疑似物質使用疾患非癌病人 之疼痛照護參考手冊





物質使用疾患(substance use disorder,SUD)俗稱藥癮,和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse)及成癮(addiction)相關,而被濫用/誤用的物質主要包含鎮靜/安眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品。當疑似物質使用疾患病人又同時患有非癌慢性疼痛時,其醫療照護是具挑戰性的,然而在適當的照護下,物質使用疾患是可以被治療,而疼痛也可以被緩解。此類病人治療的最終目的是要提升其生活功能及品質(function and quality of life)

為了改善此類病人的生活功能及品質,本署茲蒐集國際先進國家最新之相關照護指引,以疼痛照護為主軸編撰本手冊,提供臨床醫師於照護此類病人的疼痛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參考使用,進而提升此類病人的生活功能及品質。

衛生福利部食品藥物管理署署長

是秀格華語

中華民國 111 年 12 月

目錄

第	_	章	疑	似	物	質	使月	月疾	患	浜	人	的	疼	痛	治	療	簡	介	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	5
第	二	章	疼	痛	和	物	質信	吏圧]疾	患	、間	的	關	係	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	17
第	Ξ	章	精	神	共	病	庭白	勺流	行	拆	學	暨	機	制	探	討	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	31
第	四	章	類	鴉	片	藥。	品自	勺瓜	一受	性	٤ ١	依	賴	與	成	癮	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	39
第	五	章	疼	痛	的	評	估	•••••	•••••	••••	•••••	••••	•••••	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	45
第	六	章	共	病	精	神	疾	息的	評	估	與	治	療		•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	59
第	七	章	成	癮	風	验自	內言	F估		••••	•••••	••••	•••••	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	75
第	八	章	物	質	使	用	疾に	患治	療	館	介	•	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	87
第	九	章	於	不	同	戒	斷其	月浜	人	的	疼	痛	治	療	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	 .95
第	+	章	非	藥	品品	的	廖兆	角治	潦	•••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	109
第	+	_	章	復	健	暨	運重	力治	潦	•••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	121
第	+	_	章	非	類	鴉	片上	上症	劑	的	1治	療		•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	131
第	十	三	章	類	鴉	片	藥品	品的	门治	療	及	藥	品品	間	的	轉	换	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	141
第	十	四	章	類	鴉	片	藥品	品副]作	用	的	預	防	٠,	處	理	暨	調	降	\ 1	停用]	•••••	•••••	161
第	十	五	章	成	瘾	風	鐱白	勺管	控	•••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	177
第	十	六	章	急	性	疼	扁白	勺治	潦	•••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	197
第	十	七	章	愷	他	命-	長其	月溫	注用	引	起	之	泌	尿	系	統	疾	患	暨	疼	角的	的處	置	•••••	209
第	十	八	章	物	質	使	用兆	妄患	病	人	的	疼	-痛	護	理	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	219
第	十	九	章	類	鴉	片	藥品	品的	宣	理	? 	•••••	•••••	••••	•••••	•••••	•••••	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••		231
第	二	十	章	與	病	人	/ 家	屬	之	溝	通	及	共	同	決	策.									241

第一章

疑似物質使用疾患病人的疼痛治療簡介

壹、前言

- 一、物質使用疾患(substance use disorder, SUD)俗稱藥 癮,和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse)及 成癮(addiction)相關,而被濫用/誤用的物質主要 包含鎮靜/安眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品, 而物質使用疾患的診斷依據詳見表一。
- 二、本教材中所提到的疼痛包含急性疼痛和非癌慢性疼痛。 非癌慢性疼痛的定義為非因癌症引起且超過3個月的 疼痛,其致痛原因複雜,起始的原因可能是軀體/內 臟或由神經系統受到傷害所引起,後來因種種因素造 成疼痛持續存在而形成慢性疼痛。
- 三、疑似物質使用疾患的病人(以下簡稱此類病人)當患 有非癌慢性疼痛時,其醫療照護具相當的挑戰性。其 治療模式原則上是依據美國退伍軍人部門於2017年 所公布的慢性疼痛治療模式,詳見表二及圖一。
- 四、類鴉片藥品使用疾患(opioid use disorder, OUD)是物質使用疾患(SUD)的一個細分類,而被濫用/誤用的物質是類鴉片藥品。
- 五、類鴉片藥品使用疾患是一種腦部(中樞神經系統)的 慢性疾患,長期使用類鴉片藥品後,任何人都有可能 被誘發產生此種疾患。
- 六、罹患類鴉片藥品使用疾患的病人,其病情可以被恰當 的治療,而其疼痛也可以被適度的緩解。
- 七、此類病人的治療目標是穩定物質使用疾患的症狀、適 度緩解疼痛和提升生活的功能及品質(function and quality of life)。

