

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2026.06.001

• 指南与规范 •

慢性癌症相关性疼痛中西医结合诊疗 中国专家共识（2026 版）

中国中西医结合学会疼痛学专业委员会

摘要 慢性癌症相关性疼痛 (chronic cancer-related pain, CCRP) 是癌症病人高发的慢性并发症，严重影响病人生存质量与抗肿瘤治疗依从性。目前国内尚缺乏疼痛科牵头、多学科专家协同制订的中西医结合的 CCRP 诊疗共识。为此中国中西医结合学会疼痛学专业委员会组织西医、中医、中西医结合方面的癌痛诊疗相关专家，参照循证医学规范，采用改良德尔菲法并参考中医古籍与名医经验证据分级方法制定本共识。本共识明确 CCRP 中西医定义、流行病学特征及病因病机，规范 CCRP 西医评估流程与中医辨证分型，构建多学科协作诊疗模式。同时系统梳理西医药物、非药物干预及中医内治、外治、情志疗法等镇痛核心方案，共形成 35 条推荐意见。进一步明确了中西医结合镇痛在提升疗效、降低不良反应发生率、改善病人生活质量方面的核心优势。本共识旨在为临床提供可落地的 CCRP 中西医结合诊疗依据，推动癌痛规范化管理，为攻克相关难题提供中国方案。

关键词 慢性癌症相关性疼痛；中西医结合；诊断；治疗；共识

Chinese expert consensus on the diagnosis and treatment of chronic cancer-related pain by integrated traditional Chinese and Western medicine (2026 edition)

Painology Professional Committee of Chinese Association of Integrative Medicine

Abstract Chronic cancer-related pain (CCRP) is a highly prevalent chronic complication in cancer patients, significantly impairing their quality of life and adherence to anti-tumor therapy. Currently, there is a lack of a consensus on the diagnosis and treatment of CCRP that integrates traditional Chinese medicine (TCM) and Western medicine, formulated collaboratively by pain medicine specialists and other multidisciplinary experts. To address this gap, the Painology Professional Committee of the Chinese Association of Integrative Medicine convened experts related to diagnosis and treatment of cancer pain from the fields of Western medicine, TCM, and integrative medicine. Following the norms of evidence-based medicine, adopting a modified Delphi method, and referencing an evidence grading system derived from classical TCM literature and the experience of renowned physicians, this consensus was developed. This consensus clarifies the definitions of CCRP in both Chinese and Western medicine, its epidemiological characteristics, etiology, and pathogenesis; standardizes the Western medical assessment process and Chinese medicine pattern differentiation; and establishes a multidisciplinary collaborative diagnosis and treatment model. Moreover, it systematically outlines core analgesic strategies, including Western pharmacological and non-pharmacological interventions, as well as Chinese medicine internal therapies, external therapies, and emotional regulation techniques, yielding a total of 35 recommendations. It further elucidates the core advantages of integrated Chinese and Western medicine for analgesia in enhancing efficacy, reducing the incidence of adverse reactions, and improving patients' quality of life. This consensus aims to provide clinically actionable evidence for the integrated diagnosis and treatment of CCRP, promote the standardized management of cancer pain, and offer a Chinese solution to related challenges.

Keywords chronic cancer-related pain; integrated traditional Chinese and Western medicine; diagnosis; treatment; consensus

一、共识制定背景及应用范围

癌症, 亦称恶性肿瘤, 是威胁人类公共健康的主要疾病之一。2022 年, 全球癌症新增病例 1996 万例, 中国约 480 万例 (占比 24%), 全球癌症死亡病例 974 万例, 中国约 260 万例 (占比 26%)^[1]。随着肿瘤诊疗的不断进步, 病人生存期得到显著延长, 慢性癌症相关性疼痛 (chronic cancer-related pain, CCRP) 问题也日益凸显。现代西医建立了以药物镇痛为核心, 结合介入、心理、精神、物理治疗和营养等非药物干预措施的多学科协作诊疗 (multidisciplinary treatment, MDT) 模式。传统中医在癌痛治疗中积累数千年经验, 通过“辨证论治”在缓解疼痛、减毒增效方面独具优势。因此, 推动中西医结合规范化诊疗, 是提高癌痛控制率的迫切需求, 也是响应“健康中国 2030”战略的积极践行。

2023 年中华中医药学会发布《癌性疼痛中西医结合诊疗指南》(中医肿瘤科专家牵头), 2025 年中国抗癌协会发布《中国成人癌痛诊疗指南 (2025 版)》(西医疼痛科专家牵头), 目前尚缺乏结合中西医相关多学科专家知识与经验共同构建的 CCRP 共识或指南, 因此中国中西医结合学会疼痛学专业委员会牵头组织相关领域专家共同制定本共识, 旨在为临床提供参考, 推动中西医方面多学科协作。尽管面临高质量证据不足、最佳结合模式待探索等挑战, 期望本共识能成为融合中西医、指导临床实践的重要工具, 为攻克癌痛难题贡献中国智慧。

二、共识制定的过程及方法学

本共识制定参考《中西医结合临床实践指南制定规范》(中国-团体标准 T/CAS 767-2023), 采取改良德尔菲法, 经过 3 轮线下或线上讨论、投票, 经多轮修订完善, 最终形成本共识。共识编写专家委员会由 5 个小组构成, 分别为指导委员会 (9 名疼痛或肿瘤领域的资深临床医师, 其中中医或中西医结合背景 3 名)、制订组 (36 名, 以疼痛科医师为主, 还包括中/西医肿瘤内科、缓和医学科、骨科、药学等领域专家, 其中, 西医背景 19 名、中医或中西医结合背景 15 名、药学专家 2 名)、循证方法学组 2 名、秘书组 2 名和外部评审组 4 名。本共识已在国际实践指南注册与透明化平台完成注册 (注册号: PREPARE-2025CN115)。

(一) 临床问题的构建与确定

根据文献调研及征集专家意见, 本共识主要关注 CCRP 五个方面的临床问题: ①病理生理学分类; ②中医分型及证候要素; ③西医诊疗方案; ④中医诊疗方案; ⑤中西医结合诊疗优势。

(二) 临床证据检索

围绕上述问题, 系统检索了中英文主流文献数据库 (如 PubMed、Cochrane Library、中国知网等) 以及相关专业指南。中文检索关键词包括癌痛、肿瘤疼痛、慢性癌痛、癌症治疗后疼痛、中医、中西医结合等; 英文检索词包括 cancer pain、malignant pain、oncologic pain、tumor related pain、chronic cancer pain、postcancer treatment pain、traditional Chinese medicine、integrated traditional Chinese and Western medicine 等, 检索时间从建库开始截至 2025 年 7 月 31 日。

(三) 方法学质量评价

根据检索结果, 对纳入的系统评价采用系统评价方法学质量评价工具第二版 (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews II, AMSTAR II) 进行方法学质量评价; 对纳入的随机对照试验采用 Cochrane 偏倚风险评估工具 (Risk of bias) 进行偏倚风险评价; 对纳入的队列研究采用 The Newcastle-Ottawa Scale 工具进行方法学质量评价; 对纳入的原始对照研究进行异质性分析, 如纳入的原始研究偏倚风险为低风险且研究间异质性较小 ($I^2 < 50\%$) 则通过荟萃分析方法进行证据整合。

(四) 证据质量分级

本共识主要采用推荐意见分级评估、制订与评价 (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)^[2] 方法对纳入的证据进行证据质量分级, 将证据质量分为高、中、低、极低 4 个级别 (见表 1)。同时, 充分考虑中医古代医籍和名家经验的证据特殊性, 参考《基于循证医学原则的中医干预类临床证据分级系统的构建》^[3], 对源自中医古籍及名家经验的证据进行质量分级 (见表 2)。

(五) 从证据到推荐

本共识以现有的临床证据为基础, 在充分分析证据质量、药物经济学因素及病人偏好等利弊的基础上, 对于专家共识构建的临床问题, 给出明确的推荐意见。与会专家基于改良德尔菲共识法, 通过决策表决形成推荐意见, 即 75% 以上的专家推荐方向一致且均为强推荐, 则推荐意见为强推荐使用/不使用; 60% 以上的专家 (含 60%) 但不足 75% 的专家推荐方向一致, 则推荐意见为弱推荐使用/不使用; 当与会专家不足 60% 推荐意见方向一致, 则该问题本轮讨论未形成共识 (见表 3)。专家组对首轮未能形成的共识再进行第二轮投票。如 60% 以上专家方向一致, 则该问题最终推荐强度为弱推荐, 如仍小于 60% 的专家方向一致, 则该问题在本次专家共识中不

进行具体推荐，由专家组讨论是否给予专家共识的推荐意见，即良好实践声明 (good practice statement, GPS)。对于暂无证据支持的临床问题，也同样组织专家讨论是否给予“GPS”作为推荐意见。

三、定义

(一) 西医学定义

癌症病人的疼痛分为与癌症及其治疗有关和无关两大类：前者称为癌症疼痛（也称为癌性疼痛^[4]，简称癌痛），包括急性癌痛 (acute cancer pain, ACP) 和 CCRP；后者指癌症病人的其他疼痛，如共病导致的疼痛等，不属于 CCRP。根据国际疾病分类第十一次修订本 (International Classification of Diseases 11th Revision, ICD-11)^[5]，CCRP 定义为由原发癌症本身或肿瘤转移或癌症治疗导致的慢性疼痛，包括慢

