

安寧緩和醫療病人之疼痛 照護參考手冊



序

依照世界衛生組織（WHO）2020 定義，安寧緩和照護為在病人面對不可治癒的進展性疾病過程中，提供病人及其家庭身心社靈的照護，並針對因身心社靈相互影響而導致的整體性疼痛（total pain）以全人照護的概念進行早期識別、正確評估及處遇，以達到全家平安、善終善生的目標。

在策略上，WHO 建議安寧緩和公共衛生的推展模式包含四個主要的方向：政策的支持、教育訓練、實務執行及止痛藥品的取得。本署茲蒐集並整合國際先進國家最新的安寧緩和照護指引，以疼痛照護為主軸編撰本手冊，提供臨床醫師於執行安寧緩和醫療的疼痛照護及使用成癮性麻醉藥品時之參考。並殷切期盼本手冊為醫藥界及各界廣泛使用，進而提升接受安寧緩和照護病人的生活功能及品質。

衛生福利部食品藥物管理署署長



謹誌

中華民國 111 年 12 月

目錄

第一章 安寧緩和療護發展與疼痛控制.....	5
第二章 安寧緩和醫療簡介.....	15
第三章 整體性疼痛照護簡介.....	23
第四章 疼痛的多面向評估.....	41
第五章 非藥品的治療.....	61
第六章 非類鴉片止痛劑的治療.....	69
第七章 類鴉片藥品的治療及藥品間的轉換.....	77
第八章 類鴉片藥品副作用的預防與處理.....	99
第九章 復健治療.....	113
第十章 心理 / 精神、社會及靈性的支持.....	125
第十一章 老年安寧療護暨疼痛治療.....	135
第十二章 兒童安寧療護暨疼痛治療.....	151
第十三章 臨終病人療護暨疼痛治療.....	163
第十四章 急診安寧療護暨疼痛治療.....	183
第十五章 安寧病人帶狀皰疹後神經痛的療護.....	199
第十六章 安寧病人疼痛外共病症療護暨類鴉片藥品的使用.....	209
第十七章 安寧病人的疼痛護理.....	221
第十八章 和病人 / 家屬之溝通及共同決策.....	233

第一章

安寧緩和療護發展與疼痛控制

壹、從宏觀層面看安寧緩和療護發展與疼痛控制

一、全球安寧療護的發展

現代臨終關懷 (Hospice) 始於 1967 年倫敦的聖克里斯托弗 St. Christopher's 臨終關懷院。被稱為安寧之母的桑德斯 Dame Cicely Saunders 醫師有一個願景：有一個地方為那些面臨生命終結的人，提供有科學根據的疼痛和症狀控制，以全人照護與跨領域團隊的方法照顧病人和他們的家人。她開創了臨終關懷領域的先河，並成為全世界所有國家學習臨終關懷照護方式的燈塔。她在聖克里斯托弗醫院建立了一個教育培訓中心，來自不同國家的人們來這裡學習，再將這種新的方式移植到他們自己的環境和文化中來照顧臨終者。1974 年加拿大魁北克蒙特利爾皇家維多利亞醫院的 Balfour Mount 博士倡議使用緩和療護 (palliative care) 一詞，對象已不侷限於臨終病患，而是對各種嚴重疾病提供更早期的症狀緩解，其後在美國部分醫院開始使用支持性照護 (supportive care)，提供病人與家屬早期的全人照護。

二、世界衛生組織針對安寧緩和療護的推動

世界衛生組織 (WHO) 於 1986 年出版了第一本關於癌症疼痛評估和治療的專著《癌症疼痛緩解指南》，其中包括 WHO 疼痛緩解階梯，該階梯確定了治療輕度、中度和重度疼痛的三個簡單步驟。該書 1996 年修訂並提供類鴉片藥品供應指南。同樣在 1990 年 WHO 發布了安寧緩和療護的第一個定義，強調以更廣泛的方法進行症狀管理和疼痛控制。其後 2000 年發布安寧緩和療護的擴展定義，強調從診斷日起對所有危及生命的疾病進行照護。WHO 對安寧緩和療護的支持在早期發展至關重要，但主要集中在癌症部門，給人的印象是安寧緩和療護僅針對癌症，儘管世衛組織的定義

其實要廣泛得多，並提到了照護任何危及生命的疾病，也包括了愛滋病者的安寧緩和療護。WHO 同時把包括鎮痛藥在內的安寧緩和療護治療藥品列入《世衛組織基本藥品清單》和《世衛組織兒童基本藥品清單》，世衛組織也發布了《成人和青少年癌症疼痛藥品和放射治療管理指南》，更於 2021 年提出全球安寧緩和照護發展的行動指標，提供必需的藥品是其中的主要項目。2014 年世界衛生大會 WHA67.19 號決議，呼籲所有國家和 WHO 本身皆採取一系列行動，確保安寧緩和療護成為每個國家衛生保健系統的一部分，並強調以社區為基礎的初級衛生保健，具體呼籲各國：

- (一) 制定和加強將安寧緩和療護納入衛生系統的政策，
- (二) 確保充足的國內資金和人力資源，
- (三) 支持家庭、志願者和護理人員，
- (四) 將安寧緩和療護納入各級衛生專業課程，
- (五) 評估國內安寧緩和療護需求，包括基本藥品，
- (六) 審查和修訂藥品管制之立法和法規，並將安寧緩和療護藥品加到國家基本藥物目錄中，
- (七) 支持政府與民間社會之間的伙伴關係，
- (八) 將安寧緩和療護納入管理和控制非傳染性疾病的計劃。

世界衛生組織推動全民健康覆蓋（UHC），而安寧緩和療護是達成 UHC 其中的一個重要服務。安寧緩和療護提高那些面臨危及生命的疾病（成人和兒童）及其家人的生活品質的一種方式。通過早期識別、正確評估和處理疼痛及其他身體、社會心理或精神問題，預防並減輕痛苦。減輕痛苦不只是生理症狀的問題，更重視個人的具體需求和偏好。安寧緩和療護以團隊模式支持病人及其照顧者，解決實際需求，並提供哀傷關懷，使病人盡可能過上積極的生活，直至病故。WHO 建議的安寧緩和和公共衛生發展模式，包括四個主

要的因素（主軸）：政策的支持、教育訓練、實務執行以及麻醉止痛藥品的取得。WHO 也發表了癌症疼痛與類鴉片藥品的管理指引。過去認為疼痛只發生在癌症病人的身上，但研究發現疼痛會出現在各種的疾病：心臟病 (41-77%)、慢性阻塞性肺病 COPD (34-77%)、腎臟病 (47-50%)、AIDS (63-80%)，類鴉片鎮痛藥對於止痛不可少，類鴉片藥品也能緩解其他常見的令人難受的身體症狀，包括呼吸困難。WHO 因此建議每一國家，應在藥品政策中確保能夠獲得基本藥品來緩解／管理症狀，特別是獲得類鴉片鎮痛藥緩解疼痛和呼吸困難。

三、21 世紀的安寧緩和發展

全球安寧緩和療護聯盟（Worldwide Hospice Palliative Care Alliance WHPCA）發表呼籲建構整合安寧緩和療護的服務，並分析指出傳統的安寧緩和療護觀念，演進至 21 世紀已有了重大的改變，對象已經從末期癌症的照護發展到所有嚴重進行性疾病。

	傳統	21 世紀的發展
觀念	末期疾病	嚴重進行性疾病
	預後只有數週到數月	有限生命（不一定近期死亡）
	癌症	所有進行性疾病或狀況
	進行性惡化	病程進展中，常有偶發性惡化
照護模式及機構	治癒性或緩和治療選擇其一	同步進行，共同照護
	專科治療或緩和醫療	兩者視需要可同時接受
	以「預後」作為接受緩和專科服務準則	以「複雜或嚴重度」作為緩和專科服務準則

照護模式 及機構	疾病晚期才轉介 緩和專科服務	在社區或各種場域，早期 界定對緩和照護的需求
	固定的服務模式	較有彈性的介入模式
	病人是一個 被動角色	預立醫療自主計 畫、病人參與
	片斷式的照護	整合式照護
計畫進行	緩和醫療服務	各種場域都可提供緩和照顧
	專業服務	在各種不同場域的健康照護
	機構中進行	社區中進行
	以提供服務為主	以群眾參與為取向
	個人服務	系統性服務

四、台灣安寧緩和的發展

台灣 1983 由民間團體開始推動安寧緩和的觀念，並在民間和政府的共同努力下，第一波政府針對末期癌症病人提供住院、居家與共同照護的健保給付，同時訂定安寧緩和條例與癌症防治法，保障末期病人的生命尊嚴。第二波安寧緩和運動把癌症安寧擴大至其他的重大疾病與不同的場域，而第三波的安寧緩和療護運動開展了全齡的緩和照護，從重症的新生兒到老人，都是照顧對象，場域擴及社區與長照機構，同時推動慈悲關懷社區，使安寧緩和療護成為醫療體系一部分，而民眾亦能增加死亡識能，以正向的態度面對死亡。面對人口高齡化趨勢，台灣安寧緩和照護運動逐步走向多元與全面，健保於 2022 年 6 月起，更在癌症與非癌八大類之外，增列 4 類對象，其中末期衰弱老人即是其一，期待能透過政策的支持，為衰弱老人帶來更周延的照護。

台灣在民間與政府的共同努力下，多年來亦得到國內外的肯定，在 2010 年英國的經濟學人雜誌做了全球死亡品質的比較，共有 40 個國家參加這個評比，臺灣排名第 14 名；2015 年第二次全球死亡品質比較，在 80

個國家中，臺灣名列第6，其中在20個指標當中，疼痛藥品的可近性得到滿分；2021年進行第三波的全球死亡品質比較，臺灣的排名進步到全球81個國家中第3名，在這波品質評比當中採用了新的指標，把病人的感受放在最重要的位置，而病人的感受也是以疼痛控制為第一個最優先的項目。整體而言。臺灣在安寧緩和的發展，宏觀面上已得到國際上的肯定，而在疼痛藥品的取得與可近性，也有不錯的表現，但病人本身的感受把疼痛控制做得更好還有努力的空間。

貳、從中觀與微觀層面看安寧緩和療護品質與疼痛控制

現代安寧運動的創始人桑德斯醫師，她介紹了“整體性疼痛”的概念，其中包括身體、情感、社會和精神層面。形容病人與家屬在生命末期、臨終、死亡、傷慟時期所經歷強烈的痛苦，整體性疼痛也可用PAIN的四個字母代表

P代表了生理的問題 (Physical problems)

A代表了心理的焦慮、憤怒、憂鬱 (Anxiety, anger, depression)

I代表了社會問題、經濟壓力、家庭問題 (Interpersonal problems)

N代表了靈性問題、不願接受 (Non-acceptance or spiritual)

在臨床病人的照顧上，整體性疼痛的處理是緩和照護稽核的必要項目，亦是照護品質的重要指標，其中英國與澳洲的發展可作為標竿學習。

一、英國安寧緩和照護品質計畫

英國的POS量表 (Palliative care Outcome Scale) 是由King's college London研究團隊所發展，此量表是以多面向 (共11項) 生理、心理及社會問題的評估，以測量末期病人的生活品質。POS量表的第1-10題是以0-4分法測量，由病人、家屬和專業人員等各別填寫過去三天病人的狀況，總分40分，0分表示生活品質好，

40分表示生活品質差，此量表對於癌症病人和非癌症末期病人都適用，近年 King's college London 發展整合緩和照護成效（Integrated Palliative care Outcome Scale, IPOS）是以 POS 為基礎，分析安寧緩和療護病人的症狀嚴重度與階段的比率，此量表有 10 項生理症狀，4 項情緒症狀和 3 項溝通議題共 17 個題目，由病人自評、家屬和照護人員共評，已有很好的信效度，IPOS 為 9 題的簡化版，內容包含疼痛、症狀（呼吸困難、虛弱或無力、噁心嘔吐、食慾不振、便秘、口乾、嗜睡和活動困難等）、感到焦慮、家屬焦慮、憂鬱、感到平安、對家屬分享感受、資源的需求、財務和個人需求等 9 個項目，此評估精神與過去的觀念上不同，如傳統疼痛是單一嚴重度評分，但 IPOS 的重點是病人受到影響的程度，如不同的病人在疼痛程度上都是 5 分，但在 IPOS 中的分數上兩者可能有不同的結果，主要是該症狀對不同病人有不同的影響所致。

二、澳洲安寧緩和照護品質計畫

澳洲緩和照護成效合作方案（PCOC）是澳洲國家計畫，利用標準化的臨床評估工具來衡量照護品質和緩和照護病人的預後，是全國性的品質監測平台。PCOC 提供臨床醫療人員一個有效且有系統的評估病人的工具，讓團隊間有共同的語言，可以依病人的需求，提供照護計畫，進而收集到全國的數據，透過大數據的分析，來改善照護品質。

PCOC 數據資料包括臨床評估工具：

- （一）安寧緩和療護階段（Phase）。
- （二）緩和照護問題嚴重度量表（Palliative Care Problem Severity Score, PCPSS），是由臨床人員依照病人的疼痛、其他症狀、心理/靈性、家屬/照顧者的問題評估分數從 0-3 分。
- （三）症狀評估量表（Symptom Assessment Scale, SAS）由病人/照護者自評，從 0-10 評估困擾程度，此量表有助於專業人員了解對於病人而言，最感到困擾的症狀，以提供協助。

(四) 澳洲版卡諾夫斯基身體活動體能量表 (AKPS)。

(五) 資源利用組 - 日常生活活動量表 (RUG-ADL)。

三、臺灣安寧緩和品質指標計畫

臺灣於 1999 年由醫院評鑑暨醫療品質策進會引進美國馬里蘭州醫院協會所主導的醫療品質指標計畫 (Quality Indicator Project, QIP)，推動『臺灣醫療品質指標計畫』(Taiwan Quality Indicator Project, 簡稱 TQIP)，其中和安寧緩和照護品質計畫相關的條文，分散在不同的評鑑規範中，並規範安寧緩和療護的設置標準，包含設備、人員數量與素質。國民健康署也在癌症防治策進計畫中，以安寧緩和療護的涵蓋率和簽署 DNR 的情形為指標。健保署也同樣以服務的數量為指標，如申報安寧緩和療護家庭諮詢費人次，安寧住院、居家及共同照護的人次及意願等為指標。但由於以論人計酬提供安寧緩和照護的醫療給付，只能夠提供服務的量及統計安寧緩和的涵蓋率，卻無法從服務中得知末期病人的照顧品質及是否能夠得以善終。於是國民健康署於 2020 年 1 月開始引進澳洲的 PCOC，先於 5 所核心醫院進行試辦，再輔導全國 32 家醫院進行安寧緩和療護品質的提升計畫。每家醫院的照護指標可與自己過去的狀況相比較，也可與全國其他醫院的指標比較，以了解個別機構在安寧緩和的照護品質，作為改進的依據。

參、結論

安寧緩和照護在大部份已發展的國家，已成為正統醫療體系一部分。臺灣安寧緩和照顧品質在國際整體宏觀性的評比已有很好的成果。可是在中觀（機構）與微觀層次（病人感受）上，還有很多可以進步的空間。疼痛控制的品質，除了傳統的疼痛評估分數外，也必須注意到病人的感受。在本章節中我們介紹了國際常用的臨床稽核工具，以及台灣安寧緩和照護品質發展的近況，同時強調更應注意個別病人的整體疼痛控制與服務機構疼痛控制的品質。

肆、參考文獻

- 一、 Ong CK, Forbes D. Embracing Cicely Saunders's Concept of Total Pain. *BMJ*. 2005;331(7516):576-577.
- 二、 World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. World Health Organization, 2018.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279700>
- 三、 World Health Organization (WHO). Guidelines on the Management of Chronic Pain in Children. World Health Organization, 2020.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337999>
- 四、 World Health Organization (WHO). Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: a Set of Actionable Indicators. World Health Organization, 2021.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532>
- 五、 Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés O, Rodriguez NM, Alleyne GAO, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Del Rocío Sáenz Madrigal M, Atun R, Foley KM, Frenk J, Jamison DT, Rajagopal MR. Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief-an Imperative of Universal Health Coverage: the Lancet Commission Report. *Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
- 六、 Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(5):486-493.
- 七、 World Health Organization (WHO). Cancer Pain Relief. World Health Organization, 1986.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43944>
- 八、 World Health Organization (WHO). Cancer Pain Relief: with a Guide to Opioid Availability, 2nd ed. World Health Organization, 1996.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>

- 九、Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31(1):58-69.
- 十、Gómez-Batiste X, Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Catalonia: Liberdúplex Publishing; 2017.
- 十一、國家衛生研究院。台灣安寧緩和療護政策綱領暨行動方案。國家衛生研究院。2020。
- 十二、Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, Connor SR. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63(4):e419-e429.
- 十三、The Economist Intelligence Unit (EIU). The 2015 Quality of Death Index: Ranking of Palliative Care Across the World, 2nd ed. A Report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation. The Economist Intelligence Unit (EIU).2015
- 十四、Murray S, Line D. The Quality of Death - Ranking End-of-Life Care Across the World. A Report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation. The Economist Intelligence Unit (EIU). 2010.
- 十五、Richmond C. Dame Cicely Saunders. *BMJ.* 2005;331(7510):238.
- 十六、Lind S, Sandberg J, Brytting T, Fürst CJ, Wallin L. Implementation of the Integrated Palliative Care Outcome Scale in Acute Care Settings - A Feasibility Study. *Palliat Support Care.* 2018; 16(6):698-705.
- 十七、Eagar K, Watters P, Currow DC, Aoun SM, Yates P. The Australian Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC)-Measuring the Quality and Outcomes of Palliative Care on a Routine Basis. *Aust Health Rev.* 2010;34(2):186-192.

第二章 安寧緩和醫療簡介

壹、臺灣安寧緩和醫療的發展與相關法規

安寧緩和醫學為臺灣正式的醫療專科，除提供末期病人全人、全家、全程、全隊與全社區的五全安寧照顧，也將緩和醫學的觀念推展到高齡化、慢性病以及生命有限的疾病領域，以其專業完善病人及其家人的身心靈照護，提升良好生活品質外，也講求生命全程直到死亡的尊嚴與人權。因應社會年齡結構變化以及世界對醫療自主權的倡議潮流，在高齡衰弱族群以及預立醫療自主照護計畫的領域中亦是重要的領導專業。雖世界各國對安寧緩和照護之重要性的共識一致，但世界各國對於提供安寧緩和照護、以及維生醫療和人工營養水分的抉擇權利之相關法律規範不盡相同，本章節針對臺灣的安寧緩和照護發展概況及相關法規進行說明。

- 一、依照世界衛生組織的定義，安寧緩和照護為病人（含成年人與孩童）面對不可治癒的進展性疾病過程中，提供病人及其家庭的身心社靈照護需求，並針對因身心社靈相互影響而致的整體性疼痛（total pain）以全團隊全人照護的概念進行評估、處遇，以達到全家平安，善終善生的目標。
- 二、安寧照護為照護臨終（瀕死）病人，而緩和照護則可提供給所有的末期與晚期（late stage）病人，作為一支持性、緩解性的專科性照護服務。
- 三、全球每年需要安寧緩和照護的病人，僅有 14% 能被滿足需求。Sphere Book 更直指安寧緩和照護是一種基本人權。
- 四、安寧緩和照護的需求會隨著高齡化的人口以及各類疾病的照護負擔提升而增加。
- 五、安寧緩和醫療條例於西元 2000 年公布實施，經歷三次修法，保障病人的善終權益。具行為能力之病人簽署

不施行心肺復甦術意願書，意識不清或不具行為能力的病人由家屬簽署不施行心肺復甦術同意書，意識不清且無家屬者由醫療團隊依病人最佳利益出具不施行心肺復甦術醫囑，可保障在罹患嚴重傷病、死亡已不可避免時，自主決定拒絕心肺復甦術與相關維生醫療的施予，以減少臨終階段無效醫療的痛苦。

- 六、病人自主權利法於西元 2016 年公布，2019 年實施，以法律位階來促進病人知情、選擇與善終的權益，行為能力人也可以經預立醫療照護諮商後簽署預立醫療決定，保障意願人在末期疾病、不可逆轉之昏迷、永久性植物人、極重度失智以及主管機關公告之疾病時，其維持生命治療、人工營養與流體餵養的拒絕權。
- 七、服務方式：安寧療護提供的服務模式分為：安寧住院、安寧共同照護、安寧居家，目前更逐步將照護傘擴張至社區與長照機構，期待能照顧各個角落的末期病人。
- 八、安寧療護在身體照顧部份提供藥品及非藥品的方式，處理因疾病所引起不適之症狀，並給予病人各項舒適照顧的服務（例如：傷口護理、疼痛控制、水腫護理…等）。社會心理及靈性層面，團隊會評估病人及家屬心理問題與需求提供諮商，協助處理各種心理、情緒問題，達到全人、全家、全隊、全程、全社區的五全照顧。
- 九、臺灣現行健保安寧照護給付範圍：癌症、運動神經元疾病、大腦變質、老年期失智、心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、其他慢性肺臟疾病、急性腎衰竭、慢性腎衰竭、慢性肝病或肝硬化。健保署並於民國 111 年 3 月 24 日公告，增列末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款條件病人、罕見疾病或其他預估生命受限者，可以接受健保安寧服務。
- 十、生命時間有限的慢性惡化性疾病，都符合緩和照護的需求，包含 AIDS、類風溼性關節炎、天生發展畸形或其他遺傳疾病、難治的慢性感染症等，但目前這些疾病在我國，並不屬於健保安寧照護服務收案範圍。

貳、安寧緩和照護各職類的服務內涵

以下就安寧緩和照護團隊組成之主要職類服務內涵做一簡介。

一、醫師

末期疾病判定、疾病相關症狀處置，疾病告知與醫療決策溝通並形成連續性的照護計畫。針對安寧病房病人、安寧居家以及安寧共照的病人，均可提供照顧。

二、護理師

提供舒適護理照護，衛教指導家屬或照顧者提供適當的生理照顧，協助照護環境以及家屬情緒評估，並轉介適當的專業人員協助。

三、社工師

提供家庭動力與人力經濟資源評估，促進家屬之間的彼此了解與協作，並提供各式資源補助相關的申請流程諮詢與協助。

四、心理師

病人於疾病過程中的情緒調適、家屬與照顧者的哀傷風險評估與陪伴，心智能力以及謔妄、躁動等表現的鑑別性診斷與處遇建議。

五、營養師

提供末期病人，尤其是惡病質狀態者適合的咀嚼訓練以及飲食建議，讓末期病人能在安全快樂的情境中有彈性的自由進食。

六、藥師

針對末期病人的用藥整合和末期症狀照護的需求，提供專業的建議。

七、物理 / 職能 / 語言治療師

針對常見的呼吸喘、淋巴水腫、失能、吞嚥困難進行評估與處置建議與教學，除復能病人，也讓生活品質改善，個人尊嚴感隨之提升。

八、靈性關懷師

協助生命整合、靈性意義的探尋，必要時提供信仰相關的支持，以達靈性平安。

九、志工

陪伴末期病人，協助其身體清潔、聆聽陪伴病人、提供生活以及情緒支持。

十、藝術治療師、音樂治療師、芳香治療師

以藝術或是音樂、精油的介入與輔助，減輕病人不適，提升自我價值感，促進人際關係連結，並感受生命的力量。

十一、動物治療

以受過訓練的動物陪伴所帶來的安心與穩定，療癒身心，促進連結。

參、安寧緩和照護常見的倫理法規困境

一、病人自主與維生醫療

尊重自主是醫學倫理原則的核心之一，雖在醫師法上，醫師有緊急救治之義務，然對於已經表達在特殊病況條件之下，不欲接受維生醫療處置的病人，因有病人對整體病況以及預後風險的清楚認知，為維護個人尊嚴與自主決定的權利，不施予或是撤除維生醫療是合於倫理的，且基於身體自主權原則，醫療人員或是家屬並無權利針對意識清楚、且具意思能力的病人擅自施予侵入性治療，破壞其身體之完整性，也侵害其意思決定的自由。

對病人而言，國家雖負有保護其生命的義務，但並不代表法律有強制病人延續痛苦而沒有生命品質的權力，因此當疾病的自然風險逐漸變大，而病人選擇接受疾病的自然衰竭或是生命的自然老化，醫療必須尊重之，但在不施予維生醫療的同時，仍必須提供基礎的生活照顧以及醫療協助，緩解病人的症狀，提升其生活品質，並促進病人與家屬的心理靈性平安。

二、代理決定

當不具行為能力的病人未曾預先表達醫療決策，則必須藉由病人曾經表達過的喜好推測其意願，如無任何證據或是最近親屬可以說明病人之意願，則退而根據最佳利益決定對病人而言最適切的醫療決策。無論是醫療委任代理人或是最近親屬，代理決定的真義並非由第三者代替病人做出醫療決策，而是由這些法定委任或是認定與病人最親近之人，依其對病人最了解之狀況，協助逐漸失去意思能力的病人做出最可能接近他意願的醫療決策。

三、無效醫療

當某一個醫療選項對於病人的生命長度或是品質均無助益，且無法達到其可以實證證明的預期成效時，即稱為無效醫療。而當現有的醫療處置均無法延續病人的生命時，稱為醫療無效。若病人的生理已進入多重器官衰竭，則稱為生理無效。倫理上，醫師對病人有治療的義務，但也對無效甚至是可能有害的治療，醫師對病人也負有不治療的義務。

四、安寧緩和常見的其他重要議題

(一) 類鴉片藥品（如嗎啡）使用前之溝通

類鴉片藥品（opioids）是世界衛生組織與各國指引強烈建議，癌痛以及其他安寧症狀有強烈疼痛或是嚴重呼吸喘使用需求的首選用藥。因類鴉片藥品的短期與長期副作用，醫療人員在用藥之前務必向病人與照顧者詳細說明，以及副作用發生時的鑑別與持續監測及處理方式。使用類鴉片藥品者必須持續接受醫師的診療與監測，以利處方隨時調整，達到良好的背景疼痛以及突發痛的控制效果。疼痛未被良好控制的末期病人，可能會造成死亡率與共病率的上升，並因為過度的疼痛影響生活品質與日常活動。然目前國內，對於疼痛控制的識能，除病人與照顧者端明顯不足外，醫療人員普遍對類鴉片藥品也有認知不足甚至是誤解的狀況。提升醫療人員對類鴉片藥品使用的知能，將有

助於減緩病人或家屬的疑慮，促進合宜類鴉片藥品的使用。

（二）病情告知

基於病人自主原則，病人在進行醫療決策選擇的同時，必須先依照病人能夠理解的方式告知病情，並告知所有的醫療選項之利弊與風險，提供病人思考抉擇。隱瞞病情除侵犯病人的知情權利，也讓病人處於資訊不足的狀態下進行醫療選擇，對病人的權利有所損害，使其難以做出對自己最好的決策。

（三）死亡準備與餘生期待

生理、心理與靈性的平安，是前往適切死亡、或稱善終的唯一途徑，而死亡準備的話題越早開啟，病人越能爭取時間完成四道人生、心願清單以及轉化與成長人生最後一段生命的使命，達到天人物我關係的和解。

（四）照護地點模式與止痛藥途徑選擇

國人有超過五成者均希望返家善終，而安寧居家的銜接可以讓病人在家享有接受診療、處方、管路更換、傷口照顧、症狀處理、心理陪伴的服務，也有病人因個人意願、家庭環境、照顧支持系統，而選擇在安寧病房善終，依據不同的照護地點，提供不同的照護安排。而目前針對返家善終的病人，止痛的途徑選擇更加廣泛，可採口服、貼片、口頰溶片、針劑等型態的類鴉片藥品給予治療。

肆、參考文獻

- 一、World Health Organization. Palliative Care. 2020.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 二、World Health Organization. Planning and Implementing Palliative Care Services: a Guide for Programme Managers. 2016.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>
- 三、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 四、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 五、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 六、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 七、辛幸珍、許正園、陳汝吟等譯，Jonsen AR 著。臨床倫理學：臨床醫學倫理決策的實務導引。新北市：合記。2011。
- 八、何建志。醫療法律與醫學倫理。台北市：元照。2016。
- 九、蔡甫昌譯，Singer PA 著。臨床生命倫理學。新北市：金名。2018。
- 十、Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine (5th ed.) Oxford: Oxford University Press; 2018.

第三章 整體性疼痛照護簡介

壹、前言

- 一、我國衛福部對於安寧緩和醫療的定義：係指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，增進其生活品質，所施予之緩解性、支持性醫療照護。
- 二、末期病人：係指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、在安寧緩和醫療照護中，疼痛常困擾病人，而其發生率的多寡常決定於病人的病情狀態（表一）。
- 四、本參考手冊整體的論述重點在“接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧/末期病人）的疼痛照護”。

貳、一般症狀（symptoms）的治療原則（圖一）

- 一、要把握整體性疼痛照護（total pain care）的概念：病人症狀的發生及嚴重度，不僅代表病人身體上的疾病，也和心理/精神、靈性/宗教/文化、家庭/社會/經濟上的支持力有關連性。
- 二、在病情/症狀評估時應考慮其對於身體/生活功能（function）及生活/生命品質（quality of life）的影響（如日常生活作息及情緒，表二、三、圖二）。
- 三、以病人/家屬能了解的說法來解說病情，並使病人/家屬參與治療決策及提前做治療策略的規劃（預立醫療照護諮商 advance care planning, ACP）。
- 四、對於病情/症狀的處置原則：治療可以治癒的部份，對於無法治癒的則緩解其不適的症狀。
- 五、當使用藥品來治療疼痛時，應常規性定時給予，不應僅在有需要時才給予。
- 六、要經常性的評量病人疼痛的症狀並給予治療（表四、五、圖三）。

七、對於有認知 / 溝通障礙的病人如失智、老人、幼童、重症、神智不清的病人，可使用特殊的疼痛評量方法來評量（表四、五）。

八、必要時，請求協助。

參、疼痛治療的原則

一、疼痛是一種因人而異，個人感覺上的體驗與情緒上的經驗。包含了身體上的傷害、心理 / 精神上的創傷、家庭 / 社會 / 經濟上支持力的不足及靈性 / 宗教 / 文化上對於疼痛的認知、解讀與感受。

二、在評估或治療安寧 / 末期病人的疼痛上應以整體性疼痛（total pain）的概念，依各面向分別來評估並提出相對應的治療方案。

三、安寧 / 末期病人疼痛的治療通常需要跨領域專家及病人 / 家屬 / 照護者的共同努力。

肆、疼痛治療的目標

治療能治癒的病因，對於無法治癒的，則緩解其不適症狀（含疼痛），並期待能恢復（或部分恢復）病人日常的身體 / 生活功能（function，如日常生活作息）及提升生活 / 生命品質（quality of life，如情緒）。

伍、疼痛的評估

一、要經常性的評估，以便早期發現病人身心狀況的改變。

二、要偵測病人因疼痛所造成的身體 / 生活功能上的失能（functional impairment）。

（一）找出疼痛的致病因並予以治療。

（二）找出會影響或加重疼痛的心理 / 精神因素。

（三）找出會影響對疼痛解讀的文化因素。

（四）了解病人對於疼痛治療的期待，並同時評估疼痛治療所帶來的風險（risk）及益處（benefit）。

三、在不同族群可使用不同的疼痛評量工具（表四、五）

(一) 在一般族群

(二) 在特殊族群：老人、失憶、小孩、溝通 / 認知障礙、急重症病人等。

陸、疼痛治療的方法

宜採跨領域多科團隊共同治療的模式，主要的治療方法有：

一、生理：

(一) 身體疾病 / 腫瘤治療（尤其對於突發急症的治療如骨折、神經壓迫、呼吸道急症、胸腔急症、腦部急症等）：包含手術治療、化學治療、放射治療及其他治療。

(二) 止痛藥品治療：各類的止痛藥品、抗憂鬱藥品、抗癲癇藥品、局部麻醉藥品及其他藥品。

(三) 神經阻斷術：暫時性神經阻斷術、神經刺激術、神經切除或溶解術及其他術式。

(四) 復健治療：輔具、水療、儀器治療及其他治療。

(五) 其他療法：輔助、另類、整合醫學療法。

二、心理：認知行為治療、正念治療及其他治療。

三、社會：強化家庭 / 社會 / 經濟支持力。

四、靈性：以提升病人的生命品質、生命價值及成就感來提升病人心靈上的幸福感；和家人 / 親友間的道愛、道謝、道別及道歉來處理病人在人生上的不捨與靈性的不安；以宗教及信仰來提升病人內心的希望及力量等（詳見第十章：心理 / 精神、社會及靈性的支持）。

柒、止痛藥品的治療

世界衛生組織在 1986 年發布癌痛的三階梯藥品治療模式，至今仍是最可行的癌痛藥品治療基本模式，但也常被使用於安寧 / 末期病人疼痛的止痛藥品照護。

一、階梯一（輕度疼痛）：使用非類鴉片藥品（non-opioids）如乙醯胺酚（acetaminophen），阿斯匹靈或非固醇

類消炎藥（non-steroidal anti-inflammatory drugs，NSAIDs），必要時加入其他的輔助藥品。

二、階梯二（輕度至中度疼痛）：使用弱效的類鴉片藥品（weak opioids）如 codeine 及 tramadol 等，必要時加入第一階梯的藥品。

三、階梯三（中度至重度疼痛）：使用強效的類鴉片藥品（strong opioids）如嗎啡、吩坦尼（fentanyl）等，必要時加入第一階梯的藥品。

註：2019 年 WHO 最新版本：可以依疼痛的程度直接選用合宜的階梯及止痛藥品，不必循序漸進。在第二階時亦可以直接使用低劑量的強效類鴉片藥品。

捌、安寧 / 末期病人常見的疼痛及其治療建議

安寧 / 末期病人之疼痛診斷及治療須在專家醫師診治後為之，以下資料僅提供建議 / 參考。

一、骨痛及其治療建議

（一）疼痛特質為發病部位呈現鈍痛 / 痠痛（dull / aching pain），在移動 / 行動時疼痛加劇，如果突然發作則要考慮是否有骨折發生。

（二）進行骨矯正 / 支持性手術。

（三）藥品治療建議：

1. 非固醇類消炎藥（NSAIDs），如 ibuprofen 合併使用制酸劑（中和胃酸 antacid 或減少胃酸分泌 proton pump inhibitor），或具專一性的 Cox-2 inhibitors 藥品。

2. 雙磷酸鹽（bisphosphonates）：

（1）對於癌症病人之骨轉移有效，特別是骨髓瘤（myeloma）、乳癌及前列腺癌。

（2）藥品如 pamidronate 或 zoledronate。

（3）應注意顎（頷）骨壞死（osteonecrosis）及低鈣血症（hypocalcemia）等副作用。

(4) 在腎功能不良的病人應謹慎使用。

3. 類固醇治療，但應注意類固醇所造成的諸多副作用。

(四) 放射線治療（在癌症病人的骨轉移為第一優先選擇的治療方法）。

(五) 其他療法。

二、內臟疼痛及其治療建議

(一) 疼痛的特質是鈍痛（dull pain）或絞痛（spasm），疼痛點常不明確。

(二) 便秘：可使用軟便劑、肛塞劑。

(三) 腹部絞痛：可使用抗副交感神經活性的藥品（anticholinergics）。

(四) 胃部不適（gastric irritation）：可使用制酸劑（中和胃酸 antacid 或減少胃酸分泌 proton pump inhibitor）。

(五) 肝包膜脹痛（liver capsule pain）：可使用 NSAIDs 或 dexamethasone 合併制酸劑。

(六) 腹水：可使用引流、利尿劑或進行化學治療。

(七) 膀胱痙攣（bladder spasm）：可使用 oxybutynin。

三、頭痛及其治療建議

(一) 須區別為原發性的頭痛（如偏頭痛）或次發性頭痛（如顱內有病灶的頭痛）。

(二) 若為原發性頭痛可使用乙醯胺酚（acetaminophen）或其他止痛藥品、按摩、心理療法、心靈關懷與支持等。

(三) 若在清晨特別痛並伴隨有嘔吐時，要考慮為顱內壓升高的現象（raised intracranial pressure），要考慮顱內有病灶的可能性（如癌症的腦部轉

移)，其治療可使用 dexamethasone 經靜脈給予，或進行顱內腫瘤減量 / 清除手術。

(四) 其他療法。

四、肌肉痙攣疼痛 (muscle spasm) 及其治療建議

(一) 因肌肉緊縮痙攣所致，在局部造成疼痛。

(二) 可使用熱敷及按摩。

(三) 可使用中樞型肌肉鬆弛劑如 diazepam、baclofen。

(四) 可使用非固醇類消炎藥 (NSAIDs) 如 ibuprofen (合併制酸劑使用) 或 Cox-2 inhibitors。

五、傷口疼痛及其治療建議

(一) 因傷口潰瘍、壓瘡 (pressure sore) 或腫瘤局部侵犯所造成。

(二) 可進行清瘡術。

(三) 可在局部使用局部麻醉劑噴劑。

(四) 可使用止痛藥品來止痛

六、神經病變痛及其治療建議

(一) 疼痛的特質為燒灼感 (burning)、刀刺感 (stabbing)、槍擊感 (shooting)，大多為神經組織受傷後所引發，也可能伴隨有交感神經方面的病變。

(二) 可使用三環抗憂鬱藥品如 amitriptyline。

(三) 也可使用抗癲癇藥品如 gabapentin 或 pregabalin。

(四) 必要時可進行神經叢阻斷術 (暫時性) 或神經破壞術 (永久性，在末期病人)。

七、在類鴉片藥品過量時，會產生呼吸速率降低、瞳孔縮小與

意識降低的情形，須謹慎評估並減少藥品的劑量或頻次，針對安寧緩和照護的病人，除非面臨極端呼吸抑制且因此有死亡風險在即的病人，切勿輕易使用類鴉片藥品之拮抗劑（naloxone），一旦病人脫離呼吸抑制或意識降低的狀態，必須立即再給予低劑量的類鴉片藥品提供適當的止痛。

玖、對於臨終病人（in the last days of life）疼痛的處置

- 一、並非所有的病人在最後的生命歷程都會面臨疼痛，但若發現有疼痛則應及時有效的處理。
- 二、常見的致痛原因如下：
 - （一）持續發生的病理性骨折。
 - （二）口腔念珠菌感染（可能會造成口腔及咽喉疼痛）。
 - （三）小便滯留或便秘。
 - （四）壓瘡（bedsore）。
 - （五）原有的慢性疼痛或其他新發生的疼痛急症（如腦/心血管/胸/腹急診）。
- 三、依致痛原因給予適當的治療。

拾、參考文獻

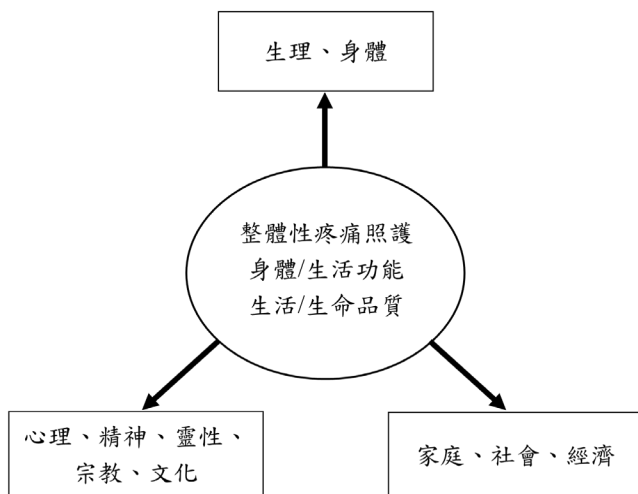
- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、Central and North West London NHS Foundation Trust.

- Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 六、BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 七、DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 九、Waikato District Health Board. Pain Management in Palliative Care. 2018.
<https://www.hospicewaikato.org.nz/file/file5c870e9abf21f/open>
- 十、Banksia Palliative Care Service, Gippsland Region Palliative Care Consortium (GRPCC). Clinical Care Guidelines. 2019.
<https://app.box.com/s/s0g3x0llfi6w7n34lzx4z8enp28a8lh>
- 十一、Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital

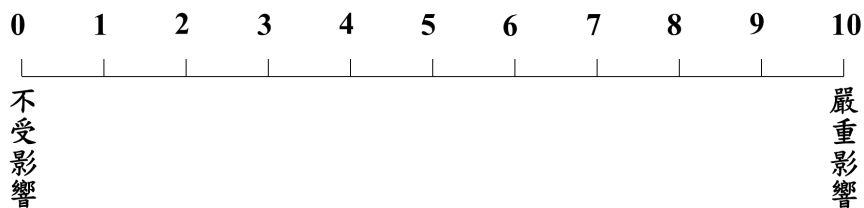
- Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020. <https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 十二、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 十三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019. <https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 十四、 Canadian Association of Psychosocial Oncology. Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer. 2015. <https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/3APAN~1.PDF>
- 十五、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。 <https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十六、 奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。 http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 十七、 台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。 https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing

- 十八、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十九、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 二十、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 二十一、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 二十二、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>
- 二十三、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 二十四、World Health Organization. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
<https://www.who.int/publications/item/9789241550390>

圖一、安寧 / 末期病人的整體性疼痛照護



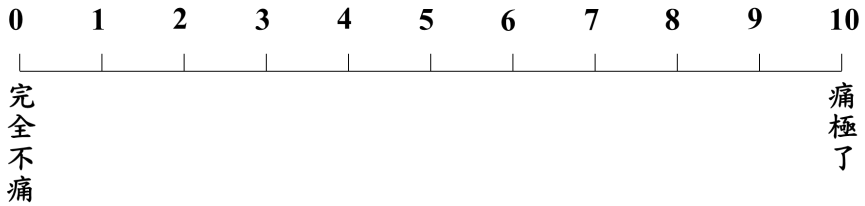
圖二、日常生活受疼痛影響的程度（數值量表，以 10 分計）



註：被評估的品項可以包含：

1. 日常生活獨立性評估：如沐浴、更衣、如廁、移動、用餐。
2. 生活功能失能程度評估：如做家事、就學 / 就業、社交活動、休閒娛樂、性功能、生活自我照護。
3. 生活作息受影響之程度評估：如享受生活、整體活動力、睡眠、心情等。
4. 參考文獻：表二，並在匯整後做部分修改。

圖三、疼痛嚴重度的評估（數值量表，以 10 分計）



註：被評估的品項可以包含：靜態時、活動時、最痛時、最
不痛時、服藥後、治療後；也可只評估一天內的總平均。

表一、安寧（含末期）病人疼痛流行病學資料

安寧（含末期）病人群中疼痛發生的概率
一、在末期癌症病人約有 70-80%
二、在末期心臟疾患病人約有 40-80%
三、在末期腎臟疾患病人約有 50%
四、在末期阻塞性肺部疾患病人約有 30-80%
五、在失智病人約有 40%
六、在加護病房的病人約有 50%
七、在末期病人最終一個月至三月內約有 40-50%
八、在末期病人最終四個月至一年內約有 30%

參考文獻：

DynaMed. Pain management in palliative care. EBSCO Information Services.

<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>

表二、日常生活作息狀態之評估

評估表單名稱	出處
Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)	Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-919.
Pain Disability Index (PDI)	Pollard CA. Preliminary validity study of the pain disability index. Percept Mot Skills. 1984;59(3):974.
Defense and Veterans Pain Rating Scale (DVPRS) (內含 activity, sleep, mood and stress)	Defense & Veterans Center for Integrative Pain Management https://www.dvcipm.org/site/assets/files/1084/dvprs_single_page.pdf
Pain on average, Enjoyment of life, and General activity (PEG)	Krebs EE, Lorenz KA, Bair MJ, et al. Development and initial validation of the PEG, a three-item scale assessing pain intensity and interference. J Gen Intern Med. 2009;24(6):733-738.

表三、情緒評估

評估表單名稱	出處
Anxiety: GAD-7	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097.
Depression: PHQ-9	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13.
Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)	Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane TM. PTSD checklist-civilian version. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division; 1994.
Catastrophizing: Pain Catastrophizing Scale (PCS) Short-form	Bot AGJ, Becker SJE, Bruijnzeel H, Mulders MAM, Ring D, Vranceanu AM. Creation of the abbreviated measures of the Pain Catastrophizing Scale and the Short Health Anxiety Inventory: the PCS-4 and SHAI-5. J Musculoskelet Pain. 2014;22(2):145-151.

表四、國際上常用之成人疼痛量表

評估表單名稱	出處
一、可量化之疼痛量表	
1. Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf
2. Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf
3. Categorical Scales	https://www.healthline.com/health/pain-scale#types
二、多面向之疼痛評估表單	
1. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/M
2. Brief Pain Inventory	http://www.npcrc.org/files/news/briefpain_short.pdf
3. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System- Pain Interference (PROMIS-PI)	https://cde.drugabuse.gov/sites/nida_cde/files/PROMIS%20Adult%20ShortForm%20v1.0%20Pain%20Interference%206b.pdf
三、認知功能重度異常病人之疼痛量表	
1. McGill Pain Questionnaire	http://dementiopathways.ie/_filecache/04a/ddd/98-painad.pdf

2. Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	https://gerocentral.org/wp-content/uploads/2013/12/Pain-Assessment-Checklist-for-Seniors-with-Limited-Ability-to-Communicate-PASLAC.pdf
3. Abbey Pain Scale (APS)	https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf
四、使用呼吸器病人之疼痛評估量表	
1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOOT)	https://kpnursing.org/professionaldevelopment/CPOTHandout.pdf
2. Behavioral Pain Scale (BPS)	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Behaviorial-Pain-Scale.pdf

表五、國際上常用之兒童疼痛量表

評估表單名稱	出處
Premature Infant Pain Profile (PIPP) (for preterm infants)	Stevens B, Johnston C, Petryshen P. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996;12(1):13-22.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (for age ≤ 1 year)	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray S, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network. 1993;12(6):59-66.
Riley Infant Pain Scale Assessment Tool (RIPS) (for age 0 to 3 years)	Schade JG, Joyce BA, Gerkensmeyer J, Keck JF. Comparison of three preverbal scales for postoperative pain assessment in a diverse pediatric sample. J Pain Symptom Manage. 1996;12(6):348-359.
FLACC Pain Scale (face, legs, activity, cry, and consolability) (for age 2 months to 7 years)	Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nurs. 1997;23(3):293-297.
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) (for age 1 to 12 years)	McGrath PJ, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. CHEOPS: a behavioural scale for rating postoperative pain in children. Advances in pain research and therapy. 1985;9:395-402.
OUCHER Pain Scale (for age 3 to 12 years)	Beyer JE, Aradine CR. Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. J Pediatric Nurs Care. 1986; 1(6):386-395.
Wong-Baker Faces Rating Scale (for age 3 to 18 years)	http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2016/05/FACES_English_Blue_w-instructions.pdf

第四章

疼痛的多面向評估

壹、前言

一、在接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧 / 末期病人）其身體 / 生理上的疼痛依致病機轉，大約可分為二大類

（一）組織傷害性疼痛（nociceptive pain）：又可區分為軀體疼痛（somatic pain）及內臟疼痛（visceral pain）。

1. 在軀體疼痛方面又可區分為(1)表淺疼痛源如壓瘡或皮膚上表淺的腫瘤或潰瘍；(2)深層疼痛源如癌症骨轉移痛、肌肉痙攣痛、類風濕性或退化性骨關節炎。

2. 在內臟疼痛方面，常見的原因有胰臟炎、腎結石、膽結石、腸阻塞、便秘、肋膜積水、腹腔內癌症轉移、肺栓塞、心絞痛、膀胱痙攣等。

（二）神經病變痛（neuropathic pain）：又可區分為中樞及周邊神經組織神經病變痛

1. 中樞神經病變痛如中風後中樞神經病變痛、脊髓受損或受壓迫、腫瘤之腦轉移。

2. 周邊神經病變痛如脊髓神經根受壓迫所產生的疼痛（radicular pain）、帶狀疱疹後神經痛（post-herpetic neuralgia）、糖尿病足疼痛、化療後足部神經病變疼痛、神經叢疼痛（如頸神經叢、臂神經叢）或三叉神經痛。

二、若以癌症病人為例，常見身體 / 生理上的疼痛原因有

（一）骨痛（bone pain）如骨癌、骨轉移、關節炎等。

（二）肝包膜疼痛（live capsule pain）如癌症轉移至肝臟、其他肝膽疼痛。

- (三) 頭痛 (顱內壓升高) 如腦瘤或腫瘤之腦部轉移。
- (四) 胰臟疼痛 (pancreatic pain) 如胰臟腫瘤、胰臟炎。
- (五) 腹腔內平滑肌痙攣疼痛 (smooth muscle spasm) 如膽道、腸道、膀胱之痙攣及腸阻塞、輸尿管阻塞。
- (六) 食道痛 (esophageal pain) 如食道癌、食道白色念珠菌感染。
- (七) 直腸及下腹腔疼痛 (rectal and pelvic pain) 如下腹腔腫瘤、直腸癌或便秘。
- (八) 因檢查 / 治療所引發的疼痛如檢查、手術、放射治療、化學治療、免疫治療、標靶治療、細胞治療、基因治療等。

三、在評估安寧 / 末期病人的疼痛時，應有一個整體性疼痛的概念 (total pain)，即除了身體 / 生理上的疼痛外，其心理 / 精神 / 宗教 / 靈性 / 文化因素及家庭 / 社會 / 經濟上支持力的不足也可能誘發及加重疼痛

(一) 心理 / 精神 / 宗教 / 靈性 / 文化因素及支持力：

1. 心理 / 精神共病症：焦慮症、憂鬱症、睡眠疾患 (sleep disorder)、物質使用疾患 (如鎮靜 / 安眠劑、酒品、類鴉片藥品及毒品) 及其他精神疾患。
2. 靈性、宗教信仰、文化等因素及支持力。

(二) 家庭 / 社會 / 經濟因素及支持力：

1. 家庭、經濟狀況、醫療資源及社會的支持力不足：如殘障、獨居、老弱、貧窮、就醫不便等。
2. 其他因素。

貳、疼痛評估應把握以下原則：

- 一、讓病人用自己的言語來描述自己的疼痛。
- 二、精確的理解病人對於疼痛的描述。
- 三、必要時，透過觀察病人的行為及肢體語言來理解病人的疼痛。
- 四、當病人無法自我闡述疼痛感時（如衰弱病人或患有認知功能障礙者），可請家人/照護者來補述。
- 五、識別造成疼痛慢性化的危險因子。

參、整體性疼痛評估的面向（圖一）

- 一、疼痛特質的評估
- 二、過去病史及現在病況的評估
- 三、生活功能的評估
- 四、心理暨社會支持力的評估
- 五、靈性支持力的評估
- 六、疼痛治療成效的預估
- 七、特殊族群疼痛的評估
- 八、識別需緊急處置的狀況

肆、疼痛特質的評估（表一至表三及圖三）

一、疼痛特質評估常見的品項

（一）根據疼痛病程的長短（duration）

1. 急性疼痛（疼痛期未達三個月）。
2. 慢性疼痛（疼痛期超過三個月）。

（二）依據致痛的病因機轉

1. 組織傷害性疼痛（nociceptive pain），又可再細分為軀體疼痛（somatic pain）及內臟疼痛（visceral pain）。

2. 神經病變痛 (neuropathic pain) 。

(三) 造成疼痛的病因：

1. 由於腫瘤侵犯。
2. 由於癌症治療。
3. 由於先前已存在的病痛。

(四) 疼痛嚴重度 (severity) 的評估，又可分為成人評估量表 (表一) 及兒童評估量表 (表二) 。

常用的成人疼痛量表包含以下四大類

1. 可量化之疼痛量表
2. 多面向之疼痛評估表單
3. 認知功能異常病人之疼痛量表
4. 使用呼吸器病人之疼痛評估量表

(五) 疼痛的節奏：持續的 (continuous)、間歇的 (intermittent) 或突發的 (breakthrough) 。

(六) 對於突發性疼痛 (breakthrough pain) 的評量：突發性疼痛可區分為自發的 (spontaneous) 或被誘發的 (incident)；疼痛評估包含每日發作次數、每次發作的持續時間、疼痛強度、疼痛特質 (如針刺感、撕裂感、灼燒感、痠痛感)、誘發因素及緩解因素等。

二、也可使用依英文字母來考量的疼痛特質評估，運用 OPQRSTUV 方式的逐一問診及檢查 (詳見表三)：

O: onset; P: provoking / palliating; Q: quality; R: region / radiations; S: severity; T: treatment; U: understanding; V: values

伍、過去病史及現在病況的評估

- 一、疾病史 (癌症或非癌症)、治療計畫及預後。
- 二、其他病史，治療計畫及預後。

- 三、用藥史，副作用及處理。
- 四、理學檢查。
- 五、影像學檢查。
- 六、檢驗室檢查。

陸、生活功能（日常生活作息狀態）的評估（圖三、表四）

- 一、日常生活獨立性的評估（ADL，activities of daily living）：可參考使用數值量表來評估（0-10分），可以包含洗澡、更衣、入廁、移動、用餐等。
- 二、因疼痛造成的生活功能失能程度評估（PDI，pain disability index）：可參考使用數值量表（0-10分）來評估，可以包含做家事、參與娛樂活動、社交活動、就業、性行為、生活自我照護等。
- 三、其他生活作息量表評估（DVPRS，PEG）：可以包含享受生活、整體活動力、睡眠、心情等。

柒、心理/精神狀態（表五）暨家庭社會支持力（psychosocial support）的評估

- 一、先評估病人的溝通能力及認知功能。
- 二、再評估病人心理上所承受的壓力、焦慮及憂鬱：包含對疾病、治療用藥及其副作用的認知，或因生活改變所引起之情緒改變、焦慮及憂鬱。
- 三、也評估病人的人際/社會支持力：包含家庭支持力、經濟狀態及社會支持力。

捌、靈性支持力的評估

- 一、在病人靈性方面的支持力也會影響病人對疼痛的感受。
- 二、在靈性方面的支持力包含宗教信仰及病人內心的價值觀與執念。
- 三、安寧/末期病人在心中常會考量以下的問題：生命的意義、痛苦的意義及生命的價值。

四、在靈性方面的支持力評估詳見第十章：心理／精神、社會及靈性的支持。

玖、疼痛治療成效的預估

- 一、告知病人病情、了解病人的期待、並告知治療的極限及其副作用。
- 二、在治療上醫病雙方做出共同決策（shared decision making），以期病人在治療後能在生理、心理、社會及靈性方面（biopsychosocial spiritual condition）皆能達到一個相對舒適的狀態。

拾、特殊族群疼痛的評估

- 一、新生兒、嬰兒及學齡前兒童的疼痛，可用國際上常用的評估量表（表二）來評估。在三歲以上且可有效的溝通的學齡前兒童，疼痛評估可依兒童本身的描述來記錄。
- 二、在認知功能健全或患有輕、中度認知功能障礙的老年人，疼痛評估可使用一般成人所使用的評估表單來評估（表一）。
- 三、對認知功能重度障礙、譫妄（delirium）或失憶的病人，需觀察病人的肢體語言或表情或發聲來判斷其疼痛的強度（表一）。
- 四、對於不同文化背景的病人，疼痛評估及處置可能有所不同，因為宗教、信仰、習俗對疼痛的認知及解讀可能有所不同。
- 五、對於疑似、確認有藥癮或有藥癮過去病史的病人，疼痛評估應會診疼痛治療專家及藥癮戒治專家協助（表六、七）。

拾壹、識別須緊急處置的狀況

- 一、癌症轉移至腦內或腦膜。
- 二、癌症轉移至脊髓腔或硬脊膜外腔。

- 三、腸道阻塞或穿孔。
- 四、主要骨幹出現骨折或即將骨折。
- 五、感染、膿瘍或敗血症。
- 六、心肺功能急性衰竭。

拾貳、評估結果的紀錄及持續監測

- 一、在詳盡的評估後應做成紀錄。
- 二、應持續監測治療成效，並鼓勵病人主動告知。

拾參、參考文獻

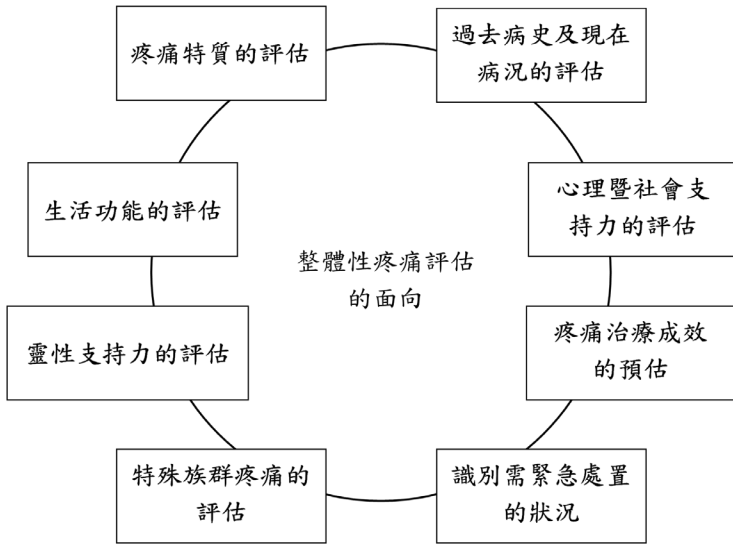
- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019. <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dec79b72c474b2-download.pdf>
- 四、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019. <https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>

- 六、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 七、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 九、 Waikato District Health Board. Pain Management in Palliative Care. 2018.
<https://www.hospicewaikato.org.nz/file/file5c870e9abf21f/open>
- 十、 Banksia Palliative Care Service, Gippsland Region Palliative Care Consortium (GRPCC). Clinical Care Guidelines. 2019.
<https://app.box.com/s/s0g3x0llfi6w7n34lzx4z8enp28a8lh>
- 十一、 Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfc.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 十二、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 十三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.

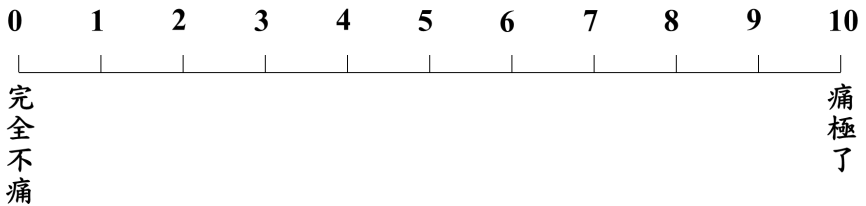
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>

- 十四、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十五、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 十六、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 十七、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十八、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 十九、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 二十、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>

圖一、安寧病人整體性疼痛評估的面向

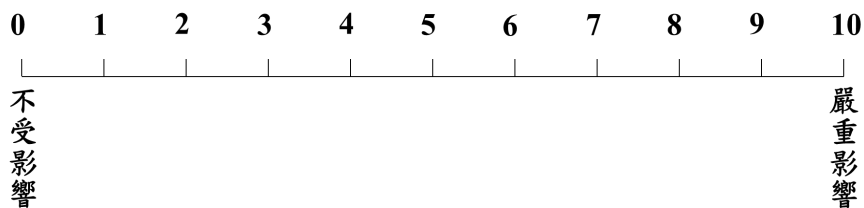


圖二、疼痛嚴重度的評估（數值量表，以10分計）



註：被評估的品項可以包含：靜態時、活動時、最痛時、最痛時、服藥後、治療後；也可只評估一天內的總平均。

圖三、日常生活受疼痛影響的程度（數值量表，以10分計）



註：被評估的品項可以包含：

1. 日常生活獨立性評估：如沐浴、更衣、如廁、移動、用餐。
2. 生活功能失能程度評估：如做家事、就學/就業、社交活動、休閒娛樂、性功能、生活自我照護。
3. 生活作息受影響之程度評估：如享受生活、整體活動力、睡眠、心情等。
4. 參考文獻：表四，並在匯整後做部分修改。

表一：國際上常用之成人疼痛量表

評估表單名稱	出處
一、可量化之疼痛量表	
1. Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf
2. Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf
3. Categorical Scales	https://www.healthline.com/health/pain-scale#types
二、多面向之疼痛評估表單	
1. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/M
2. Brief Pain Inventory	http://www.npcrc.org/files/news/briefpain_short.pdf
3. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System- Pain Interference (PROMIS-PI)	https://cde.drugabuse.gov/sites/nida_cde/files/PROMIS%20Adult%20ShortForm%20v1.0%20Pain%20Interference%206b.pdf
三、認知功能重度異常病人之疼痛量表	
1. McGill Pain Questionnaire	http://dementiopathways.ie/_filecache/04a/ddd/98-painad.pdf

2. Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	https://gerocentral.org/wp-content/uploads/2013/12/Pain-Assessment-Checklist-for-Seniors-with-Limited-Ability-to-Communicate-PASLAC.pdf
3. Abbey Pain Scale (APS)	https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf
四、使用呼吸器病人之疼痛評估量表	
1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOOT)	https://kpnursing.org/professionaldevelopment/CPOTHandout.pdf
2. Behavioral Pain Scale (BPS)	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Behaviorial-Pain-Scale.pdf

表二：國際上常用之兒童疼痛量表

評估表單名稱	出處
Premature Infant Pain Profile (PIPP) (for preterm infants)	Stevens B, Johnston C, Petryshen P. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996;12(1):13-22.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (for age ≤ 1 year)	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray S, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network. 1993;12(6):59-66.
Riley Infant Pain Scale Assessment Tool (RIPS) (for age 0 to 3 years)	Schade JG, Joyce BA, Gerkenmeyer J, Keck JF. Comparison of three preverbal scales for postoperative pain assessment in a diverse pediatric sample. J Pain Symptom Manage. 1996;12(6):348-359.
FLACC Pain Scale (face, legs, activity, cry, and consolability) (for age 2 months to 7 years)	Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nurs. 1997;23(3):293-297.
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) (for age 1 to 12 years)	McGrath PJ, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. CHEOPS: a behavioural scale for rating postoperative pain in children. Advances in pain research and therapy. 1985;9:395-402.
OUCHER Pain Scale (for age 3 to 12 years)	Beyer JE, Aradine CR. Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. J Pediatric Nurs Care. 1986; 1(6):386-395.
Wong-Baker Faces Rating Scale (for age 3 to 18 years)	http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2016/05/FACES_English_Blue_w-instructions.pdf

表三、疼痛特質的評估

(運用英文字母 OPQRSTUV 等來逐一說明)

疼痛特質名稱	說明
疼痛的起始 (onset)	疼痛何時開始？ 每次發作會持續多久？ 發生的頻率？
激發或緩解疼痛的因素 (provoking / palliating)	什麼因素可以激發它？ 什麼因素可以緩解它？ 什麼因素會使它更糟？
疼痛的性質 (quality)	疼痛的感覺是什麼樣子？ 如尖銳痛、鈍痛、針刺痛、 燒灼痛、壓傷痛等？
疼痛的區域及其發散的範圍 (region / radiation)	疼痛的部位？ 它發散的範圍？ 可以用人體正面及背面的圖像來 標註，疼痛是原發部位的疼痛或 者是轉位痛 (referred pain) ？
疼痛的嚴重度 (severity)	可使用疼痛量表來評估，常用量表如下 (表一、表二)： (一) 視覺類比量表 (visual analog scale)：劃 一條 100 mm 橫線或縱線，一頭代表 不痛一頭代表無法忍受的疼痛，中 間無任何間隔來區分，讓病人指出 疼痛嚴重度的大約位置。 (二) 數值量表 (numerical rating scale)：將 疼痛的嚴重程度分為 0-10，而 0 代 表不痛，10 代表無法忍受的疼痛， 讓病人說出疼痛的分數。 (三) 依病人病況而選擇的其他量表：如 多面向之疼痛評估表單、認知功能 異常之疼痛量表、使用呼吸器病人 之疼痛量表及兒童疼痛量表等。

<p>以往治療之經驗 (treatment)</p>	<p>病人以往已接受什麼樣的疼痛治療？如中草藥、民俗療法？按摩、針灸、用藥或其他療法等？效果如何？副作用呢？</p>
<p>病人對疼痛的理解 (understanding)</p>	<p>病人認為是什麼原因造成疼痛的？ 病人最關心的是什麼？ 病人對於使用管制藥品或類鴉片藥品治療疼痛的認知及想法？</p>
<p>病人對於疼痛的看法 (價值觀) (values)</p>	<p>病人是否向疼痛妥協如降低日常生活的活動及忍受疼痛所帶來的不便？ 對於疼痛治療，病人的期待為何？ 疼痛被緩解到多少，病人是可以接受的？ 對於疼痛的發生病人在信仰上或個人觀點 (價值觀) 上是否有特殊的意義或解讀？</p>

參考文獻：

1. BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-professional palliative symptom management guidelines-pain. 2019. <https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
2. BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: pain and symptom management. 2017. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>

表四、日常生活作息狀態之評估

評估表單名稱	出處
Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)	Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-919.
Pain Disability Index (PDI)	Pollard CA. Preliminary validity study of the pain disability index. Percept Mot Skills. 1984;59(3):974.
Defense and Veterans Pain Rating Scale (DVPRS) (內含 activity, sleep, mood and stress)	Defense & Veterans Center for Integrative Pain Management https://www.dvcipm.org/site/assets/files/1084/dvprs_single_page.pdf
Pain on average, Enjoyment of life, and General activity (PEG)	Krebs EE, Lorenz KA, Bair MJ, et al. Development and initial validation of the PEG, a three-item scale assessing pain intensity and interference. J Gen Intern Med. 2009;24(6):733-738.

表五、情緒評估

評估表單名稱	出處
Anxiety: GAD-7	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097.
Depression: PHQ-9	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13.
Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)	Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane TM. PTSD checklist-civilian version. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division; 1994.
Catastrophizing: Pain Catastrophizing Scale (PCS) Short-form	Bot AGJ, Becker SJE, Bruijnzeel H, Mulders MAM, Ring D, Vranceanu AM. Creation of the abbreviated measures of the Pain Catastrophizing Scale and the Short Health Anxiety Inventory: the PCS-4 and SHAI-5. J Musculoskelet Pain. 2014;22(2):145-151.

表六、類鴉片藥品 / 物質使用疾患之風險評估

評估表單名稱	出處
Opioid Risk Tool for Opioid Use Disorder (ORT-ODU)	Cheatle MD, Compton PA, Dhingra L, Wasser TE, O'Brien CP. Development of the revised Opioid Risk Tool to predict opioid use disorder in patients with chronic nonmalignant pain. <i>J Pain</i> . 2019;20(7):842-851.
Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R)	Butler SF, Fernandez K, Benoit C, Budman SH, Jamison RN. Validation of the revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R) <i>J Pain</i> . 2008;9:360-72.
Diagnosis, Intractability, Risk, and Efficacy (DIRE)	Belgrade MJ, Schamber CD, Lindgren BR. The DIRE score: predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. <i>J Pain</i> . 2006;7(9):671-681.
Opioid Compliance Check list (OCC)	Jamison RN, Martel MO, Huang CC, Jurcik D, Edwards RR. Efficacy of the opioid compliance checklist to monitor chronic pain patients receiving opioid therapy in primary care. <i>J Pain</i> . 2016;17(4):414-423.