貳、名詞解釋

- 一、物質濫用/誤用(substance abuse / misuse):用於描述物質(含藥品)非法或非依醫囑且反覆的使用,進而影響學業、職業或家庭的角色功能、危害身體健康、產生個人、社會或人際相處的問題。
- 二、成癮(addiction):係指儘管某種物質(或行為)對身體或/和心理已產生傷害,個人仍無法控制且渴求並反覆強迫性的使用該物質(或從事該行為)。成癮的形成牽涉基因、大腦功能、環境、成長經歷等各面向,且彼此交互影響。目前國際上已將物質濫用/誤用及成癮整合為物質使用疾患,詳見表一。
- 三、用於維持療法的藥品(maintenance medications): 係指使用於藥癮戒治療法(medications for addiction therapy 或 medication-assisted treatment,MAT)或 稱替代療法(substitution treatment)的藥品,需要定 期、重覆使用。在藥癮戒治療法中維持治療所需的藥 品有以下特點:能減低類鴉片藥品的欣快感及鎮靜作 用、能減輕對類鴉片藥品的渴求、能緩解及預防戒斷 症狀、不影響病人參與社會活動、不須在一天內頻繁 的給藥。經常使用的藥品有美沙冬(methadone,在台 灣是口服用的液劑)及丁基原啡因(buprenorphine, 較常使用的是複方劑 buprenorphine / naloxone)。

參、類鴉片藥品使用疾患病人較常見的共病症

- 一、較常見的心理/精神共病症
 - (一) 焦慮症 (anxiety disorder)
 - (二) 憂鬱症 (depression disorder)
 - (三) 人格障礙症 (personality disorder)
 - (四)行為規範障礙症 (conduct disorder)
 - (五)注意力不足/過動疾患(attention deficit / hyperactivity disorder, ADHD)
 - (六)飲食疾患(eating disorder)

- (七) 創傷後壓力症候群 (post-traumatic stress disorder)
- 二、可能同時濫用的物質
 - (一)酒品/酒精(alcohol)
 - (二) 菸品 (tobacco)
 - (三) 興奮劑 (stimulants)
 - (四) 大麻 (marijuana)
 - (五)致幻覺劑(hallucinogens)
 - (六) 愷他命 (ketamine)
 - (七) 其他

三、較常見的身體共病症

- (一) 愛滋病(HIV/AIDS)。
- (二)性傳染疾病(sexually transmitted infections)。
- (三)心臟病(heart disorder):如心內膜炎。
- (四)肺病(lung disorder):如肺結核。
- (五) 肝病(liver disorder):如肝炎(尤其是C肝)、 肝硬化。
- (六)消化系疾病(digestive issues):如消化性潰瘍。
- (七) 其他:蜂窩性組織炎、膿瘍、敗血症。

建、此類病人急性疼痛(非手術疼痛)的一般處置

- 一、對於輕至中度疼痛
 - (一) 因肌肉痙攣所造成的疼痛,考慮使用 tizanidine、baclofen或其他緩解肌肉痙攣的藥 品。
 - (二)因焦慮(anxiety)致使病人對疼痛的感受更為強烈時,考慮給予抗焦慮藥品。
 - (三)可加入減痛輔助療法:如局部按摩、針灸或痛點 注射局部麻醉藥品(疼痛阻斷術)等。