性癌痛 (chronic cancer pain, CCP) 和慢性癌症治疗后疼痛 (chronic postcancer treatment pain, CPCTP)^[4]。CCP 指由肿瘤直接侵犯或压迫组织、神经、内脏、骨骼等引起的疼痛，CPCTP 指由手术、化疗、放疗、靶向、免疫或内分泌治疗等抗肿瘤治疗导致的疼痛。CCRP 一般持续时间超过 3 个月，区别于 ACP 3 个月内缓解的病程。ACP 是一种突发性疼痛，与诊疗操作、癌症治疗（手术、放疗、化疗等）或累及周围组织或器官的肿瘤快速生长直接相关^[6]。

(二) 中医学定义

中医学虽然无专门论述癌痛的专著，但对癌痛的认识经历了长期的演进与完善，且有多种描述和命名，如“癥瘕”“积聚”“石瘕”“瘰癧”“乳岩”等病症与癌痛十分相似。现代中医将肿瘤所致疼痛

表 1 GRADE 证据质量分级定义

证据质量分级	定义
高	非常确信真实的效应值接近效应估计值
中	对效应估计值有中等程度的信心，真实值可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低	对效应估计值的确信程度有限，真实值可能与估计值大不相同
极低	对效应估计值几乎没有信心，真实值很可能与估计值大不相同

表 2 中医古籍及名医经验的证据分级方法

分级因素	评估细节	赋分
古籍医案来源（最高 2 分）	经典著作、官修文献等	2
	学科、学派的代表作或医案类著作	1
古籍诊疗内容（最高 1 分）	全面记载包括病情描述、治疗方案、疗效评估的信息	1
古籍的传承性（最高 4 分）	古代不同医家引用相关干预疗法，有详细医案记载并提示疗效一致	2
	现（当）代中医教材（国家规划出版教材）等推荐相关疗法	1
	现代临床研究初步证据支持相关干预疗法	1
名医的资质（最高 1 分）	国医大师和国家级名中医，并与研究领域相符	1
名医经验内容（最高 1 分）	全面记载包括病情描述，治疗方案，疗效评估的信息	1
	经验方或疗法在学术传承应用中显示可重复性	2
经验的传承性（最高 4 分）	经验方或疗法进入现（当）代中医教材（国家规划出版教材）等	1
	现代临床研究初步证据支持	1

注：分级标准（0~3 分为低级证据；4~5 分为中级证据；6 分或以上为高级证据）。古籍医案来源中“经典著作、官修文献”是指中医四大经典——《圣济总录》《太平惠民和剂局方》《医宗金鉴》等，“学科、学派代表作”将根据内、外、妇、儿等各专科确定的相应书目库，如《诸病源候论》《外科正宗》《傅青主女科》等进行评价。名医经验分级方法中，名医指 1911 年后近现代的中医名家，国医大师和国家级名中医是由人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会、国家中医药管理局、评选表彰的中医药行业杰出代表。

表 3 推荐意见及强度分级

推荐内容	分级	定义
推荐方向	使用该干预措施	同意基于证据、专家经验对现有问题的回答
	不使用该干预措施	不同意基于证据、专家经验对现有问题的回答
推荐强度	强推荐	明确显示干预措施利大于弊或者弊大于利
	弱推荐	利弊不确定或现有的证据显示利弊相当
推荐意见	强推荐使用/不使用	75% 以上的专家推荐方向一致且均支持强推荐
	弱推荐使用/不使用	60% 以上的专家（含 60%）推荐方向一致，但不足 75% 的专家支持强推荐
	良好实践声明 (GPS)	缺乏临床证据，由专家讨论，通过共识形成 GPS

称为“癌瘤痛”，是指肿瘤侵犯经络致机体出现疼痛或经肿瘤治疗后所引发的疼痛。

四、流行病学

癌症确诊时约 35% 病人存在疼痛，整个病期中重度癌痛平均发病率约为 46%，不同癌症类型和疾病分期差异较大 (21%~84%)，晚期病人可达 76%，终末期近似或略高^[7]。另有数据显示，33% 的癌症治愈性治疗后病人存在疼痛^[8]。

五、病因及发病机制

(一) 西医病因及发病机制

1. 西医病因

CCRP 的病因可与肿瘤有关，也可源于各种抗肿瘤治疗。

CCP 可分为以下 4 类：①慢性内脏性癌痛：肿瘤压迫或侵犯头颈部或胸腹盆腔内脏器官引起；②慢性骨性癌痛：肿瘤破坏或损伤骨骼引起；③慢性神经病理性癌痛：压迫或浸润外周或中枢神经系统引起；④其他慢性癌痛。

CPCTP 可分为以下 4 类：①慢性癌症药物治疗后疼痛：化疗、靶向、免疫、内分泌治疗等导致；②慢性放射治疗后疼痛：放射治疗照射野内神经、骨骼或软组织的延迟性损害导致；③慢性癌症术后疼痛：癌症相关手术导致；④病因不明的其他慢性癌症治疗后疼痛。

2. 西医病理机制

癌痛是一种由炎症、神经病变和特异性癌症机制驱动的复杂疾病，肿瘤细胞、非神经细胞和神经细胞之间的相互作用是诱导和维持癌痛状态的关键过程^[9]。CCRP 涉及伤害感受性疼痛、神经病理性疼痛和伤害可塑性疼痛机制。

(二) 中医病因病机及历史源流

先秦至汉唐时期，中医对癌痛已有初步认识。

《黄帝内经》提出“外邪致瘀、气滞不通”为积聚疼痛病机；《金匱要略》则进一步以“固定与走窜”区分疼痛特点，并创立“化瘀消癥”的治法。宋金元时期，医家深化了对癌痛本质的认识，强调“正虚为本”，重视“痰瘀互结”。朱丹溪提出“痰挟瘀血，遂成窠囊”，突出了痰瘀互结致痛的特点。明清时期，叶天士提出“初病在经，久病入络”，指出顽固性癌痛与络脉瘀阻的密切关系，治疗上强调通络化瘀。近现代则总结出“虚、毒、瘀”三者互结的核心病机模型，以扶正祛邪、整体与局部兼顾为治疗思路，推动癌痛诊疗不断完善^[10]。

六、评估与诊断

(一) 西医评估与诊断

癌痛属于整体性疼痛，包括生理、心理、社会、精神等维度，各维度均有相应评估量表。

1. 评估

推荐意见 1：癌痛评估应遵循“常规、量化、全面、动态”原则，并使用标准化量表或流程评估相关生理、心理、社会和精神因素。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】国家卫生健康委员会 2018 年发布的《癌症疼痛诊疗规范》^[11]明确提出癌痛评估是合理、有效进行镇痛治疗的前提，应当遵循“常规、量化、全面、动态”四项原则。《NCCN 成人癌痛指南》^[6]要求疼痛各相关因素均应有相应评估量表或流程。

推荐意见 2：对于存在认知或生理表达障碍的病人，应采用多种途径综合评估疼痛强度，包括行为观察、家属/照护者反馈以及观察其对相关药物和非药物综合干预的反应，人工智能将有助于疼痛评分。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】《NCCN 成人癌痛指南》^[6]指出，由于认知或生理问题无法表达疼痛强度是疼痛评估和管理的一个主要障碍，建议采取多管齐下的方法，包括直接观察、获取家属/照护者的意见以及评估对镇痛药或非药物干预的反应。昏迷、深度镇静或机械通气病人可使用行为疼痛量表 (behavioral pain scale, BPS) 或重症监护疼痛观察工具 (critical-care pain observation tool, CPOT)^[12]；痴呆病人可根据疾病不同阶段采用自我报告、行为观察、照料者评估等方法，晚期病人常使用晚期痴呆疼痛评估量表 (pain assessment in advanced dementia scale, PAINAD)。随着人工智能发展，基于卷积神经网络等深度学习模型的技术有望为此类病人提供更客观的疼痛量化^[13]。

2. 诊断

(1) 病因学诊断

CCRP 在病因学上可分为 CCP 和 CPCTP 两大类，具体同前。

(2) 病理生理学诊断

推荐意见 3：CCRP 根据病理生理机制可分为伤害感受性疼痛、神经病理性疼痛和伤害可塑性疼痛三类，上述类型以任意组合形式共同作用于身体同一区域所形成的复杂重叠状态称为混合性疼痛。

（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】伤害可塑性疼痛是国际疼痛学会 (International Association for the Study of Pain, IASP) 于 2016 年定义的、区别于伤害感受性疼痛和神经

病理性疼痛的第三种疼痛类型。其核心机制是中枢敏化,具有区域性、多灶性以及广泛性特点,其分布范围常超出受损或病变的神经支配区域^[14]。2021年,IASP制订了《伤害可塑性疼痛临床标准和分级系统》^[15]。基于此,癌痛表型国际协作网络(the Cancer Pain Phenotyping Network, CANPPHE Network)于2023年发布的《迈向癌症后疼痛的精准医疗:基于伤害可塑性疼痛标准的癌痛表型多学科国际指南》^[14]将之应用于癌症幸存者的慢性疼痛,并提出了诊断流程。《NCCN成人癌痛指南(2025.V2版)》^[6]也将CCRP按照病理生理学机制更新为上述三类。需注意的是,癌痛往往属于混合性疼痛,常是上述三种疼痛机制的复杂重叠,同时和/或同步作用于身体同一区域^[16]。

(二)中医辨证和分型

推荐意见4:癌痛证型呈现“本虚标实、虚实夹杂”的特点,确定癌痛的9个常见证型,即气机郁滞证、瘀血阻滞证、热毒蕴结证、痰湿结聚证、阴寒凝聚证、气血亏虚证、正虚瘀结证、阳虚寒凝证、阴虚内热证。(证据等级:低;推荐强度:弱)

