

ICS **. ***, **
C**



团体标准

T/CACM *****—202*

癌性疼痛中西医结合诊疗指南

Guidelines on the diagnosis and treatment of cancer pain by integrated Traditional Chinese and Western medicine

(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言.....	1
引 言.....	2
1 范围.....	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 流行病学特点.....	3
5 病因病机.....	4
6 诊断.....	4
7 评估.....	4
8 治疗.....	5
8.1 治疗目标.....	5
8.2 中西医结合治疗策略.....	5
8.3 中医治疗.....	6
8.4 西医治疗.....	10
8.5 爆发痛管理.....	11
8.6 阿片类药物不良反应管理.....	11
图 1 癌性疼痛中西医结合诊疗流程图.....	13
附录 A 指南专家组及工作组名单.....	14
附录 B 证据等级与推荐强度.....	15
参考文献.....	16

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中国医学科学院肿瘤医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位(以下按拼音首字母排序):安徽医科大学第一附属医院、北京中医药大学附属东直门医院、成都中医药大学附属医院(四川省中医医院)、成都中医药大学肿瘤研究所、广西中医药大学附属瑞康医院、广州中医药大学第二附属医院(广东省中医院)、贵州中医药大学第一附属医院、河北省中医院、河南省中医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、湖南省中医药研究院附属医院、吉林省肿瘤医院、江苏省肿瘤医院、上海中医药大学、陕西省中医院、山西省中医院、首都医科大学附属北京中医医院、天津中医药大学第一附属医院、武汉市第一医院、潍坊市益都中心医院、香港浸会大学中医药学院、浙江省中医院、中国医学科学院肿瘤医院、中国中医科学院广安门医院、中日友好医院

本文件主要起草人:冯利

本文件其他起草人(以下按姓氏首字母排序):崔慧娟、储真真、范焕芳、贺用和、胡作为、贾英杰、景年财、蒋益兰、刘丽坤、刘丽星、刘松江、李和根、李平、李伟兵、练祖平、马胜、孙宏新、舒琦瑾、唐东昕、徐凯、杨晨光、殷玉琨、由凤鸣、祝捷、张青、张海波

引 言

疼痛目前已被认为是人类的第五大生命体征，2020年国际疼痛研究学会提出：疼痛是一种与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快的感觉和情绪情感体验，或与此相似的经历。目前癌症发病率逐年上升，预计2022年中国将有482万新发癌症病例，严重危害人类健康。

癌性疼痛是最常见的肿瘤并发症之一，也是癌症患者最痛苦及难以忍受的症状之一。研究显示，59%接受抗肿瘤治疗的患者和64%的晚期肿瘤患者都会发生疼痛，且发生率与肿瘤部位有关，其中头颈癌和胰腺癌患者疼痛发生率约为80%。证据表明癌性疼痛与患者的生存期和生存质量密切相关，合理的疼痛诊疗有助于癌症患者改善生存质量、延长生存期。尽管“三阶梯止痛疗法”在治疗癌性疼痛中被广泛应用，但临床中癌性疼痛的发生发展要更加复杂，单纯使用“三阶梯止痛疗法”难以有效缓解疼痛。多项研究显示中西医结合在癌性疼痛的诊疗中具有重要作用，因此进行正规全面综合的癌性疼痛中西医结合诊疗，在临床中有效的治疗癌性疼痛具有十分重要的意义。

本《指南》旨在通过检索、分析国内外相关证据，总结癌性疼痛筛查、评估以及治疗方面的证据，为癌性疼痛的中西医结合诊疗提供决策依据。

本《指南》在具体实施过程中，应依照实际情况而定。

癌性疼痛中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件规定癌性疼痛患者可使用本指南，本文件提供了癌性疼痛的诊断、评估、辨证及中西医结合治疗。

本文件适用于全国三级医院、二级医院以及社区、基层医疗机构中医、中西医结合及西医医师对癌性疼痛的中西医结合诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 16751.1-2021《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》

GB/T 16751.2-2021《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》

ZYYXH/T 156-2008《癌性疼痛》

《中华人民共和国药典》（2020年版）

《国家基本药物目录》（2018年版）

《NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Adult Cancer Pain》（2023年版）

《国际疾病分类第十一次修订本（ICD-11）中文版》（2018年版）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 癌性疼痛（cancer pain）

癌性疼痛是指癌症患者经历的疼痛，包括慢性癌性疼痛及癌性爆发痛^[1]。

3.2 慢性癌性疼痛（chronic cancer pain）

慢性癌性疼痛是指由原发癌症本身或肿瘤转移所致的疼痛（慢性癌痛），或癌症治疗引起的疼痛（慢性癌症治疗后疼痛）（《ICD-11》）。

3.3 癌性爆发痛（breakthrough cancer pain）

癌性爆发痛是一种打破持续性和可控性慢性疼痛的爆发性剧痛发作^[2]。

4 流行病学特点

癌性疼痛是最常见的肿瘤相关并发症之一，研究表明，有 59%接受抗肿瘤治疗的患者和 64%的晚期肿瘤患者中发生过疼痛事件^[3]，不同部位的肿瘤发病率有所不同，其中头颈癌和胰腺癌的患者中患病率约为 80%，并且是他们最恐惧的症状之一^[4-5]。越来越多的证据表明，癌性疼痛与患者的生存期、生存质量相关。合理的疼痛诊疗，将有助于患者改善生存质量，延长生存期^[3]。NCCN 也指出，尽管“三阶梯止痛疗法”在治疗癌性疼痛中被广泛接受，但临床中癌性疼痛的处理远比其要复杂的多^[1]。因此正规全面综合的癌性疼痛诊疗，在有效

的治疗癌痛中十分重要。

5 病因病机

中医学认为“阳化气，阴成形”，机体“化气”功能失健，体内癌毒内蕴，气滞血瘀，脏腑经络瘀滞，积聚成块，阻碍气机，闭阻脉络，导致“不通则痛”。病久伤正，气血俱损，无法濡润脏腑，故见“不荣则痛”。《素问·举痛论》中指出“经脉流行不止，还周不休。寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛，……脉泣则血虚，血虚则痛”，概括为“不通则痛，不荣则痛”的基本病机。东晋时期葛洪所著的《肘后备急方》中对癌性疼痛有如下记载：“腹中有物坚如石，痛如斫刺，昼夜啼呼，不治，百日必死”。隋代《诸病源候论》曰：“积者阴气，五脏所生，其痛不离其部，故上下有所穷已。聚者阳气，六腑所成，故无根本，上下无所留止，其痛无有常处”，指出有形之积、无形之聚所致疼痛的特点。唐朝《千金方》关于食道癌疼痛的描述：“食噎者，食无多少，惟胸中苦塞，常痛，常病不得喘息”。明朝《证治要诀》云：“痞积在胃脘，大如覆杯，痞塞不通，背痛心痛”，是对肝癌疼痛的描述，并且总结了疼痛的病机和治则：“痛则不通，通则不痛”。清代《血证论》中云：“瘀血在经络脏腑之间，则周身作痛”。