- (四)當考慮使用止痛藥品時應優先考慮使用非類鴉片藥品,如非固醇類消炎藥(NSAIDs,含Cox-1、Cox-2類藥品)、乙醯胺酚(acetaminophen)及局部止痛貼片(如lidocaine 貼布或其他具局部止痛之貼片劑)。
- (五)當病人的疼痛在使用上述的方法後仍無法有效緩 解時(如中度疼痛),可考慮嘗試給予類鴉片藥 品來止痛,但應注意有效劑量的調節。

二、對於嚴重疼痛

- (一)在初步治療後,如病人仍處於嚴重的疼痛狀態, 在排除可治癒的疾病後,可考慮外加類鴉片藥品 來止痛,但此類病人因長期使用口服美沙冬溶液 或複方丁基原啡因舌下錠,對於類鴉片藥品多有 程度不一的耐藥性,臨床使用的劑量可能比一 般族群大,因此,使用後須仔細評估疼痛緩解程 度並注意藥品是否使用過量導致呼吸抑制等副作 用。
- (二)若疼痛緩解效果不佳,宜會診疼痛治療及藥癮戒治專家協助評估並提供治療策略。

伍、此類病人在手術全期的疼痛 (急性疼痛)處理

- 一、在手術全期(術前、術中、術後)(perioperative period)仍應持續給予維持療法中所使用的藥品。然若因術前禁食(NPO)或手術期間不方便給予時,得暫時停止維持療法用藥,術後則再開始使用維持療法中的藥品,於手術期間未予使用的藥品及劑量無須補上。
- 二、手術麻醉的方式優先考慮施以神經阻斷術 (neural blockade) 如 半 身 麻 醉 (spinal or epidural anesthesia)、區域麻醉 (regional anesthesia) 或局部麻醉 (local anesthesia)。
- 三、如有必要實施全身麻醉,可使用吸入性麻醉劑 (inhalational anesthetics)或靜脈麻醉劑,並輔以類

鴉片藥品。

四、此類病人手術後疼痛的處理

- (一)在原先正接受維持療法的病人,於手術後應持續使用維持療法中所使用的藥品,而用來做術後止痛的藥品則以外加的方式給予。
- (二)在有類鴉片藥品使用疾患的病人,其手術後止痛的方式及藥品同其他病人。如需要使用類鴉片藥品來止痛時,可能需要使用較高的劑量。
- (三)持續硬脊膜外止痛法、區域神經叢阻斷法或局部 神經阻斷法皆可做為術後止痛的選擇。

陸、此類病人同時患有非癌慢性疼痛時的基本照護模式(全人 照護)

- 一、生理/身體照護(biologic support):
 - (一)針對疼痛的原因及嚴重程度,安排必要的檢驗/ 檢查,透過鑑別確立診斷。此類病人經常抱怨的 慢性疼痛有下背痛、頭痛及肩頸痠痛。
 - (二)針對病人原有的疼痛傷害及既存的相關慢性病 (如呼吸或心臟血管方面的疾病),提供適合的 治療建議與服務(可包含跨科部或跨領域的團隊 醫療服務)。
 - (三)疼痛照護(含藥品及非藥品的治療,表二)。
 - (四)給予類鴉片藥品使用疾患的持續照護。
- 二、心理/精神照護 (psychologic support):

強化病人對於慢性疼痛的認知並提升病人自我照護能力。

- (一)提供精神共病症的照護;如焦慮症、憂鬱症、睡眠疾患等,同時注意病人的人格特質。
- (二)提供病情知識,包含該慢性疼痛與精神共病症的 致病因子、危險因子、致病機轉、治療選項、可 能的預後、如何避免再發等。

- (三)強化病人參與疾病預防(包含運動、正常睡眠、 工作與休閒)與治療的動機。
- (四)照會心理/精神治療專家協同照護,給予病人精神、情緒、心靈上的關懷與支持,期獲得正向情緒及內心平靜。

三、社會照護 (social support):