【推荐解释】《中医临床诊疗术语第2部分:证候》^[17]《中医诊断学》^[18]《中医肿瘤学》^[19]《中医内科学》^[20]对癌痛中医证型进行了规范的论述,9个证型属于源自文献的低级证据。

1. 气机郁滞证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现胀痛、窜痛、痛无定处,情志波动加重,伴胁胀暖气。四诊:望诊:舌淡红,苔薄白,面色青黄;闻诊:常叹息,呃逆声频;问诊:情志抑郁,食欲不振,大便不畅;切诊:脉弦或弦细,胁下或腹部有压痛,无固定肿块。

2. 瘀血阻滞证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,痛处固定,刺痛拒按,夜间加重。部分病人可出现局部肿块,面色黧黑,肌肤甲错。四诊:望诊:舌质紫黯或有瘀斑,面色晦暗;闻诊:呼吸短促,偶见呻吟;问诊:病程较长,疼痛持续,活动受限;切诊:脉涩或弦紧,局部可触及坚硬结节,触痛明显。

3. 热毒蕴结证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,呈灼热剧痛,局部红肿,伴发热口渴,便秘尿赤。四诊:望诊:舌红绛,苔黄燥,面红目赤;闻诊:口臭,呼吸粗重;问诊:喜冷饮,烦躁失眠,或有感染史;切诊:脉洪数或滑数,局部触之灼热。

4. 痰湿结聚证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,呈闷

痛重着,身体困重,胸脘痞满,咳吐痰涎。四诊:望诊:舌胖大,苔白腻,面色萎黄或浮肿;闻诊:痰鸣音,语言重浊;问诊:食欲减退,大便黏滞,头重如裹;切诊:脉濡滑,局部可扪及柔软包块。

5. 阴寒凝聚证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,呈冷痛剧烈,遇寒加重,得温痛减,畏寒肢冷。四诊:望诊:舌淡白,苔白滑,面色苍白或青灰;闻诊:声低懒言,呼吸微弱;问诊:畏寒喜暖,小便清长,大便溏薄;切诊:脉沉紧或迟,患处触之凉感。

6. 气血亏虚证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,呈隐痛绵绵,劳累后加重,伴乏力眩晕,心悸气短。四诊:望诊:舌淡嫩,苔薄白,面色苍白或萎黄;闻诊:语声低微,少气懒言;问诊:食欲差,失眠多梦,女性月经量少;切诊:脉细弱无力,肌肉松软。

7. 正虚瘀结证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,疼痛固定伴虚弱,消瘦乏力,面色黧黑,纳差。四诊:望诊:舌淡紫或有瘀点,苔剥落,肌肤甲错;闻诊:气息微弱,偶有干咳;问诊:病程迁延,畏寒或潮热交替;切诊:脉细涩或虚大无力,腹部可触及硬块。

8. 阳虚寒凝证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,呈冷痛畏寒,喜温喜按,腰膝酸软,小便频数,夜尿多。四诊:望诊:舌淡胖、边有齿痕,苔白润,面色皤白;闻诊:语音低微,呼吸浅弱;问诊:喜热饮,四肢厥冷,性欲减退;切诊:脉沉迟无力,腰腹发凉。

9. 阴虚内热证

临床症状:肿瘤或肿瘤治疗后出现疼痛,呈隐痛伴灼热感,五心烦热,盗汗口干。四诊:望诊:舌红少津,苔少或无苔,颧红消瘦;闻诊:干咳无痰,声音嘶哑;问诊:失眠多梦,便干尿赤;切诊:脉细数,腹部触之可出现灼热感。

七、治疗

(一)MDT评估和治疗

推荐意见5:癌痛治疗应建立多学科协作,成员包括疼痛科、肿瘤内科、肿瘤外科、放疗科、介入科、中医科或中西医结合科、心身医学科、康复医学科、营养科、药学部、影像科、病理科、社会工作部以及护理部等相关专业人员,共同制定规范化、个体化、全程化的镇痛方案。(证据等级:高;推荐强度:强)

【推荐解释】慢性疼痛的生物-心理-社会模型为肿瘤和姑息治疗中多学科团队组成的必要性提供了理论框架^[21]。《NCCN 成人癌痛指南》^[6]在癌痛管理一般原则中指出：多学科团队为最佳选择；考虑早期转诊接受姑息治疗、心理/社会/精神服务和/或介入性疼痛管理团队诊疗。2022 年美国临床肿瘤学会发布的《肿瘤学疼痛管理整合医学指南》^[22]也提出了癌痛综合治疗原则。中国抗癌协会癌痛整合治疗专业委员会发布的《中国成人癌痛诊疗指南（2025 版）》^[23]指出：癌痛治疗是在多学科协作基础上的全程管理和个体化治疗。

（二）西医治疗

1. 抗肿瘤治疗

推荐意见 6：在符合适应证、排除禁忌证且病人知情同意的情况下，针对性地抗肿瘤治疗对于癌痛治疗非常重要。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】国家卫生健康委员会《癌症疼痛诊疗规范（2018 年版）》^[11]明确指出（如果）癌痛的主要病因是癌症本身和/或并发症，需要给予针对性的抗癌治疗，包括手术、放疗、化疗、分子靶向治疗、免疫治疗及中医药治疗等，有可能减轻或解除癌痛。《NCCN 成人癌痛指南》^[6]在癌痛管理一般原则第一条即指出合适的疾病针对性治疗对于控制肿瘤相关疼痛至关重要。

2. 药物治疗

推荐意见 7：癌痛治疗应根据疼痛的病因和病理生理学诊断制订综合治疗方案，包括药物和非药物综合干预措施。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】《NCCN 成人癌痛指南》^[6]和《ESMO 成人癌痛临床实践指南》^[24]表明应根据疼痛的病因和病理生理学诊断制订药物与非药物综合治疗方案，包括药物镇痛、介入治疗、心理/精神治疗、物理治疗和营养支持等。

推荐意见 8：癌痛药物治疗“按阶梯给药”的概念方便根据疼痛强度进行相应管理，但不能替代基于全面疼痛评估的个体化治疗。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】WHO 2018 年发布的《成人和青少年癌痛药物治疗和放射治疗管理指南》中指出，按阶梯给药的概念易于理解疼痛评估的必要性并根据疼痛强度进行适当管理，但不能取代基于细致疼痛评估的个体化治疗，并将以前的“按阶梯给药”原则归入了“个体化给药”原则^[25]。实现个体化治疗需要丰富的药物选择，主要包括强/弱阿片类药物、非甾体抗炎药、对乙酰氨基酚以及辅助镇痛药（抗

惊厥药、抗抑郁药、糖皮质激素、局部麻醉药等）。药物滴定是实施个体化治疗的关键步骤，指通过调整药物剂量，为病人确定能达到理想镇痛且不良反应可耐受的最低有效剂量。

推荐意见 9：阿片类药物滴定以口服居多，一般分为短效即释阿片类药物滴定和联合长效缓释阿片类药物滴定两种方式，也可皮下或静脉病人自控镇痛（patient-controlled analgesia, PCA）滴定，几种方式各有所长。（证据等级：高；推荐强度：强）

推荐意见 10：同一阿片类药物不同给药途径，其滴定起始剂量与评估间期应有所区别，需遵循个体化原则。（证据等级：高；推荐强度：强）

推荐意见 11：美沙酮片和丁丙诺啡透皮贴剂的滴定方式分别存在特殊性，需个体化处理。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】《江苏省成人癌症疼痛诊疗规范（2020 年版）》^[26]推荐阿片类药物以口服滴定为主要方式，并区分短效即释与联合长效缓释滴定策略。中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会发布的《患者自控镇痛治疗癌痛专家共识》^[27]建议，对重度疼痛或爆发痛频繁病人可采用皮下或静脉 PCA 滴定。《NCCN 成人癌痛指南》表明^[6]，同一阿片类药物不同给药途径，在滴定过程中的起始剂量和评估间期均存在差异，需个体化处理；对于美沙酮片和丁丙诺啡透皮贴剂，在滴定方法上也各有其独特性，应谨慎用药并细致评估。

推荐意见 12：阿片类药物相关不良反应管理可选择相应药物预防或治疗，或行阿片类药物减量或轮替，也可试行改变阿片类药物给药途径。（证据等级：高；推荐强度：强）

推荐意见 13：阿片类药物相关的难治性不良反应可试用纳洛酮、纳曲酮等阿片受体拮抗药或更换为其复方制剂，如羟考酮相关便秘病人可考虑替换为羟考酮纳洛酮复方制剂。（证据等级：中；推荐强度：强）

【推荐解释】中国抗癌协会肿瘤整体评估专业委员会发布的《阿片类药物不良反应综合防治专家共识（2024 年版）》^[28]指出纳洛酮可以用于治疗多种阿片类药物引起的不良反应；1 篇荟萃分析^[29]也评估了小剂量纳洛酮对术后使用阿片类药物镇痛时恶心呕吐发生的影响。阿片类药物不良反应是影响病人治疗依从性和生活质量的重要因素，应遵循预防为主、规范评估、主动管理的原则^[6,28,29]。①便秘：应预防性使用泻药（如聚乙二醇），如超过 2 天未排便，考虑加用其他药物（如乳果糖、比沙可啶等）