表七、物質使用疾患診斷準則暨嚴重度評估

物質使用疾患診斷準則
<p>成癮 (addiction)，包含對藥品 (drug) 或化學物質 (chemical substance) 的依賴性，在最近國際刊物「精神疾病診斷與統計手冊」第五版 (DSM-5) 中被重新定義為物質使用疾患 (substance use disorder)。物質使用疾患依其出現之臨床症狀區分為輕度 (2-3 項症狀)、中度 (4-5 項症狀)、及重度 (≥ 6 項症狀)。這些症狀包括：</p>
<ul style="list-style-type: none">一、病人使用該藥品的劑量偏高且使用時間已超過預期。二、病人有持續用藥的欲求或病人曾試圖減少用量或控制用藥但皆未成功。三、病人花費大量的時間在取得及施用，或想要重獲該藥品的效果。四、病人對該藥品有渴望或強烈的欲求。五、病人重複使用該藥品以致無法勝任在工作上、家庭中或學校中所扮演的角色。六、即使持續或重複出現社交或人際問題，病人仍持續使用該藥品。七、因為藥品使用，病人放棄或減少重要的社交、職業或娛樂的活動。八、即使有生理上的危險，病人仍持續使用該藥品。九、即使知道該藥品會造成或惡化原有身體或精神方面的問題，病人仍然持續使用。十、病人產生耐藥性 (tolerance；必須增加藥品劑量，才能達到原應有的效果)。十一、病人發生戒斷症候群。

註：1. 第十及第十一項的症狀若因處方藥在正確的使用下所造成，則可不予列計。

2. 以上描述以藥品代表藥品或化學物質。

第五章 非藥品的治療

壹、前言

- 一、疼痛是一種因人而異，個人感覺上的體驗與情緒上的經驗。這包含了身體上的傷害、心理上的創傷、家庭/社會/經濟上的支持力及靈性/宗教/文化上對於疼痛的認知、解讀與感受。
- 二、在接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧/末期病人），常有疼痛的困擾，應妥善照護。
- 三、在評估或治療安寧/末期病人疼痛上應以整體性疼痛（total pain）的概念，分別依各面向來評估及提出相對應的治療方案。
- 四、安寧/末期病人疼痛的治療通常需要跨領域專家及病人/家屬/照護者的共同合作，方能見效。
- 五、本章的論述重點在非藥品的治療

貳、疼痛治療的目標

治療能治癒的致痛病因，對於無法治癒的，則至少可以將疼痛緩解（或部分緩解），並期待能恢復（或部分恢復）病人日常的身體/生活功能（function）及提升生活/生命品質（quality of life）。

參、疼痛治療的方法

宜採跨領域多科團隊共同治療的模式，治療可以治癒的部分並緩解其他的不適。主要的治療方法如下：

- 一、生理/身體療法：
 - （一）身體疾病/腫瘤治療
 - （二）止痛藥品治療
 - （三）神經阻斷術
 - （四）復健治療

（五）其他療法

- 二、心理 / 精神 / 靈性療法：認知行為治療、正念治療、靈性關懷（宗教、心靈）與支持，及其他治療。
- 三、強化家庭 / 社會支持力：強化家庭 / 社會 / 經濟支持力。

肆、生理 / 身體療法

- 一、身體 / 腫瘤的治療：治療可以治癒的致病因（尤其是急症如骨折、神經壓迫、呼吸道急症、腦內急症、胸腔急症、腹部急症等）：包含手術、放射治療、化學治療。
- 二、神經阻斷術：暫時性的神經阻斷以中斷疼痛的惡性循環如神經刺激術（TENS）、或永久性的神經破壞術以中止疼痛如各類的神經 / 神經叢阻斷術、神經切除或溶解術。
- 三、運動或復健治療（非藥品的療法）：

（一）由病人自我進行的活動 / 運動

- 1. 長期 / 慢性疼痛常造成肢體 / 關節的活動 / 運動範圍受限而造成肢體 / 關節的僵硬（stiffness），也因而加重疼痛。適當量的活動 / 運動可以改善這類疼痛。
- 2. 適當的活動 / 運動可以強化 / 改善身體組織器官的功能包含心 / 肺功能、腸胃道功能、交感及副交感系統功能，並使賀爾蒙分泌的正常化、改善情緒、並降低憂鬱 / 焦慮及減低疼痛感。
- 3. 先依體能狀態選擇 1~2 種輕量的活動 / 運動，開始進行。再依體能進展的狀況逐漸延長活動 / 運動的時間及品項。

（二）由醫院提供的復健治療

- 1. 運動治療
- 2. 水療

3. 儀器治療
4. 徒手治療
5. 牽引治療
6. 輔具治療

(三) 輔助、另類、整合醫學療法 (complementary, alternative and integrative medicine ; CAM or CIM) : 如瑜伽、太極、按摩、中醫藥、針灸、營養療法等。

伍、心理 / 精神 / 靈性療法 (非藥品的療法)

一、病人自行調控之方法

(一) 降低心理 / 精神上的壓力 / 痛楚 (stress / distress)

1. 心理 / 精神上的壓力 / 痛楚和長期 / 慢性疼痛及精神疾患間有著密不可分的關係，可互為共病症，並可形成惡性循環，加重原有的個別病情。若能降低心理 / 精神上的壓力 / 痛楚將有可能緩解以上個別的症狀。
2. 簡單的緩慢深呼吸動作、緩慢吸氣、緩慢呼氣，重複數次將可有效的降低緊張的情緒。
3. 坐或臥姿或將身體倚靠在牆或柱子上，放鬆心情、休息片刻，也可以降低緊張的情緒。
4. 正念冥想 (meditation)
 - (1) 找個安靜的地方，
 - (2) 坐下或躺下，做個深呼吸，
 - (3) 正向思考、想想事件可能帶來好的一面，
 - (4) 暫時的放空目前所有事務，
 - (5) 想想過往美好的事情，在精神上給自己一個愉快的假期。

(二) 維持良好的睡眠品質

1. 當有疼痛困擾時，睡眠品質會變差。但同樣的，當睡眠品質不佳時，也會加重疼痛，二者形成惡性循環。
2. 睡眠品質不僅同時會造成精神上的壓力、焦慮與憂鬱並影響學習及性功能。
3. 良好睡眠品質的營造方法（圖一）
 - (1) 營造適合睡眠的環境 / 臥室，
 - (2) 維持規律的日常作息，
 - (3) 就寢時間固定且在舒適、溫暖、放鬆的狀態下就寢，
 - (4) 睡前避免飲用咖啡、茶、抽菸及其他具神經刺激作用的物品，
 - (5) 可以運用放鬆、深呼吸及正念冥想的方法屏除雜念、導入睡眠。

(三) 充實自己的心靈（靈性支持力）

1. 長期 / 慢性疼痛會常態造成生活壓力，並使個人逐漸流失熱情、希望及快樂。因此若能再度充實心靈將可反轉此惡性循環。
2. 充實心靈存摺：如同銀行存摺、健康存摺一般，人們在內心也存有一個愉悅 / 快樂的心靈存摺，若能在心靈深處留下許多的愉悅 / 快樂的記憶，將可強化個人心靈的力量，有利於克服身心上的不適。
3. 常存有感恩的心：每日冥想或表達 / 敘述數次感恩的人及事，將有助於強化個人心靈及情感的力量，並獲得他人的支持，也圓融自己的人生。
4. 培養知足惜福的心：每天花一點時間想想及欣賞圍繞在身邊美好的人、事、物，知足惜福的心將會改變人的心情並強化心靈存摺。

5. 有宗教信仰的支持，可以強化內心的希望與力量。

6. 詳細的心理 / 精神療法請參閱第十章：心理 / 精神、社會及靈性的支持。

二、由醫院提供之心理療法

(一) 認知行為療法 (cognitive behavioral therapy, CBT)：此療法重點在協助病人辨識因疼痛導致負面認知對情緒的影響，並告知病人有關疼痛的病因、危險因子、預防措施及改善方法，教導病人克服疼痛所需做的活動、運動，並付諸實踐。

(二) 接納與承諾療法 (acceptance and commitment therapy)：此療法重點在促進認知的彈性 (轉念、境隨心轉)，並支持個人採取行動去追求以價值觀為導向的目標。

(三) 放鬆訓練 (relaxation training)：包含冥想、腹式呼吸、漸進式肌肉放鬆、引導式想像等技巧。這些方法對於許多患有長期 / 慢性疼痛的病人，是有用的治療模式。

(四) 其他療法

陸、強化家庭 / 社會支持力 (非藥品的療法)

和病人 / 家屬說明、溝通以下事情，以強化病人的家庭 / 社會支持力：

- 一、安寧緩和相關的照護，
- 二、在安寧緩和醫療上，法律規範，
- 三、對於疼痛的了解，
- 四、對於疼痛的表達，
- 五、如何選擇適當的止痛方法，
- 六、常用的止痛藥品優缺點介紹，
- 七、如何安全的選擇及使用類鴉片藥品，

- 八、病人自我照護的項目，
- 九、臨終前相關的醫療照護事項，
- 十、家屬和其照護者可協助或宜了解的事項，
- 十一、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷，
- 十二、可提供進一步資訊的網址或資料來源。

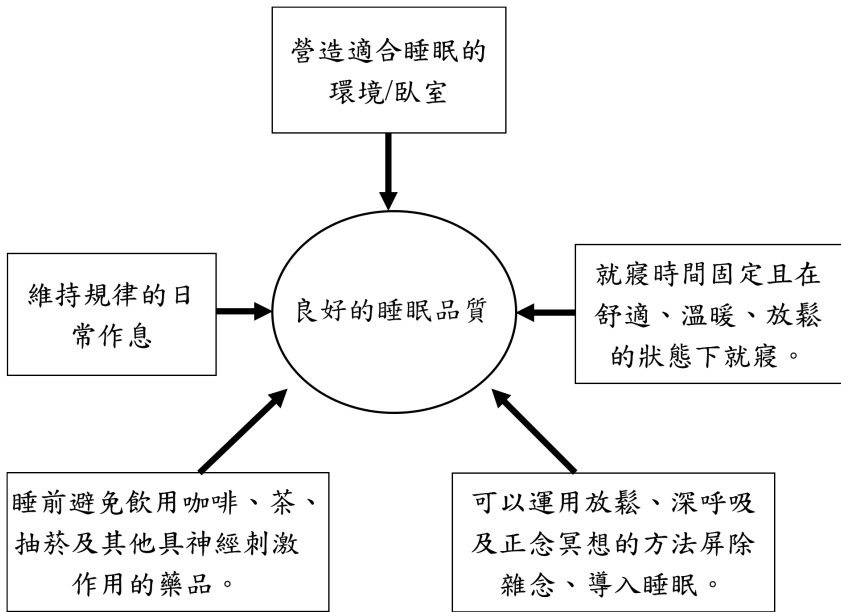
柒、參考文獻

- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 六、BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/>

[bc-guidelines/palliative2.pdf](#)

- 七、DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、Banksia Palliative Care Service, Gippsland Region Palliative Care Consortium (GRPCC). Clinical Care Guidelines. 2019.
<https://app.box.com/s/s0g3x0lfi6w7n34lrx4z8enp28a8lh>
- 九、Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 十、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 十一、Canadian Association of Psychosocial Oncology. Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer. 2015.
<https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/3APAN-~1.PDF>
- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十三、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 十四、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>

圖一、良好睡眠品質的營造方法



第六章

非類鴉片止痛劑的治療

壹、前言

- 一、在接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧/末期病人），通常身體都會比較虛弱，其器官功能也可能並非在健康狀態，因此當需要使用止痛藥品來治療疼痛時，應注意使用的劑量並監測其副作用。
- 二、用於安寧/末期病人（含癌末病人）疼痛治療的非類鴉片止痛劑有乙醯胺酚（acetaminophen）、非固醇類消炎藥（NSAIDs）、抗憂鬱藥品（antidepressants）、抗癲癇藥品（anticonvulsants）、局部止痛藥品（topical agents）、皮質類固醇（corticosteroids）及其他局部使用的藥品等。

貳、乙醯胺酚（acetaminophen）

- 一、效用：治療輕度至中度疼痛，並有解熱作用。
- 二、機轉：經作用於中樞神經系統，提高疼痛閾值（pain threshold），而減輕病人對疼痛的感覺。
- 三、適用之狀況：因肌肉、骨骼或其他非神經組織受到傷害所引發之急慢性疼痛。
- 四、副作用/禁忌症：
 - （一）應防範其對肝臟系統的毒性；對於肝功能正常之成人，以每日不超過4公克為上限；然在安寧/末期病人使用時，應調降劑量。
 - （二）在安寧/末期病人、惡病體質（cachexia）、化療病人、肝腫瘤或腫瘤肝臟轉移、或在肝臟功能不全者應謹慎使用或大幅降低其劑量。

參、非固醇類消炎藥（NSAIDs）

- 一、效用：治療輕度至中度疼痛，並有抗發炎及解熱的作用。

二、機轉：作用機轉為抑制環氧化酶（cyclooxygenase，共二型：Cox-1 及 Cox-2），因而抑制前列腺素（prostaglandin）的產生（即減少患處前列腺素的濃度），而減低疼痛。

三、適用之狀況：因肌肉、骨骼或其他非神經組織受到傷害所引發之急慢性疼痛，建議短期使用。

四、副作用 / 禁忌症：

（一）在安寧 / 末期病人、惡病體質病人應極謹慎使用。

（二）胃腸毒性

1. 高危險族群：年齡大於 60 歲、有消化性潰瘍病史、合併使用類固醇藥品（steroids）、長期使用 aspirin 者（心臟病患者）。
2. 在 NSAIDs 使用期間，若病人出現消化性潰瘍、胃腸出血或肝功能變差，應立即停止 NSAIDs 的使用。

（三）血液毒性（hematologic toxicities）

1. 當和抗凝劑合併使用時，會強化抗凝劑的作用，致出血危機（bleeding tendency）。
2. 不建議和 aspirin 共同使用於止痛用途。

（四）腎臟毒性

1. 高危險族群：年齡大於 60 歲、脫水、多發性骨髓瘤（multiple myeloma）、糖尿病、腎臟疾病、或使用有腎毒性的化療藥品（如 cyclosporine、cisplatin）。
2. 在 NSAIDs 使用期間，若病人的腎臟功能變差或有高血壓產生，應調降 NSAIDs 的使用。

（五）心臟毒性（cardiac toxicities）

1. NSAIDs 可能會有心臟毒性，在心臟功能衰竭或高血壓的病人，不建議使用。

肆、抗憂鬱藥品 (antidepressants)

一、效用：可用於治療各類的神經病變痛 (neuropathic pain)，包含由癌症或非癌症所引起。

二、機轉：

(一) 止痛作用不須經由藥品的抗憂鬱作用。

(二) 止痛所需的劑量少於治療憂鬱症所使用的劑量，且其起始作用也發生的較早。

(三) 藥品的作用機轉是在阻斷 norepinephrine 及 serotonin 等神經傳導物質在神經突觸部位的再回收，進而增加神經活性。

(四) 當這些藥品有較高的 norepinephrine reuptake inhibition 效用時，會有較高的疼痛緩解作用。

三、適用之狀況：

(一) 各類非癌神經病變痛。

(二) 化學治療或放射治療所引發的神經炎、神經病變痛。

(三) 腫瘤壓迫所造成的神經炎、神經病變痛。

四、副作用 / 禁忌症：

(一) 在安寧 / 末期、惡病體質及認知功能減損的病人應謹慎使用。

(二) 當病人同時使用其他 serotonin-reuptake 抑制劑時，應小心發生 serotonin 症候群。

(三) 當病人有肝腎功能不佳時，應下調其劑量。

(四) 較常見副作用：困倦、虛弱、躁動、失眠、視力模糊、排尿困難、姿勢性低血壓、心臟傳導系統異常、體重增加、性功能障礙等。

(五) 在以下病人應謹慎使用：心律不整、近期內有心肌梗塞史、心臟傳導阻滯、癲癇、窄角青光眼、甲狀腺亢進、尿路不暢及服用單胺氧化酶抑制劑 (MAO inhibitor) 等。

(六) 服用藥品後，應避免操作機械或駕駛，也應避免同時飲用酒品。

五、常用藥品舉例：amitriptyline、imipramine、nortriptyline、desipramine。

伍、抗癲癇藥品 (anticonvulsants)

一、效用：可用於治療各類的神經病變痛，包含由癌症或非癌症所引起。

二、機轉：雖然這些藥品皆有細胞膜的穩定作用，但每個藥品的藥效機轉卻不盡相同。

三、適用之狀況：

(一) 各類的非癌神經病變痛。

(二) 化學治療或放射治療所引發的神經炎、神經病變痛。

(三) 腫瘤壓迫所造成的神經炎、神經病變痛。

四、副作用 / 禁忌症：

(一) 在安寧 / 末期、惡病體質及認知功能減損之病人應謹慎使用。

(二) 較常見副作用：嗜睡、體重增加、皮疹、頭暈、失衡 (步態不穩)、牙齦腫脹。

(三) 對年紀較大或腎功能不全者，應減量使用。

(四) 禁忌症：服用藥品後，應避免操作機械或駕駛，也應避免同時飲用酒品。

五、常用藥品舉例：gabapentin、carbamazepine、lamotrigine、pregabalin、topiramate、oxcarbazepine。

陸、局部止痛藥品的使用 (topical agents)

一、效用：局部止痛。

二、機轉：作用於局部組織。

三、適用之狀況：局部組織疼痛、關節疼痛、肌肉拉傷後疼痛。

四、副作用 / 禁忌症：全身性及局部的副作用少，但應使用於健康完整的皮膚。

五、常用藥品舉例：

(一) 局部麻醉劑 lidocaine 貼布、噴劑。

(二) 含 NSAIDs 之貼布、乳膏、凝膠、噴劑。

(三) 中藥貼布。

柒、皮質類固醇 (corticosteroids)

一、效用：治療因急性炎症所造成的組織疼痛，可經由靜脈或肌肉注射使用。

二、機轉：抗發炎作用。

三、適用之狀況 / 副作用：

(一) 可使用於治療安寧 / 末期病人 (含癌末病人) 之急性疼痛危機 (acute pain crisis)，但限短期使用。

(二) 也可用於治療化學治療或放射治療所引發的強烈噁心與嘔吐。

(三) 全身性的副作用多，故限短期使用。

捌、藥品之使用劑量建議

請依個別藥品之適用之狀況及禁忌症、藥品仿單上之資訊，再依病人之個別情況，如年齡、性別、病人身體狀態、器官功能狀況、癌症種類、癌症期別及腫瘤治療成效等資訊，給予適當的藥品及劑量。

玖、参考文献

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/secmsfile/?id=4770>
- 五、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 六、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 七、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>

- 九、 Waikato District Health Board. Pain Management in Palliative Care. 2018.
<https://www.hospicewaikato.org.nz/file/file5c870e9abf21f/open>
- 十、 Banksia Palliative Care Service, Gippsland Region Palliative Care Consortium (GRPCC). Clinical Care Guidelines. 2019.
<https://app.box.com/s/s0g3x0llfi6w7n34lzx4z8enp28a8lh>
- 十一、 Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfc.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 十二、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 十三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 十四、 Canadian Association of Psychosocial Oncology. Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer. 2015.
<https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/3APAN~1.PDF>
- 十五、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aB8wb/view?usp=sharing>

- 十六、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 十七、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 十八、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十九、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 二十、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 二十一、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 二十二、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>
- 二十三、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>

第七章

類鴉片藥品的治療及藥品間的轉換

壹、前言

一、世界衛生組織在 1986 年發布癌痛的三階梯藥品治療模式，至今仍是最可行的癌痛藥品治療基本模式，但也常被使用於安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧/末期病人）疼痛藥品的照護。

（一）階梯一（輕度疼痛）：使用非類鴉片藥品（non-opioids）如乙醯胺酚（acetaminophen），阿斯匹靈或非固醇類消炎藥（non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs），必要時加入其他的輔助藥品。

（二）階梯二（輕度至中度疼痛）：使用弱效的類鴉片藥品（weak opioids）如 codeine 及 tramadol 等，必要時加入第一階梯的藥品。

（三）階梯三（中度至重度疼痛）：使用強效的類鴉片藥品（strong opioids）如嗎啡、吩坦尼（fentanyl）等，必要時加入第一階梯的藥品。

註：2019 年 WHO 最新版本：可以依疼痛的程度直接選用合宜的階梯及止痛藥品，不必循序漸進。在第二階時亦可以直接使用低劑量的強效類鴉片藥品。

二、類鴉片藥品原則上以口服為主，但若不適合口服時，可以使用其他的給藥途徑；在安寧/末期病人，皮下滴注也是一種常用的方式。

三、在相同的使用途徑下，不建議同時使用二種不同的類鴉片藥品。

四、當預計病人之疼痛在近期內會由中度轉為重度時，可以直接使用強效的類鴉片藥品。

五、當病人的疼痛已持續了較長的時間（通常是數週以上），長效的類鴉片藥品是可以考慮使用的。

- 六、在正常的醫療用途下，安寧 / 末期病人產生類鴉片藥品使用疾患 (opioid use disorder) 的機率極低。但要留意類鴉片藥品的副作用。可以預防性投藥避免其發生；若副作用不易處理時，可以考慮轉換至其他類鴉片藥品 (詳細內容請參閱第八章：類鴉片藥品副作用的預防與處理)。
- 七、正確使用類鴉片藥品於疼痛治療，並不會縮短病人的生命。
- 八、詳細的用藥紀錄，有助於正確掌控疼痛的治療及病人的安全與舒適。

貳、名詞定義

- 一、類鴉片藥品 (opioids)：所有透過類鴉片受體 (opioid receptor) 起作用的藥品。
- 二、鴉片類藥品 (opiates)：任何直接由罌粟植物中所萃取出之藥品。
- 三、成癮性麻醉藥品 (narcotics)：泛指在使用後會造成心智遲鈍的藥品。由於所涵蓋之藥品類別甚廣，為了更具專一性的表達類鴉片藥品這個類別，在國際上大多以 opioids 來取代 narcotics。

參、類鴉片藥品的止痛作用機轉

- 一、類鴉片藥品所產生的止痛作用是透過藥品作用在中樞神經中的大腦、腦幹及脊髓中之類鴉片受體而產生。
- 二、類鴉片受體主要可分為三種類型：mu (μ)、kappa (κ)、delta (δ) 受體。這些受體廣泛的分布在身體各部位；這些接受體除了可以產生止痛作用外，也可以產生止痛以外的作用 (即副作用)。
- 三、依類鴉片藥品和其受體結合的情形又可區分為：
 - (一) 完全促效劑 (full agonist)：可以作用在各類型的類鴉片受體上，且其藥效隨著劑量增大而增強。但主要還是以 mu receptor 所產生的作用為

表現，所產生的止痛作用強，大部份臨床上所使用的類鴉片藥品皆屬於此類，如 morphine、fentanyl、oxycodone、hydromorphone、oxymorphone、codeine、hydrocodone、methadone 等。

- (二) 部份促效劑 (partial agonist)：主要作用在 mu 受體上，但其所引發之藥效有其上限 (ceiling effect)，如 buprenorphine。
- (三) 混合促效 / 拮抗劑 (mixed agonist/ antagonist)：為 kappa 受體的促效劑及 mu 受體的拮抗劑，所產生之止痛作用弱，如 nalbuphine、butorphanol、pentazocine。
- (四) 拮抗劑 (antagonist)：可結合上所有類鴉片受體，但不產生藥理作用。可用來和其他類鴉片藥品競爭受體結合處，因而降低 / 解除其他類鴉片藥品的藥理作用，如 naloxone、naltrexone。

肆、國內常用的類鴉片藥品簡介 (詳見表一)

一、Morphine

- (一) 在治療嚴重疼痛時，為常用的藥品。
- (二) 在肝臟中約 90% 代謝成嗎啡-3-葡糖醛酸 (M3G) 和約 10% 代謝成嗎啡-6-葡糖醛酸 (M6G)。其中 M6G 是一種具止痛作用的活性代謝產物，其半衰期較嗎啡稍長，止痛強度為嗎啡的 6 倍。
- (三) 二種代謝產物皆經腎臟排除，腎功能不全的病人需減量，過量的 M3G 在體內累積後可能會產生神經毒性。
- (四) 我國現有核可的劑型及劑量非常多樣化，適合多種途徑給予，包含短效及長效的口服錠劑、長效膠囊劑、口服液及注射劑型；其中長效膠囊劑及口服液適用於口服及管灌病人使用；至於注射劑

型則是用於皮下注射、靜脈 / 肌肉注射、脊髓腔內 / 硬脊膜外腔注射使用。

二、Oxycodone

- (一) 用於治療嚴重疼痛。
- (二) 口服劑型止痛強度約為嗎啡相同劑型的 1.5-2 倍。
- (三) 少部份的 oxycodone 經由肝臟代謝成 oxymorphone，代謝產物具藥理活性，但在血中濃度不高。
- (四) oxycodone 和 oxymorphone 皆經由腎臟排除，在腎功能不全的病人宜減量使用。
- (五) 目前尚未有以未滿 18 歲兒童（青少年）來探討 oxycodone 的安全性及療效的數據。
- (六) 我國現有核可的劑型有 4 種，適合多種途徑給予，包含口服短效膠囊 / 長效錠劑、注射液及口服液；其中膠囊劑、口服液適用於口服及管灌病人使用；注射液則適用於皮下注射。（註：目前口服液及注射液，廠商尚未供貨）

三、Hydromorphone

- (一) 用於治療癌症末期病人之嚴重疼痛。
- (二) 注射劑型止痛強度約為嗎啡相同劑型的 6.7 倍，口服劑型約為嗎啡的 4 倍。
- (三) 在高劑量的使用下或出現腎功能衰竭時，其經肝臟代謝後且具活性的非止痛代謝產物（hydromorphone-3-glucuronide），可能會引起神經興奮作用，如肌陣攣、異常性疼痛（allodynia）、癲癇發作、神智不清。
- (四) 目前尚未有以未滿 18 歲兒童（青少年）來探討 hydromorphone 的安全性及療效的數據。
- (五) 我國目前引進長效劑型，24 小時使用一次。

四、Fentanyl

- (一) 注射劑型止痛強度約為嗎啡相同劑型的 100 倍，藥品脂溶性高，對於皮膚及黏膜的穿透性高，因此有製成穿皮貼片劑及口腔內使用之劑型。
- (二) 穿皮貼片劑：用於慢性疼痛的治療，含癌症疼痛。
- (三) 口腔劑型（lozenge 劑型、口頰錠、口頰溶片、舌下錠）：本劑型限使用於癌症疼痛之突發性疼痛（breakthrough pain）。這類藥品經由口腔黏膜吸收後直接進入血液，較口服劑型有較快的止痛效果，若有副作用也會較快發生。因此這類藥品僅能使用在對於類鴉片藥品有耐受性的病人（opioid tolerant）。
- (四) 對類鴉片藥品有耐受性的定義：至少使用口服嗎啡 60 毫克/日、穿皮 fentanyl 25 微克/小時、口服 oxycodone 30 毫克/日、口服 hydromorphone 8 毫克/日或其他等量之類鴉片藥品達一星期（含）以上。
- (五) 此類藥品的生體可用率：靜脈注射 100%、lozenge 劑型 50%、口頰錠 65%、口頰溶片 71%、舌下錠 54%。
- (六) fentanyl 經肝臟代謝成 norfentanyl，不具藥效，並經由腎臟排除。
- (七) 在腎功能不全的病人，fentanyl 的藥效不受影響。
- (八) 我國現有核可的劑型有三種即注射劑型、穿皮貼片劑及口腔內使用之劑型。

五、Buprenorphine

- (一) 常用於類鴉片藥品使用疾患病人的治療。
- (二) 近年來已逐漸被使用於非癌慢性及癌症疼痛的治療。且如同其他類鴉片藥品一般，有逐漸被嘗試著推薦為一線用藥，尤其是貼片劑。

- (三) 為類鴉片 mu 接受體的部分促效劑及 kappa/delta 接受體的拮抗劑。
- (四) 對 mu 受體的親和力高，且解離緩慢，舌下錠劑型止痛強度約為口服嗎啡的 40-50 倍，亦有貼片劑可用。
- (五) 在止痛作用方面，近年來在人類的研究，認為不同於前期動物實驗所述，並不會產生天花板效應 (ceiling effect)，而是隨著劑量的增大，止痛作用逐漸增強。
- (六) 在副作用方面，大多有天花板效應如呼吸抑制、便秘、耐藥性 (tolerance)、生理依賴性 (physical dependence)。且病人較少有欣快感、有些許抗憂鬱作用 (antidepressant)，有較低的跌倒風險，對於性荷爾蒙系統及免疫系統無抑制作用。
- (七) 若已優先長期使用 buprenorphine 來治療疼痛時，當在止痛效用不足時，可以外加其他的類鴉片藥品來強化止痛效果。
- (八) 對於已長期使用類鴉片藥品促效劑如嗎啡、fentanyl 等來治療疼痛時，若再外加使用 buprenorphine，可能會誘發原類鴉片藥品之戒斷反應，須留意。
- (九) 在腎功能不全及肝功能有輕中度異常的病人，buprenorphine 的代謝並不受影響，其藥效也不受影響。
- (十) 我國現有核可的劑型有三種，即舌下錠、注射劑型及長效穿皮貼片劑；其中舌下劑型適用於急性疼痛及類鴉片藥品使用疾患病人的維持療法 (maintenance therapy) 使用，長效貼片劑則適用於慢性疼痛。

六、Codeine

- (一) 用於輕度至中度疼痛。

- (二) 由於 codeine 的代謝基因具多型性 (polymorphism)，因此 codeine 的代謝速率因人而異，其可產生的止痛效果不易預估。在 12 歲以下之孩童，不建議使用。
- (三) 在 12-18 歲且有呼吸功能不全的兒童 (青少年) 亦不建議使用。
- (四) 口服劑型之止痛強度約為嗎啡相同劑型的 0.1-0.15 倍。
- (五) 具鎮咳作用，機轉為經由作用於延腦來抑制咳嗽反射。
- (六) 代謝成嗎啡和 hydrocodone，因而產生止痛作用，再經由腎臟排除。
- (七) 我國現有核可於疼痛治療的劑型有三種，即口服錠劑及皮下 / 肌肉注射劑型。至於口服糖漿劑則不在此列，因為糖漿劑內含 codeine 的成分低且僅適用於止咳用途。

七、Tramadol

- (一) 用於輕度至中度疼痛。
- (二) 口服劑型止痛強度約為嗎啡相同劑型的 0.2 倍。
- (三) 和類鴉片受體有弱效的結合，因而產生止痛作用。另外也可以抑制 serotonin 及 norepinephrine 的 reuptake，來調控疼痛。
- (四) 當和單胺氧化酶抑制劑 (MAO inhibitor) 或三環抗憂鬱劑 (TCA) 共同使用時會增加癲癇發作的風險。
- (五) 相似於 codeine，tramadol 之代謝亦有基因多型性的問題，因此在 12 歲以下的兒童不建議使用。
- (六) Tramadol 我國目前核可的劑型有三種，即注射劑、短效膠囊劑及長效錠劑；其中注射劑適用於急性疼痛病人的靜脈 / 肌肉注射。膠囊劑則適用於口服及管灌病人使用。

八、Naloxone

- (一) 類鴉片受體拮抗劑，用於治療類鴉片藥品過量所引起之副作用或毒性反應，尤其是呼吸抑制。需持續給藥多久，取決於親和劑和拮抗劑間的劑量及效用期長短間的比較。Naloxone 的血漿中藥品半衰期約為 60 分鐘左右。
- (二) 靜脈注射小劑量（例如 0.2 mg naloxone）可迅速逆轉類鴉片藥品的作用。
- (三) 可以經靜脈、肌肉、皮下注射給藥，但通常需持續給藥（如每小時 0.4 mg naloxone 靜脈滴注），並監測病人的反應。

九、其他

- (一) Methadone：雖具有長效的止痛作用，但國內僅有口服液，為使用於物質使用疾患（substance use disorder）病人的治療。
- (二) Naltrexone：為類鴉片受體拮抗劑，為口服錠具長效作用，較常使用於物質使用疾患病人的治療（尤其在酒癮的病人）。

伍、類鴉片藥品的使用原則

類鴉片藥品在安寧緩和醫療病人使用的原則同癌症病人。

- 一、口服優先（by mouth），
- 二、定時給予（by the clock），
- 三、輔以其他非類鴉片藥品的止痛劑（use of adjuvants），
- 四、注意其他和疼痛相關的細節（attention to detail）。

陸、類鴉片藥品的使用途徑

- 一、口服途徑是最常使用的給藥途徑。當經口服給藥，藥品的止痛效果起始於給藥後 30 分鐘左右。
 - (一) 常用的口服類鴉片藥品有 codeine、morphine、hydromorphone 及 oxycodone。

- (二) 這些藥品的口服短效劑型，其止痛效果大約都在 4-5 小時之間。
 - (三) 這些藥品的口服長效（緩釋）劑型，其止痛效果大約都在 12 小時左右。
- 二、經由直腸給藥，止痛效果起始於給藥後 10 分鐘左右，但在直腸或肛門有疾患，或糞便嵌塞的病人不宜使用。
- 三、腸道以外的給藥途徑
- (一) 經靜脈給藥，藥效最為迅速（數分鐘內）。也可使用病人自控止痛裝置（patient controlled analgesia, PCA）來給藥。
 - (二) 皮下給藥是一種選項，尤其在安寧 / 末期病人且須持續給藥的情況下，其起始作用為給藥後 10-15 分鐘左右（表二）。
 - (三) 穿皮貼片劑也是一種長期用藥的選項，其起使作用約在給藥後 6-8 小時，但是在生命末期有惡病體質（cachexia）的病人，因為藥品經皮吸收不穩定，不宜使用。另外在長期臥床、急性疼痛、疼痛病情變化快速或從未使用過類鴉片藥品的病人，也不宜使用。
 - (四) 經口腔黏膜（buccal mucosa）給藥（如 fentanyl 製劑），藥品可快速經由血液吸收而達到止痛效果，一般在 10 分鐘以內。這類藥品可用來緩解癌症的突發性疼痛（breakthrough pain）。
 - (五) 舌下錠會比口服錠有較高的血中濃度（生體可用率），因為大部分藥品可經由口腔黏膜直接吸收進入血液，避免腸道的初次代謝效應（first pass effect），其起使作用約在給藥後 15 分鐘左右。
 - (六) 對於較難處理的疼痛，也可經由脊髓腔或硬脊膜外腔給藥，其起使作用約在給藥後 10-30 分鐘之間。

柒、突發性疼痛 (breakthrough pain)

- 一、定義：在背景疼痛相對穩定且大致被控制的情況下，自發 (spontaneous) 或被誘發 (incident) 產生的短暫疼痛，其強度比一般背景疼痛更高，在 3-5 分鐘內最痛，並可持續達 30-60 分鐘。
- 二、用藥原則
 - (一) 突發性疼痛的救援 (rescue) 藥品以快速作用的短效藥品 (rapid onset opioids; ROOs) 為主，經口服或口腔黏膜給藥為方便的給藥途徑。
 - (二) 突發性疼痛的用藥次數應調控在單日 6 次以內，當每日發生超過 3 次 (含) 以上突發性疼痛且連續 2 日時，應考慮調高 25-50% 的每日常規用藥劑量，並查明原因。
 - (三) 突發性疼痛用藥之單次劑量為常規用藥 (for background pain) 之日總用量的 1/6 或 10-20%。

捌、長效類鴉片藥品的使用

- 一、在病人的疼痛病情穩定且止痛藥品須長期使用時，可以考慮使用長效類鴉片藥品。
- 二、這類藥品有 morphine、oxycodone、hydromorphone 及 fentanyl 和 buprenorphine (貼片劑)。
- 三、先計算病人的類鴉片藥品每日常規使用之日用量 (不含突發性疼痛用藥)，然後再轉換成長效藥品 (表三、四)。
- 四、在使用長效藥品後，每 2-3 天可檢視突發性疼痛出現的次數，作為是否需要再調整劑量的參考。

玖、不建議使用的類鴉片藥品

- 一、配西汀 (pethidine)：因其主要代謝產物 norpethidine 會造成神經系統副作用，不適合長期使用。

- 二、混合促效 / 拮抗劑 (mixed agonist/antagonist)：如 nalbuphine、butorphanol，因其止痛效果較弱，且當和類鴉片藥品完全促效劑 (full agonist) 如嗎啡等合併使用時，易導致病人產生戒斷症候群 (withdrawal syndrome)。

拾、類鴉片藥品的減量使用

以下狀況可以考慮下調 10-20% 類鴉片藥品劑量。

- 一、病人鮮少出現突發性疼痛時。
- 二、造成急性疼痛的狀況解除時，如某些癌症治療程序完成時。
- 三、其他非類鴉片藥品的治療有效時。
- 四、病人出現較難處理的類鴉片藥品副作用時。

註：當病人的病情快速惡化時（如出現器官衰竭），應考慮下調 50-75% 的類鴉片藥品劑量或停用。

拾壹、類鴉片藥品的停用

- 一、當病人的疼痛受到良好的控制（如放射治療、神經阻斷術或硬脊膜外腔給藥後），可以逐步調降原本類鴉片藥品的使用至停用。
- 二、調降步驟如下：當原先類鴉片藥品已使用一星期以上 3 個月以內，則以每 2-3 日調降 20-30% 的方式來逐漸減量使用。直至每日藥用量僅剩 30 mg morphine 同等劑量且達 2 日時，可以直接停用類鴉片藥品。
- 三、當類鴉片藥品的使用已達三個月以上時，則以每週調降 20~30% 的方式逐漸減量使用。若病人合併有類鴉片藥品使用疾患時，其減量則以每個月調降 20~30% 為原則。
- 四、當劑量下調太快時，常見到的戒斷症候群是焦慮、不安、盜汗、呼吸快速、輕微的流鼻水、流淚及瞳孔散大等，此時應放慢調降之速度。

拾貳、類鴉片藥品間的轉換（表二、三、四）

- 一、類鴉片藥品間互相的轉換使用，須由在此領域具有豐富經驗和能力的醫師來指導或執行。
- 二、類鴉片藥品種類繁多，且在止痛機轉和其副作用間仍有些許差異。所以當某個類鴉片藥品在使用後出現不易處理的副作用時（如耐藥性或其他嚴重副作用），可以考慮做類鴉片藥品間的轉換。
- 三、類鴉片藥品轉換時要考量：新舊二種藥品間療效比、藥效期長短差異、給藥途徑差異、個別病人情況差異等。
- 四、藥品轉換劑量之計算請執行雙次確認（double check）程序，並將計算的方法及步驟紀錄在病歷上。
- 五、在新藥品轉換使用後，應注意病人的反應，觀察是否劑量不足（如止痛效果不足或產生戒斷症狀）或劑量過大（如毒性反應），再予以重新調整藥量。
- 六、類鴉片藥品間的轉換步驟（表三、四）
 - （一）計算以往一日內原類鴉片藥品的常規總使用量；突發性疼痛用藥不列入計算。
 - （二）計算在相同止痛強度下，新類鴉片藥品的相對應劑量。
 - （三）如該新類鴉片藥品有數種劑型，再計算不同劑型間的換算。
 - （四）將新類鴉片藥品減量 25-50%（為避免新舊二藥間無 cross tolerance）。
 - （五）若原藥品病人已在高劑量下（經劑量換算後，> 口服嗎啡 100 mg/ 天）則新類鴉片藥品的劑量應考慮下調 50%。
 - （六）突發性疼痛所使用的單次劑量為類鴉片藥品常規使用（for background pain）日總劑量的 1/6 或 10~20% 之間。

