·标准与规范·

老年癌痛中国诊疗专家共识(2026 版)

中国抗癌协会老年肿瘤专业委员会 天津市抗癌协会营养与支持治疗专业委员会
通信作者:李小梅,中国人民解放军总医院第二医学中心老年医学科,北京 100853,Email:lixiaomei201306@sina.com;刘东颖,天津医科大学肿瘤医院疼痛治疗科 国家恶性肿瘤临床医学研究中心 天津市恶性肿瘤临床医学研究中心 天津市肿瘤防治重点实验室,天津 300060,Email:tzttzlkjj@163.com

【摘要】 老年人群是癌症与疼痛的双重高发群体。老年癌痛全程管理面临诸多困境:主动报告少、筛查不足、评估困难、治疗严重不足等。国内外癌痛指南规范针对老年人群诊疗仅提出概述性原则,缺乏细化诊疗策略与实施路径。因此,制定一套适配中国国情、考量多种因素的本土化老年癌痛诊疗策略迫在眉睫。中国抗癌协会老年肿瘤专业委员会及天津市抗癌协会营养与支持治疗专业委员会以循证医学为依据,结合国内外最新研究与临床实践经验,经"文献筛查-核心问题提炼-3 轮德尔菲问卷-专家会议论证",形成《老年癌痛中国诊疗专家共识》。该共识聚焦老年癌痛评估、药物治疗、非药物治疗、中医药治疗 4 大核心问题,制定 15 条推荐意见,旨在为临床提供规范化、精准化的诊疗指导,切实改善我国老年癌痛患者的诊疗现状,提升其生活质量。

【关键词】 老年; 肿瘤; 癌痛; 生活质量; 跨学科

基金项目:天津市医学重点学科建设资助(TJYXZDXK-3-003A);国家重点研发计划"主动健康和人口老龄化科技应对"重点专项《老年常见重大慢病防控及其危急重症转化救治的创新技术应用示范》项目(2024YFC3607800);国家重点研发计划"主动健康和老龄化科技应对"重点专项《老年常见神经病理性疼痛的诊疗和防控技术研究》项目(2022YFC3602200);国家老年医学中心(解放军总医院)开放性课题(NCRCG-PLAGH-DX-2024001)

共识注册信息:国际实践指南注册与透明化平台,注册号 PREPARE-2025CN1009(注册网址:www.guidelines-registry.cn)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2026.01.002

Chinese Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Cancer Pain in Elderly Patients (2026 Edition)

Geriatric Oncology Society of Chinese Anti-Cancer Association (CACA-GOS), Tianjin Anti-Cancer Association for Oncological Nutrition & Supportive Care
Corresponding Author: Li Xiaomei, Department of Geriatrics, The Second Medical Center of Chinese People's Liberation Army General Hospital, Beijing 100853, Email: lixiaomei201306@sina.com; Liu Dongying, Tianjin Medical University Cancer Institute & Hospital, National Clinical Research Center for Cancer, Tianjin's Clinical Research Center for Cancer, Tianjin Key Laboratory of Cancer Prevention and Therapy, Tianjin 300060, Email: tzttzlkjj@163.com

【Abstract】 The elderly population is disproportionately affected by both cancer and pain, making them a high-risk group for this dual burden. The comprehensive, whole-course management of cancer pain in elderly patients is confronted with multiple challenges, such as low rates of active pain reporting by patients, inadequate screening, difficulties in accurate assessment, and significant gaps in treatment delivery. While domestic and international clinical guidelines and standards for cancer pain management do outline general principles for the care of elderly patients, they lack detailed, age-specific analgesic strategies and actionable implementation pathways. Consequently, there is an urgent need to develop localized clinical strategies for managing cancer pain in the elderly that are tailored to China's national context and incorporate multi-dimensional considerations. Drawing on evidence-based medicine, integrating the latest domestic and international research advances, and leveraging clinical experience, the Geriatric Oncology Society of Chinese Anti-Cancer Association (CACA-GOS) and Tianjin Anti-Cancer Association for Oncological Nutrition & Supportive Care and has developed the Chinese Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Cancer Pain in the Elderly. The development process involved systematic literature screening, extraction of core clinical issues, three rounds of Delphi

consultations, and expert panel deliberations. This consensus focuses on four core domains of elderly cancer pain management: assessment, pharmacotherapy, non-pharmacological treatment, and traditional Chinese medicine (TCM) intervention. It provides 15 evidence-based recommendations, aiming to offer standardized and precision-guided clinical guidance. Ultimately, this consensus seeks to address the unmet needs in current clinical practice, improve the diagnosis and treatment outcomes for elderly cancer pain patients in China, and enhance their overall quality of life.

【Key words】 Elderly; Tumor; Cancer Pain; Quality of Life; Interdisciplinary

Fund Programs: Tianjin Key Medical Discipline Construction Program (TJYXZDXK-3-003A); National Key R&D Program of China under the Key Special Project "Science and Technology Response to Active Health and Population Aging"-Project "Innovation Technology Application and Demonstration for Prevention and Control of Common Major Chronic Diseases in the Elderly and Conversion Treatment of Their Critical Conditions" (2024YFC3607800); National Key R&D Program of China under the Key Special Project "Science and Technology Response to Active Health and Aging"-Project "Research on Diagnosis, Treatment, Prevention and Control Technologies for Common Neuropathic Pain in the Elderly" (2022YFC3602200); Open Project of National Clinical Research Center for Geriatrics (Chinese PLA General Hospital) (NCRCG-PLAGH-DX-2024001)

Consensus Registration Information: Registered on the International Practice Guidelines Registry Platform with the registration number PREPARE-2025CN1009 (Registration URL: www.guidelines-registry.cn)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2026.01.002

疼痛是老年肿瘤患者面临的一个复杂且具有重要意义的临床问题。

老年肿瘤患者疼痛的病因及发生机制复杂，癌痛和非癌痛，如慢性骨关节痛、糖尿病周围神经病理性疼痛、脑卒中后疼痛等共存[1]。老年肿瘤患者疼痛的主动报告比例低。多数人认为疼痛是衰老的正常现象[2]，或者疼痛是癌症不可避免的症状，治疗无法缓解[3]。此外，老年人常将疼痛与疾病恶化联系起来[4]或者担心阿片类药物不良反应[5]。心理社会因素也会影响老年肿瘤患者主动报告疼痛。依赖他人照顾的老年患者由于担心给医生和家人添麻烦，往往不会报告疼痛[6]。老年群体普遍存在记忆衰退、视觉、听觉感官障碍以及认知障碍，这些因素会影响疼痛表述和病史采集，导致医患沟通障碍、疼痛评估困难，准确性低[6]。老年癌痛治疗也面临很大挑战。衰老带来的生理变化会影响镇痛药物的吸收、分布、代谢和清除，导致药物耐受性降低[7]。老年人还面临多重用药风险，这源于其共病状态及用于治疗慢性病症的多种药物[8]。

老年癌痛控制不佳会严重影响老年肿瘤患者的生活质量，导致食欲减退、睡眠障碍、活动能力下降、跌倒风险增加，还会引发焦虑、抑郁等心理问题，甚至增加自杀风险[9-11]。持续的疼痛还易导致患者接受癌症治疗的积极性降低，也会增加照护负担[7]。老年患者癌痛管理不足还导致疼痛相关住院治疗、急诊就诊和门诊预约发生率的增加[12]。

随着老年人口和癌症发病率的增加，老年癌痛的管理日益重要。鉴于目前老年癌痛诊疗中存在的认识不足、筛查评估不充分、疗效不佳等问题[13]，为优化老年癌痛临床诊疗、提高老年癌痛患者生活质量，中国抗癌协会老年肿瘤专业委员会和天津市抗癌协会营养与支持治疗专业委员会组织国内相关领域专家、结合国内外研究进展和临床实践，共同制定《老年癌痛中国诊疗专家共识》，旨在为老年癌痛的规范化、精准化诊疗提供指导，提升老年癌痛管理质量。

一、共识制订方法与流程

（一）指南注册与透明化

本共识已在国际实践指南注册与透明化平台（www.guidelines-registry.cn）完成注册，注册号：PREPARE-2025CN1009，注册信息公开可查询，确保制订过程透明可追溯。

（二）制订小组构成

组建多学科制订团队，涵盖肿瘤内科、中西医结合科、疼痛科、肿瘤外科、介入科、心理科、药学、护理等领域专家共 40 人，其中包括方法学专家 2 名、系统评价员 2 名，确保共识制订的专业性与全面性。

（三）利益冲突管理

共识启动前及定稿前，对所有参与人员开展两轮利益冲突调查，调查内容包括与癌痛诊疗相关的药物/器械企业资助、专利持有、咨询服务等。遵循国际指南协作网（Guidelines International Network, GIN）利益冲突管理原则：存在重大利益

冲突的专家回避相关推荐意见的讨论及投票，轻度利益冲突专家的意见需经无利益冲突专家复核，所有利益冲突声明已存档备查。

（四）目标人群与使用者明确

应用目标人群：年龄≥65 岁的癌痛患者，包括晚期肿瘤患者、肿瘤治疗相关疼痛患者及癌症幸存者慢性疼痛患者等群体。

目标使用者：从事老年癌痛诊疗工作的相关人员，包括医师、药师、护士、康复治疗师等。

（五）证据检索与筛选

检索范围：自建库至 2025 年 5 月公开发表的中文、英文文献，涵盖老年癌痛诊疗相关的随机对照试验（randomized controlled trial，RCT）、系统评价、荟萃分析、队列研究、病例对照研究及真实世界研究。

检索数据库：英文数据库包括 PubMed、Embase、Cochrane Library、Web of Science；中文数据库包括中国知网（China National Knowledge Infrastructure，CNKI）、万方数据、维普网、中国生物医学文献数据库（China Biomedical Literature Database，CBM）。

检索关键词：英文关键词为 Older adults、geriatric patients、older cancer、geriatric oncology、cancer pain、pain assessment、Analgesic、pain treatment、pain management、palliative care、multidisciplinarity、interdisciplinary pain management；中文关键词为老年、老年患者、老年肿瘤、癌痛、疼痛评估、镇痛、镇痛治疗、疼痛管理、姑息治疗、多学科、跨学科疼痛管理。