或增加聚乙二醇剂量/服药频率。疗效不佳的病人，可考虑外周 μ 受体拮抗剂（如甲基纳曲酮），或更换为便秘风险较低的药物（如羟考酮纳洛酮复方制剂、芬太尼透皮贴剂、美沙酮等）。②恶心与呕吐：首选甲氧氯普胺或氟哌啶醇，难治者可联用5-HT₃受体拮抗剂、地塞米松或低剂量奥氮平等。③镇静与呼吸抑制：镇静常先于呼吸抑制出现，可试用咖啡因等中枢兴奋剂。出现呼吸抑制时，可使用纳洛酮拮抗并防止疼痛反跳。④瘙痒：可试用抗组胺药或5-HT₃受体拮抗剂，无效时可考虑低剂量纳洛酮或纳布啡。⑤谵妄：可考虑使用氟哌啶醇、奥氮平等药物，并需排除其他病因。⑥尿潴留：可试用 α_1 受体阻断剂（如坦索罗辛）等，必要时导尿。⑦肌阵挛：可考虑苯二氮䓬类药物（如氯硝西泮）等。

推荐意见 14：阿片类药物诱导的痛觉过敏（opioid induced hyperalgesia, OIH）可通过阿片类药物减量（联用其他药物或其他方式镇痛）或轮替（换为其他阿片类药物或给药途径）来治疗，必要时暂停阿片类药物并代以其他方式镇痛。（证据等级：低；推荐强度：弱）

【推荐解释】OIH是指癌痛病人在接受阿片类药物药物治疗过程中，出现痛阈降低及对伤害性刺激敏感性增高的临床现象。1篇系统综述^[30]汇总了OIH的药物治疗方案，认为尚缺乏高质量的临床研究证据，治疗主要策略是通过多模式镇痛（联用其他镇痛药物、心理疗法或疼痛介入治疗等）来减少或停用原有阿片类药物，或行阿片类药物轮替（更换为其他阿片类药物或改变给药途径）。

3. 非药物综合干预

（1）疼痛介入治疗

推荐意见 15：PCA推荐用于消化道给药困难、胃肠道吸收障碍、难治性癌痛、爆发痛频繁和阿片类药物滴定等情况。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】多部癌痛专家共识与诊疗指南^[23,27,31,32]，均明确了PCA的临床优势及使用规范。

推荐意见 16：PCA智能化能够显著提高镇痛的安全性和有效性，并使居家镇痛常规化成为可能，为未来发展趋势。（证据等级：中；推荐强度：强）

【推荐解释】根据《智能化病人自控镇痛管理专家共识》^[33]及相关文献^[34]，PCA技术正向智能化发展，人工智能辅助PCA（Ai-PCA）是发展方向。

推荐意见 17：在符合适应证、排除禁忌证且病人知情同意（了解病情、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案）的前提下，CCRP均可以考虑实施疼痛介入治疗。（证据等级：高；推荐强度：强）

【推荐解释】美国疼痛与神经科学学会（The American Society of Pain and Neuroscience, ASPN）《癌痛相关疼痛介入管理最佳实践与指南》^[35]和其他相关指南^[23,32]总结了介入治疗在慢性癌痛中的研究进展，显示不同介入技术在疗效、安全性及成本效益方面的各自优势，临床需权衡利弊并与病人共同决策。

介入治疗是非药物综合干预的重要组成部分，尤其适用于药物镇痛效果不佳、不良反应不可耐受或需避免全身使用阿片类药物的病人。其核心技术包括：①PCA：给药途径包括皮下、静脉、周围神经/神经丛、椎管内等，适用于口服困难、需快速滴定或难治性癌痛等情况，其正向智能化发展，以提升使用安全性和居家管理可行性。②神经阻滞与毁损：神经阻滞常用于诊断或暂时疼痛控制，包括周围神经/神经丛阻滞、硬膜外阻滞等。神经毁损/消融：通过化学（如苯酚）或物理（如射频消融）方法破坏神经传导，适用于预期寿命有限的终末期病人，以控制头面部、躯体或内脏的局限性疼痛。需注意疼痛缓解可能为短期性，且有神经炎、神经瘤等风险。③神经调控技术：分为侵入性和非侵入性两类，前者包括靶向药物输注（targeted drug delivery, TDD）、脊髓电刺激、周围神经电刺激及脉冲射频等，后者包括经皮神经电刺激、经颅磁刺激、经颅直流电刺激等。TDD主要指蛛网膜下腔药物输注，还包括脑室或脑池内等途径给药，适用于难治性癌痛或阿片类药物不良反应无法耐受的病人，可大幅降低阿片用量，但存在感染、导管相关并发症及药物不良反应等风险。④经皮椎体/骨成形术：主要用于治疗脊柱或骨盆等部位溶骨性或混合性骨转移引起的病理性骨折和疼痛，常与射频、冷冻或微波消融肿瘤联用。主要风险为术中骨水泥渗漏至椎管内、血管内、椎间盘、椎旁等部位，进而可能导致脊髓或神经根受压、肺栓塞或远期的邻椎骨折等并发症。

（2）物理治疗与作业治疗

推荐意见 18：物理治疗与作业治疗作为非药物综合干预措施之一是癌痛多模式镇痛的重要组成部分，有助于提高病人生活质量。（证据等级：中；推荐强度：弱）

【推荐解释】《NCCN成人癌痛指南》^[6]及其他证据显示，多种物理治疗与作业治疗技术在癌痛相关治疗中均有程度不等的镇痛作用，可与药物联用以增强疗效。

物理治疗是利用物理因子（如热、冷、光、电、力等）作用于人体以缓解疼痛、改善功能的一种疗

法,主要包括冷热疗法、激光疗法、运动疗法、按摩疗法、针灸疗法等。作业治疗旨在通过指导日常活动、使用辅助器具等,帮助病人克服生活障碍,提高其独立功能和生活质量。

(3) 心理干预

推荐意见 19: 所有癌痛病人、家属及照护者均应接受心身障碍筛查,必要时给予心理干预。(证据等级: 中; 推荐强度: 强)

【推荐解释】2 篇系统评价^[36,37]汇总了心理治疗对癌症病人的影响,结果显示其有助于减轻心理困扰,改善疼痛等相关症状。常用方法包括: 认知行为疗法、正念疗法、以意义为中心的心理治疗、放松与意象疗法、催眠疗法、音乐治疗等。

(4) 精神护理

推荐意见 20: 应重视癌痛病人精神需求和存在性痛苦,及时予以精神护理,同时关注家属和照护者相关需求。(证据等级: 中; 推荐强度: 强)

【推荐解释】2 篇系统评价^[38,39]分别阐述了精神护理在疼痛医学和姑息医学中的重要作用。精神因素是疼痛评估和治疗的重要组成部分,精神护理关注病人的生命意义、价值感及信仰信念等,帮助病人缓解痛苦,获得内心安宁。

(5) 社会心理支持

推荐意见 21: 必须关注癌痛病人、家属及照护者的社会心理支持,整合家庭、社区、单位和政策资源给予情感、人力和经济上的援助,有助于降低病人疼痛评分,提高生活质量,减轻家属及照护者负担。(证据等级: 中; 推荐强度: 强)

【推荐解释】回顾性研究表明,社会心理支持对癌症病人的疼痛缓解、幸福感和心理适应性有一定影响^[40]。它是癌痛多模式管理的项目之一,通过整合各种资源,为病人、家属及照护者提供信息、情感、经济与政策等全方位、多层次支持,构建以病人为中心的协作网络,从而改善病人社会功能、减轻心理负担并提升治疗依从性与生活质量。

(6) 营养疗法

推荐意见 22: 应重视癌痛病人营养筛查、评估与治疗,实施全程化营养管理有助于提高病人生活质量,延长生存期。(证据等级: 中; 推荐强度: 强)

【推荐解释】肿瘤相关性营养不良 (cancer-related malnutrition, CRM) 是癌痛病人常见的并发症,导致体能状况下降、免疫力低下和治疗耐受性变差等一系列不良后果,并影响预后。因此,营养管理至关重要,应从癌症诊断开始就被纳入诊疗路径,并与癌症治疗、癌症康复或姑息治疗的全过程并行不悖。

营养状况可通过筛查、评估、综合诊断三级模式进行判断,并按照五阶梯原则(从饮食调整到全肠外营养)进行干预^[41]。需注意,对于临终病人,肠外营养支持可能获益有限,治疗应以病人舒适为主。

4. 宣教与随访

病人宣教与随访是癌痛全程规范化管理的关键环节。医疗团队需向病人、家属及照护者系统传达疼痛评估、治疗及康复或安宁疗护的各阶段信息,以提升依从性,助力治疗目标实现。应建立通畅的随访机制,通过门诊、电话、微信等方式及时了解病情变化并调整治疗方案,为病人提供持续专业支持。

(三) 中医治疗

1. 中医治疗原则

推荐意见 23: 癌痛治疗应遵循动态病机演变规律,建议根据癌症分期动态调整治则(早期攻邪、中期攻补兼施、晚期扶正),并结合“三因制宜”原则(因时、因地、因人)来制订个性化方案。(推荐强度: GPS)

【推荐解释】目前针对慢性癌痛的治疗原则,尚未有严格的临床研究提供证据支持。考虑中医现有的研究进展及专家临床经验,经专家组讨论,形成 GPS。

(1) 分期辨证论治: 治疗原则应根据癌症不同阶段的病机特点动态调整。①早期(以攻邪为主): 病机以邪毒亢盛、气滞血瘀为主,治宜清热解毒、活血破瘀。可选用血府逐瘀汤等方药,有研究显示其可抑制肿瘤增殖^[42]。②中期(攻补兼施): 病机多见虚实夹杂,治宜扶正与祛邪并重,在抑瘤的同时兼顾扶助正气、调节免疫^[43]。③晚期(以扶正为主): 病机以正气虚衰、气血阴阳俱损为主,治宜补益元气、滋阴温阳,重在改善生活质量。可选用人参等补益类药物^[44]。

