



管制藥品於癌症疼痛控制之 應用與建議

■ 台北市立聯合醫院陽明院區副院長 林昌誠

一、前言

全世界每年約有六百萬癌症病例被診斷出來，其中80%的病人受到疼痛的煎熬，但這些癌症病人卻沒有獲得適當的疼痛治療。近年來，惡性腫瘤為台灣十大死因之首，每年有近30,000的癌症死亡病例。葛魯蘋等學者(民國87年)的研究報告中指出，在三所醫學中心被診斷為癌症的病人中，38%的病人有疼痛的問題，其中高達69%的病人沒有得到適當的疼痛控制；根據1995年台大緩和醫療病房針對214位病患的調查，有85%的癌末病患疼痛的問題，顯示癌症疼痛的問題相當嚴重。所以充分地瞭解癌症疼痛的成因、仔細地評估癌症疼痛的程度、正確的癌症疼痛控制方針，進而成立專責的醫護團隊，才能有效地解決癌症病患疼痛的問題，提昇其生活品質；另外，管制藥品的濫用所造成的社會醫療問題也應即時因應。

二、癌症疼痛的成因

癌症疼痛基本上應以整體痛(Total Pain)的觀念來處理，包括生理性、心理性、社會經濟性與靈性宗教性各方面。癌症造成生理性疼痛的原因，大致又可分為

1. 癌症本身引起的疼痛：最常見的是癌細胞骨轉移後形成的骨性疼痛，這種疼痛表現的型態是一種持續性的、鈍鈍的、深部的疼痛，且在夜晚、運動時疼痛會加劇。其次是癌細胞擴散到內臟器官造成的臟性疼痛，其疼痛表現的型態則是深部的悶痛合併拉扯感、擠壓感與壓迫感的疼痛。也可能間歇性發作伴隨著噁心、嘔吐等腸胃症狀。或者是癌組織壓迫到神經，造成的神經性疼痛，表現的型態則是一種有灼熱感、麻麻的、刺刺的疼痛常合併感覺遲鈍或喪失。另外癌腫瘤亦可能造成腦內壓增高，淋巴阻塞，血管壓迫浸潤而引起疼痛。
2. 治療癌症引起的疼痛：多半是因為使用外科手術、化學療法與放射線療法治療而造成的疼痛。
3. 疾病、癌症病情惡化時伴隨而來的疼痛：此種疼痛多半是因病患長期染病，造成身體免疫力降

低、體質薄弱、營養失調後，導致後續併發症而引起的疼痛。

在發生的比率上，第一類約占70%，第二、第三類各占約15%。

三、如何評估癌症疼痛的程度？

正確地評估疼痛的程度，有助於建立有效的治療方針，因此在評估上需注意下列事項：

- * 疼痛的本質為何？是屬於哪種類型的疼痛？何時開始疼痛？哪裡會痛？疼痛的範圍？
- * 疼痛的強度為何？疼痛持續的時間多長？
- * 疼痛發生時，有無伴隨其他症狀？對情緒、睡眠、飲食與行為有無影響？
- * 以前有無治療過？目前是否仍在治療中？治療效果為何？

評估的方式可利用口頭或書面問卷的量表來完成。

四、正確的癌症疼痛控制計畫

根據世界衛生組織(WHO)於1986年出版癌症疼痛緩解手冊，建議其治療方針的三大原則；衛生署也於民國82年5月編譯癌症疼痛治療處方手冊，供醫師治療參考。

- * 儘量利用口服劑型止痛藥(by the mouth)
- * 定時給予止痛藥(by the clock)
- * 依照階梯式循序治療(by the ladder)

世界衛生組織將疼痛分為三級，第一級(輕度)疼痛：可使用非類固醇的止痛藥(NSAID)或阿斯匹靈(Aspirin)。第二級(中度)疼痛：若使用第一類止痛藥仍不能有效止痛時，則屬於中度疼痛，此時可考慮加上第二級管制藥品如：可待因(Codeine)。第三級(重度)疼痛：可使用NSAID與第一級管制藥品如：嗎啡(Morphine)。

在聯合國世界衛生組織的全球策略思維中，口服嗎啡具有方便、普及、強效、作用時間長與較易取得的優點，是治療重度疼痛最有效之藥物。因此，多年來WHO一直是把嗎啡消耗量當作各國癌症疼痛緩解成效的最重要指標。第三級疼痛必要時可配合使用輔助藥物如：各種抗癲癇藥、抗憂鬱

藥、類固醇等，以達良好的止痛效果；國內嗎啡用量落差先進國家十分懸殊，顯示一般腫瘤醫師並未遵循階梯式循序治療原則；近期Fentanyl TTS (Durogesic Patches)的研發與引用，更提供癌症疼痛控制的藥物選擇，方便且副作用少，可以改善癌症病患的生活品質，對病患及照護人員都具有很大的吸引力。