补充检索：通过专家咨询获取未公开发表的临床试验数据、会议摘要，确保证据的全面性。文献筛查流程见图 1。

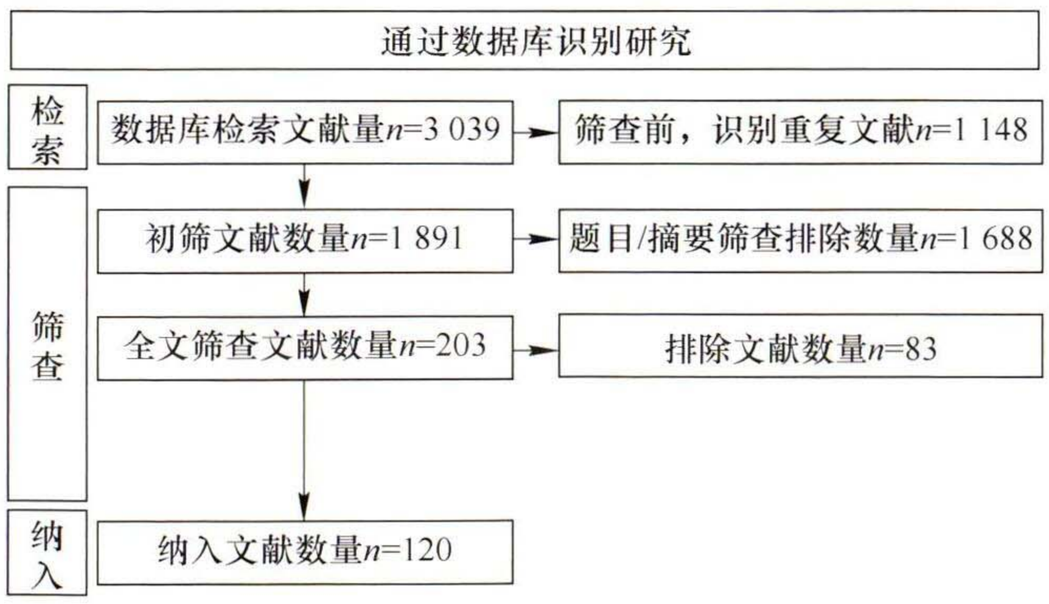


图 1　文献筛查流程图

（六）证据评价与推荐强度分级

采用 GRADE 系统对纳入证据进行质量分级，分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四级。推荐强度分为强推荐（利远大于弊）、弱推荐（利弊平衡或证据有限）两级。由 2 名系统评价员独立完成文献筛选、数据提取及质量评价，分歧通过第三方专家仲裁解决，确保评价结果客观可靠。

（七）共识形成流程

核心问题提炼：工作小组基于文献检索结果，从老年癌痛的评估、药物治疗、非药物治疗、中医药治疗等方面，梳理形成核心临床问题并设计专家咨询问卷。

德尔菲法咨询：共开展 3 轮德尔菲问卷专家咨询，回收问卷并统计赞同率，问卷内容包括证据质量评价、推荐意见草案投票；首轮咨询后，对同意率＜70% 的分歧意见进行修改完善，第二轮问卷聚焦修改后的条款，直至达成初步共识。

专家会议论证：2025 年 7—9 月，组织 3 次线上专家会议，对推荐意见逐条讨论，结合投票结果（同意率≥80% 为通过）形成最终共识。

（八）共识传播与更新计划

传播途径：通过全国性学术会议、专业期刊发表、线上解读讲座、新媒体推广等多种途径传播，提高临床普及率。

更新机制：计划每 3 年评估一次最新循证医学证据（如新型镇痛药物、微创治疗技术）及临床需求，必要时启动共识更新，确保内容的时效性与科学性。

二、老年癌痛评估

对于能够完成疼痛自我报告的老年癌痛患者，评估通常从一个简单的筛查问题开始："您是否感到疼痛或不适？"如果回答"是"，后续需要进行全面的癌痛评估。

专家共识 1：对于能够完成疼痛自我报告的老年肿瘤患者，老年癌痛评估与成人癌痛一致，即"首诊评估"及"常规、量化、全面、动态"评估[14]（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

全面疼痛评估[8,15-16]包括：疼痛体验：疼痛部位、牵涉模式和放射痛情况、强度、活动干扰、疼痛时间、疼痛性质、加重和缓解因素，除疼痛外当前其他症状，当前疼痛管理计划，当前疗效，爆发痛情况，既往疼痛疗法，与疼痛相关的特殊问题：如患者及家属对于疼痛及止痛的认识和信念、对于疼痛管理的目标和期望等；误用的潜在风险因素列表；心

理社会支持；肿瘤病史；相关体格检查、实验室和影像学检查。

疼痛强度评定量表推荐：数字评定量表（Numerical Rating Scale，NRS）、表情疼痛评定量表-修订版（Faces Pain Scale-Revised，FPS-R）。

应定期重新评估，确保镇痛治疗疗效最大化且不良反应最小化，保障治疗计划的依从性，实现患者特定的舒适度、功能和安全性目标。

专家共识 2：由于无法言语（如昏迷、插管）或者认知功能障碍（如痴呆）而不能完成疼痛自我报告的老年肿瘤患者，建议按照如下“五步法”进行疼痛评估：尽量获得疼痛自我报告、探寻疼痛病因及病生理机制、通过疼痛行为或特殊量表协助疼痛评估、照护者替代疼痛报告、试验性镇痛治疗[17-20]（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

尽量从所有患者获得疼痛的自我报告。即使对于某些无法言语或存在认知障碍的老年癌症患者，疼痛自我报告仍是金标准。在轻至中度痴呆的老年人中，自我报告通常具有可靠性，甚至在部分重度痴呆患者中也是如此。

探索疼痛病因和病理生理机制，病因因素可能包括癌症本身、癌症治疗（即化疗、放疗、手术切除）或相关操作，以及偶发性或急性或慢性非癌性疼痛。病理生理因素可能包括伤害感受性、神经病理性、内脏性、情感性、行为性和认知性因素。

对于无法言语和认知障碍患者，可通过观察疼痛行为和借助特殊量表协助评估疼痛。常见非语言疼痛行为见表 1，还可通过要求患者“点头”“握紧手”“上下转动眼睛”或“伸出手指”来示意疼痛是否存在，从而迅速获得反馈。

临床上还可选择多种特殊人群疼痛评估量表，既适用于研究也适用于临床。例如：用于痴呆患者不适评估的艾比（Abbey）疼痛量表、老年痴呆性疼痛评估量表（Pain Assessment In Advanced Dementia Scale，PAINAD）、Doloplus-2 量表等[21]。对于插管和/或昏迷的患者，可考虑使用行为疼痛量表（Behavirol Pain Scale，BPS）和重症监护疼痛观察工具（Critical-care Pain Observation Tool，CPOT）[22-23]。需要注意的是，应记录替代评估方法和相应依据，并且始终如一地使用相同的工具，以便监测疼痛变化和疼痛管理干预措施的有效性。

从家属、非专业护理人员及专业护理人员处获取患者疼痛替代报告。可与家属合作，确定患者通常如何表达或表现疼痛，患者日常可能提示疼痛存在的行为，以及家属对患者疼痛的理解。

上述任何评估指标呈阳性，应推定患者存在疼痛，评估镇痛治疗的风险获益比，然后开始实施试验性镇痛治疗。例如，若患者近期被诊断为转移性乳腺癌，应联合使用非阿片类与阿片类药物止痛治疗。

专家共识 3：能够沟通交流的老年肿瘤患者，要进行“总疼痛”的评估，即癌痛对患者躯体、心理、社会和精神方面的影响[2]（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

临床上，癌痛患者常伴有焦虑抑郁的情绪体验，这些评估应成为所有老年癌痛患者的常规检查项目，目前多个指南及医学组织推荐心理痛苦温度计（distress thermometer，DT）[24]作为初筛工具，它是一个从 0（无痛苦）～10（极度痛苦）的单一条目量表，能够快速、简便筛查癌症患者的心理痛苦[25]，可同时结合 NCCN 推荐问题列表（Problem List，PL）[26]，从事件、社交、情绪、躯体以及信仰宗教方面多维度进行评估，当 DT 分值≥4 分时，根据 PL 来进一步予以针对性评估，从而提高转诊的指导意义。

患者的焦虑、抑郁情绪评估可使用医院焦虑抑郁量表（Hospital Anxiety Depression Scale，HADS）[27-28]、广泛性焦虑自评量表（General Anxiety Disorder-7，GAD-7）[29]、患者健康问卷-9（Patient Health Questionnaire-9，PHQ-9），以上都具有良好的信效度[30]。老年抑郁量表（Geriatric Depression Scale 15，GDS-15）识别老年群体的抑郁情绪更为敏感，总体 30 个条目包含：情绪、意志活动、退缩痛苦想法以及消极评价等症状，识别时间短，易于快速筛查[31]。另外，研究表明慢性疼痛可导致患者的认知功能受损[32]，特别是对于老年癌痛患者，其认知功能的评估也应受到重视，在 NCCN 指南中已推荐使用简易精神状态量表（Mini-Mental State Examination，MMSE），蒙特利尔认知评估量表（Montreal Cognitive Assessment Morisky，MoCA）来评估老年肿瘤患者的认知水平[33]。不同的认知功能也将为后续心理干预方案提供依据。

在社会评估方面，需考量疼痛如何影响患者的功能及人际交往能力。通常情况下，疼痛可能导致患者产生孤立感和孤独感。如必要，可考虑使用医

表 1　不能疼痛自我报告的老年肿瘤患者常见非语言疼痛行为

项目	常见非语言疼痛行为
面部表情	皱眉、咬牙、额头紧皱、快速眨眼、下颌绷紧、表情扭曲
声音表达	叹气、呻吟、呜咽、哭喊、尖叫
身体动作	身体僵硬、护住某部位、揉搓疼痛处、摇晃、静卧不动
精神状态改变	躁动不安、激越、痛苦
生理变化	心动过速、呼吸急促、血压升高、出汗、瞳孔散大

疗社会支持量表(Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS)对老年癌痛患者进行全面的社会学评估[34],包括 4 个维度:实际性支持维度、讯息/情绪支持维度、社会互动性合作维度、情感支持维度,研究显示 MOS-SSS 汉语版本在癌症人群中具有良好信度[35-36]。

在精神评估方面,需要考虑信仰如何影响患者承受痛苦或促进其应对疼痛的能力。在制定疼痛管理计划时可纳入信仰和社会情况。

专家共识 4:老年癌痛评估应包括镇痛治疗的风险评估,建议建立医护药协作机制,护理团队完成跌倒风险评估,药学团队完成镇痛药物相关风险评估(证据质量:C;推荐强度:强推荐)。

护理团队完成老年癌痛患者的跌倒风险评估。老年癌痛患者使用的镇痛药及其基础疾病治疗药物如降压药、降糖药等均可能出现头晕、意识不清、视物模糊以及反应能力下降等不良反应,增加其跌倒风险。建议应用灵敏度较高的 Morse 跌倒风险评估量表(Morse Fall Seale, MFS)、预测能力较好的 Hendrich Ⅱ 跌倒风险评估量表(Hendrich Ⅱ Fall Risk Model, HFRM)[37],及识别低跌倒风险老年人最有用的平衡功能测量工具 Berg 平衡量表(Berg Balance Scale, BBS)等工具评估老年癌痛患者的跌倒风险[38-39]。