(2) “三因治宜”原则: 制订方案时需综合考虑时间、地域及个体差异。①因时制宜: 根据季节与昼夜节律调整用药,如春夏侧重清热,秋冬侧重温通。②因地制宜: 结合地域气候特点,如北方寒燥地区多从温阳通络论治,南方湿热地区多从清热利湿论治。③因人制宜: 依据病人体质、年龄等因素个体化用药,如老年体虚者应慎用攻伐峻烈之品。

2. 中医内治

(1) 中药经典名方

推荐意见 24: 慢性癌痛应根据中医辨证证型、使用相应经典方剂进行治疗,可提高镇痛效果,改善相关症状,提高病人生活质量。(证据等级: 高; 推荐强度: 强)

【推荐解释】中医经典名方指源于中医古代经典医籍记载，目前在临床中广泛应用的经典方剂，属于中医证据中的高质量证据。

不同证型的参考方剂如下：①气机郁滞证：金铃子散加减^[45]（《太平圣惠方》）；柴胡疏肝散加减^[46]（《景岳全书》），可疏肝理气止痛，改善癌痛及病人抑郁、消化不良症状。②瘀血阻滞证：血府逐瘀汤加减^[47]（《医林改错》），可活血化瘀、通络止痛，缓解癌痛、改善病人症状与生活质量。③热毒蕴结证：犀角地黄汤加减^[48]（《备急千金要方》），可清热解毒、凉血止痛，联合西药可增效减毒，适用于热毒壅盛型癌痛。④痰湿结聚证：温胆汤加减^[49]（《备急千金要方》），可化痰祛湿、和胃安神，止痛同时改善病人消化不良相关症状及生存质量，安全性良好。⑤阴寒凝聚证：阳和汤加减^[50]（《外科症治全生集》），可温阳散寒、通滞止痛，辅助临床减毒增效功效。⑥气血亏虚证：八珍汤加减^[51]（《瑞竹堂经验方》），可益气补血，改善癌痛病人的乏力、贫血，提升免疫力，缓解化疗骨髓抑制。⑦正虚瘀结证：补阳还五汤加减^[52]（《医林改错》），可补气活血通络，联合西药可增强镇痛效果，减少不良反应。⑧阳虚寒凝证：金匱肾气丸加减^[53]（《金匱要略》），可温补肾阳，通过调节机体免疫与内环境，辅助控制癌痛及发热。⑨阴虚内热证：一贯煎加减^[54]（《续名医类案》），可滋阴疏肝，缓解肝肾阴虚型癌痛及化疗引起的多种不良反应，改善生活质量。

（2）中成药

推荐意见 25：中成药（口服、外用及注射剂型）作为慢性癌痛的辅助治疗，临床使用需严格遵循中医辨证原则并密切监测病人用药反应，必要时联合西医镇痛方案。（证据等级：低；推荐强度：弱）

【推荐解释】目前中成药治疗慢性癌痛的临床研究较多，但多数研究存在明显的方法学偏倚，证据质量较低。

核心机制与使用原则：中成药通过抗炎、免疫调节、抑制肿瘤微环境等多靶点机制，起到协同增效、减轻不良反应的作用。临床需辨证使用，一般按照证型选用以下几类：①热毒蕴结证：选用清热解毒消癥类（如西黄丸）。1项 RCT 证实其联合阿片类药物可提高疼痛缓解率，降低不良反应^[55]。②气滞血瘀证：2项 RCT 分别表明选用活血化瘀通络类（如加味活络效灵丹）或理气行滞止痛类（如元胡止痛片），联合治疗可提高镇痛效果，减少阿片类药物用量^[56,57]。③阳虚寒凝证：选用温阳散寒止痛

类（如桂参止痛合剂）。1项多中心随机对照双盲双模拟试验证实其联合西药能提高疼痛缓解率并改善临床症状^[58]。④气血亏虚证：选用扶正化瘀止痛类（如康莱特）。1项荟萃分析表明其联合标准治疗可改善疼痛、生活质量及免疫功能，并降低部分不良反应^[59]。

单独使用中成药时还需注意安全性。例如：含蟾酥、雄黄的制剂可能引起过敏或肝损伤；有出血倾向者禁用活血化瘀类药物；阴虚火旺者忌用温阳类药物；用药期间应监测肝肾功能。

中成药与西药镇痛药联用可达到增效减毒，在提高疼痛缓解率、改善生活质量方面优于单用西药，且能减少便秘、恶心呕吐等常见不良反应^[60]。但温阳类药物需注意避免与强心苷类（如地高辛）药物联用，以防心律失常。

3. 中医外治

推荐意见 26：传统中医外治法在慢性癌痛治疗中优势明显，包括针刺疗法、艾灸疗法、穴位按摩、穴位贴敷、中药外敷、穴位注射、穴位埋线、中药熏蒸、离子导入等，针对轻中度癌痛病人，可根据临床适应证优先采用以针灸疗法为主的中医外治治疗。（证据等级：中；推荐强度：强）

推荐意见 27：对于阿片类药物耐受、严重相关不良反应或拒绝使用阿片类药物的病人，中医外治可作为辅助性或替代性镇痛方案。（证据等级：低；推荐强度：弱）

推荐意见 28：中医外治法与阿片类药物或放化疗相联合，可以降低其不良反应发生率，改善焦虑、抑郁、失眠等负性情绪障碍，起到协同增效作用。（证据等级：低；推荐强度：强）

【推荐解释】中医外治法种类繁多，主要包括针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴治疗等^[61]。对于轻中度癌痛病人，尤其是针灸疗法，在癌痛的综合管理中发挥重要作用。1项网状荟萃分析纳入 70 项 RCT^[62]，结果显示 4 种不同的中医治疗技术联合三阶梯治疗与单纯三阶梯治疗相比，差异均有统计学意义，同时基于荟萃分析中累积排序概率曲线下面积大小，联合针灸治疗排序第一，建议可优先选择使用。现有的系统评价及 RCT 均提示以针灸疗法为代表的中医外治法可有效减轻病人疼痛，改善病人症状，对于无法耐受或拒绝使用阿片类药物的病人可作为一种有效的替代性镇痛。1项 RCT^[63]观察了岐黄针联合阿片类镇痛药对肺癌中重度癌痛病人的镇痛疗效。结果显示，联合治疗组镇痛效果优于单用阿片类药物组，在减少阿片类药物剂量的

同时安全性良好。1项荟萃分析纳入15项研究^[64],结果显示中医外治法能够提高临床总有效率,改善癌痛病人的生活质量,延长镇痛时间,降低不良反应发生率。另一项荟萃分析纳入8项研究^[65],结果显示使用中医疗法能够帮助缓解病人心理和精神方面的影响,从而提高病人的生活质量,增强持续治疗的信心。但多数研究存在一定偏倚风险,证据质量为中等。

针刺疗法:①毫针:可疏通经络,调和气血,显著减轻病人疼痛、疲倦、恶心呕吐等症状,减少阿片类镇痛药剂量。②电针:在毫针基础上增强了刺激强度和范围。可进一步下调血清炎症及致痛因子水平,促进内源性阿片类物质释放,降低病人疼痛程度,减少镇痛药用量,改善身体机能和生活质量。③揞针:留针时间长,对穴位刺激持续。可以调气血、消瘀滞、通经络、降疼痛。④电揞针:即基于电针原理的揞针。可缓解术后疼痛,降低术后恶心、呕吐等不良反应的发生率。根据部位,还包括耳针、腕踝针、颊针等,可调整脏腑,运行气血,调节自主神经功能,激活内源性痛觉调节系统。

艾灸疗法:包括普通艾灸与热敏灸。通过温热刺激温阳散寒、活血通络。可协同增强镇痛效果,并改善部分伴随症状及免疫功能。

穴位按摩:包括传统穴位按摩、耳穴按摩等。通过手法刺激激活内源性镇痛系统,可有效减轻疼痛,减少阿片类药物用量,并改善疲劳、睡眠障碍等。

穴位贴敷:将药物贴于穴位,通过经络传导起效,可辅助镇痛并改善恶心、便秘等药物不良反应。

中药外敷:包括热奄包和中药贴敷。通过皮肤吸收药物,能刺激阳气、疏通经络,从而缓解疼痛、降低炎症因子,且不良反应少。

此外,还包括穴位注射(延长镇痛时间、减少药量)、穴位埋线(持久柔和刺激)、中药熏蒸(结合药疗、热疗与气疗三项优势)和中药离子导入(药物在局部形成储存库缓慢释放)等技术,在缓解疼痛方面有一定疗效,不仅避免了内服中药的胃肠道反应,还减少了镇痛药用量。临床应用时需根据疼痛性质、部位及病人耐受度,在专业医师指导下选择合适的一种或多种技术联合使用,并注意避免烫伤、预防感染。

4. 中医情志疗法

推荐意见 29: 中医情志疗法不仅具有西医的心理/精神干预作用,同时又有中医辨证思维的特色,对于缓解癌症病人疼痛、降低药物不良反应有良好

作用,可以作为癌痛治疗的有效补充。(证据等级: 极低; 推荐强度: 弱)