(七) 皮下滴注藥品間之轉換及使用，詳見表二。

拾參、當類鴉片藥品仍無法有效緩解疼痛時：

- 一、檢討類鴉片藥品在治療該病人的疼痛上是否為最佳的選擇？

因為並不是所有的疼痛都可以使用類鴉片藥品來緩解的，如癌症骨轉移疼痛可以使用放射線治療來處置；在肢體某處、胸壁上或腹腔內的疼痛可以使用區域神經叢阻斷術來緩解。

- 二、檢視類鴉片藥品使用的劑量是否足夠？

檢視常規使用的劑量及針對突發性疼痛（breakthrough pain）所提供的劑量是否足夠的。

- 三、檢視使用的藥品是否被正確的吸收入體內？

當病人嘔吐、無法進食或從腸造瘻管排出物量增加時，有可能會影響藥品的確實吸收，此時可考慮改換給藥的途徑及劑型如使用皮下或靜脈注射或使用穿皮貼片劑。

- 四、檢視突發性疼痛發生的頻率？

檢視突發性疼痛是否和治療或病人移動時有關（誘發性疼痛 incident pain），是否可事先以預防性的投與止痛藥品。

- 五、檢討需不需要加入其他輔助止痛的藥品？

- 六、考慮是否需要請求支援或啟動跨領域團隊來協助診治？

拾肆、參考文獻

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 六、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 七、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、 Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care

- Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfc.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 九、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 十、 U.S. Department of Veterans Affairs. Transforming the Treatment of Pain: a Quick Reference Guide. 2017.
https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/Pain_ProviderAD_QuickReferenceGuide_IB10999.pdf
- 十一、 VA South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center. Pocket Guide for Clinicians for Management of Chronic Pain. 2017.
<https://www.mirecc.va.gov/VISN16/docs/pain-management-pocket-guide.pdf>
- 十二、 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain (Version 2. 2021).
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1413>
- 十三、 National Clinical Effectiveness Committee (NCEC). Pharmacological Management of Cancer Pain in Adults. Department of Health. 2015.
<https://www.gov.ie/en/collection/eec97d-pharmacological-management-of-cancer-pain-in-adults/>
- 十四、 Davis MP, Pasternak G, Behm B. Treating Chronic Pain: An Overview of Clinical Studies Centered on the Buprenorphine Option Drugs. 2018;78(12):1211-1228.
- 十五、 Buckinghamshire Healthcare NHS Trust/ Buckinghamshire Clinical Commissioning Group. Conversion of Opioid Medicines Dosages. 2021.

https://www.bucksformulary.nhs.uk/docs/Guideline_699FM.pdf

- 十六、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十七、Safer Care Victoria. Opioid Conversion Ratios - Guidance Document. 2021.
https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-02/GUIDANCE_Opioid%20Conversion%20FINAL_0.pdf
- 十八、NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines - Choosing and Changing Opioids. 2020.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/choosing-and-changing-opioids.aspx>
- 十九、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 二十、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 二十一、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>
- 二十二、World Health Organization. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

表一、我國目前核可的類鴉片藥品

序號	管制分級	藥名(成份)	劑型及使用途徑	劑量(註)
1	1	Morphine	Tablet (Immediate release) (Sulfate)	15mg
2	1	Morphine	Sustained-release film-coated tablet (Sulfate)	30mg, (60mg)
3	1	Morphine	Prolonged-release (Extended release) capsules (Sulfate)	(30mg), 60mg
4	1	Morphine	Injection sol'n (Sulfate) (SC, IV, IM, Epidural, Subarachnoid injection)	10mg/ml, 20mg/ml
5	1	Morphine	Oral solution (Sulfate)	2mg/ml
6	2	Oxycodone	Immediate release capsules (HCl)	5mg, (10mg), (20mg)
7	2	Oxycodone	Controlled-release (Extended-release) tablet (HCl)	10mg, (15mg), 20mg, (30mg), (40mg), (60mg), (80mg),
8	2	Oxycodone	Solution for injection (HCl) (SC)	(10mg/mL)
9	2	Oxycodone	Liquid oral solution	(5mg/5ml) , (10mg/ml)
10	2	Oxycodone HCl/ Naloxone HCl dihydrate	Prolonged-Release tablets	(5/2.5mg), (10/5mg), (20/10mg), (40/20mg)
11	2	Hydromorphone	Prolonged-release (Extended release) tablet	8mg, 16mg, 32mg, 64mg

序號	管制分級	藥名(成份)	劑型及使用途徑	劑量(註)
12	2	Fentanyl	Injection (Citrate) (Epidural or IV)	0.05mg/ml
13	2	Fentanyl	Transdermal patch	12mcg/ hr, 25mcg/ hr, 50mcg/hr, (75mcg/hr), (100mcg/hr)
14	2	Fentanyl	Buccal soluble film (Citrate)	200mcg, (400mcg), 600mcg, (800mcg), (1200mcg)
15	2	Fentanyl	Buccal tablet/ Orally disintegrating tablet (citrate)	100mcg, 200mcg, (400mcg), (600mcg), (800mcg)
16	2	Alfentanil	Injection (HCl) (IV)	0.5mg/ml
17	2	Remifentanil	Powder for concentrate, for solution, for injection, or infusion (HCl) (IV)	(2mg)
18	2	Sufentanil	Injection sol'n (Citrate) (Epidural; IV)	(0.005mg/ml), (0.05mg/ml)
19	2	Codeine	Tablet (Phosphate)	15mg, 30mg
20	2	Codeine	Injection (Phosphate) (SC, IM)	15mg/ml
21	2	Methadone	Oral concentrate(HCl)	10mg/ml
22	2	Pethidine (meperidine)	Injection (HCl) (IM, IV,SC)	50mg/ml

序號	管制分級	藥名 (成份)	劑型及使用途徑	劑量 (註)
23	2	Pethidine (meperidine)	Tablet (HCl)	50mg
24	3	Buprenorphine	Tablet; Sublingual (HCl)	0.2mg, (2mg), (8mg)
25	3	Buprenorphine	Injection (HCl) (IM, IV)	0.3mg/ml
26	3	Buprenorphine	Transdermal patch	(5mcg/hr), (10mcg/ hr), (20mcg/ hr), 35mcg/hr, 52.5 mcg/hr
27	3	Buprenorphine HCl/ Naloxone HCl dihydrate	Tablet; Sublingual	2/0.5mg, (4/1mg), 8/2mg
28	4	Tramadol	Injection (HCl) (IV, IM)	50mg/ml
29	4	Tramadol	Capsule (HCl)	50mg
30	4	Tramadol	Sustained release (prolonged) tablet (HCl)	100mg, 200mg
31	4	Butorphanol	Nasal spray	10mg/ml
32	非管制藥	Nalbuphine	Injection (HCl) (IM, IV, SC)	10mg/ml
33	非管制藥	Nalbuphine	Injection (Extended release) (HCl) (IM)	150mg
34	非管制藥	Naloxone	Injection (IM, IV, SC)	0.4mg/ml
35	非管制藥	Naltrexone	Tablet	50mg

註：1. 為強化 tramadol 之止痛效用，tramadol 亦有多種複方劑型（和 acetaminophen 或 dexketoprofen）；Codeine 亦有多種複方劑型，但都為止咳使用，故未羅列。

2. 註（）表示目前廠商尚未供貨。

表二、皮下滴注藥品間之轉換及使用（opioid rotation table）

4 小時給藥方式 （口服短效劑）		12 小時給藥方式 （口服長效劑）		三日給藥方式 （穿皮貼片劑）	24 小時給藥方式 （皮下滴注）
Morphine (mg)	Oxycodone (mg)	Morphine (mg)	Oxycodone (mg)	Fentanyl (mcg/h)	Morphine (mg)
10	5	30	15	12	30
15	7.5	45	20	25	45
20	10	60	30	37	60
25	12.5	75	40	50	75
30	15	90	45	50	90
40	20	120	60	75	120
60	30	180	90	100	180
80	40	240	120	125	240
100	50	300	150	175	300
120	60	360	180	200	360

1. 藥品間劑量轉換時，請參考橫向之資料
2. 以上之資料僅供參考，因為臨床上病人病情及體能狀態多變化，須參考當時的情況來做劑量之調整。
3. 參考文獻：本章參考文獻之十五至十八。

表三、和口服嗎啡同等止痛強度下藥品劑量換算表
(opioid rotation table)

藥品	以下藥品之劑量皆為同等止痛強度		
	靜脈、肌肉注射	口服	MME
Morphine	10 mg	30 mg	1
Fentanyl	0.1 mg	N/A	N/A
Oxycodone	10 mg	15-20 mg	1.5-2
Hydromorphone	1.5 mg	7.5 mg	4
Codeine	100-120 mg	200 mg	0.1-0.15
Buprenorphine	0.3 mg	0.75 mg SL	40
Tramadol	100 mg	150 mg	0.2
Fentanyl Patch	貼片劑	每日釋出相當於口服嗎啡日劑量	
	12 mcg/hr	30-45 mg	
	25 mcg/hr	60-90 mg	
	50 mcg/hr	120-180 mg	
	100 mcg/hr	240-360 mg	

- 註：1. MME：Oral morphine milligram equivalent，（該藥口服劑型和嗎啡口服劑型在同等止痛強度下藥品之劑量轉換係數）。
2. 以上之藥物間轉換係數為綜整國際上多種換算資料之結果。
3. 在同一藥品，注射劑型的生體可用率為100%，口服或其他劑型則會下降，因此相對強度會下降。
4. N/A：目前無此劑型或相關數據；SL：舌下錠；patch：貼片劑。
5. 參考文獻：本章參考文獻之第十至十八。

表四、Buprenorphine 和口服嗎啡在同等止痛強度下藥品之劑量換算表

Buprenorphine 舌下錠 (mcg/day)	Buprenorphine 貼片劑型 (mcg/h)	口服嗎啡錠 (mg/day)
240	5	10
480	10	24
960	20	48
1680	35	84
2520	52.5	126

- 註：1. 目前國內有之 buprenorphine 舌下錠劑量為 0.2、2 及 8mg。
2. Buprenorphine 之複方劑型 (buprenorphine / naloxone) 舌下錠之止痛效價計算同其單方劑型 (buprenorphine)。
3. 目前國內有之 buprenorphine 貼片劑之釋出劑量為 5、10、20、35、52.5 mcg/h。
4. 參考文獻：本章之參考文獻十四。

第八章

類鴉片藥品副作用的預防與處理

壹、前言（使用類鴉片藥品可能會產生的重要風險彙整）

一、類鴉片藥品所產生的呼吸抑制作用之風險

（一）類鴉片藥品可以直接作用在腦幹呼吸中心，產生呼吸抑制作用，使二氧化碳滯留並強化類鴉片藥品的鎮靜作用。

（二）呼吸抑制作用嚴重時，可危及生命。

二、在慢性阻塞性肺部疾患（COPD）、惡病體質（cachexia）或衰弱（fragile）、病危病人之風險

（一）在患有重度慢性阻塞性肺病或肺原性心臟病的病人，其呼吸儲備力大幅降低，且缺氧、高碳血症也會造成病人對於類鴉片藥品的耐受力大幅降低，易產生呼吸抑制及造成生命危險，應謹慎使用或避免使用。

（二）年長、惡病體質或重症衰弱病人，對於類鴉片藥品的耐受性亦會大幅降低，易致生命危險，應謹慎使用或避免使用。

三、併用苯二氮平（benzodiazepines）類藥品或其他中樞神經系統抑制劑（包含酒品）時之風險

（一）類鴉片藥品和苯二氮平類藥品或中樞神經系統抑制劑（包含酒品）併用，可能會導致重度鎮靜、呼吸抑制、昏迷及死亡，應避免併用。

（二）若在已經使用苯二氮平類藥品之病人，當要外加類鴉片藥品來止痛時，應使用較低的劑量。

四、於顱內壓偏高、腦瘤、頭部受傷或意識障礙的病人的風險

（一）類鴉片藥品可以抑制呼吸造成二氧化碳滯留，因而再度增高顱內壓，應謹慎使用。

- (二) 類鴉片藥品也可以產生鎮靜作用，因此會造成頭部受傷病人的臨床病程不易觀察。對於意識障礙或昏迷的病人應避免使用。

五、用於腸胃及膽道疾患病人之風險

- (一) 類鴉片藥品禁用於已知或疑似有胃腸道阻塞的病人，包含腫瘤造成的腸道阻塞或麻痺性腸阻塞 (paralytic ileus) 的病人。
- (二) 類鴉片藥品可以造成胰膽管出口之 Oddi 氏括約肌痙攣，而加重膽道阻塞疾病如急性膽囊炎、急性胰臟炎等，應避免使用。

六、用於患有心臟血管系統疾病的病人之風險

- (一) 類鴉片藥品可能會造成低血壓或高血壓（在少許情況）也可能會造成心搏過速或過慢。另，少數藥品（如 buprenorphine 或 methadone）在大劑量時也會延緩心內電流的傳導 (QT prolongation)。
- (二) 在患有心臟血管系統疾病的病人應謹慎使用，並密切監測其心臟血管系統之功能。

七、駕駛及操作機械之風險

- (一) 類鴉片藥品在初始使用或在上調劑量時，病人宜避免駕駛車輛或操作機械。
- (二) 在其他的狀況下，病人應自行評估其反應及應對能力，但仍應小心為上。

八、成癮 (addiction)、濫用 (abuse)、誤用 (misuse) 之風險

- (一) 在處方類鴉片藥品給病人前應評估類鴉片藥品是否會造成病人成癮、濫用或誤用的風險，尤其在病人為疑似或曾患有物質使用疾患 (substance use disorder) 或精神疾患（如重度憂鬱症）。
- (二) 這類病人在用藥時，可商請精神科醫師協助。

九、兒童因意外食入或誤用（如貼布）所造成之風險

- （一）類鴉片藥品為管制藥品，應和常用之其他藥品分開儲藏且置於兒童不易拿取之地方。
- （二）若兒童有意外食入或誤用時應儘速就醫。

十、其他風險（藥品的交互作用）

類鴉片藥品可以作用在身體多處的組織器官，且會和某些藥品（如 serotonin specific reuptake inhibitor、serotonin norepinephrine reuptake inhibitor、MAO inhibitor）產生交互作用，而增加了副作用，故應留意之。

貳、類鴉片藥品使用常見的禁忌症

一、絕對禁忌症（應避免使用）：

- （一）痙攣狀態（seizure），
- （二）急性酒精中毒者，
- （三）對該藥品過敏者。

二、相對禁忌症（應謹慎使用）：

- （一）心、肝、腎、呼吸機能有障礙者，
- （二）腦部器質性障礙者，
- （三）休克狀態或代謝性酸血症（metabolic acidosis）者，
- （四）甲狀腺機能低下者，
- （五）腎上腺皮質機能低下者，
- （六）新生兒、幼兒、高齡、衰弱者，
- （七）前列腺肥大致排尿困難者，
- （八）器質性幽門狹窄、麻痺性腸阻塞者，
- （九）有類鴉片藥品使用疾患者（opioid use disorder）。

參、使用類鴉片藥品對於個別器官系統可能會發生的副作用 (圖一)

一、中樞神經系統 (CNS)

- (一) 情緒的愉悅感，
- (二) 嗜睡、鎮靜和睡眠疾患，
- (三) 幻覺，
- (四) 煩躁不安和躁動，
- (五) 頭暈、頭痛甚至癲癇發作，
- (六) 譫妄，
- (七) 沮喪，
- (八) 認知障礙 (即記憶力、注意力、決策力及反應力)，
- (九) 痛覺過敏，
- (十) 異常的用藥行為 (類鴉片藥品使用疾患)。

二、眼部系統

- (一) 瞳孔收縮，
- (二) 就算在暗室，瞳孔一樣會收縮 (pin-point pupils)，
- (三) 若病人同時有腦部缺氧的情形時，瞳孔則會放大。

三、呼吸系統

- (一) 呼吸抑制是最嚴重的不良反應，也可能是由藥品過量所引起的，
- (二) 當與苯二氮平類藥品、其他中樞神經系統抑制藥品或酒精 (酒品) 一起服用時，呼吸抑制和死亡的風險會大大增加。

四、心血管系統

- (一) 血壓降低，

(二) 周邊肢體水腫 (腫脹)。

五、胃腸系統

(一) 便秘、噁心和嘔吐，

(二) 胃腸內容物排空延遲。

六、泌尿生殖系統

(一) 尿液滯留，

(二) 男性睪丸激素及女性雌性激素在血中的濃度下降，

(三) 藥品會穿過胎盤及於乳汁中分泌。

七、肌肉骨骼系統

(一) 骨骼肌強直 (muscle rigidity)，導致呼吸困難，尤其是 fentanyl 採靜脈注射時，

(二) 骨質疏鬆症。

八、皮膚系統

(一) 搔癢，

(二) 在靜脈、肌肉、皮下注射時皆有可能產生。

(三) 在脊髓腔內或硬脊膜外腔給予時也有可能產生；但 (二)、(三) 之致癢機轉不同。

九、免疫系統

長期使用可能會抑制免疫系統。

十、其他情形

(一) 耐藥性 (tolerance)，

(二) 身體依賴性 (physical dependence)，

(三) 成癮 (addiction)，

(四) 死亡 (death)。

肆、常見副作用的預防及治療

一、便秘

(一) 說明：類鴉片藥品會造成胃及腸道的平滑肌張力增加及減少胃腸系統的蠕動，因而造成胃腸排空減緩及便秘。

(二) 預防

1. 常態服用類鴉片藥品者，幾乎都要預防便秘的產生，且此副作用不會出現耐藥性 (tolerance)，便秘的可能性會長久存在。
2. 可預防性的給予軟便劑 (如 MgO) 或刺激性瀉劑 (如 sennoside、cascara)，當類鴉片藥品日常使用劑量增加時，以上藥品的劑量也要上調。
3. 鼓勵病人每日攝取足量的水分。
4. 鼓勵病人每日攝取高纖蔬果。
5. 鼓勵病人運動，以促進腸蠕動。

(三) 當便秘發生時

1. 查看有無其他原因 (鑑別診斷)，如其他藥物的作用或腫瘤造成或有無腸道阻塞。
2. 給予輕瀉劑 (laxatives)。
3. 加上其他止痛輔助劑，以降低類鴉片藥品的使用。

(四) 如果持續有便秘現象

1. 查看是否有腸道阻塞，並查明有無其他原因。
2. 給予較強效的瀉劑，可以經直腸給藥，但應注意其副作用。
3. 考慮加上其他的止痛技術或治療，以減輕疼痛的發生，並減少類鴉片藥品的使用。
4. 考慮類鴉片藥品間的轉換。

二、呼吸抑制

(一) 說明

1. 類鴉片藥品可以透過抑制腦幹的呼吸中樞來達到呼吸抑制作用。
2. 病人的心肺功能不佳也會增加此副作用的發生。
3. 呼吸次數 <10 次 / 分則應做處理，通常高二氧化碳血症 (hypercapnia) 會先發生。

(二) 當呼吸抑制現象 (<10 次 / 分) 發生時

1. 查看造成此現象的原因 (鑑別診斷)，如病人心肺或其他器官功能衰竭、腦內病變、共用其他鎮靜藥品。
2. 降低類鴉片藥品的使用劑量。
3. 增加呼吸功能監測。
4. 必要時，給予 naloxone 靜脈滴注以解除類鴉片藥品的呼吸抑制，並適當給予其他無鎮靜作用的止痛藥品。
5. 尋求其他醫療人員的協助，必要時給予呼吸器治療。

三、鎮靜作用 (sedative effect)

(一) 說明：類鴉片藥品透過對中樞神經的直接作用或因呼吸抑制作用造成血中二氧化碳蓄積的而造成鎮靜作用。

(二) 當鎮靜作用發生時

1. 要做鑑別診斷：如癌症造成的疲勞 (fatigue)、腦內有病變、同時使用其他具有鎮靜作用的藥品，或其他 (脫水、感染、缺氧)。

(三) 如果是類鴉片藥品造成

1. 調降類鴉片藥品的劑量。

2. 考慮給予 caffeine。

(四) 如果鎮靜作用嚴重

1. 再次評估造成的原因。
2. 加入其他非藥品的止痛療法，以降低類鴉片藥品的使用。
3. 考慮做類鴉片藥品間的轉換。

四、譫妄 / 躁動 (delirium / restless)

(一) 說明：在給藥初期、在老年人、腦部共病症、腎衰竭病人，或是因某些類鴉片藥品代謝物（如 morphine-3-glucuronide、hydromorphone-3-glucuronide）在體內之長期蓄積時可能會發生譫妄 / 躁動。

(二) 當譫妄 / 躁動發生時

1. 查看可能會引起譫妄 / 躁動的原因並做鑑別診斷（如中樞神經系統病變或其他藥物的作用），再給予適切的治療。
2. 考慮給予其他的非類鴉片藥品止痛劑，來減少類鴉片藥品的使用。
3. 考慮調降或轉換類鴉片藥品。

(三) 當譫妄 / 躁動持續存在時，請精神科醫師協助處理。

五、認知功能障礙 (cognitive impairment)

(一) 說明：類鴉片藥品透過對中樞神經的直接作用或因呼吸抑制作用造成血中二氧化碳蓄積的而影響認知功能。

(二) 通常病人在穩定劑量的類鴉片藥品連續使用二週以上，認知功能障礙鮮少發生。

(三) 在初始給藥或劑量有上調時則可能會發生此副作用。

- (四) 當合併使用苯二氮平類藥品 (benzodiazepines) 或 gabapentin 時，本副作用有可能會發生。
- (五) 查明原因並做鑑別診斷，再給予適切的治療。

六、噁心與嘔吐

(一) 說明：類鴉片藥品可以直接作用在腦幹上的嘔吐中心 (chemoreceptor trigger zone and vomiting center) 或透過迷走神經的作用來產生噁心及嘔吐。

(二) 預防

1. 噁心與嘔吐為類鴉片藥品常見的副作用，通常出現在使用的初期 (一週內) 或在增加劑量時。
2. 對於之前使用類鴉片藥品會產生噁心與嘔吐的病人，可以預防性的給予止吐劑。

(三) 當噁心與嘔吐發生時

1. 查看有無其他原因 (鑑別診斷)，如放射治療、化學治療、腸道阻塞、腦內病變。
2. 給予止吐劑治療。
3. 給予類固醇 dexamethasone 治療。

(四) 若噁心與嘔吐持續一週以上

1. 重新評估噁心與嘔吐發生的原因。
2. 考慮加上其他止痛技術或治療，以減輕疼痛的發生，並減少類鴉片藥品的使用。
3. 考慮類鴉片藥品間的轉換。

七、皮膚搔癢 (pruritus)

(一) 說明

1. 當經由非中樞神經途徑給予時，類鴉片藥品引起的皮膚搔癢可能是因為身體組織內或細

胞中組織胺 (histamine) 的釋放，當經由中樞神經途徑 (如脊髓腔內或硬脊膜外腔) 給予時，可能是因為類鴉片藥品改變了中樞神經系統對於疼痛的調節機制而產生了皮膚搔癢的異常感覺。

2. 在藥品給予後若發生皮膚搔癢且合併有起紅疹、斑疹、氣喘、血壓下降時，那是藥品過敏反應，應立即停止該藥品的給予，並應查明有無其他過敏原因。

(二) 當皮膚搔癢發生時

1. 對於非經中樞神經系統給藥所引起的皮膚搔癢症可以給予抗組織胺。
2. 對於經中樞神經系統給予類鴉片藥品所引起的皮膚搔癢症，則應停止該種給藥方式，而改由其他的給藥途徑。

(三) 當皮膚搔癢持續時

1. 應考慮更換為其他的類鴉片藥品。
2. 必要時，以小劑量 naloxone 靜脈輸注，拮抗類鴉片藥品所產生的副作用。
3. 並可加入其他非類鴉片藥品止痛劑來協助止痛。

八、尿滯留 (urinary retention)

(一) 說明：尿滯留 (urinary retention)：類鴉片藥品會強化膀胱括約肌 (sphincter) 的收縮力道，而致使排尿困難。在給藥初期 (1 週內)、在男性、攝護腺肥大或下腹腔有腫瘤者較易發生。

(二) 在男性有攝護腺肥大者或下腹腔有腫瘤者，宜減量使用類鴉片藥品或使用膀胱括約肌鬆弛劑 (如 doxazosin)。此副作用 (尿滯留) 通常僅發生在類鴉片藥品使用的初期 (1 週內)，隨後則逐漸減弱。

九、其他（相對少見）

- （一）姿勢性低血壓：在身體虛弱、老年人或臥床時間較久之病人較易發生，這些病人在起身時宜緩慢為之。
- （二）抽搐（twitching）、肌痙攣（myoclonus）、癲癇發作（seizure）：可能和某些類鴉片藥品的代謝產物（如 morphine-3-glucuronide、hydromorphone-3-glucuronide）在體內的蓄積有關（在腎衰竭的病人）。此時應降低給藥劑量或做藥品間的轉換。

伍、參考文獻

- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>

- 六、BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 七、DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfc.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 九、World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 十、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十一、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRHJlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing>
- 十三、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。

- 十四、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 十五、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十六、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>

圖一、使用類鴉片藥品對於以下器官系統可能會發生副作用



第九章 復健治療

壹、前言

- 一、在接受安寧緩和醫療或末期的病人（以下簡稱安寧/末期病人），身體通常會比較虛弱，且其器官功能也可能在非健康的狀態。而造成器官功能不佳的因素有長期住院、適應不良、疼痛、疲勞、進行性虛弱、營養不良、焦慮/憂鬱、對他人的負擔感、器官衰竭（如心臟、呼吸衰竭等）、神經損傷和肌肉骨骼問題等。在末期癌症病人還可能因腫瘤效應出現肌肉萎縮/減少，或因癌症治療產生疲勞而逐漸喪失日常活動/行動能力，導致生活品質下降。
- 二、安寧/末期病人的復健治療常被忽略。復健治療的介入，可幫助安寧/末期病人維持或恢復其身體功能、保持活動能力和獨立性、改善症狀、提升生活品質、減輕家庭和照顧人員的負擔。
- 三、安寧/末期病人的復健治療包含物理治療、職能治療、心理治療及言語/吞嚥治療。依其治療的目標及配合安寧共同照護，以跨領域團隊的方式來提供病人生理及心理方面的復健照護。

貳、復健類型

依據病人的疾病階段、身體器官功能和治療目標，分類如下（圖一）：

- 一、預防性復健：在診斷出危及生命的疾病後開始，提供復健治療來預防或減輕可能因疾病或其治療引起的失能。
- 二、恢復性復健：當預期長期損害有限或會改善，且病人仍有部份的自主活動功能時，提供復健治療可促進病人身體器官功能的恢復。
- 三、支持性復健：對於進展性疾病且身體器官功能障礙會

逐漸增加而不可逆時，復健治療可經由強化自我照顧和活動能力來提昇功能。

- 四、緩和性復健：在安寧病人，透過緩解症狀（如疼痛、麻木、水腫、呼吸困難）和預防併發症（如關節攣縮、褥瘡）來維持生活品質、減少行動和對照顧活動的依賴，同時提供舒適和心理 / 精神上的支持。

參、復健強度

可依疾病進展來調整，即使疾病進展到末期階段，仍然可在病人的床邊進行復健治療，例如對肢體進行被動或主動的關節活動、利用經皮電刺激減緩麻木、對腫脹四肢進行徒手或循環器按摩、或利用姿勢擺位來緩解咳嗽或呼吸困難。

肆、復健目標

- 一、先與病人及家屬對復健治療的目標進行溝通並共同決策合適的復健計畫。
- 二、即使在疾病末期，也可以通過肌力強化、關節活動、行走、平衡防跌、移位訓練、緩解疼痛 / 麻木、策略衛教、提供輔助設備、改造環境等方式來幫助 / 維持或減緩功能衰退，並提高日常活動能力和行動力。
- 三、復健計畫須考慮當下病人的病情、情緒、功能、耐力、環境和可用資源。治療的方向應關注病人的生活品質、功能 / 獨立性和社會心理健康的提昇，而非僅是生存時間是否延長。
- 四、客觀成效測量包括病人活動能力、疼痛評分及焦慮憂鬱程度的改善，和對醫療人員的滿意度（詳見表一）。同時也需注意醫療人員及照顧者的身心負擔。當病人身體器官功能狀態出現變化時，治療必須保持一定的彈性、尊重病人的選擇和允許復健治療計劃的頻繁中斷。
- 五、在每次跨團隊會議中，應多面向評估每位病人的需求，必要時應調整 / 修正復健計畫。在臨終關懷和緩和醫

療治療環境下運用復健治療對癌症和非癌症病人都有助益。

伍、啟動復健治療的時機：

- 一、經常在家摔倒。
- 二、有影響日常生活的認知功能變化。
- 三、有限制身體活動和功能的疼痛 / 麻木出現。
- 四、有興趣接受長期的指導及訓練計畫。
- 五、病情惡化需要住院治療並伴有功能狀態下降。
- 六、照顧人員或家庭成員報告照顧負擔增加。

陸、常見各類疾病的復健需求

一、癌症

(一) 晚期癌症病人最常見的復健適應症為：疼痛、疲勞、呼吸困難、長期臥床、身體機能失調、關節攣縮或肌肉萎縮、藥物 / 手術放射治療所導致的後遺症（如淋巴水腫、吞嚥障礙）等。

(二) 控制癌症疼痛的復健方式分為四類

1. 疼痛的調節 (nociceptive modulators)：如經皮電刺激 (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)、熱和冷水療。
2. 穩定或緩和致痛機轉 (stabilization or unloading strategies on painful structures)：如姿勢擺位、振動、反刺激和減敏感技術、徒手淋巴導引及按摩、本體感覺神經肌肉促進 (proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF) 技術。
3. 使用物理治療儀器來緩解疼痛 (modalities with physiologic effects that indirectly influence nociception)：如中頻干擾波、超音波、光和雷射治療。

4. 對肌肉骨骼疼痛進行復健 (rehabilitation approaches to manage musculoskeletal pain) 包括輔具、治療運動、RICE 原則 (休息 rest、冰敷 ice、加壓 compression 和抬高 elevation)、筋膜激痛點放鬆技術等。

二、慢性呼吸系統疾病

- (一) 肺復健可顯著改善呼吸困難、提升運動耐力、減少焦慮並降低再住院率。
- (二) 肺復健由四個基本部分組成：
 1. 運動訓練：上下肢耐力訓練、肌力訓練、呼吸肌訓練、放鬆技術、呼吸調節技術和粘液排出技術。呼氣道清潔的方法包括用力呼氣、體位引流、使用吐氣末正壓、震動吐氣末正壓裝置 (如 Flutter valve® and Acapella®) 和高頻胸壁振盪治療 / 助咳機等。
 2. 教育：呼吸練習、說話、呼吸和吞嚥技巧、體適能調節、工作簡化和臨終教育
 3. 心理 / 精神 / 靈性 / 社會支持力的強化：應對策略和壓力管理。
 4. 成效評估：如六分鐘步行測試、原地腳踏車測試 (symptom-limited cycle ergometer test)、住院病人非藥品氣道清除成效評估 (表二)。

三、心臟衰竭

- (一) 心臟衰竭的病人常會反覆住院。不活動會造成肌肉萎縮，導致運動耐力不足和運動功能失調。呼吸肌肌力下降會導致疲勞和活動時呼吸困難。
- (二) 復健運動可以改善心臟衰竭病人的臨床症狀和預後。研究顯示在復健治療後運動耐力、呼吸困難、疲勞、生活質量和執行日常生功能能力皆可

得到改善，並減少焦慮和憂鬱，降低再入院率和死亡率。

- (三) 完整的個人化心臟復健計畫包括：監督下連續和間歇性有氧訓練、體能活動諮詢、社會心理支持以及體重控制和戒菸教育。
- (四) 對於穩定無合併嚴重心律不整且沒有其他運動限制的輕、中度心臟衰竭病人，心臟復健是合適的選擇。對於重度心臟衰竭病人，無足夠的實證顯示進行心臟復健治療會有助益。

四、神經退行性疾病

這類病人包括肌萎縮側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis, ALS）、癡呆、帕金森病和其他運動障礙。疾病的特徵為進行性且不可逆的神經功能喪失，導致病人逐漸失去活動和生活獨立能力。藉由安寧緩和復健治療可減輕症狀，同時提高活動功能和自立能力。

- (一) 肌萎縮側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis, ALS）
 1. 疾病的特徵是病人有著退化行性的下運動神經元（lower motor neurons）損傷（肌肉萎縮、中軸肌無力、呼吸肌無力、上肢肌無力和手功能障礙、言語和吞嚥障礙）和上運動神經元（upper motor neurons）損傷（張力、不協調）。除了運動障礙，病人還承受疼痛、疲勞、呼吸困難和流涎的沉重負擔。
 2. 復健治療最初會對病人進行步態和平衡訓練。隨著疾病的進展，會調整成手動或電動輪椅使用的訓練。對吞嚥功能障礙的病人，語言治療、吞嚥技巧訓練和飲食調整，可以增加吞嚥的安全性。

- (二) 癡呆症（dementia）

對於患有阿滋海默症（Alzheimer disease）的病

人，運用復健治療可以改善病人的生活品質以及身體活動功能。

(三) 帕金森氏症 (Parkinson disease)

1. 對於此類病人的復健目標為改善睡眠質量和身體機能 (包括步態和平衡)。
2. 復健治療可在短期內 (< 3 個月) 改善病人步態及速度。可使用的量表有六分鐘步行測試 (表二) 及功能性伸取測試、Berg 平衡量表和帕金森病評定量表 (UPDRS) (表三)。

五、其他

在患有器官衰竭的老年病人，病情可能會快速惡化且不易掌控。在求診 / 住院期間，可能僅有很短的機會可以提供復健服務。

柒、復健利用不足

- 一、對於安寧 / 末期病人，復健治療是可以提供有效的協助。
- 二、但一般來說，安寧病人的復健利用率在質與量上都不足。

捌、復健的風險

復健治療的潛在風險包括因操作或運動而加劇疼痛、對骨轉移的病人導致骨折、在心血管方面的風險和復健過程中的跌倒。為減少 / 降低這些風險，應以監督式個別化復健治療來確保病人的安全。

玖、復健服務場域

- 一、對安寧 / 末期病人，可提供復健服務的場域包括各等級之醫院、復健診所、專業護理機構、臨終關懷機構和家庭。
- 二、在不同場域，其服務強度和範圍可能有所不同，抉擇因素包含疾病類型 / 穩定性、總體病程、照顧目標、病人的認知、治療耐受性、動機、願望及偏好。

拾、終止服務的時機

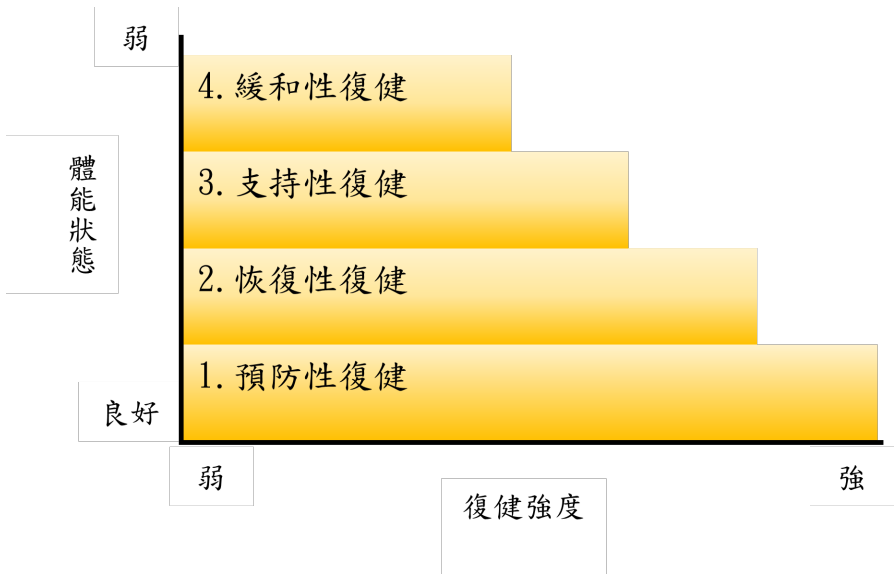
- 一、病人的復健目標已達到。
- 二、病人和 / 或其家人拒絕接受治療服務。
- 三、物理或職業治療無法提供所需的治療服務。
- 四、病人從醫院或住院設施出院。

拾壹、參考文獻

- 一、Javier NS, Montagnini ML. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. *J Palliat Med.* 2011;14(5):638-648.
- 二、Kanach FA, Brown LM, Campbell RR. The Role of Rehabilitation in Palliative Care Services. *Am J Phys Med Rehabil.* 2014;93(4):342-345.
- 三、Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The Benefits of Rehabilitation for Palliative Care Patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2015;32(1):34-43.
- 四、Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(6):1239-1252.
- 五、López-Sendín N, Albuquerque-Sendín F, Cleland JA, Fernández-de-las-Peñas C. Effects of Physical Therapy on Pain and Mood in Patients with Terminal Cancer: a Pilot Randomized Clinical Trial. *J Altern Complement Med.* 2012;18(5):480-486.
- 六、Wittry SA, Lam NY, McNalley T. The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(6):889-896.
- 七、Cheville AL, Basford JR. Role of Rehabilitation Medicine and Physical Agents in the Treatment of Cancer-Associated Pain. *J Clin Oncol.* 2014; 32(16):1691-1702.
- 八、Evans RA. Developing the Model of Pulmonary Rehabilitation for Chronic Heart Failure. *Chron Respir Dis.* 2011;8(4): 259-269.