傳統的止痛藥劑常有療程長、效果慢、給藥間隔中疼痛發生、病人滿意度差等，因此近年來針對這類病患發展新的止痛藥及新的給藥方式，以期達到有效控制癌症病患疼痛之目標：

1. 病患自控式止痛模式(Patient Control Analgesia : PCA)：利用靜脈輸液方式給予嗎啡，當電腦設定給藥時間外發生疼痛時，病患可以自行於電腦控制的條件下按鈕，給予額外一定的劑量的嗎啡，以維持血液中足夠的嗎啡濃而有效的控制疼痛。
2. 脊髓內嗎啡注射：利用Port-M Cath. System置入於脊髓腔內或脊髓腔硬脊膜外注射嗎啡來止痛。此種方法的好處在於使用低劑量的嗎啡即可達到很好的止痛效果且副作用低，不影響病人正常生活作息。其他的方法上有如神經叢阻斷術、電刺激止痛術、脊神經根切斷術等。而藥物使用上仍以嗎啡為主，因此國內疼痛醫學會建議對於需要止痛的癌症患者，儘早使用嗎啡來止痛，不要企圖使用其他嗎啡類之止痛劑如：配西汀Pethidine(學名：Meperidine)來控制癌症疼痛，以免因長期使用會造成中樞神經方面的副作用。對於嗎啡可能引起的噁心、嘔吐、排尿困難、皮膚癢、便秘等副作用亦要提早預防及治療，以求良好療效。

然而，除了癌症腫瘤造成生理上的疼痛外，癌症患者常因自覺可能面臨失去工作、社會地位、或是經濟上的困難，以及憂鬱症等，都會影響癌症疼痛的控制效果。因此除了利用藥物及各種方法來鎮痛外，尚需精神科給予癌病患者適當的心理輔導以及社會支持，以降低其心理和生理的交互影響，而影響癌痛控制的成效。

五、結論與建議

癌症疼痛是一種多樣化整體性的疼痛，醫師對於病患的主觀感受應給予相信並進而建立與病患及其家屬良好的醫病關係。針對不同的癌症疼痛應檢討成因並作持續性的評估，適時修正止痛治療方針才能達成預防疼痛或減輕疼痛的療效。WHO階段式的治療仍是目前癌痛控制的最高原則，嗎啡是

公認最經濟有效癌痛控制的藥物，不同途徑的給藥方式提供病患與醫護人員更多的選擇，給與癌末病患適當的藥物及劑量才能提昇其生活品質與得到良好的疼痛緩解，為此需要各種醫療專業人員的通力合作。罹患癌症已很不幸，而癌痛患者更常被遺忘在治療的角落；忍受疼痛不是他們的義務，他們應有免於疼痛及得到醫療照顧的權利；疼痛是可以治療及控制的，所以我們醫療服務提供者應重視及努力做好這方面的醫療及社福工作；我國長期以來對於管制藥品的管理得宜，醫療用管制藥品濫用的情事並不多見。然而，國外管制藥品濫用的情形日亦嚴重，他山之石，可以攻錯，我們除了持續積極推動正確的使用管制藥品於癌症或無法控制之慢性疼痛，以提昇病患的生活品質之外，個人有以下之建議：

1. 管制藥品的研究與發展：國內新型的管制藥品(如：Durogesic Patches等)都仰賴進口，每年花費不貲，如能結合國內外產、官、學界，共同致力於本土型管制藥品的研發，不僅可節省外匯，亦可揚名於國際。
2. 成癮性管制藥品替代品的使用：管制藥品成癮的戒斷有其困難度，在階段性的戒斷過程中，應允許替代品如美沙酮(Methadone)的使用，以協助成癮病友之戒斷。
3. 管制藥品減害計劃之推動：管制藥品的濫用不僅具有殘害身心的作用，不當使用注射器材造成感染性疾病的傳播(如：AIDS、肝炎等)更是嚴重的社會醫療問題，所以跨局處的合作，積極推動管制藥品的減害計劃，是我們當務之急。

【編者按】行政院已於94年12月6日正式核定衛生署所提出的「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，試辦期間至95年12月底，由衛生署與台北市、台北縣、桃園縣及台南縣等四個縣市共同辦理。減害的理念除了提供清潔針具給藥癮者以避免共用針具以及實施替代療法之外，更重要的是對藥癮者進行心理諮商與教育，協助藥癮者解決身心層面的相關問題，使其能歸復社會，讓毒品對國民及社會的傷害降到最低。日前衛生署與法務部即以社會減害的理念出發進行多次協商，並已建立共識，期使減害計畫能順利推展，促進國民健康。衛生署疾病管制局未來將視執行情形審慎評估與調整作法，並不排除於適當時機提前擴大辦理，詳情請見衛生署疾病管制局網頁<http://www.cdc.gov.tw/index.asp>。