- (一)照會社工,評估家庭結構、家庭功能、經濟狀況、可觸及的社會資源。並於必要時,安排家庭會談。
- (二)指導病人學習適當的社交技巧,重建穩定的人際關係,進而強化家庭及社會支持力(包含和家人、朋友、同事的和睦相處與互相支持)。
- (三)安排在院或出院後,針對類鴉片藥品使用疾患導入社區照護資源(在地化、可近性高)來照護病人。

柒、此類病人在患有非癌慢性頑固性疼痛時的類鴉片藥品用藥

- 一、當需要啟動額外的類鴉片藥品(非因維持治療所需) 來治療非癌慢性頑固性疼痛時(請參考表二),一定 要確認:
 - (一) 其他療法或藥品是否皆已考量或嘗試,
 - (二)病人仍存有中至重度的疼痛,
 - (三)相關的專家是否已會診(確定疼痛的原因及提出 診治建議等),
 - (四)且在疼痛治療效益大於成癮風險 (risk/benefit evaluation)時,才考慮啟用額外的類鴉片藥品。並設定合理的疼痛改善目標及身體/生活功能恢復的期望值。
 - (五)額外的類鴉片藥品以短期/暫時使用為原則。

- 二、此類病人在接受維持療法且又面臨非癌慢性頑固性疼 痛而需使用類鴉片藥品來止痛時:
 - (一)當病人原先使用美沙冬口服液來做維持療法,則以外加其他類鴉片藥品來治療疼痛。
 - (二) 當病人原先使用複方丁基原啡因舌下錠 (buprenorphine/ naloxone) 來做維持療法,則 優先以增量(如20-25%)原複方丁基原啡因舌 下錠來因應,但將日用量以6-8小時一次的模式 分次給予。
 - (三)當病人原先使用 naltrexone 類鴉片藥品拮抗劑 來解酒癮(或其他物質使用疾患),則應停止 naltrexone 的給予,並外加類鴉片藥品來止痛。

捌、參考文獻

- 一、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引。衛生福利部。2018。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id=f636813588692411342
- 二、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代 治療臨床指引。衛生福利部。2012。 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48a91e-005fb3f61e5e.html
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- 図、Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S.

- Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- £ \ London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf
- 七、U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021.

 https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- れ、Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.
 - https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/ Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_ Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf

- + ` Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- +- Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014.

 https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence.pdf
- += \ Ministry of Health. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. Wellington: Ministry of Health. 2014.

 https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf
- += Alaska Department of Health and Social Services.

 Medications for Addiction Treatment Guide: Key
 Components for Delivering Community-Based,
 Medications for Addiction Treatment Services for Opioid
 Use Disorders in Alaska. Alaska Department of Health and
 Social Services. 2021.

 https://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/
 - TreatmentRecovery/MAT/MATGuide--May2021.pdf
- 十四、 Arizona Department of Health Services. 2018 Arizona Opioid Prescribing Guidelines. Arizona Department of Health Services. 2018.

 https://www.azdhs.gov/documents/audiences/clinicians/clinical-guidelines-recommendations/prescribing-guidelines/az-opioid-prescribing-guidelines.pdf
- + £ Coffa D, Harter K, Smith B, Snyder H, Windels S. Acute Pain and Perioperative Management in Opioid Use Disorder: Pain Control in Patients on Buprenorphine, Methadone, or Naltrexone. Support for Hospital Opioid

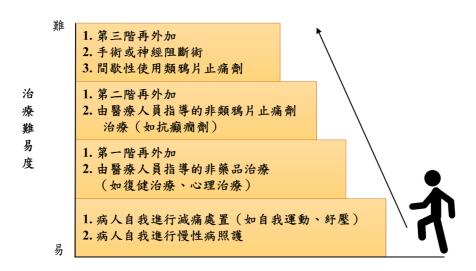
Use Treatment (Project SHOUT). 2018. https://cha.com/wp-content/uploads/2019/01/SHOUT-GUIDELINE-periop-and-acute-pain-03-28-2018.pdf

+: MaineHealth CMO Council. Guidelines for the Management of Acute Pain in Patients Prescribed Medication for Opioid Use Disorder (MOUD) or on Chronic Opioid Therapy. 2020.

https://www.mainehealth.org/-/media/MaineHealth/PDFs/Opioids/Acute-Pain-Management-Guidelines-for-Patients.pdf

+七、 Quinlan J, Cox F. Acute Pain Management in Patients with Drug Dependence Syndrome. Pain Rep. 2017;2(4):e611.