- 九、 Bužgová R, Kozáková R, Bar M. Pain, Physical Symptoms and Functional Assessment in Progressive Neurological Disease in Palliative Care. *BMJ Support Palliat Care*. 2020; bmjspcare-2020-002416.
- 十、 Groot C, Hooghiemstra AM, Raijmakers PGHM, Van Berckel BNM, Scheltens P, Scherder EJA, Van Der Flier WM, Ossenkoppele R. The Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Patients with Dementia: a Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Ageing Res Rev*. 2016; 25:13-23.
- 十一、 Round J, Leurent B, Jones L. A Cost-Utility Analysis of a Rehabilitation Service for People Living with and Beyond Cancer. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:558.
- 十二、 Wessex Palliative Physicians. *The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide*. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 十三、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. *Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management*. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 十四、 BC Centre for Palliative Care. *B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain*. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>

圖一、安寧病人復健的類型



表一、 McGill 生活品質量表 (McGill Quality of Life Questionnaire ; MQOL)

<p>Cohen 等人 (1997) 所設計，為病人自我報告的量表，其接受性、內在一致性、再測信度、建構效度以及對生活品質變化的反應性 (responsibility)，在國內外均已經過測試且具良好的研究證據。</p>
<p>一、共 16 項有關病人過去幾天生活品質衝擊的題目，包括身體症狀 (3 題)、身體安適 (1 題)、心理安適 (4 題)、靈性存在安適 (6 題) 和社會支持 (2 題) 等五大層面，為數字量尺的反應型態，兩端分別從 0 分 (最不希望的情境) 到 10 分 (最希望的情境)，所有五大層面項目的總分平均得分為 MQOL 總分。</p> <p>二、有單題之整體生活品質自我評分量尺 (0 分為遭透了，10 分為好極了)，評估過去二天病人生活中所有身體、心理情緒、經濟社會和靈性部分的感受 (單題生活品質得分常被視為自覺生活品質最佳的黃金指標)。</p>
<p>特色為摒除以往量表偏重身體功能的評量忽略靈性存在的範疇而予以強調，考慮末期病人無法集中注意力及有限體力，故在問題陳述上力求精簡，並以數字化量表使此量表的回答，填答所需花費的時間約 10-15 分鐘，皆以過去二天為參考時間範圍，以反映出病人實際狀況。</p>

參考文獻：

1. Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. Palliat Med. 1997;11(1):3-20.
2. 胡文郁。臺灣文化脈絡下癌末患者之生活品質。台灣醫學，2004；8：688-697.

表二、肺復健成效評估

評估表單名稱	出處
六分鐘步行測試 (The Six-Minute Walk Test, 6MWT)	Respiratory Care August 2003, 48 (8) 783-785.
原地腳踏車測試 (Symptom-limited Cycle Ergometer Test)	ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th Edition. Chapter 9
住院病人非藥物氣道清除治療成效 (Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients)	The AARC (American Association for Respiratory Care) clinical practice guidelines https://www.aarc.org/resources/clinical-resources/clinical-practice-guidelines/

表三、身體功能相關評定量表

評估表單名稱	出處
<p>功能性伸取測試 (Functional Reach Test)</p>	<p>Hsiao MY, Li CM, Lu IS, et al. An investigation of the use of the Kinect system as a measure of dynamic balance and forward reach in the elderly. <i>Clinical rehabilitation</i>. 2018;32(4):473-82.</p>
<p>Berg 平衡量表 (Berg Balance Test)</p>	<p>Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Berg Balance Test to predict falls in elderly persons. <i>Phys Ther</i>. 1996;76(6):576-585.</p>
<p>帕金森氏症評定量表 (Unified Parkinson's Disease Rating Scale , UPDRS)</p>	<p>Movement Disorder Society Task Force on Rating Scales for Parkinson's Disease. The Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS): status and recommendations. <i>Mov Disord</i>. 2003;18(7):738-750.</p>

第十章 心理 / 精神、社會及靈性的支持

壹、前言

- 一、末期病人及其家屬所面臨的不僅是疾病無法治癒及死亡不可避免的生命脅迫，更是受身、心、靈及社會多層面複雜糾結煎熬的「整體苦難」（total suffering，圖一）。當病人覺得持續的受苦且無望被緩解時，亦發感到生命的孤獨與晦暗，自殺、要求安樂死常成為其對生命灰心之訴求。世界衛生組織定義「安寧緩和療護」（hospice palliative care）為：「藉由完善的評估，預防及緩解病人之身、心、靈及社會之相關痛苦，協助生命受威脅的病人與其家屬，增進生活品質」。因此，末期病人的照護需以「全人照護」多面向的模式，協助提升生活品質，並使病人積極地活到死亡自然來臨的那一刻。
- 二、安寧緩和照護團隊是個特殊的醫療照護團隊，屬於跨科際的團隊，但其組成成員、工作場域、工作目標以及任務與一般的醫療團隊極為不同，團隊成員必須調適其角色的落差及特殊性。社工師、心理師與宗教師（關懷師）均屬安寧緩和照護團隊的核心成員，而如果病人有明顯的精神症狀，精神相關專業人員也必須納入團隊輔助照護。
- 三、對於安寧緩和照護中常見的症狀如疲憊、疼痛等，提供心理、社會與靈性的支持，除能協助病人外，也能提升照顧者的生活品質。從診斷開始，影響的不只是病人，更是整個家庭。家庭會面對情緒上的緊張、照顧負擔、對病人健康的不確定感、害怕面對家人死亡、存在的意義、家庭中角色與生活型態的改變、經濟壓力、病人與家屬間意見及需求的差異等。這些對家庭來說都是很大的衝擊與負擔。
- 四、心理方面的著墨在安寧照護領域中非常重要，無論是對病人或家屬的心理陪伴、對團隊合作的促進、對團隊與機構間的溝通、或對安寧緩和照護品質的持續提

升與研究。在醫療團隊中，心理師可以強化團隊對病人及其家屬在心理/精神上的支持，也可讓團隊成員感受到整體團隊個別功能角色的重要性。

- 五、末期與臨終病人的靈性議題常見有以下七大類：自我尊嚴感喪失、自我放棄、不捨、死亡恐懼、心願未了、對正法認識不正確以及其他經由轉介宗教師安撫陪伴的議題。靈性照顧首重協助病人接受死亡，解決造成生死困頓的靈性問題，並從生命的肯定、心願的完成、法門的學習等，讓病人了解及感應在受苦的身心外，靈性的存在，並在有限的生存期中，追求心智成長。
- 六、整體言之，心理、靈性及社會的支持與安寧緩和全人照顧的概念緊密相繫、互相連動。良好的疼痛緩解也須強化這三方面的支持力，方能達到最佳的效果。

貳、疼痛治療所面臨的問題

疼痛治療是安寧緩和照護中的重要內涵，然若在心理/社會/靈性方面的支持力不足時，疼痛治療的成效也不會彰顯。以下是常見的影響因素：

- 一、家庭與社會支持力：家屬可能會拒絕止痛藥品的使用、自行調整藥品或是停藥。其原因可能是對於成癮藥品的恐懼、對藥品治療的錯誤觀念、將疾病進展認知是治療失敗而對治療建議不具信心，以及其他的文化因素等。此時安寧緩和照護團隊成員必須仔細說明用藥的目的、評估是否有不適當用藥經驗、指導正確用藥觀念、調整藥品並監測副作用，以減少過度憂慮及提升遵醫囑性。
- 二、心理靈性因素

(一) 焦慮

因生理疼痛或是心理不安，病人常會合併有焦慮或失眠症狀，此時除了改善其生理症狀、提升舒適度以加強自然入睡的機會外，適度給予抗焦慮藥品或安眠藥，可讓病人維持良好且規律的睡眠與心情、減少體能的消耗及達到心情平穩與愉快。

(二) 整體苦難 (total suffering)

每個人的死亡不只是肉體死亡，而是一個完整個體的死亡（全人）。在心身醫學的領域裏，臨終照顧是一個包含生理（身體）、心理（精神）、社會及靈性的照顧。末期病人會面臨整體苦難（total suffering）的狀況（圖一）：

1. 生理（身體）痛苦：如全身各處的疼痛、喘（呼吸困難）、胃腸症狀等。
2. 心理（精神）痛苦：如焦慮與沮喪等。
3. 社會痛苦：如經濟問題、家庭問題等。
4. 靈性痛苦：如尋找人生意義、探索死亡真相、尋求心靈依歸等。

而此四種不同的痛苦會彼此影響，並造成病人更大的痛苦。

(三) 失志症候群 (demoralization syndrome)

1. 失志症候群的症狀包括持續存在的絕望、無助感和生命意義與目的的失落。在有情緒困擾的癌症病人中，常見一半患有憂鬱症，另一半則是患有失志症候群。在失志症候群中，病人自殺的機率甚至高於憂鬱症。
2. 失志症候群和憂鬱症不同，憂鬱症病人對任何事物都覺得無力、無感。失志症候群病人則是聽到笑話還是會笑，但就是覺得活著沒意義。根據美國和澳洲訂定的指引：病人若是天天感到無助且持續一個月，就可診斷為失志症候群。臨床人員可使用 The Short Demoralization Scale (SDS) 量表來評估，此量表包含 24 個項目，而該 24 個項目分屬 loss of meaning and purpose、dysphoria、disheartenment、helplessness、sense of failure 這五大面向的分數。

參、心理 / 精神、社會、靈性的支持方式

一、心理 / 精神介入

- (一) 協助病人及其家庭成員或重要關係人對疾病的認知，
- (二) 建立危機處理模式，
- (三) 提升挫折承受能力，
- (四) 釐清病人及其家庭的人生觀、價值觀、意義觀，
- (五) 追蹤並處遇病人及家屬的情緒反應，
- (六) 了解餘生期待：如治療的選擇、照顧場所的選擇、生活安排等。醫療團隊對於病人餘命的認知是否與家屬的期待一致？若不一致，醫療團隊應協助召開家庭會議來取得共識。

二、社會支持

- (一) 社會資源轉介：當評估病人的家庭支持系統與經濟狀況為弱勢時，應協助給予社會資源諮詢、轉介、經濟補助…等。
- (二) 情緒支持：當病人及其家屬因疾病歷程所引發情緒及家庭問題時，引導情緒渲洩及情感表達，促進家庭和諧。
- (三) 靈性關懷：協助聯繫宗教牧靈人員提供病人信仰的支持，陪伴走完人生最後一刻。
- (四) 強化醫病溝通，促進醫病關係融洽。
- (五) 心願完成：病人如有心願或期望待完成，可透過不同的方式協助其完成心願。
- (六) 出院安置計畫：提供居家及長期照護相關資訊，討論及規劃病人出院後之照顧及安置問題。
- (七) 喪葬協助：引導病人及家屬正向討論後事準備，包括安葬方式及遺物交託等。
- (八) 遺族關懷：在病人過世後，持續遺族關懷。處理

家屬在適應過程中的悲傷與失落情緒，促使重新展開新生活。

三、靈性支持

- (一) 鼓勵病人做生命回顧並敘述他們的往事，協助病人辨認生命的目的、價值與意義，
- (二) 探討愧疚、譴責、懊悔、原諒和復和的問題，
- (三) 探討痛苦的原因：是因為現即的狀況或因長期的憂鬱、愧疚或衝突，
- (四) 鼓勵病人把他的信念或人生哲理實際運用在目前的狀況，
- (五) 尊重/重視病人的特別節日、飲食限制、禮俗、重要宗教觀念等，
- (六) 舉行宗教儀式如頌經、祈禱、受洗、懺悔、打坐等，
- (七) 鼓勵運用痊癒心靈的技巧，如放鬆、想像、音樂、閱讀等。

肆、辨別疼痛 (pain) 與受苦 (suffering)

- 一、如果病人對於疼痛的主訴並不符合客觀的疼痛評估，需考慮病人的狀況可能不只是生理上的疼痛，而是包含其他因素的受苦。如果未被適當辨識，病人的疼痛可能就無法被適當緩解。
- 二、苦難 (suffer) 不同於疼痛 (pain)，而是包含更複雜多層面的概念，是威脅到個人完整的苦痛 (the distress that threaten wholeness of the person)。不單指身體不適，而是身、心、靈 (存在性) 及社會不同層面的苦難彼此間相互關聯，交織而成的「整體苦難 (total suffering)」。受苦或稱苦難 (suffering) 對於我們來說是相當基本的經驗，每個人一生中或多或少都會受苦。受苦的原因不勝枚舉，諸如疼痛、疾病、心理壓力或負面情緒等等都可以造成受苦。末期病人在體弱氣衰之餘，不只有多重的生理不適，更處於社會文化

脈絡之中，須面對許多身、心、靈性及社會錯綜複雜之困擾。因此，在照護病人時，不能單單處理表面的身體症狀，而忽略其他交錯影響的因素。若未能辨識病人所承受苦難之內在本質，醫療照護者不但無法緩解病人苦難，反而可能會增加病人的苦難。苦難並非一個需要答覆或解決的問題，而是需要理解與陪伴。照護者須敏察引發苦難背後的意涵，積極的陪伴與臨在（being with）。在安寧照護領域中，須謹記醫療人員所面對的是「不治之病、可療之症」，當面臨疾病不可治癒時，「緩解苦難」（relief of suffering）為醫療首要目標。末期病人面臨身體、心理、社會與靈性多層面複雜交織的衝擊，因處情境脈絡不同，反應具有個別性，而對照護的需求也就不同，但「全人照護」的需求是一致的。

伍、總結

當病人面臨疾病加劇、症狀未獲控制、挫敗與無意義感、天人物我關係斷裂、摯愛支持不足、擔憂經濟負荷與造成家人負擔時，各層面相互交織都會加重末期病人不平安與痛苦。醫療照護者需細膩敏察影響病人行為表象背後之意涵，進一步加以協助。為其「量身訂做」照護計畫，提供適時適境的心理/精神、社會與靈性的支持與照護，除可讓疼痛控制更臻理想，也能夠緩解其受苦。

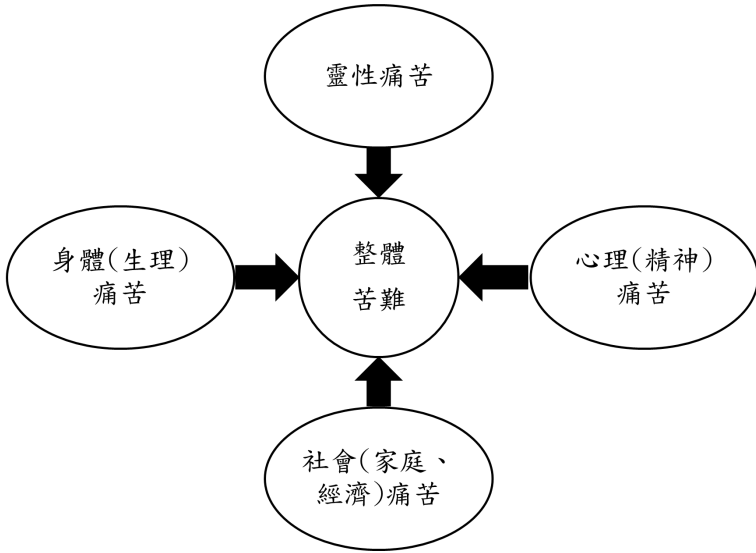
陸、參考文獻

- 一、Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine (6th ed.) Oxford: Oxford University Press; 2021.
- 二、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 三、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management.

2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 四、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 五、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 六、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 七、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 八、 DynaMed. Pain management in palliative care. EBSCO Information Services. 2018.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 九、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 十、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf>

- 十一、 Galiana L, Rudilla D, Oliver A, Barreto P. The Short Demoralization Scale (SDS): a New Tool to Appraise Demoralization in Palliative Care Patients. *Palliat Support Care*. 2017;15(5):516-523.
- 十二、 楊婉萍、賴維淑、趙可式。協助一位末期病人面對整體苦難之全人照護經驗。 *護理雜誌*，2008；55(6)：101-106。
- 十三、 財團法人基督教史懷哲宣道會。安寧緩和療護的靈性關懷實務指引 - 首版。財團法人基督教史懷哲宣道會。2020。
<http://godhope.formosasoft.com/filedownload/471>
- 十四、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十五、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十六、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 十七、 衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十八、 衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>

圖一、整體苦難 (total suffering)



第十一章

老年安寧療護暨疼痛治療

壹、前言

- 一、理想的老年安寧療護模式不僅是提供老年病人在生命即將結束時的整合性（全人）照護且也是符合病人需求與意願的照護。
- 二、老年安寧療護的原則包括控制症狀、恢復功能、提升生活品質及善終；目的為適當照護生命末期的老年人，無論在急性／亞急性期病房、慢性照護機構及居家期間的照護或轉介。
- 三、老年安寧療護服務範圍
 - （一）癌症及非癌症的末期疾病。
 - （二）從老化到失能。
 - （三）從衰弱到死亡。
 - （四）從醫院到機構／居家。
 - （五）從個案到自主管理。
- 四、老年安寧療護的特殊性
 - （一）老年人常有慢性病、功能依賴、認知障礙、多重共病症及需長期照護。
 - （二）老年安寧療護除了治療末期疾病或癌症的典型症狀外，也著重在識別認知障礙、改善生活功能、改善衰弱及減輕照護者被依賴。
- 五、老年安寧療護的照護模式又可區分為
 - （一）以疾病為導向的安寧療護。
 - （二）以衰弱為導向的安寧療護。
- 六、以疾病為導向的安寧療護包含以下三階段
 - （一）在發病開始以治癒為原則，

- (二) 當治癒已是不可能時，改採症狀緩解，
- (三) 當病情惡化至身體功能衰竭時，以醫病共識後的療護目標為導向，包含身心靈及社會的照護。

七、以衰弱為導向的安寧療護包含

- (一) 鼓勵病人參與自己的生活照護及醫療決策、增進心理安適感與幸福感、關注自己相對的優勢能力、避免聚焦於能力退化以及相關的醫療問題、同時也提供身心靈及社會的照護。
- (二) 評估其衰弱程度並安排適宜的照護，並從疾病治療 / 症狀緩解、生活照護和社區活種的參與等三方面規劃，以改善其衰弱的情形及提升生活功能。使用的衰弱評估表單（詳見表一）有 Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 及 Gold Standards Framework (GSF)。

八、關於老年安寧療護中的心理 / 精神、社會及靈性的支持，請參考第十章。

貳、疼痛相關資訊概述

一、疼痛的盛行率

- (一) 社區老年人的整體疼痛盛行率可高達 25-56%。其中較常見的二種疼痛為背痛（盛行率 21-49.5%）及關節痛（盛行率 20.5-71%）。
- (二) 療養院居民的疼痛盛行率可高達 45-80%，且常合併有以下的問題：憂鬱、社交活動減少、睡眠障礙、跌倒、藥品不良事件、康復緩慢以及健保利用率增加等。

二、老化對疼痛感知的影響

- (一) 在生理學上，年齡是否會造成疼痛感知變化仍然不確定。但老年人常伴有會掩蓋疼痛感知的障礙。
- (二) 老年人感知障礙 (perceptual problem)：中樞或

周邊感覺神經疾患（如中風或周邊神經病變）都可能使疼痛主訴及溝通困難。

- (三) 有些老年人可能較為堅忍，也可能因預期檢查或治療會帶來疼痛而害怕檢查或治療，而使疼痛評估及治療變得困難。

三、疼痛的原因

疼痛的強度通常與傷病的嚴重度相關，也代表治療的急迫性。當疼痛無法緩解、持續或與傷病不成比例時，常導致病人嚴重的功能缺損和心靈困擾；老年病人常見的疼痛原因如下：

- (一) 肌肉骨骼疼痛如背痛和關節炎。
- (二) 神經病變痛：源自於糖尿病、帶狀皰疹以及手術、截肢和其他神經損傷。
- (三) 夜間腿部疼痛如抽筋和不寧腿。
- (四) 癌症相關疼痛，尤其是在生命末期。

四、其他事項

- (一) 老年人經常共病多重疾病，使疼痛評估和治療不易，也使疼痛未被發現或未被治療。另，老年人的藥品副作用（不良反應）及治療併發症發生率也較高。
- (二) 在社會關係上，老年人在臨終時高度依賴家人和其他照顧者，如此造成照顧者的壓力與疲憊，進一步對疼痛的照護產生負面影響。

參、疼痛的評估

- 一、在疼痛治療前，應確定老年病人的共病症、認知功能狀態、治療目標和期望、及社會和家庭的支持力。
- 二、常使用的疼痛評估量表詳見表二，包含：
 - (一) 量化之疼痛量表。
 - (二) 多面向之疼痛評估表單。

(三) 認知功能異常病人之疼痛量表。

(四) 使用呼吸器病人之疼痛評估量表。

三、認知功能異常病人的疼痛評估

(一) 儘管疼痛是個人經驗，但在認知障礙的病人，疼痛病史通常只能從家人或密切的照顧者處獲得，包括一般行為、藥品使用和加重或減輕疼痛的相關資訊。然而，家人和照顧者對事件和行為的解釋方面常有不足，在疼痛強度估計時並不總是非常準確。

(二) 輕度至中度認知障礙病人的疼痛評估可使用一般人所使用的疼痛評估工具（詳見表二）。

(三) 重度認知障礙、深度昏迷、閉鎖症候群（lock-in syndrome）的病人，可以依其臉部表情與肢體語言的表現來評估其疼痛（表二認知功能異常病人之疼痛量表）。

肆、疼痛治療的一般原則

一、藥品的治療

(一) 世界衛生組織在 1986 年發布癌痛的三階梯藥品治療模式，至今仍是最可行的癌痛藥品治療基本模式，但也常被使用於安寧緩和醫療或末期病人（含老年人）疼痛藥品的照護。

1. 階梯一（輕度疼痛）：使用非類鴉片藥品（non-opioids）如乙醯胺酚（acetaminophen），阿斯匹靈或非固醇類消炎藥（non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs），必要時加入其他的輔助藥品。

2. 階梯二（輕度至中度疼痛）：使用弱效的類鴉片藥品（weak opioids）如 codeine 及 tramadol 等，必要時加入第一階梯的藥品。

3. 階梯三（中度至重度疼痛）：使用強效的類鴉片藥品（strong opioids）如嗎啡、吩坦尼

(fentanyl) 等，必要時加入第一階梯的藥品。

註 1：2019 年 WHO 最新版本：可以依疼痛的程度直接選用合宜的階梯及止痛藥品，不必循序漸進。在第二階時亦可以直接使用低劑量的強效類鴉片藥品。

註 2：乙醯胺酚應視為老年人輕度疼痛的首選藥品，非固醇類消炎藥的使用應非常謹慎，並且僅能使用在腎功能良好及無胃潰瘍或腸胃道出血史的病人。當疼痛到達中度疼痛時，可以考慮合併使用弱效的類鴉片藥品或低劑量的強效類鴉片藥品。

- (二) 止痛藥品的給予應從低劑量開始，逐漸向上調整劑量至效果佳且副作用少的情況，如無法有效達成此目的，可以考慮更改藥品組合或使用途徑。
- (三) 神經病變痛 (neuropathic pain) 通常不易治療，常見的有中風後之中樞神經病變、末期糖尿病之神經病變痛、帶狀皰疹後疼痛、周邊神經損傷之神經病變痛。這些疼痛通常要採取多科跨領域的協同治療，且可以考慮使用抗癲癇藥品如 pregabalin、gabapentin，但應注意其副作用如頭暈及失衡（步態不穩）。另可使用局部麻醉劑 lidocaine 於患部皮膚。抗憂鬱藥品因其抗膽鹼特性，在老年人的耐受性差，不列為優先使用。類鴉片藥品對這類病症的治療效果不佳，也不列為優先使用。
- (四) 病人對於類鴉片藥品的副作用皆易產生耐受性 (tolerance)，除了便秘及瞳孔收縮。呼吸抑制的耐受性在 48-72 小時內產生，噁心的耐受性在幾天到一周內產生，認知功能（鎮靜和混亂）的耐受性在 5-14 天產生。
- (五) 類鴉片藥品在使用幾天後，病人就會產生類鴉片藥品的身體依賴性 (physical dependence)，如果突然停藥或顯著減少劑量，病人可能會出現戒斷症候群；當需要減量使用時，可以將類鴉片藥

品劑量逐日漸減少 10-30 %，以避免產生戒斷症候群。對於沒有藥物濫用史的病人，使用類鴉片藥品成癮的風險非常小（低於 1%），在危及生命或末期疾患的情形下，不應擔憂成癮的問題。

- (六) 老年病人在使用類鴉片藥品治療疼痛時，應常規評估病情且於病歷記錄病情進展及疼痛緊急處置計劃，因為隨著病情進展，病情惡化是常見的，並且會顯著降低生活品質。
- (七) 如果預期病人在一週內會死亡，仍應常規評估疼痛及給予治療，使病人在生命盡頭仍可以有一個良好的生命品質。

二、非藥品的治療

- (一) 非藥品療法應該是治療計劃的一部分，不論是單獨使用或合併使用。各種非藥品療法與物理治療通常不良反應的風險較低，且合併用於藥品的治療時，通常可增強止痛效果並降低藥品使用劑量。
- (二) 在非藥品療法中，適當的衛教是最重要的，研究證實僅憑衛教就能顯著改善疼痛。包括說明疼痛性質、如何使用疼痛日記和疼痛評估工具、如何正確使用藥品以及如何自我進行非藥品療法。無論是團體衛教還是單獨衛教，內容都應根據病人的需求和教育水準來進行調整。書面資料對於衛教很重要。
- (三) 物理治療可根據病人的需求量身定制，對於康復、保持肌力與肌耐力非常重要。對於患有慢性疼痛的老年病人，定期進行中等強度的運動訓練，包括有氧與阻抗運動，可有效改善疼痛和功能狀態。初始療程通常需要 8 到 12 週，並由專精於肌肉骨骼疾病的治療師進行監督。運動強度、頻率和時間，應根據病況調整。
- (四) 心理療法也證明對疼痛治療有幫助：認知療法旨

在改變信念系統和對疼痛態度，包括分散注意、放鬆、生物反饋和催眠法。認知療法可以與行為療法結合，合稱為認知行為療法，包括結構性的傳授疼痛應對技巧，單獨或合併使用於止痛藥品與非藥品療法。

- (五) 慢性疼痛的替代醫學療法包括順勢療法、精神治療、維生素、草藥和自然療法。儘管科學證據支持力薄弱，但可以讓醫療照護提供者免於拋棄病人或讓他們感到絕望。

伍、急性疼痛治療

- 一、急性疼痛治療最重要的是處理致痛原因，使用速效止痛藥品為主，搭配各種非藥品的療法。
- 二、止痛藥品和非藥品療法的選擇取決於疼痛的嚴重度、醫療環境設備、專業人員、疼痛原因能否移除及個體差異性。
- 三、輕度疼痛通常以非類鴉片的止痛藥品為主，搭配物理治療或認知行為療法。
- 四、中等強度的疼痛治療通常需要使用弱效類鴉片藥品或低劑量強效類鴉片藥品搭配乙醯胺酚（acetaminophen）。
- 五、劇烈疼痛通常需要使用強效類鴉片藥品。對於嚴重的創傷或術後疼痛，以間歇性靜脈注射、連續靜脈滴注或經脊髓腔給予，提供較快、較持續的疼痛緩解。
- 六、當病人出現急性疼痛時，即使在檢查過程中也不應停止疼痛治療。疼痛治療很少會影響診斷；舒適的病人才更能夠配合診斷程序。

陸、慢性疼痛治療

- 一、慢性疼痛治療通常需要搭配藥品和非藥品等多種方式。儘管止痛藥品是最常用的方式，但同時使用認知行為療法和其他非藥品的療法也可以強化止痛效果，

減少使用止痛藥品而減少藥品所產生的副作用。

- 二、慢性疼痛治療通常需要經常性的疼痛評估並依需求調整。跨領域團隊包括醫師、護理師及其他治療師等。
- 三、慢性疼痛比急性疼痛更難緩解，應告知病人疼痛可能被緩解的程度（期待完全緩解的是不現實的）、治療選項、治療目標、以及各種選擇的優缺點。當開始使用新藥品時，應有一段時間反覆檢討藥品劑量、使用方式、療效和不良反應；無效藥品應逐漸減量至停藥。
- 四、經濟問題在慢性疼痛的治療上也很重要。應在評估和治療的同時，考慮經濟問題並做出利害權衡。
- 五、可以讓照護者學習及參與疼痛的評估或紀錄，並尋找其他社區資源，以加強治療的依從性及保持治療效果。

柒、止痛藥品的使用

一、用藥原則

- （一）任何因疼痛而影響生活功能或生活品質的情況都適合使用止痛藥品治療。
- （二）在使用止痛藥品時需考慮危害（risk）與效益（benefit）間的平衡。另，老年族群的個別差異較大（如身體器官功能退化）、變數較多（如共病症），需依個別狀況來調整。
- （三）大多數的止痛藥不需依年齡來調整劑量，但給藥需從低劑量開始，然後經常重新評估，並調整劑量以達最佳止痛效果。

二、給藥途徑

- （一）有些藥品有多種給藥途徑如皮下、靜脈內、經皮、舌下或直腸，應優先選擇較少侵入性的給藥途徑。
- （二）優先選擇口服途徑，因為它方便且血中濃度相對穩定。多數口服止痛藥的作用在30分鐘到2小時內出現，但在急性與波動的疼痛治療上是個缺點。

- (三) 靜脈推注可提供最快的療效，但需要較頻繁的監測。
- (四) 肌肉注射須多次重複施予，實屬不便。皮下注射可以使用在臨終病人，尤其是當其他給藥途徑不方便使用時。
- (五) 經皮、直腸和舌下途徑對於吞嚥困難的病人是可以使用的給藥途徑。

三、給藥時間

- (一) 對於急性疼痛，以短期內使用速效型的藥品為原則。
- (二) 對於慢性疼痛，以使用長效型止痛藥品為原則。並使用速效型藥品來治療突發性疼痛（breakthrough pain），包括：
 1. 不可預期的自發性疼痛（spontaneous pain）
 2. 可預期和活動相關的觸發性疼痛（incident pain）
 3. 陣發且難以預測的神經病變痛（neuropathic pain）。

四、輔助止痛劑（adjuvant analgesics）

- (一) 對於患有慢性疼痛的老年病人，可考慮使用輔助止痛劑，包括選擇性用於神經病變痛、肌肉骨骼疼痛或癌症疼痛的藥品。大多數輔助止痛劑具有中樞作用，老年人必須謹慎使用，且應以低劑量開始治療，慢慢增加劑量，並停用無效藥品。
- (二) 對於神經病變痛可使用抗憂鬱劑包括 5- 羥色胺 - 去甲腎上腺素再攝取抑制劑（serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI），特別是 duloxetine，以及二級胺之三環藥物（secondary amine tricyclic drugs）、desipramine 和 nortriptyline。

- (三) 對於神經病變痛，也可使用加巴噴丁類藥物 (gabapentinoid) 進行治療。
- (四) 對於癌症侵犯骨骼而造成的骨痛常使用破骨細胞抑制劑 (osteoclast inhibitors) 治療。對於腸阻塞相關的疼痛可合併使用糖皮質固醇 (glucocorticoid) 和抗分泌藥物 (antisecretory drugs)。

五、其他注意事項

- (一) 在疼痛治療上，使用安慰劑是不道德的，大多數病人最終都會了解真相，導致失去醫病間的信任。
- (二) 潛在不適當用藥 (potential inappropriate medications, PIMs)：
 1. 非選擇性的非固醇類消炎藥 (NSAIDs)，在老年病人不建議長期使用，除非其他替代選擇證實無效，且在使用時應合併氫離子阻斷劑 (proton pump inhibitors, PPI) 以減少胃酸分泌。
 2. 中樞型骨骼肌鬆弛劑因有較高的抗膽鹼副作用，多數老年病人對此類藥品的耐受性差，且其療效經常不佳，應避免使用。

捌、參考文獻

- 一、Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology (6th ed.) New York: McGraw Hill; 2009.
- 二、Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine (5th ed.) Oxford: Oxford University Press; 2018.
- 三、Lorenz KA, Rosenfeld K, Wenger N. Quality Indicators for Palliative and End-of-Life Care in Vulnerable Elders. J Am Geriatr Soc. 2007;55(Suppl 2):S318-S326.

- 四、Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P. Guidance on the Management of Pain in Older People. *Age Ageing*. 2013;42(Suppl 1):i1-i57.
- 五、Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of Persistent Pain in the Older Patient: a Clinical Review. *JAMA*. 2014;312(8):825-836.
- 六、Marcum ZA, Duncan NA, Makris UE. Pharmacotherapies in Geriatric Chronic Pain Management. *Clin Geriatr Med*. 2016;32(4):705-724.
- 七、2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674-694.
- 八、Portenoy RK. A Practical Approach to Using Adjuvant Analgesics in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(4):691-698.
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 十一、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 十三、Kogan M, Cheng S, Rao S, DeMocker S, Nelson MK.