跌倒风险干预建议:①对老年癌痛患者进行全程管理,居家疼痛加重时及时联系医生或护士,避免疼痛危象;②强化健康教育、提高患者认知、增强风险意识,对照护者进行规范培训,有效降低老年癌痛患者的跌倒发生率;③审查药物和合并症的可能影响因素,合理用药;④解决各部分细节的风险因素,如日常活动或生活环境的安全隐患,预防跌倒安全指导;⑤制定跌倒应急预案。

药学团队完成老年癌痛患者的药学相关评估,包括服药依从性、阿片类药物使用障碍、多重用药评估。提高服药依从性是老年患者各类慢性病健康管理的重要内容[40]。影响老年患者用药依从性的因素涉及患者自身(如生活习惯、认知水平、收入水平、治疗信念)、社会支持程度(如是否有家人或专职人员照顾、医护人员是否提供及时可靠的指导)与治疗方案本身(服药频率,用药便捷性、相关副作用)等[41]。在癌痛的治疗过程中,患者可能由于药物的不良反应[42]、疼痛暂时减轻或消失、对治疗失去信心、记忆力减退等原因,导致用药依从性差[43],也有部分老年患者,因合并多种慢性疾病,需要长期服用多种药物,因此对服用止痛药有顾虑而自行减药,导致服药依从性差[44]。高服药依从性有助于减轻疼痛和提高生活质量。中文版 8 项 Morisky 服药依从性量表(8-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8)在患者用药行为障碍量表中最具代表性[45],可反映患者对服药过程中发生的遗忘、不良反应和其他问题,目前广泛用于各类老年慢性疾病的评估[46],如果需要,可考虑使用。

癌痛患者存在阿片类药物的使用障碍风险,国外研究发现,约 20% 的癌症患者存在非医疗目的使用阿片类药物风险[47-48]。阿片类药物的过量使用在美国是药物过量死亡的主要原因[49]。阿片类药物误用评估(Current Opioid Misuse Measure, COMM)工具可帮助临床医生确定目前正在接受长期阿片类药物治疗的患者是否存在与阿片类药物使用障碍相关的异常行为,用于检测正在发生的误用[50];而阿片类药物应用评估量表(Screener and Opioid Assessment for Patients With Pain, SOAPP)[51]或阿片类药物风险评估工具(Opioid Risk Tool, ORT)[52]有助于预测哪些患者正在考虑接受长期阿片类药物治疗,并于未来可能会表现出异常的用药行为。以上工具可联合用于阿片类药物使用障碍风险的筛查。如果需要,可以考虑使用。2 分或更低表示未来出现阿片类药物使用障碍的风险较低,≥3 分表示出现阿片类药物使用障碍的风险较高。

多重用药是指在同一名患者同时使用多种药

物或过多数量的药物，通常是指同时使用 5 种及以上的药物[53]。在老年肿瘤患者中，由于使用药物缓解癌症相关症状或不良反应常可导致多重用药[54-56]。使用多种药物可导致药物不良反应、药物相互作用和不依从的发生率增加[57-58]。2003 年更新的 Beers 标准已被用于评估老年癌症患者的多药治疗并用于指导用药方案的调整[59]。2015 年美国老年医学会(American Geriatrics Society, AGS)更新了 Beers 标准，建议在止痛治疗开始或方案改变时审查患者目前及即将应用的所有药物的适应证、治疗持续时间和剂量[60]。如果需要，可考虑使用 Beers 标准评估多重用药的合理性与潜在风险。

老年癌痛评估的目标是明确癌痛类型和病理生理机制，患者对舒适度的期望(他们可耐受的疼痛程度)及理想功能水平，后续治疗目标就是帮助患者达到这种疼痛缓解程度。

老年癌痛准确地评估和持续再评估，是疼痛优质管理的重要前提和基础。疼痛评估到位就能够提高老年癌痛的治疗质量。尽量减少对生理指标的依赖，注重动态评估并记录。

老年癌痛的全面评估往往需要专门时间且颇具挑战性。应避免冗长繁重的评估会议，并确保使用的评估工具措辞简单、篇幅简短。

三、老年癌痛治疗

(一)药物治疗

专家共识 5：老年癌痛管理以“5A”目标为导向；根据肿瘤类型及进展阶段、伴随疾病、潜在药物相互作用、药物可及性、费用/经济负担等因素，制定合适的镇痛方案；推荐采用多学科协作模式；实行药物非药物联合、中西医结合多模式镇痛策略(证据质量：B；推荐强度：强推荐)。

老年癌痛管理以“5A”目标为导向，即优化镇痛、优化日常生活活动、尽量减少不良反应、监测日常用药行为、重视疼痛和情绪之间的关系。老年人患慢性疾病风险增加，且多器官储备功能与代偿能力显著下降，使其更易发生药物不良反应。因此，制定镇痛方案时需充分考虑合并症、药物安全性及潜在药物相互作用[61-62]。对于难治性癌痛患者，尤其需要多学科协作以制定恰当、个体化的镇痛方案[63]。除遵循癌痛三阶梯治疗原则外，为减少药物不良反应，推荐实行药物与非药物联合、放射治疗、介入治疗、心理治疗、中西医结合治疗多模式镇痛策略。

专家共识 6：非甾体抗炎药(Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs)和对乙酰氨基酚是治疗老年癌痛的基础用药，轻度癌痛可单独使用，中重度癌痛患者可合用阿片类药物；老年癌痛患者使用 NSAIDs 时，应采用最低有效剂量并尽量缩短疗程，必要时联用 PPI 以降低胃肠道风险；禁止联用两种 NSAIDs 或 NSAIDs 与对乙酰氨基酚；合并慢性肾病(CKD Ⅳ、Ⅴ期)、心力衰竭的老年患者应避免使用 NSAIDs；不推荐长期、全剂量使用半衰期较长的 NSAIDs 及吲哚美辛(证据质量：B；推荐强度：强推荐)。

NSAIDs 和对乙酰氨基酚常用于轻度癌痛或作为中重度癌痛的联合用药。需注意二者治疗癌痛均存在“天花板效应”，避免长期使用。对乙酰氨基酚在老年患者中兼具良好的疗效与安全性。所有使用 NSAIDs 的老年患者，均须定期监测胃肠道、肝肾功能及心血管系统不良反应，并警惕药物间相互作用[64]。禁止联用两种 NSAID 或 NSAIDs 联合对乙酰氨基酚。

老年患者是 NSAIDs 相关消化道溃疡的高危人群。如确需使用，应从小剂量起始并以最低有效剂量维持[65]，并建议联用 PPI 以降低胃肠道风险[66]。服用 NSAIDs 的患者，其胃肠道不良反应的发生率和严重程度随年龄增长显著上升。研究显示，相较于 25～49 岁患者，60～69 岁、70～80 岁及＞80 岁患者的 NSAIDs 相关并发症风险系数分别为 2.4、4.5 及 9.2[67-68]。对于 75 岁以上人群或合用糖皮质激素、抗凝药、抗血小板药等高危患者，使用非选择性 NSAIDs 会增加胃肠出血和消化道溃疡风险，并随用药时间延长而上升(3～6 个月约 1%，一年达 2%～4%)[66]，应避免长期使用，除非其他药物无效且合用胃肠保护剂。

对肝硬化、酒精中毒或合并使用肝毒性药物等存在肝毒性风险的患者，应根据肝功能调整 NSAIDs 剂量，遵循小剂量、短期使用原则。其中双氯芬酸肝损伤发生率最高，可导致急性肝坏死[69]；此外，肝功能不全者不建议使用艾瑞昔布片。建议老年人使用 NSAIDs 前评估肌酐清除率，适当减量或延长给药间隔[70]。长期大量使用 NSAIDs 可能导致肾损伤甚至肾衰竭，合用利尿剂或血管紧张素转换酶抑制剂可加速此风险[71]。应权衡风险获益，尽量避免对慢性肾病(CKD Ⅳ、Ⅴ期)的老年患者使用 NSAIDs。

NSAIDs 会增加心肌梗死或卒中风险，其中昔

布类和双氯芬酸发生心血管事件风险最高，萘普生最低[72-73]。确诊缺血性心脏病和脑血管疾病患者禁用选择性 COX-2 抑制剂；存在高血压、高脂血症、吸烟、糖尿病等心血管危险因素者需慎用。合用阿司匹林（或其他抗血小板药）会显著增加 NSAIDs 的胃肠道风险，抵消 COX-2 抑制剂在胃肠道安全性上的优势，并削弱阿司匹林的心脏保护作用[62,64]，故仅在绝对必要时才联用。

老年患者应优先选用半衰期短且无肝肠循环的 NSAIDs（如布洛芬、双氯芬酸）。根据 Beers 标准，不推荐长期全剂量使用半衰期长的 NSAIDs（如萘普生、奥沙普秦、吡罗昔康），因其可能增加胃肠道并发症、肾衰竭、高血压及心力衰竭风险。在所有 NSAIDs 中，吲哚美辛的中枢神经系统（如头痛、头晕）和胃肠道不良反应发生率最高，老年患者应避免使用[59]。酮咯酸在老年患者中风险高，同样避免使用[66]。

专家共识 7：阿片类药物应用于中度和重度老年癌痛患者，低剂量起始，缓慢增量；老年癌痛患者进行阿片类药物轮换时，也需谨慎（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

老年患者应用阿片类药物的脏器损伤风险可能低于 NSAIDs，尤其是可能存在 NSAIDs 使用风险的高危患者[74]。由于老年患者对药物敏感性增加，使用阿片类药物滴定的起始剂量主要取决于安全性，而不是疼痛类型或强度，推荐为成人患者的 30%～50%（如吗啡即释片推荐起始剂量为 2.5～5 mg/次，每 4～6 h 给药 1 次；羟考酮缓释片推荐起始剂量为 5 mg/次，每 12 h 给药 1 次），增量宜缓慢，每日最大增量为前 24 h 总剂量的 25%～50%，直至达到有效安全的镇痛剂量[75]。

弱阿片类药物存在“天花板效应”，常用药物包括曲马多、可待因及复方制剂。老年患者应用曲马多最高剂量为 300 mg/d、肾损害者最高剂量为 200 mg/d，有癫痫发作史、癫痫发作危险因素或正在服用血清素的老年患者应禁用曲马多；可待因最高剂量为 360 mg/d，应慎用于肾功能不全的老年患者，且需监测神经系统不良反应。