6 诊断

癌性疼痛病因复杂，大致可归为四类：癌症直接损伤所致的疼痛；癌症相关并发症所致疼痛；肿瘤诊疗创伤及副作用所致疼痛；非癌症相关性合并症所致疼痛^[6]。

癌症直接损伤导致的疼痛：常见于骨转移、肿瘤压迫或浸润神经、侵犯脑膜等。

癌症相关并发症所致疼痛：如长期卧床导致的褥疮等。

肿瘤诊疗创伤及副作用所致的疼痛：如放化疗导致的黏膜炎，手术创伤所导致的疼痛等。

非癌症相关性合并症所致疼痛：如肿瘤患者合并关节炎、颈椎病等所致疼痛等。

诊断时应注意鉴别疼痛与肿瘤的关系，疼痛是否与肿瘤相关。凡是与恶性肿瘤相关的疼痛，均可诊断为癌性疼痛。

7 评估

癌症患者使用数字分级法（numerical rating scale, NRS）评估疼痛得分大于0分，则开始全面疼痛评估^[4]，见图1。

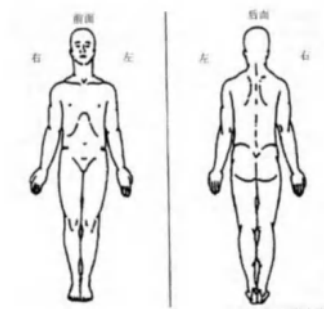
全面评估包括：疼痛原因、性质、程度、位置、疼痛影响（如工作、睡眠、人际交往）、止痛治疗史、加重和缓解的相关因素、心理及精神状况、肿瘤病情及全身情况^[7-8]。目前存在各种评估疼痛严重程度的方法和工具，如数字分级法、视觉模拟法、简明疼痛评估量表、程度分级法或疼痛强度评分脸谱法。建议患者使用数字分级法自我评估疼痛程度^[5]。

数字分级法（numerical rating scale, NRS）：用0-10代表不同程度的疼痛，让患者自己圈出一个最能代表自身疼痛的数字。获得的0-10个数值区分三个疼痛强度水平（0表示无痛，10表示最严重的疼痛），其分为轻度疼痛（1-3）、中度疼痛（4-7）、及重度疼痛（8-10）。

视觉模拟法（visual analog scale, VAS）：划一条长线（100mm），线上无任何标记，让患者在线上最能反映自己疼痛程度的位置上划交叉线（×），依据划×位置评估患者疼痛程度。

简明疼痛评估量表（brief pain inventory, BPI）：用0-10代表不同程度的疼痛，让患者自己圈出一个最能代表自身疼痛的数字，分值越大疼痛程度越高。用0-10描述疼痛对患者的

活动、情绪、娱乐、人际关系、睡眠、工作和行走的干扰，分值越大疼痛影响越严重；用图形表示相应的疼痛部位（如下图）：



程度分级法（verbal rating scale, VRS）：0级：无疼痛；I级（轻度）：有疼痛但可以忍受，不影响睡眠和生活；II级（中度）：疼痛明显，不能忍受，需要服用镇痛药物，影响睡眠；III级（重度）：疼痛剧烈，不能忍受，需服用药物，严重影响睡眠，可伴自主神经紊乱或被动体位。

疼痛强度评分脸谱法（Wong-Baker 脸谱）：可通过画有不同面部表情的图画评估（如下图）：



8 治疗

8.1 治疗目标

多数肿瘤患者在疾病的过程中会伴随癌性疼痛的发生。NCCN 指南提出癌性疼痛管理的5个目标，即缓解疼痛、保证日常活动、降低不良事件发生率、避免成瘾和提供社会心理支持^[5]。一旦癌性疼痛发生，西医治疗以药物干预为主，手术治疗往往需要结合患者的总体身体状况及生存期考虑。明确患者的疼痛原因并给予治疗后，必须对镇痛效果及疼痛缓解程度予以评价，以便制定今后治疗方案及用药剂量。中医治疗中提倡多种方法联合治疗，改善症状，提高生存质量。一般而言，对于中重度疼痛，建议中西医结合治疗，以提高疗效，减少不良反应的发生。治疗流程见图1。

8.2 中西医结合治疗策略

中西医结合治疗具有协同增强作用。中医治疗可以减少阿片类药物用量，减轻西药治疗产生的不良反应，增强其疗效。多项研究显示中西医结合治疗相较于单纯中医治疗或西医治疗，在临床中能更有效缓解癌性疼痛，且不良反应更小，不论是轻度、中度还是重度癌性疼痛均可使用。对于癌痛初始治疗的患者，评估程度后在三阶梯止痛治疗方案的基础上可联合中医治疗，西药初始剂量可为正常药物治疗剂量的一半，控制不佳者应及时调整用药方案；对于长期癌痛患者，在三阶梯止痛治疗方案的基础上可联合中医治疗，控制较好者可逐步减少西药用量，应每天评估疼痛程度及不良反应，及时对症治疗。

8.3 中医治疗

8.3.1 辨证论治

证候可单独出现，或相兼出现，也可随病情的发展变化而呈现动态变化的过程。8个证型依据本指南编写专家组意见制定；症状表现及治法参考《中药新药临床研究指导原则》^[9]、《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》^[10]、《中医诊断学》^[11]专家组意见及相关文献制定^[12-13]。

8.3.1.1 气郁痰凝证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，疼痛伴有胀满，或痛处游走不定；或肌肤肿硬、麻木，局部可触及肿块，质地圆滑，推之可移；胸胁、脘腹胀闷，性情急躁或抑郁，或咳嗽咳痰，痰黏稠色白；舌质淡暗，苔白腻，脉弦滑。

治法：理气行郁，化痰止痛。

推荐方药：越鞠丸加减^[14]（证据级别：3级；推荐强度：Ⅲ级）（《丹溪心法》）：川芎、苍术、香附、栀子、神曲等。

8.3.1.2 热毒凝结证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，痛处灼热，疼痛持续不止而拒按，遇热加重，遇寒痛缓；发热，口干口渴，烦躁不安，干咳无痰或少痰，痰色黄，或痰中带血，甚则咳血不止，小便短赤，大便秘结；舌质红，苔黄，脉数。

治法：清热凉血，解毒止痛

推荐方药：犀角地黄汤加减（证据级别：3级；推荐强度：Ⅲ级）（《备急千金要方》）：犀角（水牛角代）、生地黄、赤芍、牡丹皮等。

推荐口服中成药：华蟾素胶囊/片/注射液^[15-16]（证据级别：1A级；推荐强度：I级）；中重度癌性疼痛可用复方苦参注射液^[17-18]（证据级别：1A级；推荐强度：I级）。

8.3.1.3 阴寒凝聚证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，痛处固定，疼痛持续不止而拒按，遇寒加重，得温痛缓；或见局部肿块或漫肿，质地软韧，皮色紫暗；或见关节肿胀，屈伸不利；四肢不温，面色苍白，口淡不渴，小便清长，舌质暗淡，舌苔白腻，脉沉迟或弦紧。

治法：温阳散寒，通络止痛

推荐方药：阳和汤加减^[19]（证据级别：1B级；推荐强度：Ⅱ级）（《外科证治全生集》）：熟地黄、鹿角胶、炮姜炭、肉桂、麻黄、白芥子、生甘草等。

推荐外用中成药：骨痛贴^[20]（证据级别：1B级；推荐强度：Ⅱ级）组成：制附片，肉桂，仙茅，威灵仙，细辛，干姜，山慈菇，全蝎，丁香。临床使用中，每次使用20g，清水/黄酒调匀成糊状后，均匀涂布于疼痛最剧烈的部位，并使用无菌纱布覆盖，每天1次。

8.3.1.4 瘀血阻滞证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，痛如针刺，痛处固定不移而拒按，常于夜间加重；或见局部肿痛、青紫；或可触及肋下或少腹肿块，固定不移，质地偏硬；面色晦暗，肢体麻木或偏瘫，或肌肤甲错，口唇、爪甲青紫；或皮下瘀斑、出血，血色紫暗或有血块；舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，舌下静脉曲张，舌苔薄白，脉涩或结代。

治法：行气活血，化瘀止痛

推荐方药：血府逐瘀汤加减^[21]（证据级别：1B级；推荐强度：Ⅱ级）（《医林改错》）：

当归、生地黄、桃仁、红花、枳壳、牛膝、川芎、柴胡、赤芍、桔梗等。

推荐口服中成药：元胡止痛颗粒/片^[22-23]（证据级别：1B级；推荐强度：II级）；轻、中度癌性疼痛可用天蟾胶囊^[24-25]（证据级别：1B级；推荐强度：II级）。