Integrative Medicine for Geriatric and Palliative Care. Med Clin North Am. 2017;101(5):1005-1029.

- 十四、 Sailian SD, Huijer HAS, Dhaini S, Adra M. Palliative Care Assessment Tools for Older Adults. Arch Palliat Care Med. 2018;2018(1):APCM-103.
- 十五、 Leong M, Smith TJ, Rowland-Seymour A. Complementary and Integrative Medicine for Older Adults in Palliative Care. Clin Geriatr Med. 2015;31(2):177-191.
- 十六、 Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2019;57(1):171-175.
- 十七、 Bright L, Marr B. Clinical Relevance and Considerations of Palliative Care in Older Adults. Emerg Med Clin North Am. 2021;39(2):443-452.
- 十八、 World Health Organization. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

表一：國際上常用評估衰弱老年人安寧療護需求之量表

評估表單名稱	出處
1. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)	https://www.spict.org.uk https://hpc.providencehealthcare.org/sites/hpc.providencehealthcare.org/files/349_spict_tool.pdf
2. Gold Standards Framework (GSF)	https://www.goldstandardsframework.org.uk https://www.westsuffolkccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/08/GSF-Information-for-Patients-Families-Friends.pdf

表二：國際上常用之成人疼痛量表

評估表單名稱	出處
一、可量化之疼痛量表	
1. Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf
2. Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf
3. Categorical Scales	https://www.healthline.com/health/pain-scale#types
二、多面向之疼痛評估表單	
1. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/M
2. Brief Pain Inventory	http://www.npcrc.org/files/news/briefpain_short.pdf
3. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System- Pain Interference (PROMIS-PI)	https://cde.drugabuse.gov/sites/nida_cde/files/PROMIS%20Adult%20ShortForm%20v1.0%20Pain%20Interference%206b.pdf
三、認知功能重度異常病人之疼痛量表	
1. McGill Pain Questionnaire	http://dementiopathways.ie/_filecache/04a/ddd/98-painad.pdf

2. Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	https://gerocentral.org/wp-content/uploads/2013/12/Pain-Assessment-Checklist-for-Seniors-with-Limited-Ability-to-Communicate-PASLAC.pdf
3. Abbey Pain Scale (APS)	https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf
四、使用呼吸器病人之疼痛評估量表	
1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOOT)	https://kpnursing.org/professionaldevelopment/CPOTHandout.pdf
2. Behavioral Pain Scale (BPS)	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Behavioral-Pain-Scale.pdf

第十二章

兒童安寧療護暨疼痛治療

壹、前言

根據 WHO 的資料庫，惡性腫瘤與 HIV/AIDS 是世界上兒童與青少年族群最常需要安寧緩和照護資源，其他則是會持續惡化且生命有限的先天性或遺傳性疾病、外傷以及早產兒等。嬰幼兒、兒童與青少年這幾個接受安寧緩和照護的群體，相較於成人，更常因表達能力以及身體功能發展的問題，而遇到症狀評估不當與用藥不足的情況。因此，兒童在安寧照護領域中並不應該被視為小型的成人，因其獨特的生理、發展、社會、心裡、靈性以及人際關係現象，兒童安寧照護與成人的安寧照護相當不同。但也因為兒童的死亡人數較少，要累積足夠與熟練的經驗並不容易，許多問題也常受到忽視。兒科與安寧緩和醫療相關人員都必須持續精進並建立相關的共識。

一、兒童安寧的照護特色

- (一) 兒童在生理及心理上皆呈現持續成長，且對兒童而言，學校生活與同儕的互動佔了生命中很重要的部分，這些都必須在治療與照顧計畫中被重視。而經歷長時間與疾病共存的兒童，通常也相較於同年齡層的兒童成熟，對於自己的身心健康照顧計畫、生命的觀點以及對死亡的理解，都較為深入。
- (二) 兒童安寧照顧中，家長或是主要照顧人也扮演重要的溝通角色。他們是兒童在成長過程中的重要關係人，對於兒童在末期維生醫療決策上舉足輕重。但在倫理上仍須尊重兒童的表意權，家長或代理人不應該因為自己個人的想法而忽略兒童的聲音，直接作出接受或拒絕維生醫療的相關決策。
- (三) 一般而言，大家不會聯想到兒童可能會死亡。雖然兒童的死亡率不高，但家中若有一重症或是末

期需要照護的兒童，會影響整體的家庭動態，因此也需協助家長或照顧者，關注家中其他成員的身心社靈需求，尤其是病童的兄弟姐妹。

(四) 依據統計，嬰兒期死因最多源於週產期病態、先天性畸形、事故傷害等；而兒童與少年死因最多依次為事故傷害、惡性腫瘤、先天性畸形、心臟疾病等；青年死因最多依次為事故傷害、惡性腫瘤、心臟疾病等。

(五) 兒童給藥時，需以體重作為基準計畫，也常需考慮水劑以利吞嚥。如果真的沒有水劑可以提供而需使用錠劑時，也要考慮切碎、磨粉、混和食物或是溶解在液體中的方式提供。兒童的藥物動力學與成人不同，甚至常常沒有藥品有效性與安全性的試驗資料。在為末期兒童提供生理症狀舒緩的藥品處方上常須即席思考，處方的醫師必須對藥品的安全性審慎判斷，但也需積極且具信心的給藥。

(六) 解除病童的恐懼，提供具有遊戲和教學的醫療環境，都是國際上友善兒童人權的重要做法。

二、在接受安寧緩和照護的兒童與青少年常見的前五大症狀為：疲憊與虛弱、疼痛、噁心與體重減輕、譫妄與躁動、呼吸喘。在這前五大症狀中，除疲憊與虛弱、噁心與體重減輕並無特殊用藥建議外，疼痛、呼吸喘之藥物建議均包含類鴉片藥品，足見在兒童安寧照護領域，對於疼痛的認識、評估以及類鴉片藥品的使用，俱是重要議題。

三、兒童安寧緩和照護中其他常見的症狀還有進食困難、便秘、腹瀉、黏膜潰瘍、皮膚癢、感染、出血、疲累、憂鬱、焦慮等等。

四、兒童安寧緩和照護在疼痛問題上的建議用藥清單如下：paracetamol (acetaminophen)、ibuprofen、codeine、morphine、amitriptyline、carbamazepine 及 dexamethasone，且因兒童之吞嚥發展功能以及配合度

之影響，須特別注意給藥途徑，務必確保兒童可以順利接受與吸收藥品，也因此口服（含水劑劑型）、黏膜（如口腔黏膜、直腸給藥）、穿皮、皮下、靜脈等途徑，都是可以依照護情境多加運用的方式。

- 五、兒童安寧照護逐步成熟發展，對於兒童安寧照護在類鴉片藥品的使用態度上也有明顯改變：從謹慎的儘量不選用，改變為確保適當使用並慎重評估。
- 六、在兒童安寧緩和醫療中，對於各類不適症狀的緩解很重要，但在治療上常常給的不足。當不適的症狀沒有得到適當的緩解，會造成病人的痛苦、孤單與恐懼，並會嚴重干擾其人際關係與生活品質。除了藥品外，緩和化學治療與放射線治療可以治療因為腫瘤所引發的不適症狀，而行為技巧如：深呼吸、放鬆、生理回饋、按摩、物理治療、冷熱敷治療、遊戲、針灸等方式，與表達技巧如：藝術、音樂、戲劇、想像或催眠等方式也可以用來緩解一些不適症狀。

貳、兒童安寧疼痛與其他症狀之藥品使用建議

一、疼痛

（一）接受安寧照護的兒童，約有六成至九成的病人需要類鴉片藥品。無論是急性或慢性的疼痛，嗎啡均已有廣泛的實證和指引建議，務必透過嗎啡的使用達到接受安寧照護兒童與青少年良好的疼痛緩解。

1. 疼痛的評估：無法清楚以語言表達的兒童，可以表情及軀體動作評估工具來評估（詳見表一）。
2. 疼痛控制的止痛藥品使用原則有階梯原則、按時原則、病童需求原則、與口服原則。請參考第七章：類鴉片藥品的治療及藥品間的轉換，其中 codeine 及 tramadol 在 12 歲以下的兒童不建議使用，可改用低劑量的強效類鴉片藥品。

3. 兒童常用的止痛藥、劑量及途徑建議詳見表二。
 4. 類鴉片止痛藥品（尤其是嗎啡）是緩解兒童重度疼痛的重要藥品，可依需要時調高劑量，若有副作用發生如噁心嘔吐、呼吸抑制、昏睡、便秘、幻覺、噩夢、排尿困難時，需鑑別診斷並積極處理。
 5. 病人自控式止痛裝置可以使用在5歲以上的兒童。
 6. 嗎啡以外的替代選項：穿皮 fentanyl 貼片，2歲以上即可使用。
 7. 針對6個月以下的嬰兒與早產兒使用類鴉片藥品因其吸收慢、代謝也慢，劑量落於表二中之1/3到1/4之間就已足夠，也需特別注意副作用，尤其是呼吸中止的問題。
 8. Oxycodone 長效錠是長效嗎啡的替代選項，但選擇上不應優先於嗎啡（短效 oxycodone 不適用於18歲以下的兒童）。在使用時兒童須為11歲以上且已具耐受類鴉片類藥品者（即已連續5天使用大於口服 oxycodone 20 mg/day 等效劑量之其他類鴉片藥品，如口服嗎啡 30 mg/day）。
- (二) Amitriptyline 及 carbamazepine 可使用在兒童，輔助慢性疼痛的緩解。
- (三) Benzodiazepines 被廣泛使用於肌肉骨骼疼痛。
- (四) Diazepam 本身對抗痙攣的效果，可於術前鎮靜或是癲癇時使用，劑量為 0.3-0.5mg/kg 每 2-4 小時經直腸黏膜給藥一次。
- (五) 類固醇對於減輕腫瘤周邊水腫壓迫或是降腦壓具有良好的效果。

二、呼吸喘

- (一) 針對呼吸喘的兒童，給與嗎啡雖並非如成人安寧般有廣泛的研究探討，但也已具有良好品質的實證，且目前幾乎所有的指引與專家共識均建議嗎啡使用在接受安寧照護的兒童，緩解呼吸喘症狀。
- (二) 嗎啡建議劑量：0.3mg/kg 每 3-4 小時給藥一次，可透過口服、舌下或直腸黏膜給藥。
- (三) 焦慮也常與呼吸喘的症狀並存，benzodiazepines 和 diazepam 也建議在需要時可輔助嗎啡使用。
- (四) 如已無法口服使用藥品，midazolam 也已有安全的實證，可以用來緩解頑固型的呼吸喘。
- (五) 當藥品經由靜脈給予時以滴注為原則。

三、躁動

- (一) 針對躁動的兒童，以他們能夠理解的語言陪伴安撫並提供熟悉的環境與照護 / 陪伴人員。同時必須先評估是否有引起兒童躁動的不適症狀，先予緩解。
- (二) 躁動時可選擇的藥品為 lorazepam：0.05mg/kg 每 4-6 小時給藥一次，經由口服、舌下或經直腸黏膜給藥。
- (三) 若有精神症狀如幻覺，可選擇 haloperidol：0.01-0.02mg/kg 每 8-12 小時給藥一次，經由口服、舌下或經直腸黏膜給藥。

四、噁心 / 嘔吐

- (一) 針對患有噁心 / 嘔吐的兒童，口腔清潔 / 保持舒適的口腔氣味是非常重要的。並試著調配兒童可以接受的食物口味，少量適量的餵食，同時注意是否有脫水或電解質不平衡的狀況，適時予以矯正，以減少不適。

- (二) 藥品選擇有 prochlorperazine: 0.1-0.15mg/kg 每 6-8 小時給藥一次，可經由口服或經直腸黏膜給藥。也可使用 odansetron: 0.15mg/kg 每 6-8 小時經口服或靜脈注射給藥。

參、兒童安寧照護之身心社靈議題

一、死亡認知的階段與準備

- (一) 兩歲以下的兒童對於死亡是無法認知的，這時需給予最足夠的生理陪伴與安全感的接觸。兩歲到六歲的兒童可理解死亡與活著是兩個相對的觀念，但可能會認為死亡是可逆的，這個階段需處理分離焦慮。七歲到十二歲的兒童已經可以明白死亡是不可逆的，是會發生在自己與親近的人身上的，這時需協助他們面對被拋棄的恐懼、維持人際的連結並培養其自我控制的能力。十二歲以上的青少年明白死亡即等於終結，需允許他們宣洩憤怒等失望的情緒，並支持他們進入同儕系統，協助他們自立並保有隱私。
- (二) 對學齡期的兒童，學業的繼續與其他同儕朋友保持聯繫接觸都是很重要的，他們有時需要去參加一些有目的性的活動，即使只有短暫的時間，這有助於維持他們的自信與價值，而且讓他們確定父母、老師會認為自己還是個有能力的人，增加對自我的肯定。
- (三) 幫助孩子面對死亡時，也可以鼓勵他們用自己喜歡的方式在適當的時機表達心裡的想法，協助把他們的關心、愛心與感謝讓父母親友知道，並可以透過照片、留影或是繪畫，幫助大家一起順利度過整個過程。

二、哀傷陪伴

- (一) 心理靈性專業人員、心理支持的志工團隊可在必要時介入引導陪伴，但需注重兒童在該家庭中正相對應的發展階段以及該家庭內在與外在的文化背景。

(二) 周產期相關的安寧照護，如懷孕時已發現嚴重畸形、死胎、外傷的新生兒或極低體重的早產兒，安寧照護團隊需發展整合模式，這個階段的胎兒或是新生兒毫無決定能力，除給予孕期以及新生兒階段的父母必要的支持外，對於胎兒或病嬰的維生醫療處置更需跨團隊的討論與檢視，以合乎倫理原則，也能兼顧胎兒/病嬰及其家庭的最大利益。

三、預立醫療照顧計畫

兒童所面臨的疾病常無法確知病程發展（如先天性畸形與罕見疾病），也很難估計存活時間，且對於兒童而言，許多治療很難區分是治癒性還是支持性（如非侵襲性呼吸器支持療法）。而照顧計畫的共同事先討論，可以幫助病童和家庭了解可能會面臨的整體狀況，同時傳遞其期待、有更多思考時間，也透過這樣的討論讓病童可以參與自己的治療與照顧，也讓病童感受到在面臨問題時，自己能掌控更多的情況。而最重要的，不只是醫療選項的內容，而是選擇某個醫療選項背後的目的/目標，如使用或不使用某一些維生醫療所期待的生命情境與品質。

肆、參考文獻

- 一、Aindaw A, Brook L. World Health Organization (WHO) Essential Medicines List for Children (EMLC); Palliative Care Consultation Document. 2008.
<https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/WHO-Essential-Medicines-List-for-Children-EMLC-Palliative-Care-2008.pdf>
- 二、National Hospice and Palliative Care Organization. Pediatric Pain Management Strategies. 2017.
https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PALLIATIVECARE_PediatricPainManagement.pdf

- 三、American Academy of Hospice and Palliative Medicine. The Hospice and Palliative Medicine Approach to Caring for Pediatric Patients (3rd ed). 2008.
https://www.hopkinsmedicine.org/som/faculty/appointments/documents/ppc_documents/portfolios/Hutton/Hutton-Portfolio-Samples/the-hospice-and-palliative-medicine-approach-to-caring-for-pediatrics-patients.pdf
- 四、Siden H. High Dose Opioids in Pediatric Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2003;25(5):397-399.
- 五、Gonzalez L. Pediatric Opioid Prescribing: A Call for Calm. Pediatrics. 2021;148(3):e2021052190.
- 六、Chua KP, Brummett CM, Conti RM, Bohnert AS. Opioid Prescribing to US Children and Young Adults in 2019. Pediatrics. 2021;148(3):e2021051539.
- 七、Buck ML. Analgesics and Adjunctive Therapies in Pediatric Palliative Care: A Review of the Recent Literature. Pediatric Pharmacotherapy. 2016;22(5):1-4.
- 八、World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 十、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十一、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。

- 十三、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十四、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>

表一、國際上常用之兒童疼痛量表

評估表單名稱	出處
Premature Infant Pain Profile (PIPP) (for preterm infants)	Stevens B, Johnston C, Petryshen P. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996;12(1):13-22.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (for age ≤ 1 year)	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray S, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network. 1993;12(6):59-66.
Riley Infant Pain Scale Assessment Tool (RIPS) (for age 0 to 3 years)	Schade JG, Joyce BA, Gerkenmeyer J, Keck JF. Comparison of three preverbal scales for postoperative pain assessment in a diverse pediatric sample. J Pain Symptom Manage. 1996;12(6):348-359.
FLACC Pain Scale (face, legs, activity, cry, and consolability) (for age 2 months to 7 years)	Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nurs. 1997;23(3):293-297.
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) (for age 1 to 12 years)	McGrath PJ, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. CHEOPS: a behavioural scale for rating postoperative pain in children. Advances in pain research and therapy. 1985;9:395-402.
OUCHER Pain Scale (for age 3 to 12 years)	Beyer JE, Aradine CR. Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. J Pediatric Nurs Care. 1986; 1(6):386-395.
Wong-Baker Faces Rating Scale (for age 3 to 18 years)	http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2016/05/FACES_English_Blue_w-instructions.pdf

表二、兒童常用的止痛藥、劑量及途徑建議

藥物	劑量	途徑
Acetaminophen	10-15mg/kg/dose 每 4-6 小時 (一天最大劑量 4g)	口服
Ibuprofen	5-10mg/kg/dose 每 6-8 小時 (一天最大劑量 1.2g)	口服
Naproxen	10-20mg/kg/dose 每 12 小時 (一天最大劑量 1.25g)	口服
Diclofenac	1mg/kg/dose 每 8-12 小時	口服
Morphine	0.2-0.5mg/kg/dose 每 4-6 小時	口服
Morphine, sustain-release	0.3-0.6mg/kg/dose 每 12 小時	口服
Morphine	0.1-0.2mg/kg/dose 每 2 小時 0.02-0.03mg/kg/h	靜脈注射 靜脈輸注
Fentanyl	25ug/patch	穿皮貼片
Fentanyl	1-2ug/kg/hr	靜脈輸注

第十三章

臨終病人療護暨疼痛治療

壹、前言

- 一、依照世界衛生組織的定義，安寧緩和醫療照護為在病人（含成年人與孩童）面對不可治癒的進展性疾病過程中，提供病人及其家庭的身心靈照護需求；並針對因身心社靈相互影響而致的整體性疼痛（total pain），以全團隊全人照護的概念進行評估、處遇，以達到全家平安，善終善生的目標。
- 二、我國衛福部對於安寧緩和醫療的定義如下：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 三、安寧緩和醫療條例於西元 2000 年公布實施，經歷三次修法，內容為保障病人在罹患嚴重傷病且死亡已不可避免時，自主決定拒絕心肺復甦術與相關維生醫療的施予，以減少臨終階段無效醫療的痛苦。
- 四、病人自主權利法於西元 2016 年公布，2019 年實施，以法律位階來促進病人知情、選擇與善終的權益。行為能力人可以經預立醫療照護諮商後簽署預立醫療決定，保障意願人在末期疾病、不可逆轉之昏迷、永久性植物人、極重度失智以及主管機關公告之疾病時，維持其生命治療、人工營養與流體餵養的拒絕權。
- 五、安寧療護在身體、心理、靈性及社會方面以五全照護（全人、全家、全隊、全程、全社區）的模式提升服務。在身體照顧方面提供藥物及非藥物的照護，處理因疾病所引起不適之症狀，並給予病人各項緩和照顧的服務（例如：傷口護理、疼痛控制、水腫護理……等）。在心理、靈性及社會層面，團隊會評估病人及家屬心理問題與需求而提供諮商、協助處理各種心理、靈性及社會支持力的問題。
- 六、本章的論述重點在對於臨終病人（in the last days of life）的症狀療護（end of life care）及疼痛照護。

貳、名詞解釋

一、預立醫療照護諮商（advance care planning，ACP）

（一）依病人自主權利法辦理。

（二）指病人與醫療照護提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，依病人選擇維持生命治療之內容、人工營養及流體餵養之照護方式。

二、預立醫療決定（advance decision，AD）

係事先立下之書面意思表示，指明當處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。

參、臨終病人常見的症狀

一、越來越虛弱且常需臥床。

二、整日昏昏沉沉，昏睡時間增加。

三、食慾變差，甚至無法進食。

四、意識漸不清明、恍惚、躁動，甚至有幻覺。

五、呼吸型態不規則，甚至可能暫時停止如 Cheyne-Stokes 呼吸。

六、喉嚨常有嘎嘎音（rattle）。

七、末梢肢體變冷，皮膚出現紫斑（大理石斑）。

八、其他

肆、對於臨終病人的評估

當醫療人員意識到病人可能已進入臨終時

一、評估並記錄病人的狀況：意識、食慾、呼吸、血壓心跳、組織器官功能等。

二、了解病人在生理、心理、社會支持力及靈性方面的需求，及在醫療上還可以提供給病人什麼服務。

- 三、了解病人對疾病進展的認知、想法及對醫療上的期待。
- 四、了解病人是否仍有些期待完成的心願。

伍、和病人 / 家屬溝通及共同決策

- 一、和病人 / 家屬說明病人的病情已發展至生命的末期，但要準確預測死亡時間是有困難的。
- 二、告知病人 / 家屬在後續的治療上是可有所選擇的（即預立醫療決定），內容包含選擇維持生命的治療的內容及給予人工營養及流體餵養的選擇（表一）。
- 三、依其在文化、宗教或靈性上的需求，安排個人化的後續照護如照護的內容、品項、臨終的地點選擇、願望、想見的人、待完成的事及個人的擔憂等。
- 四、通常要滿足病人所有的意願是不容易做到的，對於不易完成的品項應從實告知，並與病人討論替代性選項，讓病人對自己的生命仍保有自主性。

陸、提供一個能緩和臨床不適症狀的照護

- 一、檢查病人所使用的藥品，保留可緩解病人不適症狀的藥品。而屬於長期預防性用藥就不一定需要給予。
- 二、界定後續維生醫療的內容（表一）。
- 三、定期評估病情，並預測可能會發生的併發症如出血、吸入性肺炎等。
- 四、其他事務，如臨終前的庶務安排及生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷。

柒、藥品的給予

和病人及其重要親友討論在此階段合宜的藥品使用：

- 一、檢視目前所有的處方，當這些處方並不會帶來病人症狀的緩解或甚至可能會造成其他副作用時，停止這些處方。
- 二、檢視目前病人所有的不適症狀及可能即將發生的症

狀，討論合宜的藥品使用，並注意藥品所帶來的副作用。

- 三、根據病人的身體狀況、吞嚥能力、可以接受的給藥途徑等，討論並決定本階段病人合宜的給藥途徑及藥品劑量。
- 四、在臨終階段，持續的皮下輸注（continuous subcutaneous infusion，或稱 hypodermoclysis，簡稱 HDC）是一種經常使用的輸液方式。

捌、疼痛的處置

- 一、並非所有的病人在最後的生命歷程都會面臨疼痛，但若發現有疼痛則應及時有效的給予治療。
- 二、常見的致痛原因如下：
 - （一）持續發生的病理性骨折。
 - （二）口腔念珠菌感染（可能會造成口腔及咽喉疼痛）。
 - （三）小便滯留或便秘。
 - （四）壓瘡（bedsore）。
 - （五）原有的慢性疼痛或其他新發生的疼痛急症（如腦/心血管/胸/腹急診）。
- 三、應依致痛的原因對症治療。
- 四、對於有認知功能障礙的病人或兒童，可用表情及軀體動作評估工具來評估（表二及表三）。
- 五、若需要給予藥品治療則需依病情及其嚴重程度給予適切的止痛藥品或可緩解疼痛原因的藥品。
- 六、適切的止痛藥品選擇包含乙醯胺酚、非固醇類消炎藥、弱效/強效類鴉片藥品及其他具止痛效果的藥品等，詳細內容請參考第六章：非類鴉片止痛劑的治療及第七章：類鴉片藥品的治療及藥品間的轉換。
- 七、至於使用的劑型可依當時病人方便使用的途徑來給予

如口服、貼片劑、口頰貼片 / 錠、栓劑、皮下輸注或硬脊膜外腔 / 脊髓腔內給藥等。

玖、喘 (breathlessness) / 呼吸困難 (dyspnea) 的處置

- 一、對於某些可以治癒 / 或能顯著改善的致喘病因如肺水腫 (pulmonary edema) 或肋膜積水 (pleural effusion)，優先治療。
- 二、對於無法治癒 / 或顯著改善的致喘因，應力求緩解喘，必要時可使用類鴉片藥品來改善喘，並可合併使用抗焦慮藥品來改善焦慮；詳見第十六章：安寧病人疼痛外共病症療護暨類鴉片藥品的使用。

拾、噁心與嘔吐 (nausea and vomiting) 的處置

- 一、探討造成噁心或嘔吐的原因
 - (一) 是否因藥品所造成的？
 - (二) 是否因放射或化學治療造成的？
 - (三) 是否因心理因素所造成的？
 - (四) 是否因生化因素所造成的如電解質不平衡、體內代謝所產生的毒素、高血鈣？
 - (五) 是否因顱內壓升高所造成？
 - (六) 是否因腸胃蠕動功能下降所造成？
 - (七) 是否因腸阻塞所造成？
- 二、找出原因並和病人及家屬討論可以做的處置
 - (一) 治療可以治癒的致病因。
 - (二) 緩解其他無法治癒的症狀。
- 三、若病人有無法治療的腸阻塞時，可使用 hyoscine 為第一線用藥，若在 24 小時內噁心與嘔吐仍未改善時，可使用 octreotide。

拾壹、焦慮 (anxiety)、譫妄 (delirium) 及激動 (agitation) 的處置

- 一、找出並處理造成這些症狀的可逆致病因如腹瀉、膀胱脹、疼痛、新陳代謝不正常（電解質、水份、酸鹼不平衡、血糖）或某些心理因素。
- 二、在症狀緩解方面，可使用抗焦慮藥品如 benzodiazepine 治療焦慮及 / 或激動，並可以使用抗精神病藥品（antipsychotics）治療譫妄及 / 或激動。
- 三、若以上的治療仍無效時，請洽詢相關醫療專家協助。

拾貳、喉頭嘎嘎音的處置

- 一、臨終病人在意識不清時，常因吞嚥肌肉無力，致使口腔內分泌物聚集於喉嚨的後方，但卻無力排出，因而產生喉頭嘎嘎音（rattle）。
- 二、然這種聲音並不會對病人造成不舒服或是噎到，可嘗試著抽喉頭的痰，但若是抽不到痰便不要勉強，因為抽痰的動作常會造成病人更不舒服。
- 三、可稍微抬高床頭或擺側臥的姿勢，方便口水流出或吞入，可減少喉頭嘎嘎音。
- 四、在藥品方面，可以使用 atropine、glycopyrrolate、scopolamine 或 hyoscine 來減少口水的分泌。

拾參、其他身體症狀的處置

- 一、臨終病人的其他症狀如進食越來越少、昏睡時間越來越久、血壓不穩定、四肢循環變差、感知功能變差、排尿減少或大小便失禁等。
- 二、對於這些症狀如同其他症狀一般，優先處理能治癒的部分，而無法治癒的部分就盡力緩解其不適。

拾肆、心理照護

- 一、失志症候群（demoralization syndrome）常見於末期及臨終病人，症狀包括持續存在的絕望、無望感、無助感和生命意義與目的的失落。
- 二、這類病人常有心理情緒困擾，但實際上有憂鬱症的比

例並不高。失志症候群和憂鬱症不同，憂鬱症患者對任何事物都無力、無感，但失志症候群病人聽到笑話還是會笑，但就是覺得活著沒意義。

- 三、儘可能的讓病人參與自己的生命決策、以認知引導治療和持續陪伴傾聽的方式，使其感受存在價值，協助病人克服失志症候群。

拾伍、靈性照護

- 一、病人在臨終前，經常會做生命的回顧及思考死後的情形。
- 二、病人常會考量以下問題：生命的意義、痛苦的意義以及何謂有價值的生命。
- 三、宗教信仰與靈性有關聯，但靈性所涵蓋的範圍更廣，尚包含病人內心的價值觀及執念。
- 四、在生死困頓之際在病人的心靈上常有以下的衝擊：
 - (一) 自我尊嚴喪失。
 - (二) 自我放棄。
 - (三) 不捨：不甘願、不放心、放不下、做錯了。
 - (四) 對死亡的恐懼。
 - (五) 心願未了。
- 五、國人對死亡常是避而不談，因此當病人真實要面對死亡時常不知所措，無法坦然面對。如何克服對死亡的恐懼常是臨終靈性關懷的主要課題。
- 六、克服內心對死亡的恐懼並不容易，不過可以鼓勵病人從以下的方向著手：
 - (一) 主動接受死亡的來臨，而不是讓壞消息不斷的來打擊自己。
 - (二) 提前預防接著會發生的事情，做好準備 / 應對及做好補救措施。

- (三) 積極提升生命品質 (quality of life) 並提升生命存在的意義及成就感。
- (四) 自動自發、親力親為作出貢獻，以強化內心的力量及幸福感。
- (五) 與家人親友間的四道人生 (道愛、道謝、道別及道歉)，以處理人生的不捨及靈性的不安。
- (六) 有宗教信仰的支持，可以強化內心的希望與力量。

拾陸、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷

- 一、列出對於病人重要的生命事件、角色或價值。
- 二、思考可以讓病人抱持微小不滅希望的陪伴方式 (例如：使病人不會覺得是拖累他人或是僅剩身心受苦拖磨)。
- 三、協助病人聯繫想要道謝或是道歉的人，並安排適當的相處與會談環境。傾聽病人有哪些遺憾，也鼓勵他們說出來 (但並不是強求彌補遺憾)。
- 四、衛教持續不斷讓病人感受愛、也協助病人向他人傳達愛的方式。
- 五、協助病人思考與至高者的關係，教導重要的陪伴者當病人詢問「我將會去哪裡」、「我為何會得病」等問題時如何適當回應 (但切記不要給予宗教的壓力)。
- 六、當病人身邊重要的人感到哀傷時的陪伴技巧、指導辨識高哀傷風險的線索、安排遺族關懷的時機點、方式與提供關懷的人選、以及辨識出有高哀傷風險時心理照護的資源提供。

拾柒、參考文獻

- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland.

- Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 四、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 五、BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 六、DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 七、Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 八、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>

- 十、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 十一、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十三、Huynh L, Moore J. Palliative and End-of-Life Care for the Older Adult with Cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2021;15(1):23-28.
- 十四、National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Care of Dying Adults in the Last Days of Life*. 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>
- 十五、NHS Scotland. *Care in the Last Days of Life*. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71392/40-2020-last-days-of-life.pdf>
- 十六、Harman SM, Bailey FA, Walling AM. *Palliative Care: the Last Hours and Days of Life*. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life>
- 十七、National Cancer Institute (NIH). *Last Days of Life (PDQ®)–Health Professional Version*.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/last-days-hp-pdq>
- 十八、New Zealand Ministry of Health. *Te Ara Whakapiri: Principles and Guidance for the Last Days of Life*. (2nd ed.). Wellington: Ministry of Health. 2017.
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/te-ara-whakapiri-principles-guidance-last-days-of-life-apr17.pdf>

- 十九、 Albert RH. End-of-Life Care: Managing Common Symptoms. *Am Fam Physician*. 2017;95(6):356-361.
- 二十、 Glover TL, Kluger BM. Palliative Medicine and End-of-Life Care. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:545-561.
- 二十一、 Currow DC, Agar MR, Phillips JL. Role of Hospice Care at the End of Life for People with Cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):937-943.
- 二十二、 Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at Home: Home-Based End-of-Life Care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(2):CD009231.