【推荐解释】情志治疗有针对性地为病人疏导和释放各种负面情绪,利于心理健康;可使病人的痛阈升高,镇痛药用量减少和不良反应减轻;同时情志疗法中有大量的沟通交流,对于建立良好的医患关系具有促进作用^[66]。

八、中西医结合诊疗优势

推荐意见 30: 依据中医对癌痛病因病机的认识,在常规西药镇痛基础上联合针刺和/或艾灸和/或中药方剂,相较于仅用常规西药镇痛能够提升疼痛控制效果与生活质量。(证据等级: 中; 推荐强度: 强)

【推荐解释】1篇网状荟萃分析^[67]纳入111篇临床研究,涉及29种不同中医、西医或中西医结合治疗方法,合并结果发现: 针刺疗法联合中药治疗、针刺疗法联合常规西药镇痛、艾灸联合常规西药镇痛,均优于常规西药镇痛。但纳入研究存在一定的偏倚风险,证据质量为中等。

推荐意见 31: 对于使用西药方法镇痛的癌痛病人,在辨病/证论治基础上应用中药内服、外治、静脉滴注等多靶点协同干预,可提高镇痛疗效,减少不良反应,提升病人生活质量。(证据等级: 低; 推荐强度: 弱)

【推荐解释】1项荟萃分析^[68]纳入67篇RCT,系统评价中西医结合治疗癌痛(中药口服、外用、静脉滴注联合WHO三阶梯镇痛法或其他西药镇痛)的疗效。结果显示,与仅用西药治疗相比,中西医结合治疗癌痛可以提高镇痛疗效,改善病人生存质量,降低镇痛药物相关便秘、恶心呕吐和头昏嗜睡等不良反应发生率。但纳入的研究多数存在较高偏倚风险,证据质量偏低。

推荐意见 32: 中医证候特征与癌痛相关生物学指标相结合,可通过“病证结合”来进一步提升慢性癌痛辨证的客观性和治疗的精准化。(证据等级: 极低; 推荐强度: 弱)

【推荐解释】多项研究在中医证型研究的基础上关注了相关证型的现代生物学指标,但相关研究由于异质性较大,未能通过荟萃分析进行整合汇总形成证据体,且样本量较小,研究设计存在较大偏倚风险,证据质量均为低等级。

随着现代中医学的发展,“病证结合”的研究思路发现,慢性癌痛的不同中医证型与特定的现代生物学指标变化存在关联。这为辨证提供了潜在的客观参照,有助于提升治疗的精准性。主要关联示

例：气机郁滞：可能与慢性应激导致神经内分泌紊乱（如儿茶酚胺水平升高）相关^[69]；瘀血阻滞：前列腺素E2升高提示炎症及血管功能紊乱，符合“瘀血”病机^[70]；气血亏虚：多表现为贫血（如血红蛋白降低）、营养不良及细胞免疫功能下降（如T淋巴细胞亚群失衡）^[71,72]。

推荐意见 33：经皮穴位电刺激 (transcutaneous electrical acupoint stimulation, TEAS) 技术融合了针灸和经皮神经电刺激 (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) 技术，有助于缓解癌症病人的疼痛和其他症状，是中西医技术结合的典范。（证据等级：高；推荐强度：高）

【推荐解释】一项纳入 33 项研究的荟萃分析^[73]系统评价了针灸相关干预改善化疗诱发的周围神经病变，结果显示在研究的各种干预措施中“针灸联合电刺激”效果最显著，而 TEAS 被确定作为一种可行的替代方案，适用于对针刺或出血风险有顾虑的病人。另一项纳入了 9 项 RCT 的荟萃分析系统评价了癌症相关疲劳和负性情绪，结果表明 TEAS 能显著减轻癌因性疲乏、抑郁和焦虑，并改善生活质量^[74]。多项 RCT 表明，TEAS 能够有效缓解晚期胰

腺癌、中重度肝癌、骨转移癌的疼痛，并可降低肝癌病人阿片相关胃肠道反应发生率，改善骨转移病人的焦虑和免疫功能，在治疗安全性高的同时提高病人生活质量^[75-77]。

推荐意见 34：韩氏穴位神经刺激仪 (Han's acupoint nerve stimulator, HANS) 是 TEAS 技术的典型代表，同样有助于缓解癌症病人的疼痛和其他症状，提高病人生活质量。（证据等级：中；推荐强度：高）

【推荐解释】HANS 在慢性疼痛、围手术期镇痛、戒毒，以及生殖医学等方面有大量文献报道，但涉及癌痛的相对较少。一项 RCT 表明，HANS 能够缓解癌症病人的疼痛、便秘、乏力、失眠、焦虑和抑郁等症状^[78]；另一项 RCT 表明 HANS 能有效治疗 CIPN^[79]；一项随机对照的非盲研究表明 HANS 能提高晚期胃癌病人静脉 PCA 镇痛效果并减少吗啡用量^[80]。

推荐意见 35：“中西医结合癌症三阶梯止痛法”图片总结了中西医结合治疗癌痛的基本方法（见图 1），能够起到较好的科普宣传作用。（证据等级：高；推荐强度：强）

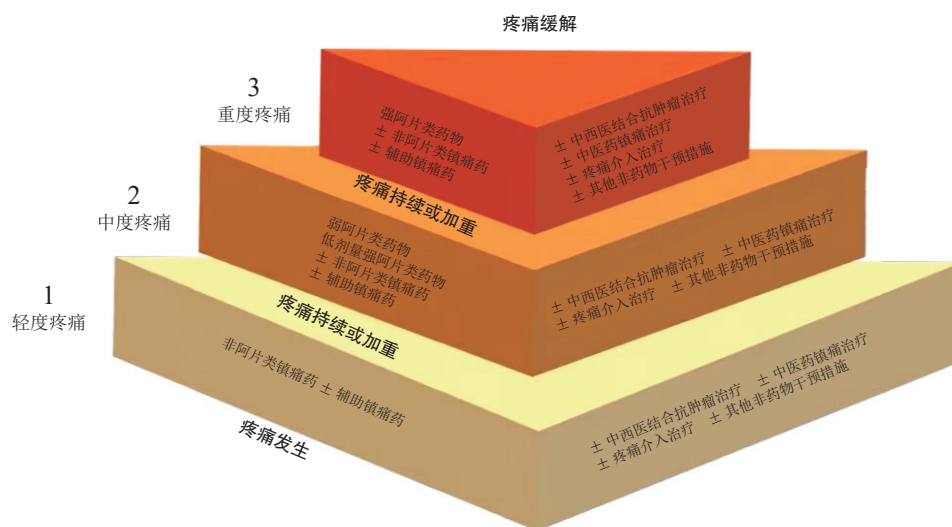


图1 中西医结合癌症三阶梯止痛法

注：按阶梯镇痛的概念易于根据疼痛强度来对疼痛进行适当管理，但无法取代基于全面疼痛评估的个体化治疗。

1. 非阿片类镇痛药：对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药；2. 辅助镇痛药：抗抑郁药、离子通道调节剂、糖皮质激素、局部麻醉药、双膦酸盐类/RANKL 抑制剂、中枢性肌肉松弛剂、NMDA 受体拮抗剂等。辅助药物有时可作为主要镇痛药使用（如治疗神经病理性疼痛）；3. 中西医结合抗肿瘤治疗：西医的抗肿瘤治疗如化学治疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗、放射治疗（内/外照射）、手术治疗、血管介入（肿瘤化疗 ± 栓塞术等）和非血管介入（肿瘤射频、微波、冷冻消融术等）等联合中医药抗肿瘤治疗；4. 中医药镇痛治疗：中药内服/外用、针刺疗法、艾灸、穴位按摩/贴敷/注射/埋线、中医情志疗法等；5. 疼痛介入治疗：非药物综合干预措施之一，主要包括非血管介入（神经阻滞、神经毁损、椎管内镇痛、脊髓/神经电刺激、经皮椎体/骨成形术等）和 PCA 技术（PCSA、PCIA、PCEA、S-PCA、PCNA 等）；6. 其他非药物干预措施：物理治疗、作业治疗、心理干预、社会心理支持、精神护理、营养治疗等。

【推荐解释】1986年WHO推出的“癌症三阶梯止痛法”早已深入人心，但其总结的是西药镇痛方法，且缺少非药物干预措施。为发挥中医药特色优势、推进中医药振兴发展，将之结合《癌症疼痛诊疗规范（2018版）》^[11]《NCCN成人癌痛指南(2025.V2)》^[6]《中国成人癌痛诊疗指南（2025版）》^[23]和《癌痛全程管理中国专家共识（2025版）》^[32]，特制订“中西医结合癌症三阶梯止痛法”（见图1），以进一步推广癌痛诊治应中西医结合的理念。

九、总结与展望

CCRP的管理是一项复杂而艰巨的任务。西医治疗在快速镇痛、强效镇痛、精准治疗等方面具有核心优势，但面临着并发症较多、异常用药行为、新药研发成本高等问题。中医治疗在整体调理、病证结合、多靶点干预（如中药复方、中医外治）等方面有其独特优势，但发展受限于循证证据较少、标准化困难及深层机制阐释不足等因素。中西医结合诊疗能够达到“优势互补、减毒增效”，符合大势所趋的“整合医疗”理念。展望未来，将博大精深的传统中医药学与现代医学相结合，秉持“中西融通，传承创新”的原则，不断优化癌痛综合诊疗方案，并进行更多高质量的临床研究，必将造福更广大的病人群体。