8.3.1.5 气血亏虚证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，疼痛绵绵不休而喜按；神疲乏力，气短懒言，自汗，面色淡白或萎黄，头晕目眩，口唇、眼睑、唇甲色淡，心悸失眠，形体消瘦，肢体麻木；舌质淡，脉细或弱或虚。

治法：益气养血，扶正止痛。

推荐方药：八珍汤加减^[26]（证据级别：1B级；推荐强度：II级）（《瑞竹堂经验方》）：当归、川芎、白芍、熟地、人参、白术、茯苓、炙甘草等。

8.3.1.6 气阴亏虚证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，痛处低热，疼痛时作时止而喜按；口燥咽干，潮热盗汗，形体消瘦，神疲乏力，少气懒言，稍动则心慌、心悸、汗出，两颧潮红，五心烦热，头晕耳鸣，小便短黄，大便干结；舌红，舌苔少而干，脉细无力或虚数。

治法：益气养阴，扶正止痛。

推荐方药：生脉地黄汤加减（证据级别：3级；推荐强度：III级）（《金鉴》）：沙参、麦冬、五味子、茯苓、丹皮、泽泻、法半夏、黄芩等。

8.3.1.7 脾肾阳虚证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，疼痛轻微，绵绵不休而喜按，遇寒加重，得温痛缓；面色㿔白，畏寒肢冷；腰膝酸软，久泻不止，或五更泄泻，完谷不化，便质清冷，或全身浮肿，小便不利；舌质淡胖，舌苔白滑，脉沉迟无力。

治法：补脾益肾，温阳止痛

推荐方药：肾气丸加减^[27]（证据级别：1A级；推荐强度：I级）（《金匱要略》）：干地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、附子等。

8.3.1.8 肾虚毒瘀证

症状：肿瘤（或肿瘤治疗后）患者出现疼痛，痛有定处，痛处拒按，或见结节积聚；腰膝酸软，神疲乏力，眩晕耳鸣，口燥咽干，自汗盗汗，烦躁，失眠健忘，夜尿频多；或肌肤甲错，面色黧黑，唇甲紫暗，皮下瘀斑；舌质淡红或紫暗有瘀点，苔薄白或少苔，脉细数或沉弦。

治法：益肾扶正，解毒止痛。

推荐方药：益肾骨康方加减^[28-31]（证据级别：1B级；推荐强度：II级）：熟地黄、半枝莲、山药、酒萸肉、白花蛇舌草、炒僵蚕、牡丹皮、茯苓、泽泻、烫骨碎补等。

推荐方药：益肾祛痛颗粒^[28-31]（证据级别：1B级；推荐强度：II级）。

8.3.2 中医外治法

8.3.2.1 针法

针法具有沟通表里内外、联系脏腑经络、从整体上调节机体气血阴阳平衡的作用，已被广泛用于治疗癌性疼痛。

（1）普通针法^[32-52]（证据级别：1A级；推荐强度：I级）：根据疼痛所在部位或病变

所属脏腑确定取穴经脉，选取相应经脉的原穴、络穴和郄穴为主穴。根据“腧穴所在，主治所及”原则辅以阿是穴进行针刺。如果疼痛部位较大，可酌情选取 3-5 个最明显的痛点进行针刺。操作方法：根据病人病情选择适当卧位，常规消毒，根据穴位予平刺、直刺或斜刺。以平补平泻为主，得气为度，留针 30 分钟，每日治疗 1 次。

(2) 电热针^[53-54]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）阴寒凝滞证：取双侧合谷穴，关元穴，气海穴，双侧足三里穴，双侧三阴交穴；气滞血瘀证：取气海、血海及太溪穴。操作方法：患者取仰卧位，常规局部皮肤消毒，电热针直刺穴位，连接电针治疗仪，给予 60mA 电流，以患者自觉针下有温热、酸胀及电流传导感即得气为度，每日 1 次，每次持续治疗 30 min。

(3) 腕踝针^[55-59]（**证据级别：1A 级；推荐强度：I 级**）：根据疼痛部位及“上病取上、下病取下、左病取左、右病取右、区域不明取上 1 区”原则选穴，确定进针点和针刺方向。操作方法：常规消毒后，将针身呈 30° 刺入真皮下，将针体贴近皮肤表面，循纵的直线方向沿皮下进针，针刺进皮下的长度一般为 35mm，要求不出现酸、麻、胀、痛等感觉，胶布敷贴固定针柄留针。根据疼痛程度留针 30min-4h，疼痛严重者可每日 1 次，连续 5-7 天；轻者隔日 1 次，连续 10 天为一疗程；

(4) 揸针^[60-61]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）：主穴为合谷、太冲、内关和足三里，根据病变所属相关脏腑选取背俞穴、募穴和郄穴作为配穴。操作方法：穴位及周围皮肤常规消毒，用一次性无菌揸针迅速垂直贴埋于穴位，埋针期间嘱咐患者或其家属在腧穴部位进行按压，以产生轻微酸痛感为宜，埋针时间为 48h，连续治疗 14d。

(5) 电针^[62-64]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）：根据“辨证取穴、循经取穴”原则取穴。操作方法：得气后接随机脉冲治疗仪，15HZ 连续波进行刺激，以患者能耐受的强度为度，留针 30 分钟。每日 1 次，连续 14 天。

(6) 脐针^[65]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）：依据脐针内八卦图定位，选取震位、艮位，震位位于时针 9 点处，艮位位于时针 7 点处。操作方法：选用 1 寸毫针，脐部常规消毒，以脐蕊为中心放射性的向脐壁平刺 0.2-0.5 寸，先针震位，下针直指疼痛部位，再针艮位，无需提插捻转，无需得气，留针 60min，每日一次，7 天为 1 疗程。

(7) 浮针^[66-67]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）：取疼痛点上下 5cm 处治疗。操作方法：配合再灌注手法行扫散，具体应依据患者实际情况选择进针点、再灌注方式和留针时长，每日 1 次，治疗 6 天。

(8) 梅花针叩刺^[68-69]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）：治疗肺癌术后气滞血瘀证，可给予疼痛部位局部梅花针叩刺，每分钟叩打 70-90 次，中度叩刺强度，叩击时间为 5-10 min，以局部皮肤潮红不出血为度，每隔 3 天治疗 1 次。共治疗 28 天。

(9) 毫火针^[70-71]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）：根据“病灶取穴、近部取穴、远部取穴”结合的原则取穴，每次治疗共选取 5-8 个穴位。阴寒凝滞证可取阿是穴（疼痛附近寻找条索、僵硬、紧张点，一般取 2-4 个点，及病灶对侧躯体投影区域选取 1-2 个压痛点）、外关、曲池、关元、气海、梁丘、足三里。操作方法：指导患者取仰卧位，局部常规消毒，使用一次性毫针在酒精灯上加热，将针体烧红，再刺入穴位，留针 20 分钟，期间以捻转手法行针 1 次，每个穴位 15 秒左右。隔日治疗 1 次，一个疗程为 7 次。

8.3.2.2 灸法

艾灸具有温经散寒、行气通络、扶阳固脱、升阳举陷等作用，可直接用于治疗癌性疼痛。

(1) 普通灸法^[72-74] (证据级别: 1A 级; 推荐强度: I 级): 研究表明, 对比单纯使用三阶梯止痛疗法, 联合使用艾灸能够显著提高患者疼痛缓解率, 提示艾灸在癌性疼痛治疗中发挥了重要的作用。寒凝血瘀者可以中脘、神阙、关元为主穴, 结合不同疼痛部位确定配穴。操作方法: 艾条点燃后距所取穴位 2-3cm 高度进行熏烤, 持续 20 min, 2 次/d, 可配合针法同时进行。

