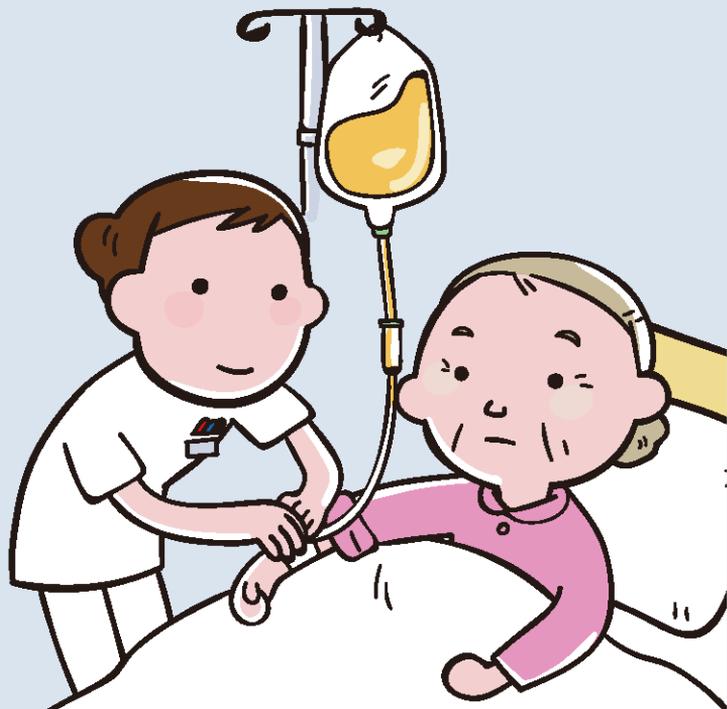


疼痛照護篇



梅花阿姨原本個性爽朗，在罹患了腎臟癌兩年之後，腫瘤造成多處的骨頭轉移，除了讓她行動較不方便，也讓她全身疼痛，變得很沮喪。

「我一定可以靠自己，不用靠藥物啦！」梅花阿姨在門診這麼說著，但是因為疼痛，睡眠常常一翻身就中斷，食慾也變得很差，體重一直下降著。阿姨的老伴，戴著巨大的眼鏡，看起來是位很斯文的老先生，每回都默默地陪在梅花阿姨的旁邊，這回來門診也是擔心地愁容滿面。

「我覺得吃嗎啡，表示我快要死掉了啦！這個會上癮，我不要吃！」

「其實嗎啡就是其中一種止痛藥而已啊！我們除了用藥物治療來控制腫瘤，也是要想辦法控制症狀讓您的生活品質比較好啊！如果阿姨還是有點擔心，不然我們把您轉介給疼痛科的專家，他們對於止痛的辦法，除了藥物的建議，應該還會想出其他不是吃藥的方法幫忙你，好嗎？」在主治醫師的說明下，梅花阿姨勉強的點點頭，去了疼痛科的門診。

「梅花阿姨好，腫瘤科的醫師有說最近您全身疼痛非常不舒服，我建議您目前可以先以這個劑量的嗎啡藥物，定時定量的使用，這樣對於止痛效果比較好，同時我們一起研究一下其他的止痛方法，和嗎啡一起使用，這樣可以降低嗎啡需要的使用量，可能您就不會這麼擔心了？」在疼痛科醫師的說明下，梅花阿姨半信半疑的同意了，還是看得出她對止痛藥物的擔心。我們把她轉到放射腫瘤科的門診，針對左邊髌骨骨頭轉移最疼痛的位置，進行局部放射線照射，的確緩解了她的疼痛，嗎啡貼片需要的劑量也慢慢可以調降下來。總算讓她又恢復了笑容。