吗啡和羟考酮是老年癌痛患者最常用的强阿片类药物，存在较大的个体差异。对中、重度疼痛的阿片类药物未耐受患者，适当使用非阿片类药物和辅助疗法，并根据需要开始使用短效阿片类药物，如吗啡即释片 5 mg，对于体弱或年老的患者，可考虑吗啡即释片 2.5 mg 用于低剂量滴定[16]。一项针对老年患者中重度疼痛的国际专家共识推荐氢吗啡酮用于肝肾功能不全的老年患者，理由包括氢吗啡酮对肝 CYP 酶活性影响较小、不产生具有镇痛活性的代谢产物[76]。老年患者对芬太尼透皮贴剂治疗的总体评价高于成年人，且芬太尼透皮贴剂可能比口服阿片类药物便秘的发生率更低[77-78]。新型口服复方制剂羟考酮/纳洛酮在缓解癌痛的同时，可有效改善阿片类药物导致的便秘，为便秘发生率较高的老年患者群体提供新的治疗选择。对伴有睡眠障碍的老年患者，阿片类药物与其他具有镇静作用的药物（如艾司唑仑）联用时，可能导致镇静效应叠加，从而增加呼吸抑制、意识障碍甚至昏迷的风险，需严格控制给药剂量和用药时间。长效制剂丁丙诺啡透皮贴剂具有 7 天持续释放、依从性高、认知障碍影响少，老年、肾功能不全者不需调整剂量等特点，用于老年癌痛治疗有一定的优势。

老年患者癌痛阿片类药物轮换的时机包括：增加原阿片类药物剂量疼痛仍不能得到充分控制、虽有效但患者不能耐受不良反应、病情变化（如出现吞咽困难、禁饮禁食状态、鼻饲、肾和/或肝功能不全）等。老年癌痛患者进行阿片类药物轮换时，需要更加谨慎，考虑到不同阿片类药物之间的不完全交叉耐药，若疼痛得到有效控制，且患者对阿片类药物耐受，则将剂量减少 25%～50%；若疼痛控制欠佳，则可从 100%左右的等效剂量开始。

专家共识 8：老年癌痛患者应用辅助镇痛药物时，低剂量起始，缓慢增量；缓慢减量；同时监测相关不良反应；关注药物禁忌证；选择药物时需综合考虑患者的其他症状或并发症/合并症（证据质量：C；推荐强度：强推荐）。

辅助镇痛药物可联合 NSAIDs 或阿片类药物增强镇痛效果，减少对阿片类药物需求及相关不良反应，主要包括抗抑郁药、抗惊厥药、皮质类固醇、骨改良药物及外用药物等。美国 NCCN 成人癌痛治疗指南（2025 年版）推荐抗抑郁药和抗惊厥药为治疗癌症相关神经病理性疼痛的一线辅助镇痛药[16]。老年患者起始剂量要低，缓慢增量，肝肾功能不全患者减量使用，同时注意抗抑郁和抗惊厥药停药也需逐渐减量，以免引起撤药综合征。选择药物时，应综合考虑患者的其他症状或并发症/合并症。

慢性癌痛常伴随抑郁、焦虑状态，因此抗抑郁药、抗惊厥药在癌痛治疗中的应用十分广泛。老年

人应慎用三环类抗抑郁药，因其会增加老年患者跌倒、意识模糊和抗胆碱能不良反应的风险[16]。目前常用抗抑郁药物为 5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂（Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors，SNRIs）。SNRIs 如度洛西汀、文拉法辛在使用时需检查药物相互作用，防止发生 5-羟色胺综合征。度洛西汀会引起直立性低血压增加老年患者的跌倒风险[79]，应密切监测其血压变化防止跌倒。老年患者使用文拉法辛会有血压升高的风险，应规律监测血压[80]，伴有肾功能或肝功能不全的老年患者应适当减量。使用阿片类药物会显著降低文拉法辛对老年人慢性疼痛的缓解效果，对于同时患有慢性疼痛和抑郁症的老年人，可选择非阿片类药物[81]。

抗惊厥类药物如加巴喷丁、普瑞巴林可用于神经病理性疼痛，包括口腔黏膜炎引起的疼痛[82]。日本姑息医学会（Japanese Society for Palliative Medicine，JSPM）指南推荐抗惊厥药联合阿片类药物治疗转移性骨痛或神经性癌痛[83]。因该类药物基本不经肝脏代谢，发生药物相互作用风险低，有助于降低老年人多重用药风险。老年人或身体虚弱患者药物滴定时需要缓慢增量。该类药物的清除依赖于肾功能，肾功能不全老年患者药物清除率会降低，需要根据肌酐清除率调整药物剂量[66]。此类药物常见不良反应为头晕、嗜睡和外周性水肿，也可能出现恶心、口干、头痛、视力模糊，且呈剂量相关性。此外，加巴喷丁会增加老年人睡眠呼吸障碍的风险，应谨慎评估患者的睡眠结构和呼吸功能[84]。

在糖皮质激素类药物的选择上，通常以地塞米松为首选，它通过抑制炎性反应、减少血管通透性，进而减轻肿瘤周围组织水肿，达到镇痛效果[85]。EMSO 成人癌痛管理指南（2018 年版）建议对于转移性脊髓压迫患者应使用地塞米松 8～16 mg/d[86]。脑转移或脑膜转移引起的颅内高压及脊髓压迫症状等相关性癌性暴发痛，可考虑地塞米松联合脱水药物进行治疗。地塞米松可以有效预防紫杉烷类药物（如多西他赛和紫杉醇）引起的急性疼痛综合征[87]。地塞米松的半衰期较长，可每日一次给药，因其具有兴奋作用，早上用药可防止老年患者夜间失眠。糖皮质激素类药物常见不良反应有消化道溃疡、血糖升高、免疫抑制等，合并使用 NSAID 时，需警惕消化道出血的风险，必要时可使用胃肠道黏膜保护药物。此外，该类药物会增加老人患者骨质疏松的风险，严重时可出现自发性骨折，可鼓励患者进行阻抗运动，同时补充钙和维生素 D，必要时加用抗骨质疏松药物。糖皮质激素还可能诱发精神症状，需密切监测老年人精神障碍及认知功能异常状况[88]。

骨改良药物（如双膦酸盐、RANKL 抑制剂）可改善肿瘤骨组织的酸性微环境、遏制骨溶解，从而减少镇痛药的使用量[89]。美国临床肿瘤学会（American Society of Clinical Oncology，ASCO）-安大略癌症治疗中心（Cancer Care Ontario，CCO）指南（2022 年版）明确骨改良药物包括双膦酸盐和地舒单抗在减少骨相关事件（SRE）（如骨转移、病理性骨折等）方面具有重要作用[90]。双膦酸盐和地舒单抗均可引起颌骨坏死（Osteonecrosis of the Jaw，ONJ）、低钙血症和其他电解质紊乱、非典型骨折等并发症。在接受骨改良药物前后，均应进行常规口腔检查，以降低 ONJ 风险。双膦酸盐特有的不良反应包括肾功能不全、急性期反应、眼毒性、肌肉骨骼疼痛及心房颤动等，伴有肾功能不全的老年患者应适当减量。RANKL 抑制剂常见的不良反应为肌肉、骨骼疼痛，如停用需要序贯双膦酸盐类或其他药物，以防止骨密度下降或骨折风险增加[91]。

外用药物包括局部利多卡因贴剂及局部 NSAIDs 等。5%利多卡因贴剂可用于治疗癌症相关神经性疼痛。由于老年患者局部利多卡因吸收的总体趋势和进入全身循环的利多卡因剂量降低，因此利多卡因贴剂耐受性更好，且不良反应小，但连续应用于特定区域可能会增加皮肤损伤的可能性。

专家共识 9：老年癌痛患者需要注意镇痛药物不良反应的管理；药物不良反应须与共病鉴别；阿片类药物及联合抗抑郁药物、抗惊厥药物会增加老年患者跌倒风险和 5-羟色胺综合征风险（证据质量：C；推荐强度：强推荐）。

老年患者因慢性病、器官功能受损、药物代谢减慢等因素的影响，镇痛药物不良反应发生风险高，是整个成年群体的 3 倍。老年患者存在不同程度的视力、听力及认知功能障碍、记忆力下降、用药依从性下降等因素，导致患者可能被过度治疗或治疗不足，增加了不良事件发生的风险。老年癌痛患者出现可疑药物相关不良反应，需要与共患病鉴别。

阿片类药物的常见不良反应，包括便秘、恶心、

呕吐、嗜睡、瘙痒、头晕、尿潴留、谵妄、认知障碍以及呼吸抑制等。恶心、呕吐、嗜睡和头晕等不良反应，大多出现在未曾使用过阿片类药物患者用药的最初几天，可考虑同时给予甲氧氯普胺等止吐药防治恶心、呕吐，必要时可采用 5-HT3 受体拮抗剂类药物和抗抑郁药物。便秘通常会持续发生于阿片类药物止痛治疗全过程，建议应用阿片类药物止痛时宜常规合并应用缓泻剂。如果出现过度镇静、精神异常等不良反应等，需要减少阿片类药物用药剂量，甚至停用和更换止痛药[92]。

非甾体抗炎药和对乙酰氨基酚的常见不良反应见专家共识 6 部分。辅助镇痛药物主要有抗惊厥药、抗抑郁药等，主要不良反应包括头晕、口干、嗜睡、便秘等。老年患者对中枢副作用极度敏感，显著增加跌倒风险，使用抗惊厥药时需密切关注行走稳定性。

老年患者因病情所需同时使用阿片类药物与苯二氮䓬类及加巴喷丁的情况下，容易出现严重头晕和低血压，增加跌倒和骨折风险。避免或谨慎合用其他中枢抑制剂，苯二氮䓬类、某些抗组胺药、酒精等会显著增强镇静、呼吸抑制的风险。阿片类药物联合舍曲林等抗抑郁药时有出现 5-羟色胺综合征的风险，必要时可将其他阿片药物等效更换为芬太尼贴剂[92]。避免阿片类药物和丁丙诺啡、喷他佐辛等合用，可能出现镇痛加重或反跳。

（二）非药物治疗

专家共识 10：与肿瘤急症相关的老年癌痛，如病理性骨折、内脏梗阻或穿孔，在风险评估基础上，可考虑针对肿瘤急症的非药物治疗如放疗、手术、微创介入治疗等（证据质量：C；推荐强度：弱推荐）。

常见的老年急性癌痛疼痛程度严重，情况紧急，药物治疗往往无法缓解，如消化道肿瘤导致穿孔/梗阻，肝癌破裂出现急性腹痛[14]，椎体恶性肿瘤导致的脊髓受压或不稳定伴随即将发生的脊髓压迫，骨转移癌病理性骨折等[86]，需要包括疼痛科、老年医学科、普外科、骨科等多学科联合会诊及积极干预。高龄不应成为排除外科干预的理由。在决定手术干预是否适当时，应综合考虑手术可能带来的益处、患者的体能状态及其个人意愿。手术治疗在老年癌症相关疼痛管理中不仅限于治愈性目的。

专家共识 11：可从姑息性放疗获益的病灶，尤其对于骨转移癌疼痛及脑转移癌伴疼痛老年患者可行局部放射治疗（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