(2) 热敏灸^[75-76] (证据级别: 1B 级; 推荐强度: II 级): 正虚瘀结证可选气海、双侧足三里、双侧上巨虚、双侧血海。操作方法: 患者仰卧位, 暴露穴位局部皮肤。先进行热敏腧穴的探查, 将点燃的艾条置于上述穴位附近, 距离皮肤 3-5cm, 施行回旋灸法及温和灸法, 当患者感受到透热、扩热、传热、局部无热远部热等热敏现象时, 该部位即为热敏腧穴。找到热敏腧穴后, 再对该点持续施行温和灸法, 以热敏现象消失为度。

(3) 温针灸^[77-79] (证据级别: 1B 级; 推荐强度: II 级): 气虚瘀结证可以气海、足三里、阿是穴为主穴, 以关元、百会、合谷、丰隆、三阴交、太溪、太冲为配穴。操作方法: 患者仰卧位, 充分暴露穴位, 穴位常规消毒, 用适当的手法针刺得气后, 行补泻手法, 留针时, 在针柄上套置一段约 2 cm 长的艾卷, 艾卷距皮肤 2-3 cm, 从艾卷下 endpoint 点燃, 直至艾卷燃尽为止 (在穴位上隔一个纸盒)。

8.3.2.3 穴位注射 (证据级别: 1B 级; 推荐强度: II 级)

操作方法: 患者仰卧或坐位, 用注射器抽取药物 (若注射止痛药物, 应在患者疼痛时注射), 于穴位处常规消毒, 将注射针头由该穴部快速进入得气后回抽无血, 患者自觉有酸重、麻胀感后将 1/2 药液徐徐推入, 出针时用消毒棉球按压, 以防出血, 疗程 14 天。

取穴: (1) 双侧足三里^[80-84]; (2) 骨转移癌痛患者出现爆发痛时^[85]: 以悬钟为主穴。配穴: 肺癌骨转移患者选孔最; 肝癌、乳腺癌、甲状腺、前列腺癌选中都; 胃癌骨转移患者选梁丘; 肠癌骨转移患者选地机; 肾癌及膀胱癌骨转移患者选筑宾; (3) 晚期肝癌疼痛^[86-87]: 取双侧肝俞、双侧心俞、双侧曲泉; (4) 耳穴^[88-90]: 取穴分为主穴和副穴。主穴选主要脏器的相应穴, 如肝点为肝癌主穴, 肺点为肺癌主穴, 胰胆耳穴为胰腺癌主穴; 副穴可选交感、耳中、神门、三焦、皮质下等穴。

8.3.2.4 耳穴埋豆 (证据级别: 1B 级; 推荐强度: II 级)

操作方法: 患者取卧位或坐位, 耳部用 75% 酒精棉球消毒后, 左手固定耳廓, 右手持血管钳将黏有王不留行籽的胶布 (0.8×0.8cm) 贴于耳穴上, 用食指、拇指于耳前后捻压, 手由轻及重, 按压每个穴位 2 分钟, 使产生酸、胀、痛、热的感觉, 每天按压 3-4 次。每天贴一侧耳穴, 两耳轮换。

取穴^[91-95]: 选取一个癌症所侵犯的主要脏器相应穴作为主穴, 如肝癌的主穴为肝, 肺癌的主穴为肺等, 在取交感、神门、皮质下, 及其他改善疼痛的穴位, 如胃、肝、脾、贲门、三焦、大肠、直肠等内脏敏感点配合止痛。

8.3.2.5 手法按摩 (证据级别: 1B 级; 推荐强度: II 级)

(1) 穴位按摩^[96]: 内关穴、足三里。内关穴位按摩: 患者取舒适卧位、平卧或半坐卧位, 用左手拇指尖按压患者右侧内关穴位, 按捏 10-15min, 每日 2-3 次, 再换用右手按压

患者左侧对应穴位。足三里穴位按摩：患者取坐位或平卧位，双膝弯曲，立于患者右侧，用左手拇指放在患者足三里穴位上进行按摩，压力由轻到重，当患者感到酸、胀、痛时，再持续 3s，后再由重到轻，重复以上过程共 10min，每日 2 次。

(2) 足底按摩^[97-98]：联合中药足浴进行足底按摩，选取肾、心、脾、胃以及十二指肠等相应的穴位进行揉、按和推，力度适中即可，每个穴区的按摩时间为 5 min 左右，双脚总按摩时间为 35 min，每天晚上睡前按摩 1 次。

手法治疗前，应仔细检查、评估患者骨质情况；对于骨转移患者，应谨慎考虑使用手法按摩，可能会引起病理性骨折等并发症^[99]。

8.3.2.6 特定电磁波谱照射（证据级别：1B 级；推荐强度：II 级）

特定电磁波谱能够产生 2-25 微米的波长，容易被生物体吸收，（证据级别：1B 级；推荐强度：II 级）具有促进体内新陈代谢、消肿止痛等作用。临床中，可以采用中药外敷联合特定电磁波谱照射 30min，每 12 小时更换一次中药外敷贴剂，特定电磁波谱 2 次/天^[100]。

8.3.3 情志治疗（证据级别：1B 级；推荐强度：II 级）

结合情志学说进行治疗，可调理气血运行、调整五脏六腑的联系，达到人体机能的稳态。如中医情志疗法，依据“思胜于恐”等原则进行情绪治疗，可改善食管癌疼痛患者的负性情绪，减轻患者疼痛程度，提高生存质量^[101]；五行音乐疗法可以干预患者情绪，优化情感效应，缓解心理压力，从而达到镇痛目的，还可以减阿片类药物的使用剂量，在减轻患者癌痛程度的同时又可以有效缓解患者的抑郁状态，有助于提高患者的生存质量，安全有效，值得临床推广^[102-104]。

8.4 西医治疗

癌性疼痛的西医治疗分为 3 个方面：病因治疗、药物治疗与非药物治疗。药物治疗如三阶梯止痛治疗方案，非药物治疗包括放射性核素治疗、放射治疗、化学治疗、手术治疗、神经阻滞、神经毁损等治疗。临床上需要评估患者的病情和身体状况采取综合治疗，有效控制疼痛，提高患者生存质量。

癌性疼痛的西医治疗中药物止痛治疗是基本方法，应遵循 WHO 癌症三阶梯止痛治疗方案。即当患者疼痛评分为轻度疼痛时，采用第一阶梯止痛方案，给予非阿片类药物（如非甾体类抗炎药）；当患者为中度疼痛时，采用第二阶梯止痛方案，予以弱阿片类药物加减非甾体类抗炎药治疗癌性疼痛；当患者为重度疼痛时，采用第三阶梯止痛方案，给予患者强阿片类药物。同时每个阶梯用药时，均可以给予辅助用药来缓解癌性疼痛。

常用止痛药包括：非甾体类抗炎药、阿片类止痛药和辅助用药三大类^[105]。

非甾体类抗炎药物对伴有炎性反应的疼痛治疗效果较好，可以联合阿片类药物，增加止痛治疗的效果。常用的非甾体类抗炎药包括：阿司匹林、布洛芬、吲哚美辛、双氯芬酸钠、氯诺昔康、塞来昔布、美洛昔康、萘普生和羧丁美酮，具有剂量限制效应。

阿片类止痛药包括弱阿片类药物和强阿片类药物，是中重度疼痛治疗的首选药物。其中弱阿片类药物以可待因、曲马多为代表，具有天花板效应。强阿片类药物以吗啡为代表，无天花板效应，但可产生耐受。对既往从未使用过阿片类药物的患者，推荐初始滴定用药选择口服吗啡即释片，当止痛效果理想时，可考虑将短效剂型换为长效剂型。对于已使用阿片类药物效果不佳者，应重新滴定。