疼痛照護篇

我該怎麼緩解疼痛？

疼痛在末期病人中相當常見，包括癌症、愛滋病、心臟病、慢性阻塞性肺病、腎臟病末期病患。癌症居十大死因之首，常見的症狀中，疼痛對病人的身心與作息活動造成全面性的影響。根據統計，約五成的所有期別癌症病人，以及七至九成的晚期癌症病人有疼痛問題。也常因為對疼痛與治療的誤解，造成疼痛治療不足的情況。在癌症病人中，抗癌治療失效、血液腫瘤（除了非何杰金氏淋巴瘤(NHL)），以及消化道、肺與乳房惡性腫瘤與中重度疼痛成正相關。世界衛生組織(WHO)指出，若遵循藥物治療原則，可以控制 70% ~ 90% 的痛，也因此，積極的疼痛控制免於或減緩疼痛，實屬基本人權。



一、止痛藥好多種，如何分類？

止痛藥可分為「非鴉片類止痛藥」、「弱效性與強效性鴉片類止痛藥」。

「非鴉片類止痛藥」大致可分為兩種，一種是乙醯氨酚 (Acetaminophen)，如普拿疼，作用在腦中樞神經，有鎮痛或解熱的效果。另一種，則是非類固醇消炎止痛藥 (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAID)，抑制前列腺素的生成與疼痛，有抗發炎反應的效果。這些藥品最常標榜的就是「成份不含類固醇」，多適用於體感性疼痛，常見像是非炎、莫痛等。

「非鴉片類止痛藥」對於癌症病患來說止痛效果不一定足夠，長期使用後會顯著增加胃潰瘍、腸胃道出血的風險，且可能導致腎臟功能受損，因此有每日安全劑量限制。「弱效性鴉片類止痛藥」及「強效性鴉片類止痛藥」均為管制藥物，其中強效性止痛藥的效果沒有天花板效應，也就是隨著劑量越高，止痛效果越強，因此已成為重度疼痛的癌症病患第一線用藥。

(一)、常見的「強效性鴉片類止痛藥」如下表：

成分	商品名	效用/劑型	用法
嗎啡 morphine	默痛舒 MXL [®]	長效/膠囊	一次/天
	嗎啡長效膜衣錠 morphine sulfate sustained-release	長效/錠劑	二次/天
	硫酸嗎啡 morphine sulfate	短效/錠劑、口服溶液	突發性疼痛使用
	鹽酸嗎啡 morphine HCl	短效/針劑	突發性疼痛使用
吩坦尼 fentanyl	多瑞喜 Durogesic [®]	長效/貼劑	一次/三天
	吩坦尼 Fentanyl patch [®]	長效/貼劑	一次/三天
	平舒疼口頰溶片 Painkyl [®]	超速效/貼劑	突發性疼痛使用
	吩妥拉口頰錠 Fentora [®]	超速效/口頰錠劑	突發性疼痛使用
Hydromorphone	釋通緩釋錠 Journista [®]	長效/錠劑	一次/天
Oxycodone	奧施康定 Oxycontin [®]	長效/膠囊	二次/天
	奧諾美 Oxynorm [®]	短效/膠囊	突發性疼痛使用

在強鴉片藥物之間，並無好壞之別，其作用與副作用的「CP 值」皆類似。嗎啡目前仍是用藥首選。根據 EAPC 和 ESMO 指引，口服 Morphine 與 Oxycodone 並列為中重度癌症疼痛第一線用藥，而經皮貼片 Fentanyl 與 Buprenorphine 則可用於穩定癌痛病人。由於嗎啡的活性代謝物在腎功能不全者會蓄積，腎功能下降(例如，尿量不明原因減少時)，應謹慎減量使用。



