程度分为轻度疼痛(1~3),中度疼痛(4~6),重度疼痛(7~10)。

表 1 以数字评估量表为基础制定的  
癌痛患者报告结局(PROs)量表

评分	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS <sup>a</sup>	无痛										最严重疼痛
情绪 <sup>b</sup>	无影响										完全影响
睡眠 <sup>b</sup>	无影响										完全影响
工作 <sup>b</sup>	无影响										完全影响
日常生活 <sup>b</sup>	无影响										完全影响

注:a:以数字评估量表对癌痛程度进行评估,标记出 24 h 内最严重的疼痛;  
b:以患者最近 24 h 的情绪、睡眠、工作、日常生活四项主要指标评分为基础,将四项评分平均值作为癌痛治疗效果评价指标。

**1.2.2 药物治疗** 根据疼痛程度、性质、正在接受的治疗、伴随疾病等情况,按照 WHO 癌痛三阶梯止痛原则合理选择止痛药和辅助药,个体化调整剂量和给药频率,防治不良反应,以获最佳止痛效果。非甾体类药物多用于轻度疼痛,与阿片类合用于中重度疼痛;对于中重度疼痛采用剂量滴定法明确吗啡用量,辅助应用非甾体类药物等,以平稳控制疼痛<sup>[5-8]</sup>。

**1.2.3 疗效评定** 使用 PROs 量表进行疼痛评估。进行 NRS 评分和情绪、睡眠、工作、日常生活等四项主要指标评分(简称“四项指标评分”),评价治疗效果。完全缓解:NRS=0 分,四项指标评分 0 分,患者

表现为疼痛完全消失;明显缓解:NRS = 1 ~ 3 分,四项指标评分 1 ~ 3 分,患者表现为疼痛明显减轻,睡眠基本不受干扰,能正常生活;部分缓解:NRS = 4 ~ 5 分,四项指标评分 4 ~ 6 分,疼痛有所减轻,睡眠、情绪仍受一定程度干扰,但基本能从事日常活动,包括仍有短暂中度疼痛,但用药后可好转;无缓解:NRS > 5 分或同治疗前或增加,四项指标评分 7 ~ 10 分,患者主观感受较前无明显改变或加重。以完全缓解 + 明显缓解 + 部分缓解计算缓解率。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 15.0 软件处理数据。

表 2 癌痛治疗前后疼痛 NRS 评分和分级情况 [n = 157, 例(%)]

组别	无痛		轻度疼痛			中度疼痛			重度疼痛		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
治疗前	0	0	0	15(9.6)	19(12.1)	39(24.8)	46(29.3)	24(15.3)	11(7.0)	2(1.3)	1(0.6)
治疗后	112(71.3)	17(10.8)	14(8.9)	7(4.5)	3(1.9)	1(0.6)	1(0.6)	2(1.3)	0	0	0
P 值	<0.01										

表 3 癌痛治疗后疼痛缓解情况分布 例(%)

四项评分	完全缓解	明显缓解	部分缓解	无缓解	合计
	(NRS = 0)	(NRS = 1 ~ 3)	(NRS = 4 ~ 5)	(NRS = 0)	
0 分	112(71.3)	0	0	0	112(71.3)
1 ~ 3 分	0	35(22.3)	0	0	35(22.3)
4 ~ 6 分	0	3(1.9)	4(2.5)	1(0.6)	8(5.1)
7 ~ 10 分	0	0	0	2(1.3)	2(1.3)
总计	112(71.3)	38(24.2)	4(2.5)	3(1.9)	157(100.0)

### 3 讨论

癌痛治疗的基础是癌痛评估,快速准确的癌痛评估及治疗是晚期癌症治疗的主要目的之一<sup>[9]</sup>。由于疼痛的感觉为患者的主观感受,需要患者在调查者引导下进行主观的描述。在临床中,NRS 需要患者较好配合,脸谱法等容易出现偏差,如何准确快速地评估癌痛,是广大肿瘤医师研究的方向之一<sup>[5,10]</sup>。