辅助用药包括抗抑郁药、抗惊厥药、糖皮质激素、NMDA 受体拮抗剂等。与止痛药合用，有助于缓解神经病理性疼痛。

8.5 爆发痛管理

癌性疼痛爆发痛指在持续慢性疼痛的基础上，出现的疼痛程度突然加重，又称突发性疼痛。在长效止痛药治疗稳定的基础上，应备用短效剂型作为爆发痛解救量，剂量为前 24 小时用药总量的 10-20%。每日解救次数大于 3 次时，应考虑重新滴定。重新滴定时，选择口服吗啡即释片，剂量 5-15mg Q4h；用药后疼痛不缓解或疗效不满意者，1 小时后可参考下表进行剂量滴定增加幅度给药，并密切关注不良反应。第二天给药剂量=前 24 小时总固定剂量+解救量，分 6 次口服^[5]。

疼痛强度（NRS）	剂量滴定增加幅度
7-10	50-100%
4-6	25-50%
2-3	<25%

8.6 阿片类药物不良反应管理

许多不良反应与使用阿片类镇痛剂有关。便秘、恶心和呕吐、皮疹及皮肤瘙痒、眩晕、谵妄、呼吸抑制、运动和认知障碍以及镇静相当常见，尤其是在使用多种药物时。慢性阿片类药物治疗可能抑制下丘脑-垂体轴，引起性腺功能减退。每个不良反应都需要仔细评估和治疗策略。阿片类药物诱导不良反应的管理是阿片类药物疼痛管理不可或缺的一部分^[2]。

8.6.1 便秘

所有应用阿片类药物进行治疗的癌性疼痛患者预防性给予润肠通便类中药或中成药，中药组方建议依据理气（行气）通便、益气滋阴通便、泄热通便三类进行^[106]（**证据级别 1A 级；推荐强度 I 级**）。一旦发生便秘，应评估便秘的原因和程度，以排除肠梗阻和高钙血症的存在。并推荐患者多饮水，摄入含纤维素的食物，适当活动，预防便秘。但不推荐使用车前子进行阿片类药物导致便秘的治疗。

8.6.2 恶心呕吐

建议有阿片类药物导致恶性呕吐既往史的患者预防性使用止吐药进行治疗。当癌性疼痛患者出现恶心呕吐时，推荐在现有治疗基础上联合使用中药穴位贴敷^[107]（**证据级别 1A 级；推荐强度 I 级**）。必要时可给予昂丹司琼或格拉司琼对症治疗。

8.6.3 皮疹瘙痒

应用阿片类药物的患者会出现皮疹及皮肤瘙痒，多发生在用药初期，皮疹多表现为局限性隆起红斑，通常伴中央区苍白，可能为圆形、椭圆形或匍行形，大小不一，伴剧烈瘙痒。建议当癌性疼痛患者出现此类症状时，在现有治疗基础上联合耳穴埋豆或将中药外敷于患处^[108]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）。必要时可给予西替利嗪或苯海拉明对症治疗。

8.6.4 眩晕

当癌因性疼痛患者出现眩晕时，推荐在现有治疗基础上联合针灸治疗^[109]（**证据级别：1B 级；推荐强度：II 级**）。在药物减量或停药后仍存在眩晕者，可给予苯海拉明对症治疗。

8.6.5 镇静

对于患者出现的镇静状态，应及时进行评估、并辨别是否由应用阿片类药物引起。对于

嗜睡患者，推荐在现有治疗基础上联合健脾豁痰、开窍醒脑类中药及中成药进行治疗^[110]（**证据级别：1B级；推荐强度：II级**），也可酌情联合哌醋甲酯、莫达非尼等中枢神经兴奋剂进行治疗。若出现昏迷、意识模糊等过度镇静症状，必要时考虑使用纳洛酮、纳美芬等阿片受体拮抗药治疗^[4]。

8.6.6 尿潴留

可给予中药热敷或艾灸预防尿潴留的发生，推荐在癌性疼痛患者出现上述症状后，行B超明确诊断，并在现有治疗基础上联合针灸治疗或利水利尿类中药进行治疗^[111]（**证据级别：1B级；推荐强度：II级**）。必要时可行导尿术或膀胱穿刺术。

8.6.7 谵妄

使用阿片类药物会增加谵妄的发生率（20%-30%），应引起重视，尤其对于≥65岁的老年患者。推荐对于出现谵妄的癌性疼痛患者，应及时识别及管理病因。对于阿片类药物引起的谵妄，应降低剂量或换药，在现有治疗基础上联合涤痰通络、醒神开窍类中药^[112]（**证据级别3级；推荐强度III级**）。必要时可酌情给予氟哌啶醇或奥氮平等治疗。

8.6.8 性腺功能减退

推荐癌性疼痛患者出现性腺功能减退时，在现有治疗基础上联合针灸及补肾益精、活血化瘀中药及中成药进行治疗^[113]（**证据级别：1B级；推荐强度：II级**）。严重者及时停止或减少阿片类药物剂量，可以扭转内分泌功能障碍，必要时可采取适当的激素替代治疗。

8.6.9 焦虑抑郁

推荐对于伴有焦虑或抑郁的癌性疼痛患者，在现有治疗基础上联合中药外敷、针灸或疏肝解郁类中药^[108]（**证据级别：1B级；推荐强度：II级**）。

8.6.10 呼吸抑制

呼吸抑制是应用阿片类药物产生的最严重的不良反应，主要表现为针尖样瞳孔，呼吸次数减少（<10次/min）或者其他呼吸衰竭的临床症状。如果癌性疼痛患者出现严重的呼吸障碍，应依情况给予无创呼吸支持或纳洛酮缓解症状^[114]（**证据级别：1B级；推荐强度：II级**）。

8.6.11 其他

阿片类药物还会导致心悸、血压升高或降低、口干、多汗、胸闷等多脏器、多系统及全身性不良反应。在应用阿片类药物的过程中，应注意监测及识别，仔细评估，及时治疗，防止严重不良反应的出现。