(二)、選擇給藥途徑

1. 口服 Oral 或管灌：口服是最方便的給藥方式。在無法口服的病人，例如口腔粘膜炎，吞嚥困難，腸阻塞或嚴重噁心時，嗎啡也有藥水可供管灌。一些緩釋嗎啡製劑（例如，默痛舒 MXL 膠囊 60mg）是可以在不改變藥物吸收的情況下打開膠囊，配服足量的水以進行管灌，但不可磨粉。
2. 經皮貼片 Transdermal：優點是可提供長效的基礎劑量，但由於癌症疼痛難免有波動，或因為日常活動有所變化，因此使用貼片的病人，常需搭配短效鴉片類藥物使用。研究證實經皮貼片 Fentanyl(Durogesic®或 Fentanyl patch®)由於避免藥物直接作用於腸道，便秘的副作用相對口服嗎啡輕微，算是另一大優點。
3. 皮下 Subcutaneous (SC) 與靜脈 intravenous (IV)注射：當病人有嚴重疼痛急需緩解時，可從腸道外給藥，包括皮下與靜脈注射。連續皮下輸注可以在胸壁或腹部皮膚下，優點為簡單可居家注射許多適用的藥物，全身感染機率比靜脈注射少，不用頻繁更換針頭而可以使用一個星期以上，但水腫、紅腫感染或血液循環不良，則不適合使用。
4. 脊柱內 (Intraspinal) 給藥：包含硬膜內 (Intrathecal) 和硬膜外 (Epidural) 兩種，統稱為「神經軸」(Neuraxial) 鎮痛，由醫師將導管置入脊椎內，使藥物直接作用於中樞神經，並降低副作用。
5. 經黏膜(transmucosal)給藥:利用 fentanyl 脂溶性高的特點,製成直接使用口腔黏膜吸收的劑型, 如 Painkyl 口頰溶片。不僅效果發生的快(故特稱為速效型藥物), 也不須經過腸道吸收。但這樣的藥物不適合規則使用,僅能用於已按照時間固定使用其他鴉片類藥物患者解除突發性疼痛用。

(三)、鴉片類止痛藥成癮性、副作用與安全性：

鴉片類止痛藥是癌症疼痛的核心藥物，正確使用這些藥物做癌症止痛時，它們的成癮性小於千分之五。一開始使用時會出現副作用，包括噁心、嘔吐、便秘、排尿困難等，但在使用五至七天後，除了便秘，其餘副作用會逐漸減輕。軟便與促排便藥物應常規依排便情況使用，每日服用劑量不宜驟增減，以免便秘和拉肚子交錯出現。由於鴉片類止痛藥不會傷胃、傷腎或傷肝，長期使用鴉片類止痛藥，反而比長期使用非類固醇止痛藥安全許多，病友們不須看到藥袋上的副作用而排斥使用藥物。另外，鴉片類止痛藥過量時會造成呼吸抑制，在年老、肝腎功能減損的患者，應特別注意藥物過量。



二、根據癌症疼痛病理機轉類型選擇治療藥物

許多癌症疼痛的患者常常不解的是，自己本身沒有憂鬱或癲癇狀況，但醫師為何開了這一類藥物？

其實疼痛的病理機轉，主要分為傷害性疼痛 (Nociceptive pain)，以及神經病變性疼痛 (Neuropathic pain)。包括一些抗憂鬱劑 (antidepressants)、抗癲癇藥 (anticonvulsants)、及局部麻醉劑等，它們原本並不是止痛藥，但可以改善「神經病變性疼痛」，因此才會出現在止痛處方中。

傷害性疼痛 (Nociceptive pain) 顧名思義是因組織損害，刺激痛覺神經，再傳向腦部產生痛覺。體感傷害性疼痛 (Somatic nociceptive pain) 涉及皮膚、骨骼、關節、或肌肉等體細胞結構的損傷。它通常是局部化的，經由樹狀分支的體神經傳導，因此定位準確。內臟傷害性疼痛 (Visceral nociceptive pain) 是由內臟器官膨脹、損傷、或發炎引起的，經由網狀的自主神經系統傳遞，不易定位，內臟疼痛時可能伴有噁心嘔吐，腸阻塞時則可能伴有蠕動時絞痛，內臟傷害性疼痛除了非類固醇止痛藥 NSAID，往往需要鴉片類藥物併用來緩解。