利益冲突声明：所有作者声明本文无利益冲突。

声明：本共识主要由中国中西医结合学会疼痛专业委员会制订，部分江苏省中西医结合学会疼痛专业委员会的专家参与编写工作。共识中所包含的意见仅代表编写组所有专家共同讨论后的观点。这些意见并不构成一成不变的治疗建议，临床医师应根据病人的病情、个人需求和偏好以及医师的经验等，为病人制订个体化的治疗方案。此外，我们郑重声明，本共识中的观点不得用于商业推广和宣传。

《慢性癌症相关性疼痛中西医结合诊疗中国专家共识（2026版）》编写委员会专家名单：

共识指导委员会（按姓氏汉语拼音排序）：

蔡靛羽（南京中医药大学附属无锡医院疼痛科）、成文武（复旦大学附属肿瘤医院综合治疗科）、樊碧发（中日友好医院疼痛科）、林建（南京明基医院疼痛科）、李伟彦（南京一民医院麻醉科）、王昆（天津医科大学附属肿瘤医院疼痛科）、王永（航空总医院疼痛科）、熊东林（深圳市南山区人民医院疼痛科）、张金华（首都医科大学附属北京朝阳医院疼痛科）

共识制订组（按姓氏汉语拼音排序）：

崔文瑶（辽宁省肿瘤医院疼痛康复科）、陈妍（江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院中西医结合科）、樊肖冲（郑州大学第一附属医院疼痛科）、郝巍（河北省中医院疼痛科）、黄佳彬（深圳市南山区人民医院疼痛科）、贾一帆（武汉大学人民医院疼痛科）、蒋晨浩（南京中医药大学附属无锡医院疼痛科）、李顺（浙江省人民医院疼痛科）、李昌熙（贵州省贵黔国际医院疼痛科）、李静（南京大学医学院附属鼓楼医院疼痛科）、李灵常（江苏省中西医结合医院肿瘤科）、刘文涛（南京医科大学基础医学院药理学系）、刘海鹏（甘肃省人民医院疼痛科）、刘扬（首都医科大学附属北京朝阳医院疼痛科）、潘寅兵（南京医科大学第一附属医院麻醉科）、钱建学（苏州市中西医结合医院疼痛科）、钱军（江苏省中医院/南京中医药大学附属医院肿瘤科）、尚鸿生（北京中医药大学深圳医院疼痛科）、申文（徐州医科大学附属医院疼痛科）、宋莉（四川大学华西医院疼痛科）、宋阳（安徽医科大学第一附属医院疼痛科）、陶高见（南京大学医学院附属鼓楼医院疼痛科）、吴大胜（吉林省人民医院疼痛科）、吴楠（江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院药学部）、修忠标（福建中医药大学附属人民医院骨伤科）、许华（上海交通大学医学院附属新华医院疼痛科）、阎雪彬（中南大学湘雅三院疼痛科）、杨扬（江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院疼痛康复科）、姚明（嘉兴市第一医院/嘉兴大学附属医院疼痛科）、曾涛（昆山市中西医结合医院疼痛科）、张建楠（南京中医药大学附属无锡医院疼痛科）、章勇（南昌大学第一附属医院疼痛科）、赵序利（山东第一医科大学附属省立医院疼痛科）、周智（南京明基医院缓和医学科）、朱美华（江苏省第二中医院麻醉疼痛科）、邹慧超（哈尔滨医科大学附属肿瘤医院疼痛科）

外部评审组（按姓氏汉语拼音排序）：

李敏（南京市中医院/南京中医药大学附属南京中医院肿瘤科）、沈波（江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院内科）、王卉（江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院临床营养科）、谢广伦（河南省肿瘤医院/郑州大学附属肿瘤医院疼痛康复与姑息医学科）

循证方法学组（方法学专家）：

拜争刚（南京中医药大学Campbell协作中心主任）、陈昊（南京中医药大学针灸推拿学院针灸临床教研室）

秘书组:

朱家丽 (江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院疼痛康复科)、许潇月 (江苏省肿瘤医院/南京医科大学附属肿瘤医院疼痛康复科)

执笔人: 杨扬、蒋晨浩、李静

基金项目: 中国中西医结合学会团体标准项目 (中
西会发 [2024]-282 号); 江苏省卫生健康委医学科
研重点 A 类项目 (ZDA2020020)

通信作者: 樊碧发 bfl616@yeah.net; 熊东林
donglinx@163.com; 杨扬 jszlyyyy@163.com

参 考 文 献

- [1] Bray F, Laversanne M, Sung H, *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2024, 74(3):229-263.
- [2] Atkins D, Best D, Briss PA, *et al.* Grading quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2004, 328(7454):1490.
- [3] 刘少南, 郭新峰, 吴大嵘, 等. 基于循证医学原则的中医干预类临床证据分级系统的构建 [J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(8):911-915.
- [4] 李小梅, 袁文茜, 曹伯旭, 等. 慢性癌症相关性疼痛 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2021, 27(3):161-165.
- [5] Bennett MI, Kaasa S, Barke A, *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain[J]. Pain, 2019, 160(1):38-44.
- [6] Swarm RA, Youngwerth JM, Agne JL, *et al.* Adult Cancer Pain, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2025, 23(7):e250032.
- [7] Russo MM, Sundaramurthi T. An overview of cancer pain: epidemiology and pathophysiology[J]. Semin Oncol Nurs, 2019, 35(3):223-228.
- [8] van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, *et al.* Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years[J]. Ann Oncol, 2007, 18(9):1437-1449.
- [9] Haroun R, Wood JN, Sikandar S. Mechanisms of cancer pain[J]. Front Pain Res (Lausanne), 2023, 3:1030899.
- [10] 程海波, 李柳, 沈卫星, 等. 癌毒病机辨治体系的构建 [J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(7):559-564.
- [11] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 癌症疼痛诊疗规范 (2018 年版) [J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23(10):937-944.
- [12] Wojnar-Gruszka K, Segá A, Płaszewska-Żywko L, *et al.* Pain assessment with the BPS and CCPOT behavioral pain scales in mechanically ventilated patients requiring analgesia and sedation[J]. Int J Environ Res Public Health, 2022, 19(17):10894.
- [13] Cascella M, Schiavo D, Cuomo A, *et al.* Artificial intelligence for automatic pain assessment: research methods and perspectives[J]. Pain Res Manag, 2023, 2023:6018736.
- [14] Nijs J, Lahousse A, Fernández-de-Las-Peñas C, *et al.* Towards precision pain medicine for pain after cancer: the Cancer Pain Phenotyping Network multidisciplinary international guidelines for pain phenotyping using nociceptive pain criteria[J]. Br J Anaesth, 2023, 130(5): 611-621.
- [15] Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, *et al.* Chronic nociceptive pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system[J]. Pain, 2021, 162:2629-2634.
- [16] Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, *et al.* Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review[J]. Curr Med Res Opin, 2019, 35(6):1011-1018.
- [17] GB/T 16751.2-2021. 中医临床诊疗术语第 2 部分: 证候 [S]. 北京: 中国标准出版社, 2021:7-154.
- [18] 李灿东, 方朝义. 中医诊断学 [M]. 第 5 版. 北京: 中国中医药出版社, 2021:13-125.
- [19] 周岱翰. 中医肿瘤学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 16-46.
- [20] 余小萍, 方祝元. 中医内科学 [M]. 第 3 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2018: 353-364.
- [21] Novy DM, Aigner CJ. The biopsychosocial model in cancer pain[J]. Curr Opin Support Palliat Care, 2014, 8(2):117-123.
- [22] Mao JJ, Ismaila N, Bao T, *et al.* Integrative medicine for pain management in oncology: society for integrative oncology-ASCO guideline[J]. J Clin Oncol, 2022, 40(34):3998-4024.
- [23] 中国抗癌协会癌症疼痛整合治疗专业委员会. 中国成人癌痛诊疗指南 (2025 版) [J]. 中华医学杂志, 2025, 105(36):3148-3174.
- [24] Fallon M, Giusti R, Aielli F, *et al.* Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines[J]. Ann Oncol, 2018, 29:iv166-iv191.
- [25] WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents[M]. Geneva: World Health Organization, 2018.
- [26] 江苏省肿瘤科医疗质量控制中心. 江苏省成人癌症疼痛诊疗规范 (2020 年版) [J]. 中国肿瘤临床, 2020, 47(7):325-333.
- [27] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会. 患者自控镇痛治疗癌痛专家共识 [J]. 中国肿瘤临床, 2023, 50(15):757-763.
- [28] 中国抗癌协会肿瘤整体评估专业委员会. 阿片类药物不良反应综合防治专家共识 (2024 年版) [J]. 中