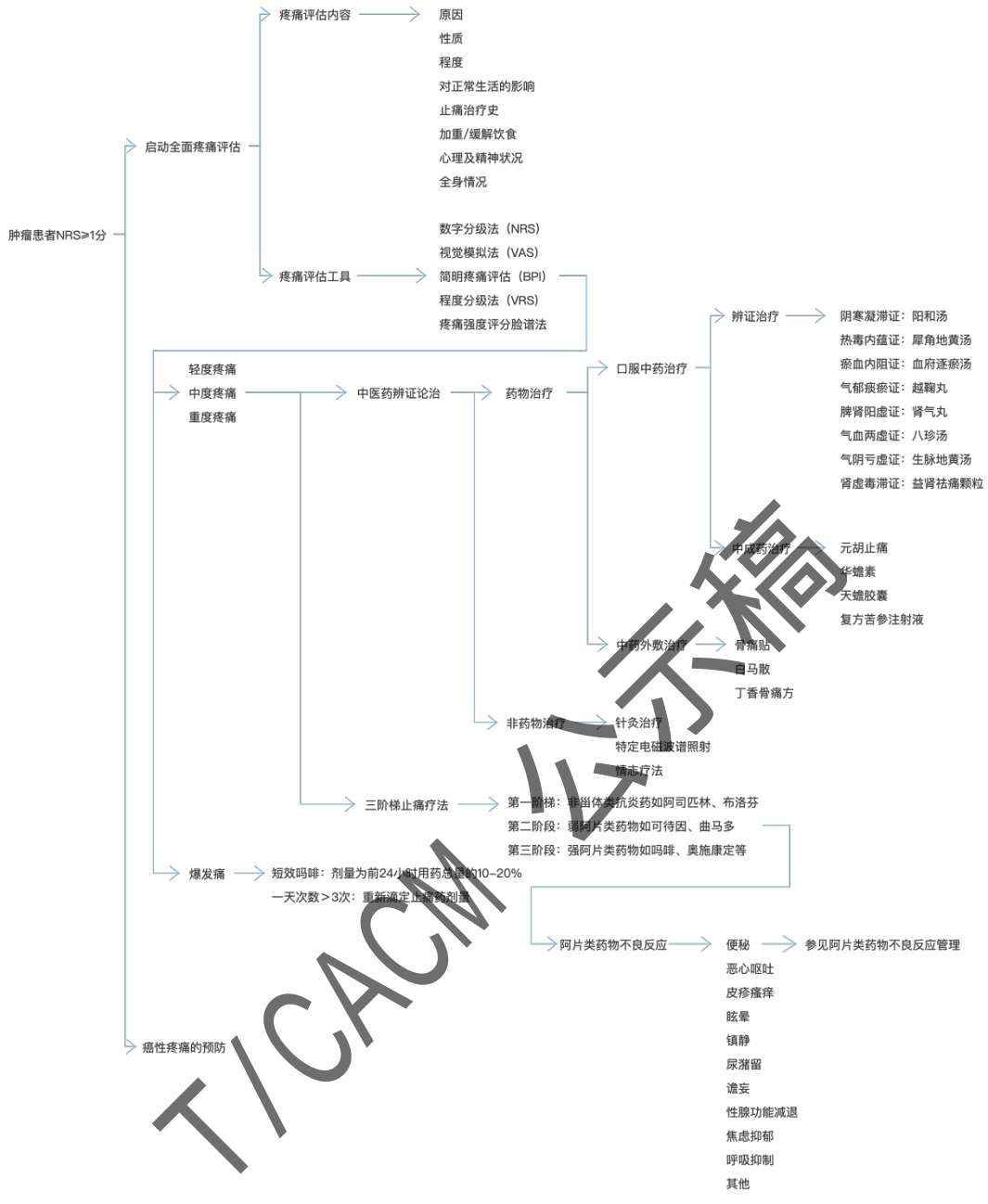


图 1 癌性疼痛中西医结合诊疗流程图

附录 A 指南专家组及工作组名单

本文件指导委员会专家（按拼音字母排序）：崔慧娟、储真真、冯利、范焕芳、贺用和、胡作为、贾英杰、景年财、祝捷、蒋益兰、刘丽坤、刘丽星、刘松江、李和根、李平、李伟兵、练祖平、马胜、孙宏新、舒琦瑾、唐东昕、徐凯、杨晨光、殷玉琨、由凤鸣、张青、张海波

本文件工作组（按拼音字母排序）：蔡可润、常金圆、陈佳阳、崔译元、刘丽星、李洪、李诺、李沛瑾、李杰、刘婷婷、孟祥聚、王颖、张庆林、周睿

本文件执笔人（按拼音字母排序）：刘丽星、李沛瑾

本文件秘书：刘丽星

T/CACM 公示稿

附录 B 证据等级与推荐强度^[115-117]

证据等级		
1A	高	大样本随机对照试验, Meta 分析
1B	高	小样本随机对照试验, 非随机临床对照试验、队列研究
2A	稍低	病例对照研究、前瞻性病例系列
2B	稍低	规范化的专家共识、回顾性病例系列、历史性对照研究
3	低	非规范化专家共识、病例报告、经验总结

推荐强度		
I 级推荐	1A 类证据和部分 2A 类证据 专家一致共识 (推荐 ≥80%)	推荐使用 获益远大于风险
II 级推荐	1B 类证据和部分 2A 类证据 专家基本一致共识 (推荐 ≥60%)	合理的, 可能有用的 获益大于风险
III 级推荐	2B 类证据和 3 类证据 专家一致共识 (推荐 ≥80%)	或许合理, 未明确 获益不小于风险
不推荐	可以是任何类别等级的证据 专家具有一致共识 (不推荐 ≥80%)	不建议, 无效, 不应实施 获益小于风险

T/CACM 行业标准

参 考 文 献

- [1] Swarm RA, Youngwerth JM, Agne JM, et al. NCCN Guidelines: Adult Cancer Pain, Version 1.2023. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1413>
- [2] Løhre ET, Thronæs M, Klepstad P. Breakthrough cancer pain in 2020. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2020 Jun;14(2):94-99.
- [3] Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(3):182-196.
- [4] Bossi P, Giusti R, Tarsitano A, Airoidi M, De Sanctis V, Caspiani O, Alterio D, Tartaro T, Alfieri S, Siano M. The point of pain in head and neck cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2019 Jun;138:51-59.
- [5] Grossberg AJ, Chu LC, Deig CR, Fishman EK, Hwang WL, Maitra A, Marks DL, Mehta A, Nabavizadeh N, Simeone DM, Weekes CD, Thomas CR Jr. Multidisciplinary standards of care and recent progress in pancreatic ductal adenocarcinoma. *CA Cancer J Clin*. 2020 Sep;70(5):375-403.
- [6] Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):38-44.
- [7] Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008 Jul;101(1):17-24.
- [8] Caraceni A, Shkodra M. Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers (Basel)*. 2019 Apr 10;11(4):510.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [10] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分: 证候[M]. 2021.
- [11] 李灿东, 方朝义. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [12] 国际血瘀证诊断指南(2021-12-16)[J]. 世界中医药, 2022, 17(01): 31-36.
- [13] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会, 陈可冀, 徐浩等. 实用血瘀证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(10): 1163.
- [14] 李社芳. 马云枝教授运用越鞠丸验案举隅[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(22): 21-22.
- [15] 许晶, 钱树树, 陈耀国, 李冬云, 严倩. 华蟾素治疗癌痛有效性和安全性的系统评价和 Meta 分析[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(12): 2627-2636.
- [16] 刘拥军, 孙凡, 李金虎. 华蟾素联合唑来膦酸治疗恶性肿瘤骨转移的 Meta 分析[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(01): 87-93.
- [17] 张静娴, 易丹, 苏剑飞, 卫雪芹, 李小江. 复方苦参注射液联合阿片类镇痛药治疗中重度癌痛的 Meta 分析[J]. 中医肿瘤学杂志, 2022, 4(04): 60-68.