神經病變性疼痛對非類固醇類止痛藥 NSAID 的反應，比傷害性疼痛來得差許多，目前針對「神經病變性疼痛」的藥物處置，第一線為三環抗憂鬱劑(TCA)和血清素-正腎上腺素雙重再回收抑制劑(SNRI)，或 $\alpha 2\delta$ 鈣離子通道調節劑 (Gabapentin 與 Pregabalin)。如果是因為神經壓迫或藥物副作用所引發，早期減壓或停用造成的藥物，可能就足以緩解疼痛。鴉片類藥物除了使用於傷害性疼痛，在神經病變性疼痛的急性期、藥物調整期或偶發性惡化時可考慮與前述第一線用藥合併使用。在癌症造成的神經病變性疼痛(Cancer-related neuropathic pain)，鴉片類藥物也常被併作第一線治療。

理想的癌症疼痛控制，需根據疼痛「病理機轉」類型選擇治療藥物，特別是「傷害性疼痛」(Nociceptive pain)應該和「神經病變性疼痛」(Neuropathic pain)區分。使用正確機轉的藥物組合可改善止痛效果並減少個別藥物的副作用。



三、癌症疼痛治療原則

癌症直接造成的疼痛，應採取抗腫瘤治療，如：放射、賀爾蒙、化學、標靶、免疫治療等來緩解疼痛，並搭配止痛藥物。

除了「非鴉片類止痛藥」(例如 NSAID)的使用以外，近年癌症疼痛的準則，已經以「低劑量的強鴉片類藥物」作中重度疼痛第一線併用藥物，取代 1986 年世界衛生組織 (WHO) 提出的「疼痛三階梯」的概念。強鴉片藥物的劑型選擇上，醫師會先從「低劑量短效的強鴉片藥物」開始逐步增量，同時將等效劑量轉為「長效強鴉片藥物」。不過，在已使用長效型藥物控制疼痛的病人，偶爾還是有「突發性疼痛」，因此，常需保留短效型鴉片類藥物來應急。如果突發性疼痛是可預期的，例如換床下床或換藥時的劇痛，則可先服用短效型止痛藥物。

由於癌症內臟性疼痛可能混和神經病變性疼痛與傷害性疼痛，使其表現與典型症狀不同，需要根據疼痛病理機轉選擇對應的治療藥物，而使用多種機轉的藥物組合，除了可改善止痛效果，還可以減少個別藥物的副作用。

每次回診時，最好能詳細記錄自己的疼痛狀況，例如可以描述以下特點，協助醫師調整出更恰當的止痛藥物組合：(一)位置上，儘可能自行指出痛點，以避免解剖術語的誤解與溝通不良。(二)疼痛的"性質"：區分神經病變性疼痛與傷害性疼痛，可引導止痛藥的選擇以及其他處置。(三)時間韻律：疼痛的起始、時長與波動，以及當下所使用的止痛藥物能緩解疼痛的時間。(四)緩解與加劇因素，以及相關症狀如無力、噁心等。



四、頑固性癌痛與疼痛照會

當鴉片類藥物調升劑量卻無鎮痛作用，或是副作用太強時，都能歸類為鴉片藥物反應不佳。這時需思考以下情況：

(一) 排除疾病進展導致之緊急狀況，包括腫瘤急症相關的疼痛(Pain related to an oncologic emergency)如病理性骨折、神經軸轉移、感染、腸阻塞與穿孔等。

(二) 應思考是否有混和或獨立出現的神經病變性疼痛(Mixed neuropathic pain)。這時應調整鴉片類以外的止痛藥物，並採取特定治療。

(三) 應採用「鴉片輪替」，利用鴉片類藥物間對受器的選擇性不同，以及有不完全交叉耐受性(Incomplete cross tolerance)的現象，在換用鴉片藥物後期能達到更好的療效。

即使經過類鴉片藥物調整轉換及止痛佐劑的使用，臨床上仍有10-20%的癌症疼痛無法以口服或經皮藥物達到止痛效果，或對藥物產生難以忍受的副作用，也就是所謂的頑固性癌痛，需轉診照會疼痛科醫師，考慮做介入性治療，例如神經破壞術 (Neuroablative procedure)、神經軸鎮痛(Neuraxial analgesia)與植入脊髓腔內嗎啡幫浦。