意願人：

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

第一部分 醫療照護選項

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
一、末期病人	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止，但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
二、不可逆轉之昏迷	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
三、永久植物人狀態	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

根據病人自主權利法，意願人_____於中華民國_____年_____月_____日完成預立醫療照護諮商，特此核章以茲證明。

醫療機構核章欄位：

中華民國_____年_____月_____日

意願人：

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

本人（正楷簽名）_____茲委任_____（擔任我的第_____順位醫療委任代理人），執行病人自主權利法第十條第三項相關權限。

【受委任之人】正楷簽名：_____

簽署日期：中華民國_____年_____月_____日

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

電話號碼：

住（居）所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

壹、第十條（醫療委任代理人之要件與權限）

意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

- 一、意願人之受遺贈人。
- 二、意願人遺體或器官指定之受贈人。
- 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

貳、第十一條（醫療委任代理人之終止委任及解任）

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。

表二、國際上常用之成人疼痛量表

評估表單名稱	出處
一、可量化之疼痛量表	
1. Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf
2. Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf
3. Categorical Scales	https://www.healthline.com/health/pain-scale#types
二、多面向之疼痛評估表單	
1. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/M
2. Brief Pain Inventory	http://www.npcrc.org/files/news/briefpain_short.pdf
3. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System- Pain Interference (PROMIS-PI)	https://cde.drugabuse.gov/sites/nida_cde/files/PROMIS%20Adult%20ShortForm%20v1.0%20Pain%20Interference%206b.pdf
三、認知功能重度異常病人之疼痛量表	
1. McGill Pain Questionnaire	http://dementiopathways.ie/_filecache/04a/ddd/98-painad.pdf

2. Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	https://gerocentral.org/wp-content/uploads/2013/12/Pain-Assessment-Checklist-for-Seniors-with-Limited-Ability-to-Communicate-PASLAC.pdf
3. Abbey Pain Scale (APS)	https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf
四、使用呼吸器病人之疼痛評估量表	
1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOOT)	https://kpnursing.org/professionaldevelopment/CPOTHandout.pdf
2. Behavioral Pain Scale (BPS)	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Behaviorial-Pain-Scale.pdf

表三：國際上常用之兒童疼痛量表

評估表單名稱	出處
Premature Infant Pain Profile (PIPP) (for preterm infants)	Stevens B, Johnston C, Petryshen P. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996;12(1):13-22.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (for age ≤ 1 year)	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray S, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network. 1993;12(6):59-66.
Riley Infant Pain Scale Assessment Tool (RIPS) (for age 0 to 3 years)	Schade JG, Joyce BA, Gerkenmeyer J, Keck JF. Comparison of three preverbal scales for postoperative pain assessment in a diverse pediatric sample. J Pain Symptom Manage. 1996;12(6):348-359.
FLACC Pain Scale (face, legs, activity, cry, and consolability) (for age 2 months to 7 years)	Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nurs. 1997;23(3):293-297.
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) (for age 1 to 12 years)	McGrath PJ, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. CHEOPS: a behavioural scale for rating postoperative pain in children. Advances in pain research and therapy. 1985;9:395-402.
OUCHER Pain Scale (for age 3 to 12 years)	Beyer JE, Aradine CR. Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. J Pediatric Nurs Care. 1986; 1(6):386-395.
Wong-Baker Faces Rating Scale (for age 3 to 18 years)	http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2016/05/FACES_English_Blue_w-instructions.pdf

第十四章

急診安寧療護暨疼痛治療

壹、前言

- 一、末期病人常因緊急狀況而送往急診室，而急診室照護品質也會明顯影響病人的預後、病人/家屬的滿意度及醫療費用。
- 二、在急診進行安寧緩和醫療所遇到的主要問題是如何下末期病人的診斷、預測其存活時間和處理其症狀（含疼痛）；因為不同的診斷歸類會有不同的治療策略。
- 三、末期病人常有多重且複雜的問題，需要跨領域團隊合作，尤其是與安寧緩和醫療團隊的連結，才能提供病人較為妥善且連續性的照護，並減輕家屬照護的壓力。

貳、名詞定義

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人的生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
- 四、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

參、診斷末期病人與預測存活時間

判斷病人是否為生命末期，通常以「在疾病自然進展下，預測病人生命小於六個月」為基本原則。判別末期疾病的進展，可以參考以下原則：

- 一、臨床狀態變差：如反覆感染，持續疼痛、嘔吐或腹瀉，吃不下
 - (一) 常常住院或來急診。
 - (二) 生活功能變差：日常生活無法自理。
 - (三) 營養不良：過去6個月體重減輕10%，血清白蛋白 <2.5 g/L。
 - (四) 特定疾病指標：依個別疾病而定之末期或器官功能衰竭之指標。
- 二、實際執行生命末期預測時，可使用「提問題法」，例如：
 - (一) 時間法 (temporal approach)：比如提問「這位病人還能活多久？」或「病人的主治醫師曾有說過活多久嗎？」
 - (二) 驚訝問題法 (surprise questions)：比如提問「如果病人在(一時間段內)死亡，我會感到驚訝嗎？」。
- 三、除了「提問題法」外，也可以使用快速簡單的工具來輔助預測生命末期。例如，在癌症病人可以使用「驚訝問題法」加上美國東岸癌症臨床研究合作組織 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (表一)，可識別出有安寧緩和醫療需求的病人。有研究提出以安寧緩和身體活動功能量表 (palliative performance scale, PPS) (表二) 及法令紋下垂與否來預測癌症病人3天內死亡的機率 (表三)。這些工具簡易快速，可提供急診醫事人員輔助判斷。
- 四、預測非癌症病人的生命末期不僅較癌症病人困難，也不同於癌症病人。困難的原因在於病情常有起伏，對末期的預測也難以從病人家屬得知。有學者提出一個「PREDICT」的臨床決策工具輔助判斷病人是否適合安寧緩和醫療 (表四)。此工具不限於非癌症病人，所有病人皆適用，分數超過13分對預測1年內死亡的特異度 (specificity) 為95.3%。

五、非癌症的末期診斷可參考中華民國 98 年 9 月 1 日健保局（今日健保署）發布之「全民健保適用非癌症與運動神經元疾病末期之其他末期病人（八大類）之診斷標準」。

肆、急診評估及處置原則

一、已經接受安寧緩和醫療的病人，還是有可能因緊急狀況來急診求醫。當這些病人來到急診時，建議的評估及處置原則如下：

- （一）治療痛苦的症狀，以病人為中心對病人及家屬提供身體及情感的支持。
- （二）通知原安寧緩和醫療團隊，病人已在急診；並同時確認狀況變差時是否需進行心肺復甦術及維生醫療。
- （三）遵從病人原本決定的照護目標，並與原安寧緩和醫療團隊討論是否需進行診斷性檢查及相關治療。
- （四）評估病人疼痛程度及目前已使用來治療疼痛的藥品，並給予足夠的止痛藥品及劑量。
- （五）除非原安寧緩和醫療團隊及家屬同意，盡量避免侵入性治療，包含打靜脈管路。當死亡來臨時，病人常常會因停止進食導致脫水，這是正常的過程。
- （六）如果預期病人即將死亡，要給病人與家屬一個隱私的空間，讓家屬陪伴病人走完生命最後一哩路。儘管急診空間有限，可考慮規畫一個安靜且獨立之空間讓即將死亡的病人與家屬可以在此房間道別，同時有利醫事人員進行臨終照護。此空間可彈性使用，也就是平時可置放其他病人，但有臨終病人時，可將其他病人挪開，讓臨終病人及家屬進入。
- （七）可給予藥品緩解躁動及緊張，氧氣可給予，不須限制。

(八) 在尚未接受安寧緩和醫療的病人，若判斷病人已經是疾病末期且即將惡化，可與病人或家屬討論是否進行心肺復甦術及維生醫療。若病人與家屬無法馬上做決定，可考慮「限時醫療嘗試 (time-limited trial)」。

限時醫療嘗試是指當病人或家屬一時無法確認某種治療對病人是否好壞，先協議在約定時間內做某種治療。若在此約定時間內病人有好轉，則繼續治療，若無好轉，治療就停止，目標轉向安寧緩和醫療。

伍、呼吸困難之處理

- 一、末期病人的呼吸困難常會引發病人及照顧者的焦慮及壓力。評估時應先確認病人的照護目標，接下來再尋找有無可馬上處理之可逆性原因，包含缺氧、水分過多、疼痛、貧血等。尋找原因時要避免做過多的檢查。
- 二、類鴉片藥品是緩解呼吸困難的首選，因為它可打斷因呼吸困難引發的焦慮循環。一般用法是靜脈注射 1 mg 的 morphine 或每 1 小時口服 5 mg 的 morphine。若持續呼吸困難，可加上苯二氮平 (benzodiazepines) 治療。此外，給予氧氣，將床頭搖高，以電風扇向臉部吹涼爽的風亦可能有所幫助。
- 三、在病人照護目標尚未明確時，使用非侵入性通氣 (noninvasive ventilation) 例如雙相呼吸道正壓換氣輔助機 (Bi-PAP)。使用非侵入性通氣方式除了可以緩解急性症狀，亦可做為進入安寧緩和醫療的橋樑。
- 四、如果造成呼吸困難的原因為可逆性 / 可治療性，亦可考慮採取相對應的治療來減輕病人症狀，例如有肋膜積水可考慮使用胸腔穿刺引流術來緩解症狀。

陸、疼痛之處理

- 一、疼痛在生命末期是很常見的症狀，尤其在癌症末期病人，這些病人常有急性疼痛危機 (acute pain crisis)、經常使用了高劑量類鴉片藥品、而且產生了類鴉片藥品耐受性。

二、類鴉片藥品是處置末期病人急性疼痛危機的首選。

三、對於急診急性疼痛危機的處理原則如下：

(一) 了解病人過去疼痛病史及目前類鴉片藥品的使用：計算目前病人使用類鴉片藥品的一天劑量，此劑量可幫助我們來計算在急診可以使用的藥品及日總劑量。若病人沒有常規使用類鴉片類來止痛，應當做「未曾使用過類鴉片藥品 (opioid-naive)」處理。在急診室不應給予長效型類鴉片藥品。

(二) 選擇藥品及劑量：選擇的原則有(1)疼痛的程度，(2)目前止痛的處方，(3)臨床上有無明顯肝臟或腎臟功能不良（考量藥物的代謝問題），(4)有無類鴉片藥品耐受性（代表需要較高的起始劑量止痛），(5)能否吞嚥，(6)有無副作用（例如譫妄症）。

(三) 在未使用過類鴉片藥品病人，morphine 是首選用藥，除非有過不良反應。

(四) 止痛藥品使用原則如下：

1. Morphine（注射劑型）

(1) 劑量：1-3 mg 靜脈注射；視需要每 5 分鐘可重複一次，直到適當的疼痛緩解；接下來每 3-4 小時視需要給予 1-3 mg 靜脈注射。

(2) 止痛作用持續時間：4-5 小時

(3) 在腎功能不全的病人中，導致痛覺過敏和神經興奮的活性代謝物 (morphine-3-G) 的清除率會降低。

(4) 容易導致組胺釋放和迷走神經介導的靜脈擴張 (vagally mediated venodilation)、低血壓和心動過緩。

(5) 可用於經靜脈給藥的病人自控式止痛裝置。

2. Morphine (口服劑型)

(1) 劑量：15-30 mg 口服，視需要每 4 小時給一次。

(2) 止痛作用持續時間：3-6 小時。

3. Fentanyl (注射劑型)

(1) 劑量：25-50 mcg (中度疼痛)，50-100 mcg (嚴重疼痛) 靜脈注射 / 皮下注射；視需要每 2-5 分鐘可重複一次，直到適當的疼痛緩解。

(2) 止痛作用持續時間：0.5-1 小時 (靜脈注射)，1-2 小時 (皮下注射)。

(3) Fentanyl 不會釋放組織胺，可以優先選擇使用在血流動力學不穩定或支氣管痙攣的病人；可使用於病人自控式止痛。

4. Oxycodone (口服劑型)

(1) 劑量：5-10 mg 口服，視需要每 4-6 小時給一次。

(2) 止痛作用持續時間：3-6 小時。

5. Tramadol (口服劑型)

(1) 劑量：50-100 mg 口服，視需要每 4-6 小時給一次。

(2) 止痛作用持續時間：4-6 小時。

(3) 其止痛作用經多種作用機制：弱 mu 類鴉片受體促效劑和 norepinephrine 和 serotonin 的再攝取抑製劑。

(4) 對中度腎或肝功能不良者要減少劑量；不推薦使用於嚴重器官損傷或有癲癇發作風險的情況；naloxone 不能完全逆轉其效果。

(5) 可與 acetaminophen 組合使用。

6. Codeine (口服劑型)

- (1) 劑量：15-60 mg 口服，視需要每 4-6 小時給一次。
 - (2) 止痛作用持續時間：4-6 小時。
 - (3) 一般指引並不優先推薦使用 codeine，因其轉化為 morphine 的代謝是由多態性 CYP2D6 酶基因決定，其代謝速率因人而異，導致其止痛和副作用常是不可預測的。
- (五) 對於已長期使用類鴉片藥品來止痛的病人，其急性突發性疼痛 (breakthrough pain) 的每一次用藥劑量是以病人一天內類鴉片藥品常規用藥 (for background pain) 總劑量的 1/6 或 10-20%。
- (六) 如果病人對某種類鴉片藥品有耐受性或有產生無法接受的副作用，例如肌陣攣 (myoclonus) 或譫妄症，可改使用其他類鴉片藥品，可使用等止痛劑量表來幫忙換算 (表五)。
- (七) 對於持續嚴重疼痛的病人，類鴉片藥品增加的原則是在常規用藥上使用比上次多 50-100% 的劑量；對於持續輕微或中度疼痛的病人，類鴉片藥品增加的原則是在常規用藥上使用比上次多 25-50% 的劑量。

柒、發燒及感染之處理

- 一、感染是末期病人常見的問題，評估與處理的方式決定於病人的照護目標及死亡預測。
- 二、若病人照護目標是增進生活 / 生命品質，建議以經驗性口服抗生素來治療。至於是否要進行血液培養、靜脈輸液或抗生素、實驗室檢驗等，則按照不同個案有不同做法，須與病人及家屬討論後而行之。

捌、跨領域團隊照護

- 一、在急診進行安寧緩和醫療並沒有一定的模式，依照各家醫院的資源與目標而定。
- 二、在急診，早期照會安寧緩和團隊可幫助病人提升生命末期的生活/生命品質，包含減少住院時間及急診次數，並幫助家屬緩解喪失親人的悲傷。
- 三、在尚未進入安寧緩和醫療的病人，急診醫師可扮演一個啟動者的重要角色，步驟建議如下：
 - (一) 評估病人條件是否符合安寧緩和醫療，
 - (二) 評估病人與家屬的照護目標是否符合安寧緩和醫療，也就是說目標應是追求症狀緩解與病人的舒適，而不是延長生命，
 - (三) 與病人之原主治醫師討論是否進行安寧緩和醫療，因為照護需要跨領域團隊，必須確保其一致性，
 - (四) 進行安寧緩和醫療的轉介，在不同的醫院可設定不同之轉介流程細節，端視醫院的醫療資源來制定，
 - (五) 與病人/家屬確認所擬定之安寧緩和醫療計畫是否符合期待。

玖、總結

- 一、在急診常會遇到末期疾病的病人。
- 二、在急診進行安寧緩和醫療，不但可減少急診醫事人員的壓力、病人與家屬的痛苦、讓後續治療計畫更平順、並減少全民健保的負擔。
- 三、急診醫師需熟悉如何診斷末期疾病、預測存活時間、了解病人與家屬的期待、症狀處理及轉介。
- 四、進行急診安寧緩和醫療需有跨領域團隊的合作，尤其與安寧緩和團隊的密切合作，才能提供病人較為妥善且連續性的照護。

拾、參考文獻

- 一、American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine, Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. Geriatric Emergency Department Guidelines. *Ann Emerg Med.* 2014;63(5):e7-e25.
- 二、Lamba S, Quest TE. Hospice Care and the Emergency Department: Rules, Regulations, and Referrals. *Ann Emerg Med.* 2011;57(3):282-290.
- 三、Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative Care in the Emergency Department. *Perm J.* 2014;18(2):77-85.
- 四、Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC. Prevalence of Geriatric Syndromes and the Need for Hospice Care in Older Patients of the Emergency Department: A Study in an Asian Medical Center. *Emerg Med Int.* 2020;2020:7174695.
- 五、Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC. Emergency Geriatric Assessment: a Novel Comprehensive Screen Tool for Geriatric Patients in the Emergency Department. *Am J Emerg Med.* 2018;36(1):143-146.
- 六、Weng TC, Yang YC, Chen PJ, Kuo WF, Wang WL, Ke YT, Hsu CC, Lin KC, Huang CC, Lin HJ. Implementing a Novel Model for Hospice and Palliative Care in the Emergency Department: an Experience from a Tertiary Medical Center in Taiwan. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(19):e6943.
- 七、法務部：全國法規資料庫。安寧緩和條例
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>
- 八、林譽家、林明慧、陳曾基。末期病人預後評估與預後量表的臨床應用。家庭醫學與基層醫療，2021；36(8)：256-263.

- 九、 Moman RN, Loprinzi Brauer CE, Kelsey KM, Havyer RD, Lohse CM, Bellolio MF. Predicting Mortality in the Emergency Department: External Validation and Derivation of a Clinical Prediction Tool. *Acad Emerg Med.* 2017;24(7):822-831.
- 十、 Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and Response Criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982; 5(6):649-655.
- 十一、 Verhoef MJ, de Nijs EJM, Fiocco M, Heringhaus C, Horeweg N, Van Der Linden YM. Surprise Question and Performance Status Indicate Urgency of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Cancer at the Emergency Department: An Observational Cohort Study. *J Palliat Med.* 2020;23(6):801-808.
- 十二、 Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles KH, Masterson Creber RM. Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. *J Palliat Med.* 2018;21(11):1651-1661.
- 十三、 衛生福利部。全民健康保險安寧共同照護試辦方案
https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5639_1040032766-1.pdf
- 十四、 Vink EE, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJO, Bakker J. Time-Limited trial of Intensive Care Treatment: an Overview of Current Literature. *Intensive Care Med.* 2018;44(9):1369-1377.
- 十五、 Quest TE, Lamba S. Palliative Care for Adults in the ED: Concepts, Presenting Complaints, and Symptom Management. *UpToDate.* 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-ed-concepts-presenting-complaints-and-symptom-management#H1159194099>
- 十六、 Hui D, Hess K, dos Santos R, Chisholm G, Bruera E. A Diagnostic Model for Impending Death

- in Cancer Patients: Preliminary Report. *Cancer* 2015;121(21):3914-3921.
- 十七、 Knotkova H, Fine PG, Portenoy RK. Opioid Rotation: the Science and the Limitations of the Equianalgesic Dose Table. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(3):426-439.
- 十八、 U.S. Department of Veterans Affairs. Transforming the Treatment of Pain: a Quick Reference Guide. 2017.
https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/Pain_ProviderAD_QuickReferenceGuide_IB10999.pdf
- 十九、 VA South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center. Pocket Guide for Clinicians for Management of Chronic Pain. 2017.
<https://www.mirecc.va.gov/VISN16/docs/pain-management-pocket-guide.pdf>
- 二十、 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain (Version 2. 2021).
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1413>
- 二十一、 National Clinical Effectiveness Committee (NCEC). Pharmacological Management of Cancer Pain in Adults. Department of Health. 2015.
<https://www.gov.ie/en/collection/eec97d-pharmacological-management-of-cancer-pain-in-adults/>
- 二十二、 Buckinghamshire Healthcare NHS Trust/Buckinghamshire Clinical Commissioning Group. Conversion of Opioid Medicines Dosages. 2021.
https://www.bucksformulary.nhs.uk/docs/Guideline_699FM.pdf
- 二十三、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。

- 二十四、 Safer Care Victoria. Opioid Conversion Ratios - Guidance Document. 2021.
https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-02/GUIDANCE_Opioid%20Conversion%20FINAL_0.pdf
- 二十五、 NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines - Choosing and Changing Opioids. 2020.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/choosing-and-changing-opioids.aspx>

表一、ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 活動體能狀態分級

分級	狀態
0	正常，無症狀
1	有症狀，但可正常步行且對生活無影響
2	躺在床上的時間 < 50%
3	躺在床上的時間 > 50%
4	須長期臥床無法自理生活
5	死亡

參考文獻：

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-655.

表二、緩和身體活動功能量表

緩和身體活動功能量表 評分 (%)	狀態
100	正常活動、無疾病
90	正常活動、少許疾病
80	活動稍微費力、少許疾病
70	無法正常工作、少許疾病
60	無法做家事、明顯疾病
50	大部分時間坐或躺、無法做任何工作、疾病更嚴重
40	大部分時間躺床、無法做任何工作、疾病更嚴重
30	幾乎都臥床、無法做任何工作、疾病更嚴重、進食減少
20	幾乎都臥床、無法做任何工作、疾病更嚴重、進食只能稍微吸吮
10	幾乎都臥床、無法做任何工作、疾病更嚴重、意識嗜睡到昏迷、只能口腔護理
0	死亡

參考文獻：

Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles KH, Masterson Creber RM. Using the Palliative Performance Scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature. *J Palliat Med.* 2018;21(11):1651-1661.

表三、結合緩和身體活動功能量表及法令紋下垂與否來預測癌症病人 3 天內死亡率

緩和身體活動功能量表及法令紋下垂	3 天內死亡率
緩和身體活動功能評估量表 <20%+ 及法令紋下垂 (+)	94%
緩和身體活動功能評估量表 <20%+ 及法令紋下垂 (-)	42%
緩和身體活動功能評估量表 30%-60%	16%
緩和身體活動功能評估量表 ≥70%	3%

參考文獻：

林譽家、林明慧、陳曾基。末期病人預後評估與預後量表的臨床應用。家庭醫學與基層醫，2021；36(8)：256-263.

表四、預測死亡評分法

預測因子	分數
已因非癌症原因轉介安寧緩和醫療團隊	12
目前住在護理之家	3
曾經因多器官衰竭住進加護病房	10
目前有癌症診斷	10
過去 1 年有住院 2 次以上	3
此次來急診的年齡為 55-65 歲	1
此次來急診的年齡為 66-75 歲	2
此次來急診的年齡為 ≥76 歲	3

註：1. 若分數 >13 預測 1 年會死亡的特異度 (specificity) 為 95.3% .

2. 參考文獻：Moman RN, Loprinzi Brauer CE, Kelsey KM, Havyer RD, Lohse CM, Bellolio MF. PREDICTing mortality in the emergency department: external validation and derivation of a clinical prediction tool. Acad Emerg Med. 2017;24(7):822-831.

表五、和口服嗎啡同等止痛強度下藥品劑量換算表
(opioid rotation table)

藥品	以下藥品之劑量皆為同等止痛強度		
	靜脈、肌肉注射	口服	MME
Morphine	10 mg	30 mg	1
Fentanyl	0.1 mg	N/A	N/A
Oxycodone	10 mg	15-20 mg	1.5-2
Hydromorphone	1.5 mg	7.5 mg	4
Codeine	100-120 mg	200 mg	0.1-0.15
Buprenorphine	0.3 mg	0.75 mg SL	40
Tramadol	100 mg	150 mg	0.2
Fentanyl Patch	貼片劑	每日釋出相當於口服嗎啡日劑量	
	12 mcg/hr	30-45 mg	
	25 mcg/hr	60-90 mg	
	50 mcg/hr	120-180 mg	
	100 mcg/hr	240-360 mg	

- 註：1. MME：Oral morphine milligram equivalent，（該藥口服劑型和嗎啡口服劑型在同等止痛強度下藥品之劑量轉換係數）。
2. 以上之藥物間轉換係數為綜整國際上多種換算資料之結果。
3. 在同一藥品，注射劑型的生體可用率為100%，口服或其他劑型則會下降，因此相對強度會下降。
4. N/A：目前無此劑型或相關數據；SL：舌下錠；patch：貼片劑型。
5. 參考文獻：本章參考文獻之第十八至二十五。

第十五章

安寧病人帶狀皰疹後神經痛的療護

壹、前言

- 一、帶狀皰疹（herpes zoster）是一種中老年人常見的感染性疾病，且發病率一直在上升。研究顯示，自 1940 年代至今，已增長了 4 倍以上。每個人罹患帶狀皰疹的終生風險約為三分之一，意即三分之一的人會在一生中罹患一次。帶狀皰疹主要風險因子為較高年齡與免疫功能低下者。在臺灣，安寧病房中癌症病人的帶狀皰疹發生率是全體人口帶狀皰疹發生率的 20 倍以上。帶狀皰疹後神經痛（postherpetic neuralgia）是帶狀皰疹最常見的併發症。
- 二、在美國與台灣獲得許可並被推薦用於預防帶狀皰疹及皰疹後神經痛的疫苗共有兩種：一為活性減毒株疫苗（ZVL），另一為非活性重組疫苗（RZV）。活性減毒株疫苗禁用於免疫功能低下者；非活性重組疫苗可以用於有免疫缺陷或免疫受到抑制的成人之帶狀皰疹及相關併發症的預防。

貳、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的臨床表徵與診斷

- 一、帶狀皰疹又被稱為皮蛇或飛蛇（台語發音）。除了疼痛外，主要的症狀是在病人身上出現一長串的紅疹與水泡，看起來像是被蛇纏繞一般。
- 二、帶狀皰疹的診斷是以臨床症狀表現為主，包括：
 - （一）有刺痛或是異常感覺的前驅症狀（但是不一定會出現），
 - （二）呈現皮節分布（dermatomal distribution），
 - （三）成群的小水泡或是丘疹，接著出現紅疹，
 - （四）同一皮節內出現多處病灶，
 - （五）紅疹處出現疼痛或是觸摸痛（allodynia），為急性疼痛。

三、在患部的皮疹癒合後，患部的疼痛可能仍會持續，並長達三個月以上，稱之為帶狀皰疹後神經痛（postherpetic neuralgia）。

參、帶狀皰疹與帶狀皰疹後神經痛的病因和致病機轉

- 一、帶狀皰疹是一種會造成疼痛的神經皮膚感染性疾病，當病人初次感染水痘帶狀皰疹病毒（Varicella zoster virus）時，會引發水痘。在水痘康復後，此病毒終身滯留於體內，潛伏在背根神經節或中樞神經的感覺神經元中，當此病毒再度活化/複製並沿著神經皮節散布及發病時會產生帶狀皰疹，常發生於初次感染水痘帶狀皰疹病毒後的數年或數十年，所以「沒得過水痘」或「沒有注射過水痘疫苗」的人是不會得帶狀皰疹的。（註：水痘疫苗是活性減毒株疫苗）
- 二、任何曾自然感染野生型水痘帶狀皰疹病毒或接種過水痘疫苗的人，都可能因體內水痘帶狀皰疹病毒的再活化而罹患帶狀皰疹。但是與自然感染野生型水痘帶狀皰疹病毒的人相比，接種水痘疫苗的人其體內水痘帶狀皰疹病毒再活化的機率風險較低。
- 三、水痘帶狀皰疹病毒活化後，會在中樞神經感覺神經元或背根神經節中複製，並破壞神經細胞，導致受影響的皮節區疼痛，稱為急性帶狀皰疹疼痛，當此疼痛持續達三個月以上，稱之為帶狀皰疹後神經痛。帶狀皰疹後神經痛是帶狀皰疹最常見的併發症，有兩種病因假說：(1) 神經元興奮性增加和疼痛感知改變 或 (2) 水痘帶狀皰疹病毒持續存在並激發神經元慢性發炎而引發疼痛。免疫功能低下與帶狀皰疹後神經痛之間存在強關聯。較低的細胞免疫力可能會導致急性感染期間有較高的病毒量且增加帶狀皰疹後神經痛的風險。
- 四、帶狀皰疹後神經痛所產生的疼痛非常多樣化，包括自發性疼痛與誘發性疼痛。前者可能是針刺感、刺痛、抽痛、電擊痛、撕裂痛、灼熱感、冰冷、麻痺、癢等。後者有異常性疼痛 allodynia（無痛性刺激被感知為疼痛）、痛覺過度 hyperpathia（輕微的疼痛刺激被感知

為非常疼痛)和感覺異常 dysesthesia (沒有刺激下仍有異常感覺),病人可同時併存多種形式的異常感覺。

肆、安寧病人的帶狀皰疹和皰疹後神經痛流行病學

- 一、根據美國研究統計,在西元 1996 年到 2005 年間,一般人罹患帶狀皰疹的發生率為 3.6/1,000 人年,其主要的危險因子是較高年齡,通常發生在 50 歲以上,大約 60% 的病例發生在女性身上。其他風險因子包括患有 人類免疫缺陷病毒 (HIV) 的感染、腫瘤疾病、器官移植、使用免疫抑制藥品,及患有其他會導致細胞免疫下降的疾病。根據我國 2000 年到 2006 年全民健保資料庫的研究顯示,帶狀皰疹在全體人口的發生率是 4.89~4.97/1000 人年,罹患帶狀皰疹的終生風險估計為 32.2%。台灣約三分之二的帶狀皰疹病例是發生在 40 歲以上的成年人身上。發病率隨著年齡的增長而逐步增加。40~50 歲人群每千人 5.18 例,50~60 歲人群 8.36 例,60~70 歲人群 11.09 例,70 歲以上人群 11.77 例。另外,女性的發生率高於男性 (5.20/1000 對比 4.72/1000)。
- 二、安寧病房的住院病人常以癌症末期為主,通常都經過手術、化學治療、放射治療或使用標靶藥品。在台灣中部某醫學中心探討安寧病房癌症病人帶狀皰疹發生率及危險因子的研究指出:安寧病房癌症病人的帶狀皰疹發生率 (106.4 人/1,000 人年),相較於台灣全體人口帶狀疹發生率 (4.89~4.97 人/1,000 人年) 高出許多,且男女皆呈現大於 60 歲的族群發生率有較高的趨勢。該研究結果與其他免疫不全特殊族群的研究近似。其他特殊族群罹患帶狀皰疹發生率如下:實體腫瘤 (solid tumor malignancy) 接受治療中、血液腫瘤已接受過化療、感染 HIV、正在進行造血幹細胞移植,發生率依序為:15-80, 25-100, 20-100, 200 人/1,000 人年。
- 三、帶狀皰疹後神經痛在皰疹癒合後可能還會持續 30 天到 6 個月以上,疼痛在大多數病例中會自行消退。台灣帶狀皰疹病人約有 8.6% 併發帶狀皰疹後神經痛,

發生率為 0.42/1000 人年。危險因子包括年齡較高、中度至重度皮疹、皮疹期間有中度至重度急性疼痛、有眼部症狀和有前驅疼痛史。年齡較高是主要的危險因子，80 歲以上病人的帶狀皰疹後神經痛發生率大約 20~30% 或更高，60 至 65 歲的病人發生率大約 20%。至於性別是否為帶狀皰疹後神經痛的風險因子，研究結果不一，有報告指出男性和女性發生率相似（8.82% 對 8.37%），也有報告指出女性罹患的風險較高。另外有研究指出糖尿病、淋巴瘤、白血病和紅斑性狼瘡是獨立危險因子。也有研究顯示帶狀皰疹與帶狀皰疹後神經痛病人體內的微營養素往往偏低（如：維生素 C、D、B12、鋅、鈣），這些微營養素不足或缺乏也是罹病的獨立危險因子。

伍、帶狀皰疹的傳染性與日常注意事項

- 一、對於沒有得過水痘的人，若接觸到帶狀皰疹病人的飛沫（飛沫傳染），就有可能被傳染而得到水痘，雖然帶狀皰疹病人出現呼吸道症狀的發生率低。建議病人應戴上口罩，對一同生活的人是較好的保障。若接觸皰疹水泡或傷口等處的體液，也可能被傳染而得到水痘。總之，近距離交談、共用餐具、接觸到病人的衣物、毛巾等用品，都有被傳染風險。但是帶狀皰疹的傳染力比水痘弱，在同一家戶中的傳染力，水痘傳染力約為 80 ~ 90%，帶狀皰疹傳染力約為 15%。
- 二、成年人若感染水痘帶狀皰疹病毒，其症狀往往比孩童時期感染嚴重，因此需小心避免被傳染病毒而感染水痘。尤其孕婦，應避免接觸帶狀皰疹病人，因為孕婦感染後可能會傳給胎兒，導致新生兒出生體重不足、眼部、腦部等疾患。如果家中有感染帶狀皰疹的人，建議讓病人單獨用餐，避免共浴、避免共同使用同一套盥洗用品（毛巾、漱口杯）。病人會接觸到的地方，包括門把、床單等，建議做區隔或消毒。
- 三、若罹患帶狀皰疹，應盡早治療並充分休息，讓自身免疫系統修復，也避免傳染給他人。

陸、帶狀皰疹的診斷

- 一、老年人若罹患帶狀皰疹，首先需要及時診斷、適當給予抗病毒藥品和充分的疼痛控制。帶狀皰疹的病史和典型的皮疹外觀可提供大多數（約 85~90%）病人有效的臨床診斷。
- 二、實驗室的診斷工具可用於確認非典型臨床表現或無疹性帶狀皰疹。VZV DNA PCR 具有最高的敏感性和特异性，已成為診斷的金標準。脊髓液陽性 PCR 表明中樞神經性帶狀皰疹。唾液 VZV DNA PCR 陽性支持腸道帶狀皰疹的診斷。來自血液或口咽樣本的 VZV DNA PCR 陽性在非典型表現或無疹性帶狀皰疹具有幫助診斷價值。
- 三、在帶狀皰疹發作後的 3-12 個月內，與一般人群相比，50 歲以上病人的中風或心肌梗塞的風險上升，另外，導致多發性神經病變和格林—巴利症候群（Guillain-Barre Syndrome）的風險也會上升。

柒、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的治療

- 一、在帶狀皰疹急性期的處置（含減輕疼痛）可以阻止其慢性疼痛機制的啟動，從而降低帶狀皰疹後神經痛的風險。為了預防帶狀皰疹的併發症，建議一旦發生帶狀皰疹時，應儘早就醫治療。通常在早期（水泡或紅疹發生三天內）有適當的抗病毒治療，可以有效控制帶狀皰疹的漫延，也可以減少帶狀皰疹後神經痛的發生。
- 二、治療帶狀皰疹的方法通常包括使用抗病毒藥品降低病毒量，使用消炎藥緩和發炎的狀況，合併使用止痛藥及抗憂鬱劑減輕疼痛症狀等。有時適當的使用類固醇類藥品，也可以降低帶狀皰疹後神經痛的發生率。
- 三、口服抗病毒藥品：在台灣有 acyclovir、famciclovir、valacyclovir。靜脈滴注抗病毒藥品：在台灣有 acyclovir。若病人感染抗藥型病毒，雖可給予靜脈滴注 foscarnet，但安全性仍待評估。

- 四、疼痛控制：治療的方法會因疼痛的性質而使用不同的藥品或方法，包括：(1) 三環類抗憂鬱劑 (2) 抗癲癇類藥品 (3) 局部麻醉或止痛藥膏 (4) 經皮電刺激 (5) 神經阻斷術 (6) 類鴉片藥品 (7) 微營養素補充。
- 五、微營養素補充：近年的研究顯示微營養素偏低（如：維生素 C、D、B12、鋅）是帶狀皰疹與帶狀皰疹後神經痛的危險因子，微營養素缺乏或不足可能與帶狀皰疹的臨床病程、藥品治療功效、併發症發生率相關。基礎分子研究顯示維生素 C、D、鋅等微營養素具有抗病毒與調控神經元興奮性作用，臨床研究發現微營養素補充具有鎮痛效果，如：靜脈滴注維生素 C、鋅或口服維生素 D 或肌肉注射維生素 B12，可以緩解部分帶狀皰疹後神經痛病人的疼痛，臨床應用應可作為止痛藥品的佐劑。
- 六、雖然有了以上多種的治療方法，但是對於帶狀皰疹後神經痛的療效，卻是因人而異。有些病人可以完全治癒，有些病人卻效果不佳，更多的病人是介於兩者之間，其間差異有待更多的研究來解答。

捌、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的預防

- 一、目前有兩種帶狀皰疹疫苗在美國與台灣獲得許可並被推薦用於預防帶狀皰疹及其併發症，一種是活性減毒株疫苗（Zoster Vaccine LIVE, ZVL；商品名 zostavax），另一種是非活性重組疫苗（recombinant zoster vaccine, RZV；商品名 shingrix）。
- 二、帶狀皰疹活性減毒株疫苗，其強度較水痘疫苗高出 14 倍以上，可提升細胞免疫力，降低因病毒再活化而發病的風險，雖然隨著年齡的增加對預防發病的效能轉弱，但可降低出現慢性神經痛的風險。ZVL 等活性減毒株疫苗禁用於免疫功能低下的病人。
- 三、Shingrix 非活性重組疫苗，要打兩劑肌肉注射。兩劑之間需間隔 2～6 個月。打完疫苗後會有肌肉痠痛（最常見）、倦怠、頭痛、發燒、腸胃不適等全身不適症狀，發生率約 11%，但這些症狀通常在接種疫苗後一至三

天內會逐漸消失。2021年7月，美國食品藥品監督管理局擴大了使用非活性重組疫苗（RZV）的適應症，包括免疫缺陷或免疫受到抑制的成年人。

玖、參考文獻

- 一、Gnann JW Jr., Whitley RJ. Clinical Practice. Herpes Zoster. *N Engl J Med.* 2002;347(5):340-346.
- 二、Mattiuzzi GN, Cortes JE, Talpaz M, Reuben J, Rios MB, Shan J, Kontoyiannis D, Giles FJ, Raad I, Verstovsek S, Ferrajoli A, Kantarjian HM. Development of Varicella-Zoster Virus Infection in Patients with Chronic Myelogenous Leukemia Treated with Imatinib Mesylate. *Clin Cancer Res.* 2003;9(3):976-980.
- 三、Wade JC. Viral Infections in Patients with Hematological Malignancies. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2006;2006(1):368-374.
- 四、Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. Micronutrient Intake and The Risk of Herpes Zoster: A Case-control Study. *Int J Epidemiol.* 2006;35(2):307-314.
- 五、Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, Betts RF, Gershon AA, Haanpaa ML, McKendrick MW, Nurmikko TJ, Oaklander AL, Oxman MN, Pavan-Langston D, Petersen KL, Rowbotham MC, Schmader KE, Stacey BR, Tyring SK, van Wijck AJ, Wallace MS, Wassilew SW, Whitley RJ. Recommendations for the Management of Herpes Zoster. *Clin Infect Dis.* 2007;44(Suppl 1):S1-S26.
- 六、Jih JS, Chen YJ, Lin MW, Chen YC, Chen TJ, Huang YL, Chen CC, Lee DD, Chang YT, Wang WJ, Liu HN. Epidemiological Features and Costs of Herpes Zoster in Taiwan: A National Study 2000 to 2006. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(6):612-616.
- 七、Lang PO, Hasso Y, Michel JP. Stop Shingles in Its Tracks. *J Fam Pract.* 2009;58(10):531-534.