转移性癌痛的年轻和老年患者的放射治疗目标和方式有所不同。老年人放疗止痛可减少或停用止痛药物，避免药物的不良反应，且放疗止痛效果往往更加持久。

放射治疗缓解局部骨痛的有效率为 50%～80%，其中疼痛完全缓解率为 30%[86,93]。对于缓解骨转移引起的疼痛，单次放疗和多次放疗的疗效相当。单次放疗的优点在于它的成本效益和便利性，特别是对于预期寿命有限的患者。老年人缺乏在数周内参加日常治疗所需的体力储备，尤其是身体虚弱、缺乏经济支持或照护人员的患者，大分割放疗更为适合。最近数据表明，缩短分割时间对老年人尤其有益，似乎有更高的疼痛缓解率[94-95]。有研究显示，对于老年骨转移无并发症者，可选用单次 8Gy 放疗[96]。

放射治疗也是脑转移癌伴疼痛者的推荐治疗措施。对于脑水肿明显的患者，应先给予激素、甘露醇脱水降颅内压后再予放疗。放射治疗的方式及分割剂量要根据患者脑转移数、病理类型、体力状态、原发病灶控制、年龄及是否有颅外转移病灶等因素来决定。

专家共识 12：难治性癌痛的老年患者建议尽早转诊介入疼痛管理团队进行介入治疗；介入治疗需考虑老年患者的特殊性，需关注脏器功能评估、营养状态评估和治疗耐受性；治疗前调整并发症，充分术前沟通和准备（证据质量：C；推荐强度：弱推荐）。

微创介入治疗作为安全有效的镇痛手段，在老年癌痛群体中有明显优势[97]，不仅缓解疼痛、降低阿片类药物用量、减少药物不良反应[98-99]，而且对患者认知功能影响小，对于难治性癌痛老年患者建议尽早选择。目前临床常用技术包括患者自控镇痛技术（patient-controlled analgesia，PCA）、局部神经阻滞/毁损术、经皮椎体成形术、放射性粒子植入术、鞘内药物输注技术、选择性动脉栓塞术等。具体介入治疗方案应根据患者的症状和病理解剖学表现进行个体化考量。

专家共识 13：老年癌痛推荐全程、多维度、多学科、包括社工、志愿者的心理社会干预，尤其对于合并抑郁、焦虑或认知障碍的患者。必要时，转诊心理/社会/精神服务团队（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

癌痛受生物、心理及社会因素的多维度交互影

响[100]，老年癌痛患者身体状况心理承受能力相对较弱，神经可塑性减退和疼痛调控功能下降，疼痛敏感性更高[101]。心理干预能够提高患者的治疗依从性，通过帮助患者建立对疾病的正确认知，减少对治疗的误解和恐惧；改善患者的心理状态，减轻焦虑、抑郁等负面情绪，提高生活质量。心理干预包括认知行为疗法、接纳承诺疗法、放松训练、虚拟现实分心疗法、暗示疗法、音乐治疗等。

认知行为疗法适用于认知功能良好的老年患者（MMSE≥24），核心内容包括疼痛日记、活动节律调节及认知重构（如修正“疼痛必然预示病情恶化”的认知偏差）[102]。建议采用简化方案（单次干预聚焦≤3 个目标）并鼓励家属协同参与，Meta 分析显示其可显著降低疼痛强度（NRS 评分平均降幅≥2 分）[103]。

接纳承诺疗法（Acceptance and Commitment Therapy，ACT）适用于难治性疼痛患者，通过疼痛解离训练（如观察者视角冥想）和价值导向行为激活减轻痛苦体验。指导患者在疼痛发作时选择有意义的活动（如与孙辈视频通话），运用隐喻技术（如“疼痛列车”比喻）增强治疗依从性。研究显示 ACT 组疼痛接受度显著提升，日常功能改善约 30%～40%[104]。

放松疗法则推荐认知正常者采用渐进性肌肉放松联合自然场景想象（森林/海滩），20 min/次；轻度认知障碍患者适用腹式呼吸训练配合个性化音乐（如患者青年时期喜爱的歌曲），15～20 min/次；中重度痴呆患者推荐手部抚触按摩结合香薰（薰衣草/柑橘），5 min/次[105-106]。

新兴技术中，虚拟现实分心疗法在初步研究中显示出急性疼痛缓解潜力[107]，而意义中心疗法可能缓解晚期患者的存在性痛苦，但需更多老年群体研究证实[108]。

临床应用需重点关注认知功能适配原则：当 MMSE 评分＜20 分时，应选用音乐或抚触疗法等非言语干预，并采用 PAINAD 等观察性量表替代自述评估；疗效监测需涵盖疼痛强度（NRS）核心指标，并辅以 GDS-15 评估情绪变化；实施障碍应对方面，对体力受限患者可采用远程视频指导，医疗资源不足地区建议开展社区护士主导的团体干预，而对存在病耻感患者宜将疼痛自我管理教育融入常规随访。社工通过提供心理支持、情感陪伴、资源链接和生命意义重构等服务，帮助患者缓解心理压力，提升生活质量。

（三）中医药治疗

专家共识 14：中医药治疗老年癌痛，可以提高止痛疗效，减少西药用量及不良反应（证据质量：B；推荐强度：强推荐）。

中医认为癌痛主要为“不通”与“不荣”。前者为“六淫”邪气、痰饮瘀血、七情内伤、食积等病邪杂合而积聚脏腑经络，最终“病久入深，营卫之行涩”；后者为癌毒不留，深藏脏腑，客居经络，日久“脉泣则血虚，血虚则痛”。一般早中期以实痛为主，晚期以虚痛为主，或见虚实夹杂。中医中药不仅有效提高癌痛缓解率、改善癌痛患者的生存质量；而且对于缓解患者肿瘤伴发症或者镇痛药物的不良反应具有良好的作用。

中医药镇痛治疗可分为内治法和外治法。

内治法临床常用的止痛中药包括川芎，元胡，郁金，姜黄等；常用经方包括血府逐瘀汤、复元活血汤、金铃子散等[109-113]。临床上，对于老年癌痛大多数是在 WHO 三阶梯止痛方案基础上联合一种或者两种中医药方式进行治疗。一些特殊类型的癌痛，中医药有独特疗效，例如：化疗诱导的神经性疼痛，使用中药经方黄芪桂枝五物汤和当归四逆汤可以改善[114]。中医药配合三阶梯止痛法治疗癌性疼痛，根据老年癌痛患者的常见证型，中药分别给予活血化瘀、行气止痛，燥湿化痰、理气止痛，益气养血、通络止痛等中药方剂进行治疗。

中医外治法是将中草药制剂直接作用于体表或痛处进行治疗，同时应用针刺法/电针法、穴位按摩、浮针等可以提高止痛疗效；其中，针刺镇痛已获得国内外癌痛治疗指南的一致推荐[115]。越来越多的文献支持，与单纯的镇痛药物相比，联合穴位埋线等方法后镇痛更优，食欲下降及便秘等不良反应更少[116-118]。针灸包括普通针刺、电针、艾灸、穴位注射、耳穴、经皮神经电刺激，在治疗中重度癌性疼痛临床疗效满意[119]。

专家共识 15：老年癌痛患者使用阿片类药物治疗更容易出现便秘，推荐常规通便药物治疗联合中医外治法，具体方式（电针、腹部推拿、穴位贴敷、艾灸）应根据患者意愿、身体情况等因素选择（证据质量：B；推荐强度：弱推荐）。

阿片类药物相关便秘（opioid-induced constipation，OIC）是阿片类药物最常见且唯一不可耐受的不良反应，对老年癌痛患者影响较大。便秘用药通常以麻子仁、枳壳、厚朴、大黄等为主并随症加减。外治法以针刺足阳明、手少阳经穴为主；

耳穴贴压：大肠、直肠、交感等；穴位按摩：支沟、足三里、关元等[120-123]。建议常规药物治疗基础上联合中医外治法干预 OIC[124-125]，疗效排在前三名的中医外治法依次为腹部推拿、穴位贴敷、艾灸。

四、宣教、随访、护理

老年癌痛更需要定期随访，可通过电话、微信等方式，ePRO（Electronic Patient-Reported Outcomes）方式随访在老年患者人群中可行性欠佳。随访内容包括[126]：（1）疼痛情况：疼痛部位、强度、持续时间等。（2）疼痛对生活影响：饮食、活动、情绪及睡眠等。（3）镇痛药物使用：是否遵医嘱用药；是否出现便秘、恶心等不良反应，是否对症处理。（4）对存在问题给予指导并预约下一次随访，推荐每周 1 次随访或门诊复诊。同时健康教育贯穿癌痛诊疗全程，方式包括面对面、手册宣传栏等书面宣传、公众号和多媒体等，内容主要包括癌痛治疗观念、药物的不良反应如何防治、镇痛药物的成瘾性、微创介入的优势及其围术期管理、心理社会干预方式等。

在老年癌痛管理中，护士具有以下职责[7]：（1）老年癌痛全面初始评估、再评估的执行者和记录者。（2）可能影响老年癌痛管理关键问题的发现者。（3）对患者及家属的宣传教育者。（4）对癌痛治疗不良反应的评估者。

编写委员会主席：樊碧发（中日友好医院疼痛科）、李小梅（中国人民解放军总医院第二医学中心老年医学科）、石丘玲（重庆医科大学公共卫生学院）、谢广茹（天津市肿瘤医院中西医结合科）、李萍萍（北京大学肿瘤医院中西医结合科暨老年肿瘤科）、刘端祺（中国人民解放军总医院第七医学中心肿瘤内科）

执笔专家：刘东颖（天津医科大学肿瘤医院疼痛治疗科）、冯智英（浙江大学医学院附属第一医院疼痛科）、王姗姗（天津医科大学肿瘤医院疼痛治疗科）、王永（中国航空总医院疼痛科）

共识编写专家：薛冬（北京大学肿瘤医院中西医结合科暨老年肿瘤科）、余慧青（重庆大学肿瘤医院老年肿瘤科）、白静慧（辽宁省肿瘤医院肿瘤内科）、单汉民（浙江医院疼痛科）、李元青（北京大学肿瘤医院中西医结合科暨老年肿瘤科）、杨敏（中国医学科学院肿瘤医院综合科）、庄严（天津市肿瘤医院结直肠肿瘤科）、李梓萌（北京大学肿瘤医院康复科）、王玉栋（河北医科大学第四医院肿瘤内科）、杨文慧（山西省肿瘤医院消化内科）、王楠娅（吉林大学第一医院肿瘤科）、于晶琳（北京大学第一医院肿瘤科）、杨阳（中日友好医院疼痛科）、石瑞君（中国人民解放军总医院第二医学中心老年医学科）、田畅（天津市肿瘤医院疼痛治疗科）、何芳（中国医学科学院肿瘤医院护理部）、孔凡铭（天津中医药大学第一附属医院肿瘤科）、张欣（天津中医药大学第一附属医院肿瘤科）、张珺（华中科技大学同济医学院附属同济医院老年医学科），司同国（天津市肿瘤医院介入治疗科）、陈燕荔（天津市肿瘤医院中西医结合科）、崔明新（衡水市人民医院肿瘤内科）、何婷婷（北京大学肿瘤医院中西医结合科暨老年肿瘤科）、解爽（辽宁省肿瘤医院肿瘤内科）、张均辉（重庆大学肿瘤医院老年肿瘤科）、杨列军（重庆大学肿瘤医院老年肿瘤科）、高启龙（河南省肿瘤医院中西医结合科）、崔琳虹（中国人民解放军总医院第二医学中心老年医学科）、张柳琪（天津医科大学）

共识评审专家：王晓东（北京大学首钢医院肿瘤科）、高宁（天津市肿瘤医院药学部）、闵婕（空军军医大学唐都医院肿瘤内科）、丛明华（中国医学科学院肿瘤医院综合科）、丁金霞（安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科）、董霞（北京大学肿瘤医院内蒙古医院营养科）、王歌（河南省肿瘤医院中西医结合科）、于小林（河南省肿瘤医院中西医结合科）、李玉（牡丹江医科大学附属红旗医院肿瘤内科）、陈梦婷（重庆大学肿瘤医院营养科）

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] 李小梅. 老年癌痛的药物治疗[C]. 第八届中国肿瘤内科大会、第三届中国肿瘤医师大会暨中国抗癌协会肿瘤临床化疗专业委员会 2014 年学术年会论文集，北京：2014：400-405.
Li X M. Pharmacological treatment of cancer pain in the elderly[C]. Proceedings of the 8th Chinese Congress of Medical Oncology, the 3rd Chinese Congress of Oncologists and the 2014 Academic Annual Meeting of the Committee of Clinical Chemotherapy, Chinese Anti-Cancer Association. Beijing: 2014: 400-405.