例如胰臟癌引發的上腹部內臟疼痛，可以藉由破壞內臟神經止痛。因為其範圍鄰近主動脈、下腔靜脈以及肺部，有一定程度的風險，因此應審慎評估風險與效益，才進入開刀房內進行神經破壞術。進行時，醫師會以 X 光透視、超音波雙重影像導引，將射頻電燒針置入目標神經，並以神經刺激器輔助定位，避免傷害重要的運動神經後，以高溫將神經破壞，並以酒精做更廣泛的燒灼。

神經破壞術並非一勞永逸，由於癌症的惡化、神經可塑性的變化 (Neuroplasticity change) 以及小部份的神經再生，病患仍會需要止痛藥物。因此，神經阻斷或神經破壞術仍為一種輔助方法，無法取代止痛藥物治療。

中軸鎮痛(Neuraxial analgesia)或稱為脊椎內給藥，因為最鄰近作用目標脊髓，因此效力是口服嗎啡的 300 倍，並且因為沒有透過腸胃道吸收，因此噁心嘔吐與便秘的副作用大大降低。當臨床上遇到病患因無法忍受鴉片類藥物副作用或止痛效果不良的病患即可以嘗試脊椎內給藥。當病患預計存活期僅有三個月以內，疼痛醫師會安裝暫時性導管來幫助止痛，當病患預計可存活三個月以上則會考慮植入脊髓腔內嗎啡幫浦 (Intrathecal morphine pump 或 Intrathecal drug delivery system)，避免背後導管造成生活 的不便。

對於癌症病患來說，除了要和疾病搏鬥，許多癌症末期的患者更因為疼痛不堪所造成的負面憂鬱情緒，無法和家人好好共度生命最終的旅程。但隨著醫藥科技的進步，癌症止痛方式日趨多元，除了傳統的藥物治療外，醫師更能借助影像導引的神經阻斷為病患打造客製化的止痛療法，不僅能更有效的緩解癌症疼痛，也能擁有較佳的生活品質。



又過了半年多，梅花阿姨的腫瘤除了骨頭轉移和肺轉移之外，在後腹腔的淋巴結也壓迫神經，已經使用了非常高劑量的嗎啡貼片，她的疼痛還是隨著腫瘤的蔓生，持續擴散著。疼痛科的專家協助梅花阿姨進行了一次神經阻斷治療，讓後腹腔淋巴結對神經壓迫造成的疼痛，有了一些舒緩。然而，因為她的腫瘤無法再進行藥物治療了，不受控的腫瘤，讓她需要的止痛藥量越來越多。有一天查房的時候，梅花阿姨問我們，

「我最後會在病房痛死嗎？」

「就像我們先前說的，即使不能再控制腫瘤了，我們也會一起幫你想辦法控制症狀，讓你的生活品質好一點，不會痛死的！」

隨著身體的虛弱，止痛藥量越來越高，梅花阿姨可以維持清醒的時間也越來越少，阿姨的先生非常焦慮地詢問護理師，「我太太怎麼都在睡覺！我要跟她說話！你們不要再給她用嗎啡了！！」

但是降低嗎啡的使用量，走過病房門口都可以聽到阿姨在呻吟，阿姨好像也沒有期待中的清醒。

主治醫師查房的時候，和梅花阿姨跟她的先生討論止痛藥的使用量與照護目標的時候，他說：「叔叔，我感受到您好希望可以多爭取一些時間和阿姨相處說說話，也感受到阿姨越來越不舒服，越來越虛弱，這些一定讓你好難過，好心疼，阿姨現在器官功能不好，其實也不容易保持清醒，看著他一直皺眉，摸著肚子呻吟，我在想我們應該要把疼痛給控制好，讓他舒舒服服地度過這段時光，這樣她能好好感受有您陪在她身邊的安全感，這對她來說，是現在最重要的事。」

梅花阿姨的先生好像終於理解了甚麼，默默地流淚點頭同意了我們的建議。

最後，梅花阿姨在病房裡，呼吸越來越緩慢，就像睡著一樣的，看起來很優雅，在先生的陪伴下沒有疼痛的走向下一段旅程。