- 国肿瘤临床, 2024, 51(15):757-763.
- [29] 杨旭, 王晓冬, 王彩霞, 等. 小剂量纳洛酮对患者阿片类药物术后镇痛时恶心呕吐发生的影响: meta 分析 [J]. 中华麻醉学杂志, 2023, 43(12):1459-1464.
 - [30] Mercadante S, Arcuri E, Santoni A. Opioid-induced tolerance and hyperalgesia[J]. *CNS Drugs*, 2019, 33(10): 943-955.
 - [31] 中国医师协会疼痛科医师分会癌痛与安宁疗护专家组, 中华医学会疼痛学分会癌痛学组. 癌痛患者静脉自控镇痛中国专家共识 [J]. 中华医学杂志, 2023, 103(11):793-802.
 - [32] 中国医师协会疼痛科医师分会, 国家卫生健康委能力建设和继续教育中心癌痛全程管理专家组. 癌痛全程管理中国专家共识 (2025 版) [J]. 中国疼痛医学杂志, 2025, 31(9):643-657.
 - [33] 中华医学会麻醉学分会“智能化病人自控镇痛管理专家共识”工作小组. 智能化病人自控镇痛管理专家共识 [J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38(10):1161-1165.
 - [34] Wang R, Wang S, Duan N, *et al.* From patient-controlled analgesia to artificial intelligence-assisted patient-controlled analgesia: practices and perspectives[J]. *Front Med (Lausanne)*, 2020, 7:145.
 - [35] Aman MM, Mahmoud A, Deer T, *et al.* The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) best practices and guidelines for the interventional management of cancer-associated pain[J]. *J Pain Res*, 2021, 14:2139-2164.
 - [36] Cillessen L, Johannsen M, Speckens AEM, *et al.* Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Psychooncology*, 2019, 28(12):2257-2269.
 - [37] Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, *et al.* Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2022, 63(5):e505-e520.
 - [38] Edwards A, Pang N, Shiu V, *et al.* The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research[J]. *Palliat Med*, 2010, 24(8):753-770.
 - [39] Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine?[J]. *Pain Med*, 2015, 16(1):51-60.
 - [40] Upadhyay K, Tamrakar RK, Kumar S, *et al.* Psycho-oncology: bridging mental health and cancer care in modern medicine[J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2026, 60:152024.
 - [41] 石汉平, 许红霞, 李苏宜, 等. 营养不良的五阶梯治疗 [J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015, 2(1):29-33.
 - [42] 姬佳琦, 胡校庆, 赵艺涵, 等. 血府逐瘀汤在恶性肿瘤疾病中的研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(3):321-330.
 - [43] 徐珊, 裴巧丽, 杜东青, 等. 加味八珍汤联合化疗对子宫内膜癌患者 T 细胞亚群水平、止痛效果及生存质量的影响 [J]. 海南医学, 2021, 32(1):22-25.
 - [44] 赵安东, 白克运, 尹悦. 十全大补汤联合 FOLFOX 方案治疗晚期结直肠癌术后的疗效及对患者血清 TGF- β 1、IL-17 水平的影响 [J]. 山东中医杂志, 2017, 36(8):644-646.
 - [45] 刘国林. 柴胡疏肝散合金铃子散治疗肝胃不和型功能性消化不良的临床效果观察 [J]. 河南医学研究, 2018, 27(17):3232-3233.
 - [46] 李穗晖, 黎玉辉. 柴胡疏肝散治疗肺癌抑郁症临床研究 [J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(5):366-367.
 - [47] 张丹焕, 刘蔚霞, 马素娟. 血府逐瘀汤对宫颈癌患者疼痛程度、致痛因子和生活质量的影响 [J]. 癌症进展, 2024, 22(18):2065-2068.
 - [48] 苏建萍. 犀角地黄汤加减治疗毒热壅盛早期胃癌的临床观察 [J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(9):1111-1113.
 - [49] 骆学新, 张梨琴, 周罗瑜. 加味温胆汤联合甲地孕酮治疗脾胃湿热型癌性厌食的疗效观察 [J]. 上海中医药杂志, 2025, 59(4):55-58.
 - [50] 刘艳民, 范瑞云, 杨和平. 阳和汤近十年临床应用进展 [J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(3):402-408.
 - [51] 姚振发, 梁润英. 八珍汤临床应用和实验研究进展 [J]. 国医论坛, 2018, 33(6):65-68.
 - [52] 李应宏, 张宇杰, 宋亚平. 补阳还五汤联合三阶梯止痛法治疗气虚血瘀型癌症疼痛 [J]. 甘肃医药, 2016, 35(5):356-359.
 - [53] 李强. 金匱肾气丸加减治疗阳虚型癌性发热 35 例临床研究 [J]. 中医临床研究, 2016, 8(31):112-113.
 - [54] 张霆, 马胜林, 岳建华, 等. 一贯煎对非小细胞肺癌 NP 方案化疗减毒作用的临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007(5):396-399.
 - [55] 游红. 西黄丸联合盐酸羟考酮缓释片治疗癌痛及对免疫功能和生活质量影响 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(5):1269-1271.
 - [56] 段建华. 加味活络效灵丹联合帕米膦酸二钠治疗骨转移癌痛临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2013, 31(7):65-66.
 - [57] 谭丹, 曾小琴, 鲍全伟, 等. 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(1):55-58.
 - [58] 陈长怀, 孙桂芝, 唐文秀, 等. 桂参止痛合剂治疗癌性疼痛临床观察 [J]. 中国新药杂志, 2000, 9(3):196-200.
 - [59] Lu C, Wu S, Ke L, *et al.* Kanglaite (Coix Seed Extract) as adjunctive therapy in cancer: evidence mapping overview based on systematic reviews with meta-analyses[J]. *Front Pharmacol*, 2022, 13:901875.
 - [60] 许晶, 钱树树, 陈耀国, 等. 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.

- [61] 王曼, 刘传波, 卫月, 等. 中医外治法在癌痛治疗中的应用及思考 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 6244-6247.
- [62] 吕鹏, 赵欢, 潘一鸣, 等. 不同的中医治疗方法联合规范化三阶梯疗法治疗癌性疼痛有效性的网状 meta 分析 [J]. 北京中医药, 2020, 39(6):586-593.
- [63] 汪颖琦, 喻瑞芳, 黄锦鹏, 等. 岐黄针联合阿片类镇痛药治疗肺癌中重度癌痛患者的疗效及安全性评价——随机对照试验 [J]. 中医杂志, 2025, 66(4):358-366.
- [64] 王珍妮, 樊奕丹, 邢月蒙, 等. 中医外治法治疗癌性疼痛临床疗效与安全性的 Meta 分析 [J]. 中医肿瘤学杂志, 2022, 4(2):74-81.
- [65] 林飞, 王斌. 中医综合疗法治疗前列腺癌骨转移疼痛系统综述和 Meta 分析 [J]. 解放军医药杂志, 2021, 33(3):100-103.
- [66] 李影. 中医情志护理对缓解消化道肿瘤患者疼痛及情绪改善效果分析 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2019, 26(S1):222-223.
- [67] Xie T, Liu C, Wu Y, *et al.* Efficacy and safety of different acupuncture treatments for cancer-related pain: a systematic review and network meta-analysis[J]. Integr Cancer Ther, 2025, 24:15347354251314500.
- [68] 杜志华, 王菊勇, 董昌盛, 等. 中西医结合治疗癌痛临床疗效及安全性 Meta 分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(12):2290-2296.
- [69] 赵凡, 尹刚, 谭峰, 等. 从肿瘤细胞黏附异常探讨慢性应激加剧肿瘤转移的中医药防治思路 [J]. 中医杂志, 2024, 65(9):898-903.
- [70] 王菲, 赖桂花, 聂多锐, 等. 消肿止痛外敷散局部外敷联合奥施康定口服治疗中重度骨转移癌痛 42 例临床观察 [J]. 山东医药, 2023, 63(21):71-74.
- [71] 熊婷, 薛川松, 颜晔. 益气养血汤联合参芪扶正注射液治疗胃癌患者肿瘤相关性贫血疗效研究 [J]. 陕西中医, 2023, 44(8):1065-1068.
- [72] 丁文, 邱训军, 谢燕红, 等. 两种方法中医气虚证、血虚证辨证分型中的研究 [J]. 中国热带医学, 2011, 11(6):727-728.
- [73] Yeh M, Liao R, Yeh P, *et al.* Acupuncture-related interventions improve chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review and network meta-analysis[J]. BMC Complement Med Ther, 2024, 24(1):310.
- [74] He Y, Yuan M, He C, *et al.* The effects of transcutaneous acupoint electrical stimulation on cancer-related fatigue and negative emotions in cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Contrast Media Mol Imaging, 2022, 2022:1225253.
- [75] Tian W, Zhang Y, Yu B, *et al.* Transcutaneous electrical acupoint stimulation for alleviating pain in patients with advanced pancreatic cancer[J]. J Cancer Res Ther, 2024, 20(4):1334-1337.
- [76] Zhu L, Li J, Wang Z, *et al.* Treatment of moderate-to-severe pain in hepatocellular carcinoma with transcutaneous electrical acupoint stimulation: a randomized controlled trial[J]. J Pain Res, 2024, 17:1583-1594.
- [77] Tai J, Hong L, Ma M, *et al.* Evaluation of therapeutic effect of transcutaneous electrical acupoint stimulation on bone metastasis pain and its influence on immune function of patients[J]. Ann Palliat Med, 2020, 9(5): 2538-2544.
- [78] Li X, Zhu J, Li P, *et al.* A preliminary report on adjuvant analgesic efficacy of HANS in opioid tolerant patients with cancer pain[J]. Chin J Cancer Res, 2014, 26(2):174-182.
- [79] 卢超, 冯绪康, 沈琼颖, 等. 不同频率电针治疗紫杉类化疗药物所致周围神经病变: 随机对照试验 [J]. 中国针灸, 2024, 44(10):1139-1145.
- [80] 杨代和, 万敏安, 李育才, 等. 韩氏仪对晚期癌痛病人吗啡静脉自控镇痛作用的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2002, 18(2):111-112.

《中国疼痛医学杂志》编辑部

地址: 北京市海淀区学院路 38 号, 北京大学医学部

联系电话: 010-82801712; 010-82801705

电子邮箱: pain1712@126.com

杂志官网: <http://casp.ijournals.cn> 在线投稿

微信公众平台号: 中国疼痛医学杂志 (cjpm1712)