圖一、慢性疼痛的四階梯治療模式



表一、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

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:

- 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。

表二、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階: 病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如 復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的 治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

第二章 疼痛和物質使用疾患間的關係

壹、前言

- 一、本章節所論述的疼痛主要係指疼痛期大於三個月的慢 性疼痛。
- 二、在臨床上,慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患及心理/精神上的壓力/痛楚(stress/distress)皆可互為共病症(圖一),且這些症狀/疾患間有著密不可分且互相影響的關係,可形成惡性循環,加重原有個別的病情;相反地,在治療上亦有互相連動的關係,可形成正向循環。
- 三、在患有急性疼痛的病人當同時患有其他中樞神經系統 疾患時(如焦慮症、憂鬱症、睡眠疾患、物質使用疾 患或其他精神疾患),可能會促使疼痛走向慢性化, 而固著難治。
- 四、在中樞神經系統中,慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患及心理/精神上的壓力/痛楚皆受錯綜複雜但主架構類似的中樞調控系統所調控,即愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system),此系統以腹側被蓋區(ventral tegmental area)及依核/伏隔核(nucleus accumbens)二個腦區為中心,並受更高階的腦區所調控(圖二、三)。
- 五、物質使用疾患(substance use disorder)的致病機轉和愉悦穩態身心調控系統出現以下異常有關:
 - (一) 獎勵回饋機制不足 (reward deficiency)
 - (二)對於異常行為的抑制機制不足 (impaired inhibitory control)
 - (三)被外界誘因致敏化(incentive sensitization)
 - (四) 異常學習及記憶 (aberrant learning and memory)

(五) 認知暨決策異常 (abnormality in cognition and decision making)

貳、名詞解釋

- 一、疼痛(pain):為一種令人不愉快的感覺及情感的體驗, 它通常是由實際或潛在的組織損傷所造成;過往的疼 痛經歷或感受會影響當下病人對疼痛的體認。
- 二、物質使用疾患(substance use disorder, SUD):診 斷標準詳見表一,而被濫用的物質主要包含鎮靜/安 眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品等。
- 三、類鴉片藥品使用疾患(opioid use disorder, OUD): 是物質使用疾患的一個細分類,而被濫用的藥品是類 鴉片藥品。
- 四、獎勵回饋(reward):係指在有意識或無意識的狀態 下因追求舒適愉悦而產生動機的過程,並間接啟動了 認知行為的反應。
- 五、愉悦(pleasure):在人類當某些需求被滿足時(包含 各式各樣的生理/身體、心理/精神、社會/人際關係、 經濟及靈性層面等需求),所表現出來的正向情感。
- 六、動機(motivation):在有意識或無意識狀態且在平衡 愉悦(pleasure)及精神上的壓力(stress)的前提下, 人類為追求生理/身體、心理/精神、社會/人際關係、 經濟及靈性的需求所產生的念頭。

參、認識急/慢性疼痛

- 一、急性疼痛(acute pain)為人類生存所必須,它可以向 人類警示危險的存在並啟動逃避反應。而慢性疼痛(定 義為超過三個月以上的疼痛),則不具以上功能也非 人類生存所必須。
- 二、慢性疼痛和人的生理/身體、心理/精神及社會支持力 息息相關並互相影響。

- 三、慢性疼痛的病人常被發現有神經功能的異常或受損,如痛覺過敏(hyperalgesia)、異常性疼痛(allodynia)、感覺異常(paresthesia)、痛覺遲鈍(hypalgesia)等。
- 四、一般而言,慢性疼痛可區分為神經組織受到傷害的神經病變痛(neuropathic pain)及非神經組織受到傷害的傷害性疼痛(nociceptive pain),但是二者的界線有時模糊難辨。因為這二種疼痛皆會持續向中樞神經釋放疼痛訊息,造成中樞神經系統對於疼痛的敏感化(sensitization)而加重疼痛。