- [18] Guo YM, Huang YX, Shen HH, Sang XX, Ma X, Zhao YL, Xiao XH. Efficacy of Compound Kushen Injection in Relieving Cancer-Related Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:840742.
- [19] 张云芳,张明,符英金.阳和汤加减联合西医止痛药治疗骨转移癌疼痛的临床观察[J].广州中医药大学学报,2015,32(03):410-414.
- [20] 田娇. 骨痛贴外用治疗阴寒凝滞型癌性躯体痛的临床观察[D].北京中医药大学,2015.
- [21] 陈赫军,何世学,刘珊.血府逐瘀汤联合美施康定治疗中晚期癌症癌性疼痛 50 例临床观察[J].中医药导报,2014,20(06):67-68.
- [22] 汪硕.元胡止痛颗粒剂治疗癌痛观察[J].江西中医药,1995(S2):28-29.
- [23] 谭丹,曾小琴,鲍全伟,陈骛.元胡止痛片联合强阿片类药物治疗肺癌术后中重度疼痛的临床观察[J].局解手术学杂志,2020,29(01):55-58.
- [24] 王雨,董明.天蟾胶囊联合盐酸羟考酮缓释片治疗晚期胃癌癌性疼痛的临床疗效及对生活质量的影响[J].中国医院用药评价与分析,2022,22(02):172-175.
- [25] 高娴,梅家转,李洪智.天蟾胶囊联合羟考酮治疗中度癌痛的疗效观察[J].现代药物与临床,2020,35(11):2201-2205.
- [26] 冯艳,孙延霞,冯蓓,王英莉.八珍汤加减联合艾灸对中晚期宫颈癌化疗患者疗效、疼痛和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(08):878-881.
- [27] 张冰彬,董克芳.两种补肾方药对骨质疏松症患者骨密度及疼痛评分影响的 Meta 分析[J].中医临床研究,2020,12(02):139-143.
- [28] 宋洪丽,殷玉琨,周磊,冯利.益肾骨康方联合盐酸羟考酮缓释片治疗中重度癌性躯体痛肾虚血瘀证患者随机对照双盲临床研究[J].中医杂志,2018,59(15):1300-1304.
- [29] 宋洪丽,殷玉琨,王耀焯等.益肾骨康方联合奥施康定治疗中重度癌性躯体痛的有效性及安全性的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(22):164-168.
- [30] 杨柳. 120 例癌性疼痛相关因素分析及益肾骨康方治疗骨转移癌癌性疼痛临床疗效研究[D].北京中医药大学,2017.
- [31] 冯利,闫秀峰,何生奇等.益肾骨康方对 60 例肿瘤骨转移癌患者生存质量的影响[J].中医杂志,2014,55(14):1203-1206.
- [32] 陈仲杰. 癌痛循经取穴针刺镇痛作用临床观察[D]. 中国中医科学院, 2008.
- [33] 彭浩. 针刺治疗癌性疼痛的系统评价及临床预初试验[D]. 第二军医大学, 2009.
- [34] 谭广生, 林智通, 王琴, 等. 针刺联合西药对肿瘤患者镇痛作用的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012,7(02): 147-149.
- [35] 张建伟. 针刺联合三级阶梯止痛法治疗中重度癌痛的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2014.
- [36] 吴兰珍, 王亚红. 针灸宁心安神法治疗肿瘤疼痛疗效观察[J]. 新疆中医药, 2015,33(06): 34-36.

- [37] 汤欢. 针灸联合盐酸曲马多治疗中度肝癌疼痛疗效观察[J]. 山东医药, 2015,55(38): 42-43.
- [38] 孙瑞瑞. 针刺联合阿片类药物治疗癌性疼痛的临床研究[D]. 安徽中医药大学, 2016.
- [39] 王北斗. 针灸联合盐酸曲马多治疗肝癌中度疼痛疗效观察[J]. 现代临床医学, 2017,43(04): 257-258.
- [40] 李德辉, 范焕芳, 孙春霞, 等. 针刺足三里、太冲、合谷穴联合三阶梯止痛治疗胃癌痛临床观察[Z]. 2018.
- [41] 陈雪玲. 调神针法治疗癌症疼痛的临床观察[D]. 广州中医药大学, 2019.
- [42] 莫仁姣. 针灸联合盐酸羟考酮缓释片治疗中重度癌性疼痛的临床观察[D]. 湖南中医药大学, 2020.
- [43] 倪卫民, 段力. 针灸辅助三级阶梯止痛治疗癌性疼痛效果及对生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020,29(27): 3008-3012.
- [44] 杨梦怡. 不同留针时间针刺治疗癌痛的临床疗效分析[D]. 浙江中医药大学, 2020.
- [45] 夏中颖. 针灸治疗胃癌癌性爆发痛的临床观察[D]. 北京中医药大学, 2020.
- [46] 沈文骏. 针刺联合止痛药物改善乳腺癌轻中度癌痛的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2020.
- [47] 万海平, 张立德, 谷丽艳. 经刺法联合三阶梯止痛法治疗乳腺癌痛的疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2021,35(11): 40-42.
- [48] 卢晓婷. 针刺联合三阶梯止痛法治疗癌性疼痛的临床研究[D]. 辽宁中医药大学, 2021.
- [49] 班妮娅·巴合提. 针刺督脉组穴治疗胃癌癌性疼痛的临床疗效研究[D]. 新疆医科大学, 2022.
- [50] 李慧. 针刺治疗癌性疼痛随机对照试验的系统评价[D]. 黑龙江中医药大学, 2016.
- [51] 边双林, 张家瑞, 齐建帅, 等. 针灸疗法联合三阶梯止痛药治疗肺癌疼痛的Meta分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020,26(08): 1143-1147.
- [52] 芦殿荣, 何生奇, 冯利, 芦殿香, 袁晓玢, 王芳, 高音. 针刺补肾祛瘀法治疗中重度骨转移癌痛的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2018,13(01): 116-120.
- [53] 侯雨彤, 侯瀚博, 都佳蕴, 等. 电热针联合止痛药治疗癌性躯体疼痛气滞血瘀证的临床研究[J]. 现代中医临床, 2018,25(04): 17-21.
- [54] 何生奇, 刘晓林, 夏玉卿等. 电热针干预阴寒凝滞型癌性疼痛患者对中医证候及血液系统安全性影响的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2020,36(05): 18-23.
- [55] 胡侠. 腕踝针治疗中重度肝癌疼痛的临床观察[D]. 第二军医大学, 2004.
- [56] 王芳, 胡岗, 林麟, 等. 腕踝针治疗癌症疼痛效果观察[J]. 人民军医, 2017,60(01): 56-57.
- [57] 欧严. 腕踝针对癌痛患者疼痛改善效果的影响[J]. 湖南中医杂志, 2019,35(11): 99-100.
- [58] 栾燕芬, 王红艳, 高玲, 等. 腕踝针联合阿片类止痛药治疗癌性疼痛的疗效观察[J]. 云

南中医中药杂志, 2019,40(10): 95-96.

[59] 张丽,陈飘飘,肖淑方等.腕踝针用于癌性疼痛辅助治疗的 Meta 分析[J].护理与康复,2022,21(12):58-64.

[60] 王静霞,龙灿海,周小翠等.三阶梯镇痛疗法联合揸针治疗癌症疼痛的临床疗效[J].中医药学报,2022,50(10):71-75.

[61] 周小翠,王立玉,季锋等.揸针联合阿片类镇痛药物治疗中重度癌性疼痛的临床疗效及对血清 β -内啡肽、P 物质水平的影响[J].上海中医药杂志,2023,57(01):71-75.

[62] 王颖. 电针联合羟考酮缓释片治疗晚期非小细胞肺癌癌痛的临床研究[D]. 浙江中医药大学, 2016.

[63] 高莹莹. 电针辅助治疗腹腔镜胃癌术后疼痛的临床研究[D]. 大连医科大学, 2017.

[64] 韩学昌, 邢群智, 李毓, 等. 电针内麻点镇痛用于治疗癌症疼痛的临床研究[J]. 针刺研究, 2020,45(10): 845-850.

[65] 赵云洁. 脐针治疗原发性肝癌中重度疼痛的临床研究[D]. 山东中医药大学, 2019.

[66] 刘新玲,刘钊汐,蔡细敏等.浮针干预对于癌痛患者生活质量影响的临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(16):28-31.

[67] 黄丽芳. 浮针疗法配合再灌注活动治疗肺癌微创根治术后疼痛的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2021.

[68] 赵世林. 梅花针叩刺联合盐酸曲马多缓释片治疗肺癌术后慢性疼痛的疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2019.

[69] 刘晨阳, 赵世林, 杨婕, 等. 梅花针叩刺联合氨酚羟考酮治疗肺癌术后慢性疼痛的效果观察[J]. 癌症进展, 2021,19(06): 570-574.

[70] 白伟杰,张志强,罗泽坤等.毫火针焮刺对癌性疼痛患者生活质量和免疫功能的影响[J].按摩与康复医学,2020,11(20):21-23.

[71] 袁欣,何鑫蓉,袁宜勤.毫火针联合背腧穴艾灸缓解癌性疼痛 40 例[J].环球中医药,2022,15(12):2479-2482.