近年来,PROs 的概念出现在临床诊疗中,它以疾病诊治各方面的评估问卷和评分为基础,由各学科协调制定量表,最终由患者来进行病情报告<sup>[11]</sup>。WHO 将 PROs 定义为任何直接来自患者的、非经医生及其他人解释的关于患者自身的健康状况的报告。患者自身健康状况包括许多方面,如患者的症状、身体功能、生活质量及对药物等治疗的满意程度等。PROs 量表反映的多是患者的主观感觉,是难以用具体的度量单位来衡量的软指标,因此在数据收集过程中尤其应重视质量控制。这种患者报告的方法逐渐引起大家的重视和认可<sup>[11]</sup>,PROs 量表的使用与癌痛评估的原则是相符的,对癌痛的评估也很有启发。

在 PROs 概念的指导下,我们在癌痛的评估及治疗中以 NRS 为基础,对既有的主管和客观评估方法进行改进,制定了简捷的 PROs 量表。由于数字评估

等级资料的比较采用秩和检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

治疗后,157 例癌痛患者中 154 例疼痛得到不同程度的控制,疼痛的缓解情况明显优于治疗前( $P < 0.01$ )。见表 2。经治疗,疼痛完全缓解 112 例,明显缓解 38 例,部分缓解 4 例,无缓解 3 例,与数字评分法相符;其中完全缓解率 71.3%,缓解率 98.1%。见表 3。

量表仅为评估患者当时的疼痛严重程度或 24 h 内最严重的疼痛程度,对癌痛的评估有局限性。我们选取情绪、睡眠、工作、日常生活等四项主要指标作为疗效评定的指标,记录患者 24 h 或者治疗期间四项指标的变化情况,更全面地反映了患者的病情。由患者填写 PROs 量表,完成后对比评估结果,我们发现 PROs 量表更加准确地量化了患者的癌痛程度,为癌痛治疗提供了可靠依据<sup>[12-13]</sup>。根据评分结果按照三阶梯癌痛治疗后,患者的癌痛得到了较为满意的控制,实现了很好的临床疗效。

如何改进癌痛的评估并进行有效的治疗是目前肿瘤科的研究重点<sup>[12-14]</sup>。以 NRS 为基础的 PROs 量表为癌痛的评估提供了很好的思路,有助于癌痛的治疗。

### 参考文献

- [1] Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M, et al. The epidemiology of cancer pain[J]. Cancer Invest, 2005, 23(2): 182 - 190.
- [2] 徐彦, 杨巍娜, 赵世恩. 氨酚羟考酮片与盐酸羟考酮缓释片治疗中重度癌痛的对比[J]. 中国临床研究, 2014, 27(8): 944 - 945.
- [3] 李小梅, 李虹义, 肖文华, 等. 癌症患者疼痛量表的应用[J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(24): 1482 - 1486.
- [4] Macefield RC, Jacobs M, Korfage IJ, et al. Developing core outcomes sets; methods for identifying and including patient-reported outcomes (PROs)[J]. Trials, 2014, 15: 49.
- [5] 王薇, 曹邦伟, 宁晓红, 等. 北京市癌痛控制 20 年进步与挑战—北京市多中心癌痛状况调查 (FENPAI4090) [J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(1): 5 - 13.
- [6] 张志俊, 朱保国, 王小峰. 芬太尼贴剂治疗晚期癌痛的临床疗效分析[J]. 中国临床研究, 2012, 25(2): 159 - 160.
- [7] 艾立清, 杜渊. 唑来膦酸联合芬太尼透皮贴剂治疗骨转移癌疼痛的临床观察[J]. 中国临床研究, 2011, 24(8): 686 - 687.

- [8] 孟祥柳, 胡彬. 超前镇痛对疼痛影响的研究[J]. 中国临床研究, 2014, 27(5): 616-617.
- [9] 何伶估. 晚期癌症患者疼痛的护理对策[J]. 中国临床研究, 2011, 24(12): 1176.
- [10] 武林鑫, 孙莉. 癌痛治疗不足的现状与原因[J]. 肿瘤防治研究, 2014, 41(4): 421-424.
- [11] 刘砚燕, 陈如男, 姚静静, 等. 患者报告结局的国内外研究进展[J]. 现代预防医学, 2013, 40(12): 2268-2271, 2279.
- [12] 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.
- [13] 王文萍, 刘静, 王华伟, 等. 癌痛药物治疗的相关文献质量评价及判效标准的研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(2): 116-118, 121.
- [14] 陶志芳, 何莉, 唐仁兄. 癌痛随访评估体系的构建与实施[J]. 护理学杂志, 2013, 28(24): 24-26.