[2] Brant JM. Assessment and management of cancer pain in older adults: strategies for success[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2018, 5(3): 248-253. DOI: 10.4103/apjon.apjon_11_18.

[3] Cleeland CS. Undertreatment of cancer pain in elderly patients[J]. JAMA, 1998, 279(23): 1914-1915. DOI: 10.1001/jama.279.23.1914.

[4] Dunham M, Ingleton C, Ryan T, et al. A narrative literature review of older people's cancer pain experience[J]. J Clin Nurs, 2013, 22(15-16): 2100-2113. DOI: 10.1111/jocn.12106.

[5] Daoust R, Paquet J, Moore L, et al. Recent opioid use and fall-related injury among older patients with trauma[J]. CMAJ, 2018, 190(16): E500-E506. DOI: 10.1503/cmaj.171286.

[6] Fink RM, Gallagher E. Cancer pain assessment and measurement[J]. Semin Oncol Nurs, 2019, 35(3): 229-234. DOI: 10.1016/j.soncn.2019.04.003.

[7] Cope DG. Cancer pain management considerations in older adults[J]. Semin Oncol Nurs, 2019, 35(3): 274-278. DOI: 10.1016/j.soncn.2019.04.008.

[8] Finnerty D, O'GARA á, Buggy DJ. Managing pain in the older cancer patient[J]. Curr Oncol Rep, 2019, 21(11): 100. DOI: 10.1007/s11912-019-0854-7.

[9] Filipponi C, Masiero M, Pizzoli SFM, et al. A comprehensive analysis of the cancer chronic pain experience: a narrative review[J]. Cancer Manag Res, 2022, 14: 2173-2184. DOI: 10.2147/CMAR.S355653.

[10] Costa M, Bilobran MA, De OliveiralC, et al. Correlation between cancer pain and quality of life in patients with advanced cancer admitted to a palliative care unit[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2024, 41(8): 882-888. DOI: 10.1177/10499091231195318.

[11] Couderc AL, Bouhnik AD, Rey D, et al. Quality of life in older French long-term lung cancer survivors: VICAN5 national survey[J]. Lung Cancer, 2023, 180:

107197. DOI:10.1016/j.lungcan.2023.107197.
[12] Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M, et al. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden--impact on costs and quality of life[J]. Pain, 2015, 156(3):521-527. DOI:10.1097/01.j.pain.0000460336.31600.01.
[13] 谢辉兰,曾令清,顾连兵,等.老年癌症疼痛治疗的研究进展[J].实用老年医学,2017,31(1):20-23.
Xie HL, Zeng LQ, Gu LB, et al. Research progress in the treatment of cancer pain in the elderly[J]. Practical Geriatrics, 2017, 31(1):20-23.
[14] 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,等.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.
Pain Medicine Physicians Branch of Chinese Medical Doctor Association, Pain Medicine Branch of Chinese Medical Association, National Medical Quality Control Center for Pain Specialty, et al. Chinese expert consensus on assessment of cancer-related pain (2023 version)[J]. Chinese Journal of Pain Medicine, 2023, 29(12):881-886.
[15] Caraceni A, Shkodra M. Cancer pain assessment and classification[J]. Cancers (Basel), 2019, 11(4):510. DOI:10.3390/cancers11040510.
[16] 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. DOI: 10.6004/jnccn.2025.0032.
[17] Herr K. Pain assessment strategies in older patients[J]. J Pain, 2011, 12(3 Suppl 1): S3-S13. DOI: 10.1016/j.jpain.2010.11.011.
[18] Herr K, Coyne PJ, Mccaffery M, et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations[J]. Pain Manag Nurs, 2011, 12(4): 230-250. DOI:10.1016/j.pmn.2011.10.002.
[19] Herr K, Anderson AR, Arbour C, et al. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Clinical Practice Recommendations in Support of the ASPMN 2024 Position Statement[J]. Pain Manag Nurs, 2024, 25(6): 551-568. DOI: 10.1016/j.pmn.2024.09.010.
[20] HerrK, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review[J]. J Pain Symptom Manage, 2006, 31(2): 170-192. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2005.07.001.
[21] Herr K, Coyne PJ, Key T, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations[J]. Pain Manag Nurs, 2006, 7(2): 44-52. DOI: 10.1016/j.pmn.2006.02.003.
[22] Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale[J]. Crit Care Med, 2001, 29(12): 2258-2263. DOI:10.1097/00003246-200112000-00004.
[23] G Linas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators[J]. Clin J Pain, 2007, 23(6): 497-505. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31806a23fb.
[24] Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients[J]. Cancer, 2005, 103(7): 1494-1502. DOI: 10.1002/cncr.20940.
[25] 张叶宁,张海伟,宋丽莉,等.心理痛苦温度计在中国癌症患者心理痛苦筛查中的应用[J].中国心理卫生杂志,2010,24(12):897-902.
Zhang YN, Zhang HW, Song LL, et al. Application of the Distress Thermometer in screening psychological distress among Chinese cancer patients[J]. Chinese Mental Health Journal, 2010, 24(12): 897-902.
[26] Riba MB, Donovan KA, Ahmed K, et al. NCCN guidelines? Insights: distress management, version 2.2023[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2023, 21(5): 450-457. DOI: 10.6004/jnccn.2023.0026.
[27] Aktas A, Walsh D, Kirkova J. The psychometric properties of cancer multisymptom assessment instruments: a clinical review[J]. Support Care Cancer, 2015, 23(7): 2189-2202. DOI: 10.1007/s00520-015-2732-7.
[28] Wakefield CE, Butow PN, Aaronson NA, et al. Patient-reported depression measures in cancer: a meta-review[J]. Lancet Psychiatry, 2015, 2(7): 635-647. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00168-6.
[29] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(10): 1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
[30] 何筱衍,李春波,钱洁,等.广泛性焦虑量表在综合性医院的信度和效度研究[J].上海精神医学,2010,22(4):200-203.
He XY, Li CB, Qian J, et al. Reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Scale in general hospitals[J]. Shanghai Archives of Psychiatry, 2010, 22(4):200-203.
[31] 唐丹.简版老年抑郁量表(GDS-15)在中国老年人中的使用[J].中国临床心理学杂志,2013,21(3):402-405.
Tang D. Use of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Chinese elderly[J]. Chinese Journal of Clinical Psychology, 2013, 21(3):402-405.
[32] Zhao L, Zhang L, Tang Y, et al. Cognitive impairments in chronic pain: a brain aging framework[J]. Trends Cogn Sci, 2025, 29(6): 570-585. DOI: 10.1016/j.tics.2024.12.004.
[33] Rambeau A, Beauplet B, Laviec H, et al. Prospective comparison of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Mini Mental State Examination (MMSE) in geriatric oncology[J]. J Geriatr Oncol, 2019, 10(2): 235-240. DOI: 10.1016/j.jgo.2018.08.003.
[34] Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey[J]. Soc Sci Med, 1991, 32(6): 705-714. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90150-b.
[35] Costa-Requena G, Ballester Arnal R, Gil F. The influence of coping response and health-related quality of life on perceived social support during cancer treatment[J]. Palliat Support Care, 2015, 13(3): 683-689. DOI: 10.1017/S1478951514000418.
[36] 何文奇,杨晓,乔晓丽,等.中文版医疗社会支持量表应用于妇科癌症病人的信效度评价[J].护理研究,2017,31(14):1709-1713.
He WQ, Yang X, Qiao XL, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Medical Social Support Scale in gynecological cancer patients[J].