[72] 欧剑标,周丽群,梁群英.温阳艾灸法联合三阶梯止痛法对癌痛患者疼痛和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(21):2319-2321.

[73] 薛军丽. 艾灸联合三阶梯止痛法治疗中重度癌痛 30 例 [J]. 光明中医,2017,32(17):2550-2552.

[74] 李玲, 高翠霞, 何炜, 等. 温阳艾灸法联合三阶梯止痛法对癌痛患者止痛效果和生活质量的影响[J]. 中医研究, 2016,29(09): 48-50.

[75] 刘冰,李琳,童莉等.热敏灸联合西药治疗正虚瘀结型结肠癌重度癌痛的疗效及作用机制探究[J].山东中医药大学学报,2020,44(05):539-543+549.

[76] 柳华伟,刘祖琴,王万里.热敏灸联合阿片类药物治疗虚型癌痛增效作用研究[J].光明中

医,2022,37(06):1056-1059.

- [77] 姚国红.温针灸治疗肺癌骨转移疼痛 8 例[J].浙江中西医结合杂志,2013,23(03):162.
- [78] 王捷. 温针灸治疗肺癌骨转移中重度疼痛的临床研究[D].广州中医药大学,2019.
- [79] 胡旭璇. 温针灸联合奥施康定对原发性肝癌疼痛镇痛作用的疗效观察[D].福建中医药大学,2020.
- [80] 阎继勤,赵德利,马翠兰等.强痛定治疗晚期癌性腹痛的足三里穴注射法与肌肉注射法的疗效比较[J].中西医结合实用临床急救,1997(01):45.
- [81] 陈斌,孙纪萍.维生素 K3 穴位注射治疗癌性腹痛 56 例[J].中西医结合杂志,1990(06):378.
- [82] 罗莲平. 足三里穴位注射治疗爆发性癌痛的临床观察[D].广州中医药大学,2013.
- [83] 刘晓芳.吗啡足三里穴位注射止癌痛临床观察[J].新中医,2013,45(09):128-129.
- [84] 骆嘉华,刘振海,李增辉等.吗啡足三里穴位注射治疗重度癌痛的临床观察[J].中国民族民间医药,2016,25(17):113-115.
- [85] 陈健琳,宋红伟,黑子明等.吗啡穴位注射治疗骨转移癌痛的临床研究[J].基层医学论坛,2017,21(07):771-773.
- [86] 沈丽贤,王明波,张红宇等.穴位注射对肝癌癌痛患者镇痛效果影响的研究[J].河北中医药学报,2014,29(04):35-37.
- [87] 郭华丽.穴位注射对肝癌癌痛患者镇痛效果影响的研究[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(26):172-173.
- [88] 白涛,郑革,胡玉琴.耳穴穴位注射对癌痛患者疼痛、焦虑抑郁情绪及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(24):2697-2700.
- [89] 王斌,田华琴,梁贵文等.中药耳穴穴位注射缓解癌痛的临床观察[J].新中医,2011,43(01):113-115.
- [90] 沈秋萍,田华琴,梁贵文等.耳穴穴注缓解癌痛对患者生活质量影响的临床研究[J].中华中医药学刊,2012,30(04):766-768.
- [91] 钟敏钰,胡作为,黄琳等.耳穴贴压联合强阿片类药物药物治疗中、重度癌痛 50 例疗效观察[J].中医杂志,2012,53(13):1123-1125.
- [92] 施俊晶,江华,刘荣辉等.耳穴压贴法联合三阶梯止痛法治疗中重度癌痛的疗效分析研究[J].中国全科医学,2019,22(35):4392-4396.
- [93] 王庆全,陈豫,朱蕾等.耳穴压豆联合硫酸吗啡缓释片治疗癌痛 60 例[J].中医外治杂志,2016,25(04):18-19.
- [94] 常丽,杨静.耳穴贴压联合癌痛规范化治疗对癌痛患者镇痛效果及治疗依从性的影响[J].智慧健康,2019,5(17):71-73.
- [95] 姜义明,张丽萍,林美蓉.耳穴压豆疗法对癌痛患者临床疗效的影响[J].广州中医药大学学报,2019,36(12):1961-1966.

- [96] 陈建霞.内关、足三里穴位按摩联合镇痛药物缓解晚期肿瘤重度癌痛的临床效果[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(32):27-28.
- [97] 金静娴.中药足浴联合足底按摩改善肿瘤患者癌痛及睡眠质量的效果[J].双足与保健,2017,26(08):188+190.
- [98] 刘越,屈中玉,万里新.中药足浴联合足底按摩改善老年肿瘤患者癌痛及睡眠质量的效果[J].中国老年保健医学,2016,14(05):25-27.
- [99] 房敏,宋柏林.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2016,9.
- [100] 张静,常丽娜.复方止痛膏联合特定电磁波谱治疗仪治疗中重度癌性疼痛的临床观察[J].中国民间疗法,2018,26(06):38-39.
- [101] 辛丽艳,孙岩萍.中医情志干预对晚期食管癌疼痛患者生存质量的影响[J].光明中医,2021,36(21):3692-3694.
- [102] 曹杰,陈红,黄颖,王维.五行音乐疗法联合草酸艾司西酞普兰片、盐酸羟考酮缓释片治疗骨转移癌性疼痛伴抑郁临床观察[J].河北中医,2021,43(06):963-968+981.
- [103] 陈晨,朱化珍,夏茵等.中医五行音乐对中晚期肿瘤患者癌痛及生存质量影响的临床观察[J].上海中医药杂志,2017,51(09):64-67.
- [104] 董霞.中医五音疗法改善中重度癌痛临床研究[J].新中医,2020,52(16):96-99.
- [105] 孙燕. 癌症病人三阶梯止痛疗法的指导原则[J]. 中国肿瘤, 1994, 000(004):15-17.
- [106] 葛焰森. 中医药干预癌痛患者阿片类药物相关性便秘的 Meta 分析[D].成都中医药大学,2019.
- [107] 王剑锋,卢涛,王曼,段桦,周天,胡凯文.中药阿是穴外敷联合三阶梯止痛法治疗癌痛疗效的 Meta 分析[J].中国中医急症,2020,29(04):608-612.
- [108] 吴辉渊.耳穴贴压联合中药敷脐对阿片类药物作用的影响[J].上海针灸杂志,2016,35(08):980-982.
- [109] 季进锋,葛晓霞,许春明,等.揆针联合热敏灸治疗中重度癌性疼痛疗效观察[J].中国针灸,2021,41(07):725-729.
- [110] 卜美玲. 健脾开窍法治疗脾虚湿盛型嗜睡症临床研究[D].长春中医药大学,2017.
- [111] 李丹,孙瑞瑞,李庆羚,等.针刺联合阿片类药物治疗中重度癌性疼痛: 随机对照研究[J].中国针灸,2020,40(03):257-261.
- [112] 李欣荣.温法在晚期肿瘤患者阿片相关性谵妄中应用之辨析[J].中国中医急症,2018,27(02):309-311.
- [113] 涂雅玲,陈其华.温阳补肾汤联合他达拉非治疗肾阳不足型阳痿的疗效观察[J].中医药导报,2020,26(01):66-68+74.
- [114] Bateman JT, Saunders SE, Levitt ES. Understanding and countering opioid-induced respiratory depression. Br J Pharmacol. 2021 Jun 5;10.1111/bph.15580.

[115] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336(7650):924-926.

[116] 陈薇,方赛男,刘建平. 基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J]. 中国中西医结合杂志,2019,39(03):358-364.

[117] 汪受传,陈争光,徐珊,赵霞,虞舜. 建立循证中医临床实践指南证据分级体系的构想[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2013,15(07):1488-1492.

T/CACM 公示稿