- 八、Chen JY, Chang CY, Feng PH, Chu CC, So EC, Hu ML. Plasma Vitamin C Is Lower in Postherpetic Neuralgia Patients and Administration of Vitamin C Reduces Spontaneous Pain But Not Brush-Evoked Pain. *Clin J Pain*. 2009;25(7):562-569.
- 九、Lin YH, Huang LM, Chang IS, Tsai FY, Lu CY, Shao PL, Chang LY; Varicella-Zoster Working Group. Disease Burden and Epidemiology of Herpes Zoster in Pre-Vaccine Taiwan. *Vaccine*. 2010;28(5):1217-1220.
- 十、Chen JY, Chu CC, Lin YS, So EC, Shieh JP, Hu ML. Nutrient Deficiencies As a Risk Factor in Taiwanese Patients with Postherpetic Neuralgia. *Br J Nutr*. 2011;106(5):700-707.
- 十一、Cohen JI. Clinical Practice: Herpes Zoster. *N Engl J Med*. 2013;369(3):255-263.
- 十二、蔡易瑾、林盈利、吳美鳳、黃馨蓀、林益卿。探討中部某醫學中心安寧病房癌症病人帶狀疹的發生率及危險因子。台灣家醫誌，2013；23(4):168-176。
- 十三、Kawai K, Yawn BP, Wollan P, Harpaz R. Increasing Incidence of Herpes Zoster Over a 60-Year Period From a Population-Based Study. *Clin Infect Dis*. 2016;63(2):221-226.
- 十四、Yawn BP, Wollan PC, Nagel MA, Gilden D. Risk of Stroke and Myocardial Infarction After Herpes Zoster in Older Adults in a US Community Population. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(1):33-44.
- 十五、Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Mansfield K, Minassian C, Langan SM. Quantification of Risk Factors for Postherpetic Neuralgia in Herpes Zoster Patients: A Cohort Study. *Neurology*. 2016;87(1):94-102.
- 十六、Wang JY, Wu YH, Liu SJ, Lin YS, Lu PH. Vitamin B12 for Herpetic Neuralgia: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Complement Ther Med*. 2018;41:277-282.

- 十七、Chen JY, Lin YT, Wang LK, Hung KC, Lan KM, Ho CH, Chang CY. Hypovitaminosis D in Postherpetic Neuralgia-High Prevalence and Inverse Association with Pain: A Retrospective Study. *Nutrients*. 2019;11(11):2787.
- 十八、Read SA, Obeid S, Ahlenstiel C, Ahlenstiel G. The Role of Zinc in Antiviral Immunity. *Adv Nutr*. 2019;10(4):696-710.
- 十九、Colunga Biancatelli RML, Berrill M, Marik PE. The Antiviral Properties of Vitamin C. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2020;18(2):99-101.
- 二十、Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Considerations for Use of Recombinant Zoster Vaccine (RZV, Shingrix) in Immunocompromised Adults Aged ≥ 19 Years. Updated January 20, 2022. <https://www.cdc.gov/shingles/vaccination/immunocompromised-adults.html>

第十六章

安寧病人疼痛外共病症療護暨類鴉片藥品的使用

壹、前言

- 一、我國衛福部對於安寧緩和醫療的定義如下：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、本章之論述重點在接受安寧緩和醫療或末期的病人（以下簡稱安寧/末期病人）疼痛以外症狀的療護，且依醫學原理及臨床藥理，類鴉片藥品在此類症狀是可使用的藥品之一。
- 四、類鴉片藥品使用於疼痛以外的症狀治療，屬於適應症以外的使用。行政院衛生署於91年2月8日公告仿單核准適應症外的使用原則如下：
 - （一）需基於治療疾病的需要（正當理由）。
 - （二）需符合醫學原理及臨床藥理（合理使用）。
 - （三）應據實告知病人。
 - （四）不得違反藥品使用當時，已知的、具公信力的醫學文獻。
 - （五）用藥盡量以單方為主，如同時使用多種藥品，應特別注意其綜合使用的療效、藥品交互作用或不良反應等問題。
- 五、在安寧/末期病人類鴉片藥品，常見的適應症外使用情形有以下幾種狀況（圖一）：
喘、咳嗽、腸阻塞、腹瀉、末期慢性阻塞性肺病、末期心臟衰竭。

貳、治療策略

- 一、安寧 / 末期病人的症狀治療計畫是依照病人的預後、病人的選擇及治療的目標來訂定的。
- 二、在評估及診斷這些症狀的致病因後，治療可以治癒的症狀，並緩解其他可以緩解的症狀。
- 三、要經常考量到使用非藥品的方法。

參、喘 (breathlessness、dyspnea)

一、說明

- (一) 常見於安寧 / 末期病人，發生率約為 40-80%。
- (二) 一般而言，致病因素常包含身體 / 生理及心理 / 精神層面的因素 (表一)。
- (三) 對於心理方面的因素，病人並不一定會明示 (或自我了解) 其心中的害怕與焦慮，尤其是死亡。

二、治療可以治癒的致喘因素

- (一) 依致病因，治療可以治癒或能顯著改善的致喘因素，如肋膜積水 (pleural effusion)、肺水腫 (pulmonary edema) 等。
- (二) 需要跨領域團隊專家的合作。

三、症狀緩和治療

(一) 非藥品的治療：

1. 使用小風扇向臉上吹些涼風。
2. 指導病人做調整呼吸的動作，尤其在急性發作的情況下。
3. 練習做緩慢的吸氣及吐氣。
4. 調整身體的姿勢，以坐姿或靠姿來緩和喘。
5. 指導家屬協助病人，尤其在急性發作的情況下。

6. 看看令病人自己心情放鬆的相片，如親人的相片。
7. 若有痰液時，請照護者協助拍背及咳痰。
8. 可使用呼吸道症狀舒緩的精油在病人周遭的環境中，或使用醫療專業調配過的精油塗抹於胸前。

(二) 藥品的治療：

1. 以生理食鹽水噴霧 (nebulized saline) 並加入支氣管擴張劑。
2. 氧氣治療
 - (1) 在有缺氧的狀況下較為有效。
 - (2) 以鼻腔導管 (nasal cannula) 的方式較以面罩 (face mask) 的方式舒適，或是運用蛇形管在病人呼吸區域內溫和送氧
3. 類鴉片藥品的使用
 - (1) 當末期病人在坐或臥都有喘的現象時，可以使用小劑量的類鴉片藥品來緩解喘。
 - (2) 在未曾使用類鴉片藥品的病人，可以使用嗎啡以每日不超過 30 mg 的劑量經口服、靜脈或皮下持續滴注方式給予，提供一個持續且穩定的血中藥品濃度來緩解喘。
 - (3) 對於近期內已使用過類鴉片藥品的病人，可以請教安寧療護團隊的醫師，給予適當的類鴉片藥品及劑量來緩解喘。
4. 抗焦慮藥品的使用
 - (1) 適切使用抗焦慮藥品是有效緩解病人的焦慮及喘。
 - (2) 可使用的藥品如 diazepam、lorazepam、midazolam、levomepromazine，至於在劑量方面可請教安寧療護團隊的醫師。

5. 類固醇的使用

- (1) 小劑量的類固醇使用有時是會有療效的。
- (2) 以 dexamethasone 2 mg (或 prednisolone 15 mg 或 hydrocortisone 50 mg 或 betamethasone 2 mg) ，每日 1-2 次，持續 5-7 日，若無效則應停止使用。
- (3) 注意使用類固醇所引起的副作用如血糖的上升。

6. 對於嚴重且重覆發作的喘

- (1) 在臨終的病人較為常見。
- (2) 可以使用類鴉片藥品合併抗焦慮藥品。
- (3) 藥品的使用目的為緩解喘和焦慮。
- (4) 經以上藥物使用後仍有頑固型呼吸喘的臨終病人，透過安寧療護專家會談後，可以使用鎮靜藥物（如 midazolam 0.5-5mg、lorazepam 0.5-2mg），以每 2-4 小時的間隔，在評估有需求後給藥，以達到緩和鎮靜（palliative sedation）的功效。

肆、咳嗽（cough）

一、說明

- (一) 咳嗽是一種保護呼吸道安全通暢的正常生理反應，然而若是過度咳嗽，則會令人體力 / 精神耗竭。
- (二) 在評估時要注意探討咳嗽的誘發因素、形成歷程及相關合併症狀如喘、哮鳴、痰（顏色、量）及是否有咳血。
- (三) 必要時，要做進一步的檢查。

二、治療可治癒的致病因

- (一) 造成咳嗽常見的誘因如下：氣喘病（asthma）、慢性阻塞性肺病、心臟衰竭、胃食道逆流、肺

部或胸縱膈腔腫瘤、肺炎、癌症造成肺部淋巴轉移、免疫治療後。

(二) 治療可以治癒的致病因或緩解其嚴重性。

三、症狀緩和治療

(一) 非藥品的治療：物理治療、擺位、拍背、促進咳痰並減少咳嗽。

(二) 藥品的治療：

1. 針對痰液多且濃稠的病人可使用化痰劑 (mucolytics) 如 saline 噴霧、carbocisteine 口服。
2. 對於乾咳的病人可使用咳嗽抑制劑如口服 codeine 或小劑量的 morphine。
3. 使用支氣管擴張劑。
4. 使用類固醇。

伍、腸阻塞 (intestinal obstruction)

一、說明

(一) 這症狀包含了兩種狀況：

1. 機械性的原因 (腸道被物體阻塞)。
2. 功能性的原因 (腸蠕動的功能變差)。

(二) 若因侵犯性癌症造成腸阻塞，病情常較複雜且難處理。

二、原因 / 危險因子

(一) 因腸子的原發性腫瘤 (含大小腸腫瘤) 阻塞腸腔。

(二) 身體其他部位的腫瘤轉移至腹腔造成腸沾黏、水腫及阻塞。

(三) 腹腔自主神經系統遭腫瘤侵犯，造成腸蠕動功能下降。

(四) 過往腹腔內的沾粘、放射線治療後腹腔組織纖維化、代謝狀態異常、敗血症等。

三、治療可以治癒的致病因

(一) 以外科手術方式處理能處理的致病因，如切除阻塞的部分、腸繞道手術等。

(二) 治療其他可以處理的因素。

四、症狀緩和治療

(一) 非藥品的治療：

1. 置放鼻胃管 (N-G tube) 引流胃內液體並禁食。
2. 補充水分及營養。

(二) 藥品的治療：

1. 可使用抗腸道痙攣劑 (anticholinergic / antispasmodics) 如 hyoscine、mebeverine 及 alverine 等。
2. 使用類固醇如 dexamethasone 2-4 mg (或 betamethasone 2-4 mg) 每日一到四次給藥，減少腫瘤周邊水腫改善壓迫腸道狀況。
3. 使用 octreotide 0.1mg 皮下注射二到三次，持續 7 天，無效則停止，可減少腸道分泌液，舒緩腸液過多無法排除的脹痛感或噁心嘔吐症狀。
4. 在安寧 / 末期病人，對於因腫瘤所造成之腸阻塞而無法以外科手術或其他方法、藥品進行改善時，針對腸阻塞所造成的不適 (腹部絞痛)，是可以使用類鴉片藥品來緩解，大部分的做法是經由皮下小劑量的長期輸注。

陸、腹瀉 (diarrhea)

一、說明

- (一) 在安寧 / 末期病人，造成腹瀉的原因很多且複雜。
- (二) 要檢視腹瀉的嚴重度如軟便或水瀉及每日之排便次數。

二、原因 / 危險因子

- (一) 腸道感染。
- (二) 藥品的副作用：如化療藥品、免疫療法、抗生素、非固醇類消炎藥 (NSAIDs) 等。
- (三) 腹腔放射治療後、大範圍的腸切除後。
- (四) 瀉劑過度使用。
- (五) 剛開始胃腸進食時。
- (六) 胰臟功能不佳所生的大量脂肪便腹瀉。
- (七) 患有某些大腸的功能性腫瘤，如 carcinoid。
- (八) 其他：腸炎、膽鹽吸收不良、半乳糖不適症、腸道自主神經系統病變 (如糖尿病) 等。

三、治療可以治癒的致病因

找出原因，治療能治癒的致病因。

四、症狀緩和治療

- (一) 非藥品的治療：補充水分。
- (二) 藥品的治療：
 1. 停止會造成腹瀉的藥品。
 2. 使用止瀉劑。
 3. 對於嚴重腹瀉而無法以其他方法或藥品來止瀉時，可以考慮使用類鴉片藥品。

柒、末期之慢性阻塞性肺病 (end-stage chronic obstruction pulmonary disease)

一、說明

當慢性阻塞性肺病到了末期，病人會相當痛苦，其病況如下：

- (一) 需長期使用氧氣治療，而且雖在氧氣治療下仍長期缺氧。
- (二) 無數次進出醫院。
- (三) 常合併心臟衰竭。
- (四) 常有心包膜積水。
- (五) 身體虛弱、惡病體質 (cachexia)。

二、治療可以治癒的致病因

在此階段，大約只有肺臟移植能從根本上治癒此病症。

三、症狀緩和治療

- (一) 喘是主要症狀，也是病人的主訴，而其緩解的方法詳見本章之參、喘。
- (二) 在此時是可以考慮使用類鴉片藥品來做喘的症狀緩解。

捌、末期心臟衰竭 (end-stage heart failure)

一、說明

末期心臟衰竭可能發生的症狀如下：

- (一) 心臟射出率 (ejection fraction) 小於 20%。
- (二) 血漿白蛋白小於 25 g/L。
- (三) 對於利尿劑無反應。
- (四) 頻繁的住院求診。
- (五) 合併其他共病症及器官衰竭。
- (六) 昏厥 (syncope)。

(七) 持續低血壓 (sustained hypotension) 。

二、治療可以治癒的致病因

在此階段，大約只有心臟移植能從根本上治癒此病症。

三、症狀緩和治療

在末期心臟衰竭的病人會產生許多症狀，如喘、水腫、腹水、沒胃口、口乾、便秘、疲倦、憂鬱、疼痛、擔心死亡等。

(一) 對於個別症狀的緩解，應請相關醫療專家對症診治。

(二) 對於喘及疼痛，在其他方法或藥品皆無法有效緩解時，是可以考慮使用類鴉片藥品的。

玖、參考文獻

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dec79b72c474b2-download.pdf>
- 四、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable

Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.

<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>

六、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>

七、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。

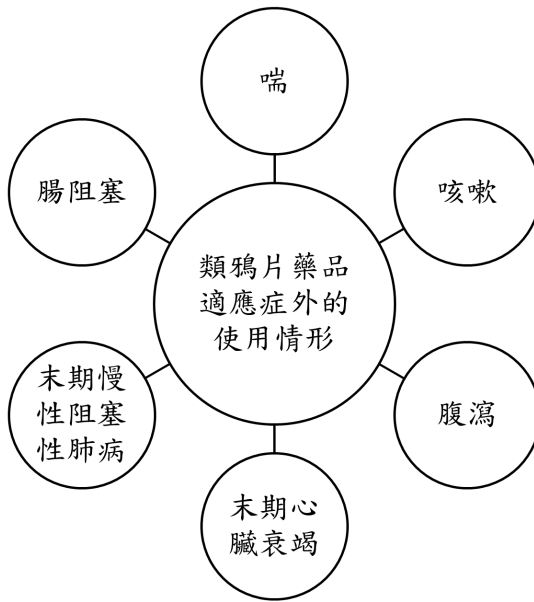
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>

八、 奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。

http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf

九、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。

圖一、類鴉片藥品在安寧 / 末期病人常見的適應症外使用情形



表一、常見造成喘的致病因子

<p>一、 身體 / 生理因素：</p> <ul style="list-style-type: none">喉部氣道阻塞上呼吸道受壓迫 / 狹窄氣管痙攣呼吸道分泌物增加肺部腫瘤或已有瀰漫性擴散（含淋巴轉移）肺部栓塞肺水腫肋膜積水上腔靜脈阻塞末期慢性阻塞性肺病末期心臟衰竭感染、敗血症運動神經元疾病貧血衰弱惡病質其他（如疼痛）
<p>二、 心理 / 精神因素：</p> <ul style="list-style-type: none">焦慮、煩躁憂鬱、無助害怕死亡其他掛念

註：

1. 請依個別致病因，尋求醫療專家診治
2. 參考文獻：Wessex Palliative Physicians. The palliative care handbook: a good practice guide. 2019. https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf

第十七章

安寧病人的疼痛護理

壹、前言

- 一、在安寧緩和醫療照護中，疼痛是常見且困擾病人的症狀。持續性的疼痛會導致憂鬱、焦慮與睡眠障礙，並影響病人日常生活、人際互動與生活品質。
- 二、接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧 / 末期病人），其疼痛受身體、心理情緒、靈性以及文化等因素影響，複雜而不易治療。
- 三、要緩解安寧 / 末期病人的疼痛，首先要有正確的疼痛評估，並強調身心靈社會整體性疼痛（total pain）的處置觀念，透過跨領域整合式的疼痛管理，方能達到緩解疼痛的目的。

貳、疼痛護理的照護目標（圖一）

- 一、使病人或家屬可以在護理指導下，執行對緩解疼痛有效的照護措施。
- 二、使病人疼痛指數或強度緩解至可以接受的狀況。
- 三、改善睡眠狀況，提升睡眠品質。
- 四、在清醒或休息時間，無痛或疼痛被顯著的緩解。
- 五、可以在無痛或輕微疼痛的狀況下，執行日常的生活活動。

參、疼痛的評估

- 一、疼痛評估是提供疼痛照護的關鍵步驟，有良好的疼痛評估與治理，方能有效的緩解疼痛。
- 二、疼痛是一種主觀的感受，因此疼痛存在與否及其強度，應由病人本身的主訴來衡量。疼痛評估是為了確定此時此刻的疼痛對病人的意義，疼痛的評估乃依據病人或家屬所提供的資料與相關檢驗、檢查。藉由評估的結果來判斷疼痛可能的導因，進而規劃提供個別性的疼痛照護。

- 三、依病人認知與意識狀態，使用適切的評估工具。
- 四、完整的疼痛評估應涵蓋生理、心理及社會層面，包含個人病史、詳細的疼痛史、用藥史等，並採多面向評估、查明疼痛來源、適當診斷檢查，釐清疼痛來源、並了解病人或家屬對疼痛處置的期待。
- 五、疼痛評估：包含可量化之疼痛量表、多面向之疼痛評估單、認知功能重度異常之疼痛量表、使用呼吸器病人之疼痛評估量表及兒童評估量表（表一、表二及圖二）。
- 六、心理情緒、精神狀態、文化與社會背景都會影響疼痛表現與疼痛的表達，因而影響日常生活品質。情緒及日常活動狀態之評估常使用的評估工具如表三、表四及圖三。
- 七、長者與失智症病人疼痛的評估，常因認知功能障礙，影響溝通與疼痛評估，而需有標準化工具，且更需要定期與持續性評估（表一）。
- 八、對疼痛病人應持續性評估 / 監測其對藥物及非藥物處置的反應。

肆、疼痛護理的照護措施

- 一、指導病人或家屬主動評估及紀錄疼痛，以提供醫療處置參考。
- 二、指導病人或家屬正確使用藥品如皮膚貼片或口頰錠使用等，並識別與評估副作用的發生。
- 三、教導病人或家屬識別藥品過量、藥品依賴或成癮的徵象。
- 四、指導病人，除了藥品之外，也可使用非藥品的治療方法，如聽聽可以放鬆的音樂或個人喜歡的音樂、調整比較不痛且舒適的姿勢或臥位、按摩、穴道指壓及熱敷（若有局部發炎不宜使用熱敷）。
- 五、指導病人照護者對病人提供合宜的按摩。按摩對於大部分的安寧 / 末期病人是安全的照護措施，但須注意

疾病的禁忌，如有骨轉移、骨折、腹部腫瘤等則不宜使用。

- 六、提供適當的芳香療法。依據系統性文獻回顧，此療法雖然沒有明顯改善疼痛，但可以減緩病人的憂鬱與焦慮情緒及改善睡眠與疲憊狀態。
- 七、帶領病人進行深呼吸放鬆法、冥想或祈禱，並引導病人進入正面且積極的思考模式。
- 八、傾聽病人的聲音並給予抒發情緒的機會，盡量降低病人可能因恐懼或焦慮而引起疼痛或減低其對疼痛的耐受度。
- 九、協助安排關鍵親人或朋友來陪伴或關懷，以提升病人在心理及精神上的支持力。
- 十、盡量維持柔和的燈光及安靜的環境，讓病人有安全感。
- 十一、在有靈性照護需求的病人，可轉介心理師、宗教師或靈性關懷人員。

伍、疼痛護理的照護成效評值

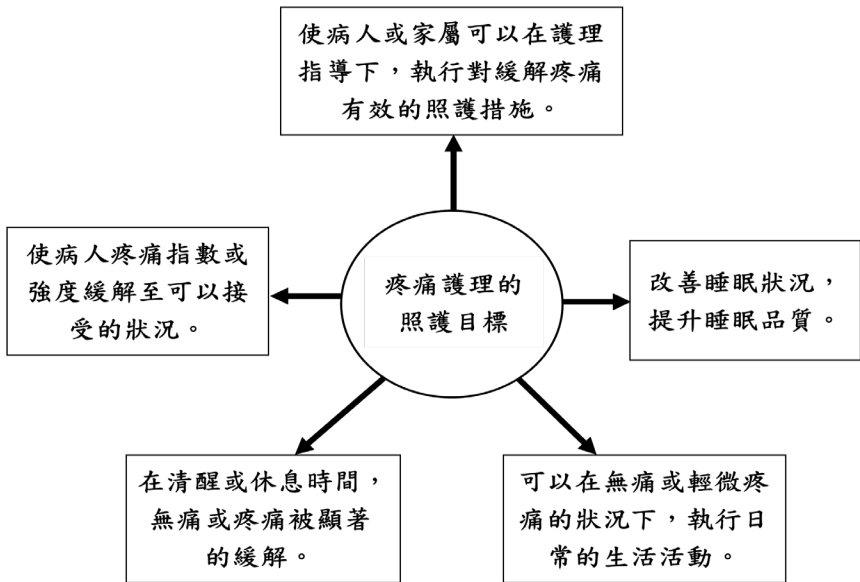
- 一、依護理目標與措施進行成效評值。
- 二、疼痛照護的成效評值，需使用與照護初期相同的疼痛評估工具。
- 三、評值除了病人主觀疼痛的主訴評估外，可利用量性客觀的生理指標進行多元的評值，如表情、活動程度等。

陸、參考文獻

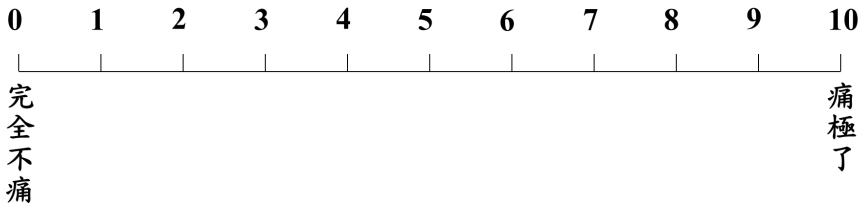
- 一、Faull C, De Caestecker, S, Nicholson A, Black F. Handbook of Palliative Care (3th ed.). Wiley-Blackwell; 2012.
- 二、Oneschuk D, Hagen N, MacDonald N. Palliative Medicine: a Case-Based Manual (3th ed.). Oxford: Oxford University Press; 2012.

- 三、Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to Pain Management as a Human Right. Am J Public Health. 2019;109(1):61-65.
- 四、Gélinas C. Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. Pain Manag Nurs. 2010;11(2):115-125.
- 五、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 六、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 七、台灣癌症安寧緩和醫學會、台灣疼痛醫學會。癌症疼痛之藥物治療指引(第七版)。2018。
https://www.wecare.org.tw/?page_id=6658
- 八、胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃翰心、陳幼貴。成人癌症疼痛臨床照護指引。腫瘤護理雜誌，2011；11(增訂刊)：87-127。
- 九、台灣安寧緩和醫學會。安寧緩和醫療-理論與實務。台北：合記。2013。
- 十、黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生。建立成人癌症病人疼痛非藥物處置之臨床照護指引。榮總護理，2012；29(2)：145-158。

圖一、安寧病人疼痛護理的照護目標

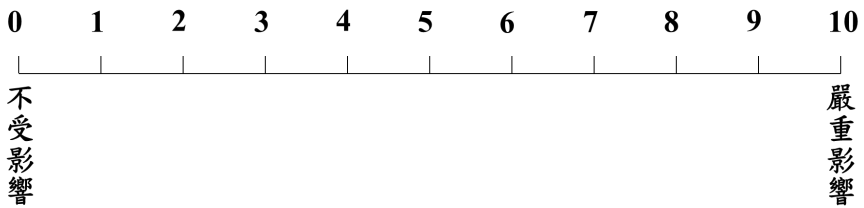


圖二、疼痛嚴重度的評估（數值量表，以 10 分計）



註：被評估的品項可以包含：靜態時、活動時、最痛時、最痛時、服藥後、治療後；也可只評估一天內的總平均。

圖三、日常生活受疼痛影響的程度（數值量表，以 10 分計）



註：被評估的品項可以包含：

1. 日常生活獨立性評估：如沐浴、更衣、如廁、移動、用餐。
2. 生活功能失能程度評估：如做家事、就學 / 就業、社交活動、休閒娛樂、性功能、生活自我照護。
3. 生活作息受影響之程度評估：如享受生活、整體活動力、睡眠、心情等。
4. 參考文獻：表四，並在匯整後做部分修改。

表一：國際上常用之成人疼痛量表

評估表單名稱	出處
一、可量化之疼痛量表	
1. Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf
2. Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf
3. Categorical Scales	https://www.healthline.com/health/pain-scale#types
二、多面向之疼痛評估表單	
1. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/M
2. Brief Pain Inventory	http://www.npcrc.org/files/news/briefpain_short.pdf
3. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System- Pain Interference (PROMIS-PI)	https://cde.drugabuse.gov/sites/nida_cde/files/PROMIS%20Adult%20ShortForm%20v1.0%20Pain%20Interference%206b.pdf
三、認知功能重度異常病人之疼痛量表	
1. McGill Pain Questionnaire	http://dementiapathways.ie/_filecache/04a/ddd/98-painad.pdf

2. Pain Assessment for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	https://gerocentral.org/wp-content/uploads/2013/12/Pain-Assessment-Checklist-for-Seniors-with-Limited-Ability-to-Communicate-PASLAC.pdf
3. Abbey Pain Scale (APS)	https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf
四、使用呼吸器病人之疼痛評估量表	
1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOOT)	https://kpnursing.org/professionaldevelopment/CPOTHandout.pdf
2. Behavioral Pain Scale (BPS)	https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/Behaviorial-Pain-Scale.pdf

表二：國際上常用之兒童疼痛量表

評估表單名稱	出處
Premature Infant Pain Profile (PIPP) (for preterm infants)	Stevens B, Johnston C, Petryshen P. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996;12(1):13-22.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (for age \leq 1 year)	Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray S, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network. 1993;12(6):59-66.
Riley Infant Pain Scale Assessment Tool (RIPS) (for age 0 to 3 years)	Schade JG, Joyce BA, Gerkenmeyer J, Keck JF. Comparison of three preverbal scales for postoperative pain assessment in a diverse pediatric sample. J Pain Symptom Manage. 1996;12(6):348-359.
FLACC Pain Scale (face, legs, activity, cry, and consolability) (for age 2 months to 7 years)	Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nurs. 1997;23(3):293-297.
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) (for age 1 to 12 years)	McGrath PJ, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. CHEOPS: a behavioural scale for rating postoperative pain in children. Advances in pain research and therapy. 1985;9:395-402.
OUCHER Pain Scale (for age 3 to 12 years)	Beyer JE, Aradine CR. Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. J Pediatric Nurs Care. 1986; 1(6):386-395.
Wong-Baker Faces Rating Scale (for age 3 to 18 years)	http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2016/05/FACES_English_Blue_w-instructions.pdf

表三、情緒評估

Assessment Tool	References
Anxiety: GAD-7	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097.
Depression: PHQ-9	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13.
Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)	Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane TM. PTSD checklist-civilian version. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division; 1994.
Catastrophizing: Pain Catastrophizing Scale (PCS) Short-form	Bot AGJ, Becker SJE, Bruijnzeel H, Mulders MAM, Ring D, Vranceanu AM. Creation of the abbreviated measures of the Pain Catastrophizing Scale and the Short Health Anxiety Inventory: the PCS-4 and SHAI-5. J Musculoskelet Pain. 2014;22(2):145-151.

表四、日常活動狀態之評估

Assessment Tool	References
Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)	Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-919.
Pain Disability Index (PDI)	Pollard CA. Preliminary validity study of the pain disability index. Percept Mot Skills. 1984;59(3):974.
Defense and Veterans Pain Rating Scale (DVPRS) (Including activity, sleep, mood and stress)	Defense & Veterans Center for Integrative Pain Management https://www.dvcipm.org/site/assets/files/1084/dvprs_single_page.pdf
Pain on average, Enjoyment of life, and General activity (PEG)	Krebs EE, Lorenz KA, Bair MJ, et al. Development and initial validation of the PEG, a three-item scale assessing pain intensity and interference. J Gen Intern Med. 2009;24(6):733-738.

第十八章

和病人 / 家屬之溝通及共同決策

壹、前言

醫病之間可以就以下問題來做解說溝通以促進對病情的了解，或溝通後在疾病治療上做出共同決策。

- 一、安寧緩和相關的照護有那些？
- 二、在安寧緩和醫療上，法律規範有哪些？
- 三、對於疼痛的了解？
- 四、對於疼痛的表達？
- 五、如何選擇適當的止痛方法？
- 六、常用的止痛藥品優缺點介紹？
- 七、如何安全的選擇及使用類鴉片藥品？
- 八、病人自我照護的項目有哪些？
- 九、臨終前相關的醫療照護事項？
- 十、家屬和其照護者可協助或宜了解的事項？
- 十一、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷？
- 十二、可提供進一步資訊的網址或資料來源？

貳、安寧緩和相關的照護有那些？

- 一、安寧醫療和緩和醫療間的差異？照護目標及內容的異處？
- 二、誰來提供照護？個別照護的內容？
- 三、受照護的族群為那些？
- 四、安寧住院、安寧居家與安寧共同照護的方式說明。

參、在安寧緩和醫療上，法律規範有哪些？

- 一、安寧緩和醫療條例簡介。

- 二、病人自主權利法簡介。
- 三、安寧緩和醫療條例與病人自主權利法的異同。
- 四、如何簽署不施行心肺復甦術意願書或同意書？如何簽署預立醫療決定？
- 五、上列文件在哪些時機會生效啟用？
- 六、醫療委任代理人是什麼？在醫療與法律上對病人的意義為何？何時需要預先委任？如何簽署委任書？
- 七、拒絕醫療權和緊急救治義務的實例情境說明。
- 八、器官捐贈、大體捐贈等相關規定。

肆、對於疼痛的了解？

- 一、常見的疼痛有哪些？
- 二、對於生活 / 生命品質的影響？如何評量？
- 三、可能需要進行的檢驗 / 檢查？
- 四、有哪些危險因子？
- 五、有哪些是可以預防的？

伍、對於疼痛的表達？

- 一、有哪些疼痛嚴重度的評量方法、表單？
- 二、病人如何正確且充分的表達對疼痛的感受？
- 三、當病人無法用口頭表達時之評量方法？

陸、如何選擇適當的止痛方法？

- 一、疼痛治療的目標及策略？
- 二、常用的止痛方法？藥品？
- 三、如何觀察止痛藥物的使用效果？照顧者如何協助記錄？
- 四、可能參與的醫療團隊成員及其功能？

柒、常用的止痛方法及藥品優缺點介紹？

- 一、非藥品的止痛方法介紹，如舒壓、芳療、復健、睡眠、運動、營養、心靈支持。
- 二、非類鴉片止痛藥品的介紹。
- 三、類鴉片藥品的介紹。

捌、如何安全的選擇及使用類鴉片藥品？

- 一、個別類鴉片止痛藥品的效用、副作用介紹。
- 二、在用藥安全上的顧慮？成癮？
- 三、藥品的貯存與拋棄。

玖、病人自我照護的項目有哪些？

- 一、安寧期間自我照護的方法有哪些？
- 二、應做什麼樣的紀錄及自我評量？
- 三、如何保持良好的睡眠品質？
- 四、如何紓壓及提升抗壓能力？
- 五、用什麼心理療法 / 策略來舒緩對於疼痛的感覺？
- 六、如何正念減壓？
- 七、如何充實心靈？
- 八、如何尋求協助？
- 九、在營養及飲食上應注意什麼？
- 十、在復健 / 運動 / 日常活動上應如何安排？
- 十一、在興趣與休閒上如何安排？
- 十二、在人際關係上應如何整合、重新連結與四道人生？

拾、臨終前相關的醫療照護事項？

- 一、症狀治療。
- 二、情緒支持。

三、靈性關懷。

四、庶務安排（含死亡證明書與各式診斷書之開立說明）。

拾壹、家屬和其照護者可協助或宜了解的事項？

一、需要了解什麼？紀錄什麼？

二、需要注意什麼？如何正確且安全的使用藥品？

三、如何覺察照顧者耗竭與尋求資源協助？

四、持續保持與醫療團隊溝通與調整照護計畫的重要性。

拾貳、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷？

一、對於病人重要的生命事件、角色或價值是什麼？

二、哪些事情可能會讓病人抱持微小不滅的希望（使病人不會覺得是拖累他人或是僅剩身心受苦拖磨）？

三、病人有什麼想要道謝或是道歉的人與事？有哪些遺憾想要說出來（但並不是強求彌補遺憾）？

四、如何持續不斷讓病人感受愛、也協助病人向他人傳達愛？

五、病人與至高者的關係是如何？當他詢問「我將會去哪裡」、「我為何會得病」等問題時如何適當回應（但切記不要給予宗教的壓力）？

六、當病人身邊重要的人感到哀傷時應如何陪伴？如何辨識高哀傷風險？

七、遺族關懷的時機點、方式與提供關懷的人？如辨識有高哀傷風險時心理照護的資源有哪些？

拾參、可提供進一步資訊的網址或資料來源？

一、國內網址？

二、國外網址？

三、其他？

拾肆、參考文獻

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 五、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 六、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 七、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 八、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>

- 九、World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 十、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。

<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>

- 十一、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。

http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf

- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。

<https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRHJlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing>

- 十三、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。

- 十四、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。

- 十五、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。

- 十六、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。

<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>

- 十七、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。

<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>

藥求安全有效  食在安心健康

安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊

出版機關 衛生福利部食品藥物管理署
地址：115台北市南港區昆陽街161-2號
<http://www.fda.gov.tw>
電話：(02)2787-8000

發行人 吳秀梅
審核 朱玉如 張志旭 簡希文 鄧書芳
編輯小組 王志中 邱仲慶 王英偉 陳綉琴 謝宛婷 陳宗鷹
簡志誠 鄒美勇 田雨生 鄭紹宇 高需馨 蔡岡廷
黃建程 陳貞吟 褚錦承 蘇慧真

出版年月 民國111年12月
版次 第一版
著作財產人 衛生福利部食品藥物管理署

本署保留所有權利，如有需要，請洽衛生福利部食品藥物管理署