



整體痛包括生理、心理及社會靈性層面的影響，有賴不同專業人員合作協助病人。

# 癌症末期的痛

## 通往幽谷路上的荊棘

文／家庭醫學科 主治醫師 何致德

「我從不怕死，但想到死前將受的痛苦，總讓我顫慄不已。—史懷哲」

史懷哲，集醫學及神學權威於一身的偉大思想家和實踐者，比20世紀的任何人都對生命都有著更深入的體會。他在非洲大陸勇敢面對瘟疫、猛獸、戰亂、權威、貧困與死亡威脅，但是，他卻害怕死於痛苦。

現代醫學也注意到這樣的需求而發展出「安寧緩和醫療」的照顧模式，世界衛生組織對「安寧緩和醫療」的定義是：「對一位用當今科技已無法治癒的末期病患及其家屬，提供整體性的照顧，藉著解除疼痛及其他不適的症狀，並統合心理、社會、靈性的照顧，來提升病人及家屬的生活品質。」沒

有人能夠避免死亡，但是對於死前可能面臨的痛苦，特別是疼痛問題，安寧緩和醫療可以協助病人積極地面對和處理。

### 鼓勵病人：痛要勇敢說出來

根據國際疼痛研究學會（International Association for the Study of Pain, IASP）所公布的疼痛定義：「疼痛是指實質的或潛在的，造成組織相關的一種不愉快的感覺及情緒經驗。」無論哪種疼痛，只要病人主訴疼痛，就應認為疼痛確實存在，很審慎地去評估與處理，特別是癌末疼痛。

在國人的十大死因中，癌症一直名列前茅。依照過去的研究顯示，癌症末期病患中約有60-100%會疼痛，經由適當的疼痛治療，90%以上癌症病人的疼痛可以得到適度的緩解。但是，有些研究與臨床經驗顯示，仍有病人不願意說痛，原因可能包括認命地接受、擔心止痛藥會成癮、擔心止痛藥的副作用、希望成為「好病人」、害怕醫師會轉移治療的注意力、擔心疼痛增加意味病情惡化等等。

然而，病人越不願意說痛，疼痛引起的身心反應會越多，越來越怕，疼痛問題也越嚴重、越難處理，更加令病人難以忍受，甚至可能因而尋求自殺。每位病人都是生命的勇者，如何讓病人放心地勇敢說痛，有賴更多的宣導與專業團隊的介入。

### 疼痛常見原因及評估原則

癌痛常見原因及種類如下：1. 腫瘤直接浸潤侵犯引起的疼痛（70%）、骨頭移轉、

神經浸潤、壓迫、軟組織侵犯、內臟器官轉移；2. 與腫瘤無關的疼痛（<10%）；3. 治療後引起的疼痛（手術後、化學治療後、放射線治療後，20%）；4. 腫瘤間接引起的疼痛（<10%）。

疼痛評估原則如下：首先是接受病人的描訴，相信病人是真正的疼痛；接著是評估整個疼痛及疼痛的嚴重度，包括完整仔細地身體評估（望、聞、問、切）、瞭解疼痛的強度（可用數字量表、臉部表情量表、視覺對比量表等工具）與疾病的進展，以及評估可能影響疼痛感覺的其他因素（例如以前的疼痛治療經驗、情緒反應等）。對意識不清和昏迷的病人進行疼痛評估時，要注意行為反應及面部表情。疼痛治療開始後，仍應持續評估其疼痛程度，瞭解治療方式是否需要調整。

### 癌痛能夠也應該得到控制

聯合國世界衛生組織對於癌痛治療的原則，簡單說明如下：

1. 癌痛能夠也應該得到控制，透過團隊合作，在評估及治療癌痛上可得到最佳效果。
2. 細心診察病人，以決定引起疼痛的原因與種類，並且在治療前應先向病人及家屬說明治療內容，包含生理及心理層面的考量，同時需並用藥物與非藥物的治療方式。
3. 設定不同層次的治療目標，有助於治療的進行。依序為先增加病人可以無痛睡眠的時間，接著設法使病人於不活動時也不會

痛，最好的情形是站立及活動時都不會痛。

4. 「3B原則」：a. 口服給藥（By the mouth）是止痛藥物的最佳途徑；b. 定時給藥（By the clock）對持續性癌痛才有效果，避免只有開立需要時才服藥的處方；c. 依三階梯用藥（By the ladder）：先使用非鴉片類藥物，如NSAID、acetaminophen等；如非鴉片類藥品無法緩解疼痛，考慮加入弱效鴉片類製劑，如codeine、tramadol等；如果弱效鴉片類製劑仍無法解除疼痛，考慮使用強效鴉片類製劑，如morphine、Fentanyl止痛貼片等。但是，依三階梯用藥的原則在臨床上也受到挑戰，目前有證據顯示對於嚴重癌痛，可以直接使用低劑量的強效鴉片類止痛藥來來進行疼痛控制。
5. 假如在正確時間間隔內使用正確的藥物及劑量（如：急性疼痛時應選用很快就產生效果的短效止痛藥），大多數的癌痛僅靠藥物就得以緩解。考慮病人個別因素使用藥物，每個病人使用止痛藥物的劑量差異性可能很大。
6. 應適時使用輔助性用藥，如肌肉骨骼系統為主的疼痛，考慮使用NSAID；神經性病變疼痛，考慮使用三環抗憂鬱劑或抗癱瘓藥。
7. 觀察入微，隨時評估治療成效，盡可能使病人在最少副作用下得到最大效益。

### 全人照顧是最佳的疼痛控制

安寧療護疼痛治療的特色主要是強調「整體痛（Total Pain）」的觀念，此觀念

於1967年由安寧療護創始人桑德絲（Cesily Saunders）醫師所提出，用來描述安寧療護病人所經歷的疼痛特質。通常，末期疾病病人所經歷的疼痛，並非僅單純的源自於生理性的或疼痛接受器的刺激，而是包含了人類生活的經驗，涉及情緒、認知、行為、人格、社會關係及靈性不平安等各層面，生理性疼痛會受上述因素影響導致程度加劇或減輕。所以，整體痛的控制必須包含生理層面、心理層面及社會靈性層面的影響，也就是「全人照顧」，整合各科專業人員共同合作的「全隊照顧」。

有效的疼痛治療有賴臨床醫師與團隊瞭解並評估使病人疼痛的各種原因，從而選擇適當的治療方法，結合團隊的照顧來評估及處理病人的「整體痛」，是讓病人身心社靈得到完善照顧十分重要的一環。🌐

### 參考資料

安寧緩和醫療—理論與實務，台灣安寧緩和醫學學會