收稿日期: 2014-10-19 修回日期: 2014-11-18 编辑: 王宇

· 临床研究 ·

# 晚期食管癌采用紫杉醇联合顺铂治疗的临床效果分析

张娜

榆林市中医院 北方医院肿瘤内科, 陕西 榆林 719000

**摘要:** **目的** 探讨紫杉醇联合顺铂治疗晚期食管癌的方法和疗效, 为临床治疗提供依据。 **方法** 回顾性分析 2011 年 10 月至 2013 年 10 月接受治疗的 74 例晚期食管癌患者的临床资料, 以治疗方式的不同分为观察组和对照组, 每组 37 例。对照组患者采用 5-氟尿嘧啶联合顺铂治疗, 观察组患者则采用紫杉醇联合顺铂治疗, 对两组患者的近期疗效及毒副反应进行对比分析。 **结果** 治疗 2 个疗程(42 d)后, 观察组总有效率为 67.6%, 对照组为 29.7%, 两组比较有统计学差异( $P < 0.01$ )。随访时间 12 个月, 观察组 33 例患者, 对照组 31 例患者获随访, 观察组中位生存期及肿瘤进展时间[(10.5 ± 2.2)、(6.7 ± 1.4)个月]长于对照组[(9.1 ± 1.5)、(4.7 ± 1.2)个月,  $P$  均  $< 0.05$ ]; 两组患者主要不良毒副反应为脱发、骨髓抑制及胃肠道反应, 且患者均可耐受。 **结论** 晚期食管癌患者给予紫杉醇联合顺铂治疗可取得较好的疗效, 可有效延缓肿瘤进展时间, 延长患者生存期, 且毒副反应较轻, 有较高的应用价值。

**关键词:** 紫杉醇; 顺铂; 5-氟尿嘧啶; 食管癌

**中图分类号:** R 735.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0183-03

食管癌是一种临床常见的肿瘤疾病, 患者初期通常无明显临床症状, 多数患者就诊时已为局部晚期或因发生转移而丧失最佳手术时机<sup>[1]</sup>, 严重威胁患者的身体健康及生活质量。因此, 临床上通常将化放疗作为晚期食管癌的主要治疗方式。我院为探讨紫杉醇联合顺铂方案在晚期食管癌中的应用价值, 采用两种不同的治疗方案对 74 例晚期食管癌患者进行治疗和比较, 具体报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 回顾性分析 2011 年 10 月至 2013 年 10 月我院经胃镜病理学检查确诊、接受治疗的 74 例晚期食管癌患者的临床资料, 以治疗方式的不同分为观察组和对照组, 每组 37 例。观察组中男性 26 例, 女性 11 例; 年龄 40 ~ 83(55.6 ± 5.2)岁; 其中初

治 25 例, 复发 12 例; 病理类型: 鳞癌 29 例, 腺鳞癌 5 例, 腺癌 2 例, 小细胞癌 1 例; 临床分期: III 期 10 例, IV 期 27 例; 转移部位: 颈部、锁骨上及纵隔淋巴结转移 22 例, 肝转移 7 例, 胸腔积液及胸膜转移 4 例, 脑转移 3 例, 皮肤转移 1 例。对照组中男性 25 例, 女性 12 例; 年龄 41 ~ 82(56.1 ± 4.9)岁; 其中初治 26 例, 复发 11 例; 病理类型: 鳞癌 28 例, 腺鳞癌 4 例, 腺癌 3 例, 小细胞癌 2 例; 临床分期: III 期 12 例, IV 期 25 例; 转移部位: 颈部、锁骨上及纵隔淋巴结转移 24 例, 肝转移 5 例, 胸腔积液及胸膜转移 4 例, 脑转移 3 例, 皮肤转移 1 例。两组患者年龄、性别、病理类型、临床分期、转移部位等一般资料和临床资料比较均无统计学差异( $P$  均  $> 0.05$ )。

**1.2 方法** 观察组: 采用紫杉醇联合顺铂治疗, 即将 135 mg/m<sup>2</sup> 紫杉醇溶于 500 ml 生理盐水中, 并于治疗第 1 天给予患者静脉滴注治疗, 滴注时间为 3 h; 同时于治疗的第 1 天到第 3 天给予患者静脉滴注 80 mg/m<sup>2</sup> 顺铂治疗, 滴注时间为 2 h, 以 21 d 为 1 个