Chinese Nursing Research, 2017, 31(14): 1709-1713.
[37] Hendrich AL, Bender PS, Nyhuis A. Validation of the Hendrich Ⅱ Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients[J]. Appl Nurs Res, 2003, 16(1): 9-21. DOI: 10.1053/apnr.2003.YAPNR2.
[38] Park SH. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis[J]. Aging Clin Exp Res, 2018, 30(1): 1-16. DOI: 10.1007/s40520-017-0749-0.
[39] Cho EH, Woo YJ, Han A, et al. Comparison of the predictive validity of three fall risk assessment tools and analysis of fall-risk factors at a tertiary teaching hospital[J]. J Clin Nurs, 2020, 29(17-18): 3482-3493. DOI: 10.1111/jocn.15387.
[40] 江佳艳, 李静, 戴丹华, 等. 老年慢性病患者服药依从性与生命质量相关性分析[J]. 中国初级卫生保健, 2022, 36(10): 46-50.
Jiang JY, Li J, Dai DH, et al. Correlation between medication adherence and quality of life in elderly patients with chronic diseases[J]. Chinese Primary Health Care, 2022, 36(10): 46-50.
[41] 曹成霖, 郭颖, 洪子轩, 等. 慢性病共病老年人服药依从性研究的系统评价[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2024, 24(4): 406-410.
Cao CL, Guo Y, Hong ZX, et al. Systematic review of medication adherence in elderly patients with multiple chronic conditions[J]. Journal of Nanjing Medical University (Social Sciences Edition), 2024, 24(4): 406-410.
[42] 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): 5-12, 7.
Wang W, Cao BW, Ning XH, et al. Progress and challenges of cancer pain control in Beijing over 20 years: A multicenter survey of cancer pain in Beijing (FENPAI4090)[J]. Chinese Journal of Pain Medicine, 2014, 20(1): 5-12, 7.
[43] Torresan MM, Garrino L, Borraccino A, et al. Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative enquiry through illness narratives[J]. Eur J Oncol Nurs, 2015, 19(4): 397-404. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.01.001.
[44] Song Y, Scales K, Anderson RA, et al. Resident challenges with daily life in Chinese long-term care facilities: A qualitative pilot study[J]. Geriatr Nurs, 2018, 39(1): 18-23. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.05.001.
[45] 王洁, 莫永珍, 卞茸文, 等. 中文版 8 条目 Morisky 用药依从性问卷在老年 2 型糖尿病患者中应用信效度[J]. 中国老年学杂志, 2015, 22(21): 6242-6244.
Wang J, Mo YZ, Bian RW, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in elderly patients with type 2 diabetes mellitus[J]. Chinese Journal of Gerontology, 2015, 22(21): 6242-6244.
[46] 何金明, 钱程, 沈杰, 等. 用药依从性评估方法的研究进展[J]. 中国临床药学杂志, 2022, 31(9): 716-720.
He JM, Qian C, Shen J, et al. Research progress in assessment methods of medication adherence[J]. Chinese Journal of Clinical Pharmacy, 2022, 31(9): 716-720.
[47] Carmichael AN, Morgan L, Del Fabbro E. Identifying and assessing the risk of opioid abuse in patients with cancer: an integrative review[J]. Subst Abuse Rehabil, 2016, 7: 71-79. DOI: 10.2147/SAR.S85409. eCollection 2016.
[48] Kwon JH, Tanco K, Park JC, et al. Frequency, predictors, and medical record documentation of chemical coping among advanced cancer patients[J]. Oncologist, 2015, 20(6): 692-697. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0012.
[49] Spencer MR, Mini OAM, Warner M. Drug overdose deaths in the United States, 2001-2021[J]. NCHS Data Brief, 2022, 457: 1-8.
[50] Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, et al. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure[J]. Pain, 2007, 130(1-2): 144-156. DOI: 10.1016/j.pain.2007.01.014.
[51] Butler SF, Budman SH, Fernandez K, et al. Validation of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain[J]. Pain, 2004, 112(1-2): 65-75. DOI: 10.1016/j.pain.2004.07.026.
[52] Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool[J]. Pain Med, 2005, 6(6): 432-442. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x.
[53] Maggiore RJ, Gross CP, Hurria A. Polypharmacy in older adults with cancer[J]. Oncologist, 2010, 15(5): 507-522. DOI: 10.1634/theoncologist.2009-0290.
[54] Sokol KC, Knudsen JF, Li MM. Polypharmacy in older oncology patients and the need for an interdisciplinary approach to side-effect management[J]. J Clin Pharm Ther, 2007, 32(2): 169-175. DOI: 10.1111/j.1365-2710.2007.00815.x.
[55] Puts MT, Costa-Lima B, Monette J, et al. Medication problems in older, newly diagnosed cancer patients in Canada: How common are they? A prospective pilot study[J]. Drugs Aging, 2009, 26(6): 519-536. DOI: 10.2165/00002512-200926060-00008.
[56] Lees J, Chan A. Polypharmacy in elderly patients with cancer: clinical implications and management[J]. Lancet Oncol, 2011, 12(13): 1249-1257. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70040-7.
[57] Riechelmann RP, Saad ED. A systematic review on drug interactions in oncology[J]. Cancer Invest, 2006, 24(7): 704-712. DOI: 10.1080/07357900601063766.
[58] Riechelmann RP, Tannock IF, Wang L, et al. Potential drug interactions and duplicate prescriptions among cancer patients[J]. J Natl Cancer Inst, 2007, 99(8): 592-600. DOI: 10.1093/jnci/djk130.
[59] Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts[J]. Arch Intern Med, 2003, 163(22): 2716-2724. DOI: 10.1001/archinte.163.22.2716.
[60] American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults[J]. J Am Geriatr Soc, 2015, 63(11): 2227-2246. DOI: 10.1111/jgs.13702.
[61] Mclean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology[J]. Pharmacol Rev, 2004, 56(2): 163-184. DOI: 10.1124/pr.56.2.4.
[62] Pharmacological management of persistent pain in older persons[J]. J Am Geriatr Soc, 2009, 57(8): 1331-1346. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x.

[63] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会难治性癌痛学组. 难治性癌痛专家共识(2017 年版)[J]. 中国肿瘤临床, 2017, 44(16): 787-793.
Refractory Cancer Pain Group, Professional Committee of Cancer Rehabilitation and Palliative Care, Chinese Anti-Cancer Association. Expert consensus on refractory cancer pain (2017 version) [J]. Chinese Journal of Clinical Oncology, 2017, 44(16): 787-793.
[64] Abdulla A, Adams N, Bone M, et al. Guidance on the management of pain in older people[J]. Age Ageing, 2013, 42 (Suppl 1): i1-57. DOI: 10.1093/ageing/afs200.
[65] Chen Y, Bedson J, Hayward RA, et al. Trends in prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with cardiovascular disease: influence of national guidelines in UK primary care [J]. Fam Pract, 2018, 35 (4): 426-432. DOI: 10.1093/fampra/cmx142.
[66] American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults[J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(4): 616-631. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x.
[67] 国家风湿病数据中心, 中国系统性红斑狼疮研究协作组. 非甾体消炎药相关消化道溃疡与溃疡并发症的预防与治疗规范建议[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(1): 81-85.
National Rheumatism Data Center; Chinese Systemic Lupus Erythematosus Research Collaboration Group. Recommendations for the prevention and treatment of non-steroidal anti-inflammatory drug-related peptic ulcers and ulcer complications[J]. Chinese Journal of Internal Medicine, 2017, 56(1): 81-85.
[68] Hern Ndez-D AZ S, Rodr Guez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s[J]. Arch Intern Med, 2000, 160(14): 2093-2099. DOI: 10.1001/archinte.160.14.2093.
[69] Schmeltzer PA, Kosinski AS, Kleiner DE, et al. Liver injury from nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the United States [J]. Liver Int, 2016, 36(4): 603-609. DOI: 10.1111/liv.13032.
[70] Davison SN, Rathwell S, George C, et al. Analgesic Use in patients with advanced chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Can J Kidney Health Dis, 2020, 7: 2054358120910329. DOI: 10.1177/2054358120910329.
[71] Nikolaus T, Zeyfang A. Pharmacological treatments for persistent non-malignant pain in older persons [J]. Drugs Aging, 2004, 21(1): 19-41. DOI: 10.2165/00002512-200421010-00003.
[72] Schmidt M, Lamberts M, Olsen AM, et al. Cardiovascular safety of non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs: review and position paper by the working group for Cardiovascular Pharmacotherapy of the European Society of Cardiology [J]. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother, 2016, 2(2): 108-118. DOI: 10.1093/ehjcvp/pvv054.
[73] Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis[J]. BMJ, 2011, 342: c7086. DOI: 10.1136/bmj.c7086.
[74] Mercadante S, Ferrera P, Villari P, et al. Opioid escalation in patients with cancer pain: the effect of age[J]. J Pain Symptom Manage, 2006, 32(5): 413-419. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.05.015.
[75] Tracy B, Sean Morrison R. Pain management in older adults[J]. Clin Ther, 2013, 35(11): 1659-1668. DOI: 10.1016/j.clinthera.2013.09.026.
[76] Pergolizzi J, B Ger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step Ⅲ opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone) [J]. Pain practice: the official journal of World Institute of Pain, 2008, 8(4): 287-313. DOI: 10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x.
[77] Otis J, Rothman M. A Phase Ⅲ study to assess the clinical utility of low-dose fentanyl transdermal system in patients with chronic nonmalignant pain [J]. Curr Med Res Opin, 2006, 22(8): 1493-501. DOI: 10.1185/030079906X115540.
[78] Ackerman SJ, Knight T, Schein J, et al. Risk of constipation in patients prescribed fentanyl transdermal system or oxycodone hydrochloride controlled-release in a California Medicaid population [J]. Consult Pharm, 2004, 19(2): 118-132. DOI: 10.4140/tcp.n.2004.118.
[79] Sobieraj DM, Martinez BK, Hernandez AV, et al. Adverse effects of pharmacologic treatments of major depression in older adults [J]. J Am Geriatr Soc, 2019, 67(8): 1571-1581. DOI: 10.1111/jgs.15966.
[80] 神经病理性疼痛诊疗专家组. 神经病理性疼痛诊疗专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(12): 705-710.
Neuropathic Pain Diagnosis and Treatment Expert Group. Expert consensus on diagnosis and treatment of neuropathic pain [J]. Chinese Journal of Pain Medicine, 2013, 19(12): 705-710.
[81] Stahil ST, Jung C, Weiner DK, et al. Opioid Exposure Negatively Affects Antidepressant Response to Venlafaxine in Older Adults with Chronic Low Back Pain and Depression[J]. Pain Med, 2020, 21(8): 1538-1545. DOI: 10.1093/pm/pnz279.
[82] Kataoka T, Kiyuta N, Shimada T, et al. Randomized trial of standard pain control with or without gabapentin for pain related to radiation-induced mucositis in head and neck cancer[J]. Auris Nasus Larynx, 2016, 43(6): 677-684. DOI: 10.1016/j.anl.2016.02.012.
[83] Mawatari H, Shinjo T, Morita T, et al. Revision of Pharmacological Treatment Recommendations for Cancer Pain: Clinical Guidelines from the Japanese Society of Palliative Medicine[J]. J Palliat Med, 2022, 25(7): 1095-1114. DOI: 10.1089/jpm.2021.0438.
[84] Piovezan RD, Kase C, Moizinho R, et al. Gabapentin acutely increases the apnea-hypopnea index in older men: data from a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. J Sleep Res, 2017, 26(2): 166-170. DOI: 10.1111/jsr.12495.
[85] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会难治性癌痛学组, 中华医学会疼痛学分会癌痛学组. 癌性爆发痛专家共识(2019 年版)[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46(6): 267-271.
Refractory Cancer Pain Group, Professional Committee of Cancer Rehabilitation and Palliative Care, Chinese Anti-Cancer Association; Cancer Pain