肆、認識類鴉片藥品使用疾患

- 一、類鴉片藥品使用疾患是一種腦部的疾患。
- 二、類鴉片藥品疾患和道德/品行及犯罪無關,它是一個 健康問題。
- 三、只要重複/多次使用類鴉片藥品,任何人都有可能被誘發產生此種疾患。
- 四、一旦產生這種疾患,就需要長期的療護,如同治療其他慢性病一般。
- 五、在適當治療下,此種疾患是可以治癒或被穩定控制的。
- 六、其治療原理是以新的藥品來治療原有藥品的成癮,並 非造成新的藥品成癮來取代原有藥品的成癮。
- 七、類鴉片藥品使用疾患的治療可以減少病人意外死亡及 自殺的風險。
- 八、類鴉片藥品使用疾患的治療,目的在使病人恢復身體 健康、心靈平靜及具生產力的生活,療程須循序漸進, 無法求快。
- 九、當病人長期(>3月以上)使用類鴉片藥品,終其一生會產生類鴉片藥品使用疾患的機率約為41%,其中28%為輕度,10%為中度,3%為重度。

- 十、在急性疼痛期,短期使用類鴉片藥品,不論使用劑量 大小,和未使用者比較,發生類鴉片藥品使用疾患的 機率上升約3倍左右。
- 十一、在慢性疼痛期,若使用類鴉片藥品達三個月以上,和未使用者比較,在每日使用劑量相當於口服嗎啡劑量 1-36 毫克時,其發生類鴉片藥品使用疾患的機率上升至 15 倍,若日用量為 36-120 毫克則上升至 29 倍,若日用量大於 120 毫克則上升至 122 倍。
- 十二、類鴉片藥品使用疾患的特點就是病人對藥品有渴求 的症狀且無法控制其不當使用。但這些症狀在病人 仍持續使用類鴉片藥品時,並不會出現,然而當藥 品減量、停用或病人因耐藥性產生但未加量時就會 出現。
- 十三、長期使用類鴉片藥品後,病人易被誘發產生類鴉片 藥品使用疾患的危險因子有:
 - (一) 年龄 <65 歲,
 - (二) 持續有疼痛存在,
 - (三)有睡眠疾患,
 - (四)有自殺意念,
 - (五)有焦慮症,
 - (六) 有物質濫用史(含類鴉片使用疾患史)。
- 十四、Methadone 及 buprenorphine 等藥品對於類鴉片藥 品使用疾患是最好且標準的治療。
- 伍、認識大腦愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system),此系統調控著身心的複雜功能(圖一、二)
 - 一、在大腦中有一調控身體健康及心情舒適的系統,即愉 悦穩態身心調控系統,以二個腦區為中心:
 - (一)在腹側被蓋區(ventral tegmental area),為 身體穩態調節中心,負責收集身體內組織器 官的功能資訊(尤其和新陳代謝相關)進而