Group, Pain Medicine Branch of Chinese Medical Association. Expert consensus on cancer breakthrough pain(2019 version)[J]. Chinese Journal of Clinical Oncology, 2019, 46(6): 267-271.
[86] Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[J]. Ann Oncol, 2018, 29(Suppl 4): iv166-iv191. DOI: 10.1093/annonc/mdy152.
[87] Saito Y, Takekuma Y, Takeshita T, et al. Dexamethasone dose-dependently prevents taxane-associated acute pain syndrome in breast cancer treatment[J]. Support Care Cancer, 2023, 31(6): 372. DOI: 10.1007/s00520-023-07852-x.
[88] 海南省老年肿瘤癌痛姑息治疗专家共识编写组, 北京肿瘤防治研究会. 海南省老年肿瘤癌痛姑息治疗专家共识[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2022, 8(4): 21-31.
Expert Consensus Compilation Group on Palliative Treatment of Cancer Pain in Elderly Tumor Patients in Hainan Province; Beijing Cancer Prevention and Treatment Research Association. Expert consensus on palliative treatment of cancer pain in elderly tumor patients in Hainan Province[J]. Electronic Journal of Comprehensive Cancer Therapy, 2022, 8(4): 21-31.
[89] Colosia A, Njue A, Bajwa Z, et al. The burden of metastatic cancer-induced bone pain: a narrative review[J]. J Pain Res, 2022, 15: 3399-3412. DOI: 10.2147/JPR.S371337. eCollection 2022.
[90] Eisen A, Somerfield MR, Accordino MK, et al. Use of adjuvant bisphosphonates and other bone-modifying agents in breast cancer: ASCO-OH(CCO) guideline update[J]. J Clin Oncol, 2022, 40(7): 787-800. DOI: 10.1200/JCO.21.02647.
[91] Watts NB, Camacho PM, Lewiecki EM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis-2020 Update [J]. Endocr Pract, 2021, 27(4): 379-380. DOI: 10.1016/j.eprac.2021.02.001.
[92] 癌症疼痛诊疗规范(2018 年版)[J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23(10): 937-944.
Guidelines for the diagnosis and treatment of cancer pain(2018 version)[J]. Journal of Clinical Oncology, 2018, 23(10): 937-944.
[93] Amini A, Shinde A, Wong J. Palliative radiation for cancer pain management[J]. Cancer Treat Res, 2021, 182: 145-156. DOI: 10.1007/978-3-030-81526-4_10.
[94] Hoskin PJ, Hopkins K, Misra V, et al. Effect of single-fraction vs multifraction radiotherapy on ambulatory status among patients with spinal canal compression from metastatic cancer: the SCORAD randomized clinical trial[J]. JAMA, 2019, 322(21): 2084-2094. DOI: 10.1001/jama.2019.17913.
[95] Sahgal A, Myrehaug SD, Siva S, et al. Stereotactic body radiotherapy versus conventional external beam radiotherapy in patients with painful spinal metastases: an open-label, multicentre, randomised, controlled, phase 2/3 trial[J]. Lancet Oncol, 2021, 22(7): 1023-1033. DOI: 10.1016/S1470-2045(21)00196-0.
[96] R Hle A, Nya Yompang VA, Spohn SKB, et al. Palliative radiotherapy of bone metastases in octogenarians: How do the oldest olds respond? Results from a tertiary cancer center with 288 treated patients[J]. Radiat Oncol, 2022, 17(1): 153. DOI: 10.1186/s13014-022-02122-2.
[97] Amr YM, Makharita MY. Neurolytic sympathectomy in the management of cancer pain-time effect: a prospective, randomized multicenter study[J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 48(5): 944-956 e2. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.01.015.
[98] 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. DOI: 10.2147/JPR.S315585. eCollection 2021.
[99] Wyse JM, Carone M, Paquin SC, et al. Randomized, double-blind, controlled trial of early endoscopic ultrasound-guided celiac plexus neurolysis to prevent pain progression in patients with newly diagnosed, painful, inoperable pancreatic cancer[J]. J Clin Oncol, 2011, 29(26): 3541-3546. DOI: 10.1200/JCO.2010.32.2750.
[100] Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer[J]. J Clin Oncol, 2012, 30(5): 539-547. DOI: 10.1200/JCO.2011.37.0437.
[101] SyrjalaL, Jensen MP, Mendoza ME, et al. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management[J]. J Clin Oncol, 2014, 32(16): 1703-1711. DOI: 10.1200/JCO.2013.54.4825.
[102] Kwekkeboom K, Zhang Y, Campbell T, et al. Randomized controlled trial of a brief cognitive-behavioral strategies intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in advanced cancer[J]. Psychooncology, 2018, 27(12): 2761-2769. DOI: 10.1002/pon.4883.
[103] Warth M, Z Ller J, K Hler F, et al. Psychosocial interventions for pain management in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Curr Oncol Rep, 2020, 22(1): 3. DOI: 10.1007/s11912-020-0870-7.
[104] Hughes LS, Clark J, Colclough JA, et al. Acceptance and commitment therapy(ACT) for chronic pain: a systematic review and meta-analyses[J]. Clin J Pain, 2017, 33(6): 552-568. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000425.
[105] Warth M, Ke Ler J, Hillecke TK, et al. Music therapy in palliative care[J]. Dtsch Arztebl Int, 2015, 112(46): 788-794. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0788.
[106] Laycock H, Ramdin C, Grayer J, et al. Causes and management of acute oncological pain: a narrative review[J]. Anaesthesia, 2025, 80(Suppl 2): 95-105. DOI: 10.1111/anae.16512.
[107] Chuan A, Zhou JJ, Hou RM, et al. Virtual reality for acute and chronic pain management in adult patients: a narrative review[J]. Anaesthesia, 2021, 76(5): 695-704. DOI: 10.1111/anae.15202.
[108] Thomas LP, Meier EA, Irwin SA. Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer[J]. Curr Psychiatry Rep, 2014, 16(10): 488. DOI: 10.1007/s11920-014-0488-2.
[109] 吴时礼, 杨鹭, 张书富, 等. 经方辨治癌痛的研究和展望[J]. 中医肿瘤学杂志, 2024, 6(4): 67-72.
Wu SL, Yang L, Zhang SF, et al. Research and prospect of treating cancer pain with classical prescriptions based on syndrome differentiation[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine Oncology,

2024,6(4):67-72.
[110]张文龙,徐珊,王长明.中医药治疗癌痛用药规律研究[J].中国中医急症,2023,32(1):15-19.
Zhang WL, Xu S, Wang CM. Research on the medication rule of traditional Chinese medicine in the treatment of cancer pain[J]. Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine,2023,32(1):15-19.
[111]Ji J, Guo J, Chi Y, et al. Cancer Pain Management with Traditional Chinese Medicine: Current Status and Future Perspectives[J]. Am J Chin Med,2024,52(1):123-135. DOI:10.1142/S0192415X24500058.
[112]Wang YH,Chang JY,Feng L. Effect of Oral Chinese Medicine Combined with Western Medicine on Cancer Pain:A Meta-Analysis[J]. Chin J Integr Med,2021,27(9):713-720. DOI:10.1007/s11655-020-3423-x.
[113]Liu Y, May BH, Hyde AJ, et al. Topical Traditional Chinese Medicines for Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials [J]. Integr Cancer Ther, 2023, 22: 15347354231210870. DOI: 10.1177/15347354231210870.
[114]曹博,王华伟,王文萍.中医药配合三阶梯止痛法治疗癌性疼痛[J].实用中医内科杂志,2010,24(3):50-51.
Cao B, Wang HW, Wang WP. Traditional Chinese medicine combined with three-step analgesic ladder for the treatment of cancer pain[J]. Practical Journal of Traditional Chinese Internal Medicine, 2010, 24(3):50-51.
[115]Liu YW,Chen YJ,Chen YH,et al. Therapeutic efficacy of traditional chinese medicine syndrome-based formulae to neuropathic pain caused by chemotherapy [J]. Integr Cancer Ther, 2022, 21: 15347354221121095. DOI: 10.1177/15347354221121095.
[116]魏有刚,周长萍.穴位埋线治疗肺癌癌性疼痛的疗效观察[J].解放军预防医学杂志,2016(S1):2.
Wei YG, Zhou CP. Efficacy observation of acupoint catgut embedding in the treatment of cancer pain caused by lung cancer [J]. Journal of Preventive Medicine of Chinese People's Liberation Army, 2016(S1):2.
[117]蒋云峰.穴位埋线疗法治疗骨转移性癌痛的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2014.
Jiang YF. Clinical study of acupoint catgut embedding in the treatment of bone metastatic cancer pain[D]. Guangzhou: Guangzhou University of Chinese Medicine,2014.
[118]胡坤琳.穴位埋线背俞穴联合三阶梯止痛法治疗中重度癌痛的临床观察[D].广州:广州中医药大学,2016.
Hu KL. Clinical observation of acupoint catgut embedding at Back-Shu points combined with three-step analgesic ladder in the treatment of moderate to severe cancer pain [D]. Guangzhou: Guangzhou University of Chinese Medicine,2016.
[119]周如意,张丽娜,叶森林,等.针灸治疗中重度癌性疼痛的临床研究进展[J].实用中医内科杂志,2023,37(3):38-40.
Zhou RY, Zhang LN, Ye SL, et al. Research progress in clinical treatment of moderate to severe cancer pain with acupuncture and moxibustion [J]. Practical Journal of Traditional Chinese Internal Medicine, 2023,37(3):38-40.
[120]中国抗癌协会肿瘤传统医学专业委员会.阿片类药物不良反应中医诊疗专家共识[J].中国肿瘤临床,2019,46(7):321-323.
Professional Committee of Traditional Chinese Medicine Oncology, Chinese Anti-Cancer Association. Expert consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of adverse reactions of opioid drugs [J]. Chinese Journal of Clinical Oncology, 2019, 46(7): 321-323.
[121]乃吉玛·尼加提,张立平,张洪亮,等.中医外治阿片类药物相关性便秘的研究进展[J].新疆中医药,2024,42(3):121-122.
Naijima·Nijati, Zhang LP, Zhang HL, et al. Research progress in external treatment of opioid-related constipation with traditional Chinese medicine[J]. Xinjiang Journal of Traditional Chinese Medicine, 2024,42(3):121-122.
[122]邓海燕,吴晓芳,刘丹,等.中药膏摩疗法治疗奥施康定所致便秘的临床疗效[J].辽宁中医杂志,2022,49(4):99-102.
Deng HY, Wu XF, Liu D, et al. Clinical efficacy of traditional Chinese medicine ointment massage in the treatment of constipation caused by OxyContin[J]. Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine, 2022,49(4):99-102.
[123]刘敏,徐晓婉.耳穴贴压防治阿片类药物相关性便秘的研究进展[J].全科护理,2023,21(10):1346-1348.
Liu M, Xu XW. Research progress in auricular point sticking in preventing and treating opioid-related constipation[J]. Chinese General Practice Nursing, 2023,21(10):1346-1348.
[124]李晓东,李平,张欣,等.中医治疗阿片类药物所致便秘的研究进展[J].天津中医药,2021,38(2):261-266.
Li XD, Li P, Zhang X, et al. Research progress in traditional Chinese medicine treatment of opioid-induced constipation [J]. Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine,2021,38(2):261-266.
[125]Wang W, Liu Y, Yang X, et al. Effects of Electroacupuncture for Opioid-Induced Constipation in Patients With Cancer in China: A Randomized Clinical Trial[J]. JAMA Netw Open,2023,6(2):e230310. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.0310.
[126]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.
Tao ZF, He L, Tang RX. Construction and implementation of a follow-up assessment system for cancer pain[J]. Journal of Nursing Science,2013,28(24):24-26.

(收稿日期:2025-09-30)
(本文编辑:高超)