調控之。並將資訊上傳依核/伏隔核 (nucleus accumbens)。

- (二) 依核/伏隔核 (nucleus accumbens),為心情愉悦 調節中心,以側下視丘 (lateral hypothalamus) 為主要介面 (major interface),收集心情/精神 上愉悦/幸福或壓力相關資訊,整合、調控後, 再向其他腦區傳遞動機 (motivation)、情緒 (emotion)、行為動作 (motor components)、 疼痛 (pain)及學習 (learning)等訊息。
- 二、本調控中心同時也受更高階的腦區所調控,即以內側 前額葉皮質 (medial prefrontal cortex)為首的諸多腦 區:視丘 (thalamus)、下視丘 (hypothalamus)、 海馬迴 (hippocampus)、杏仁核 (amygdala)、韁 核 (habenula)、島葉 (insula)等。其功能如下:
 - (一)內側前額葉皮質 (medial prefrontal cortex):
 - 1. 眼額葉皮質 (orbitofrontal cortex):整合來 自身體各種感知訊息並在有意識或無意識(自 動調節)狀態下做出決斷。
 - 2. 扣帶迴(cingulate gyrus):調節並緩解疼痛; 當其活性下降則其調節能力下降。前扣帶迴 充滿類鴉片受體(opioid receptors),在病 態時,其類鴉片受體的數量會下降(downregulate)。
 - (二) 視丘(thalamus): 收集各種體感覺資訊(除了 嗅覺),並為感覺相關訊息上下傳送的轉運站。
 - (三)下視丘(hypothalamus): 監測身體的代謝 狀態並調控內分泌、自主神經系統、腦下垂 體(pituitary gland)及腎上腺皮質(adrenal cortex)的功能。
 - (四)海馬迴(hippocampus):負責記憶(空間及時間)、儲存過往的經驗;和記憶缺損有關。

- (五)杏仁核(amygdala):掌管情緒(emotions,包含愉悦或焦慮)及動機(motivations,包含熱情或逃避)。
- (六) 韁核(habenular):負責調節晝夜節律並和疼痛、 性行為、睡眠、壓力、學習、焦慮及憂鬱相關。
- (七) 島葉 (insula): 掌管疼痛的致敏機制(和glutamate 相關)。
 - 1. 前島葉和負面情緒引發疼痛致敏化相關。
 - 2. 後島葉和各類異常的痛覺致敏化的機制相關,如痛覺過敏(hyperalgesia)和異常性疼痛(allodynia)。
- 四、抗憂鬱劑(antidepressants 如 SNRI、SSRI)對於疼痛 的調節,主要作用在扣帶迴來提升該腦區之活性(和 opioid receptor up-regulate 相關),可改善痛覺過敏 (hyperalgesia)和異常性疼痛(allodynia);抗痙攣 藥品如 gabapentin 及 pregabalin,主要作用就在後島 葉,調降該組織內的 glutamate 濃度,也可改善痛覺 過敏(hyperalgesia)及異常性疼痛(allodynia)。
- 五、在整合各類資訊及影響後,愉悦穩態調控中心會做出 適當的調整,以維持身心的健康及愉悦。然而調整後, 若仍無法維持健康愉悦的狀態,便會出現病狀如憂鬱、 焦慮、疼痛及物質使用疾患等。

陸、認識中樞神經系統對於疼痛的調控:

一、就急性疼痛而言,在傳入中樞神經系統後,中樞神經系統會啟動反射動作及修飾作用(modification),反射動作由脊髓負責,而修飾作用則由位於大腦的內側前額葉皮質(medial prefrontal cortex)統管。這裡收集經周邊神經上傳的疼痛訊息,可自動或在有意識的狀態下進行增強或抑制(enhancement

- or suppression),並進行規劃(planning)、學習(learning)及綜整(contextualizing),進而引發情感或行為反應。
- 二、就慢性疼痛而言,中樞神經系統(以大腦前額葉為 首的多個腦區)除了接受痛覺(pain),還受到認知 (recognition)、行為(behavior)及人際關係(social) 等因素影響,並接受來自心理層面的因素,如情感和 動機(emotional and motivational functions),進行 總體調控。這些因素之間可互相影響並形成惡性循環; 反之,應用在治療方面,治療個別因素便有機會形成 良性循環,進而改善疼痛。
- 三、和緩解疼痛相關的腦區有(皆含有豐富的 opioid receptors)

(一) 在大腦包含

- 1. 內側前額皮質 (medial prefrontal cortex)
- 2. 下視丘 (hypothalamus)
- 3. 海馬迴 (hippocampus gyrus)
- 4. 杏仁核 (amygdala)
- 5. 前扣帶迴前端 (rostral anterior cingulate gyrus)

(二)在腦幹包含

- 1. 在 中 腦 (midbrain) 的 導 水 管 旁 灰 質 (periaqueductal grey matter)
- 2. 在橋腦 (pons) 的藍斑核 (locus coeruleus
- 3. 在延腦 (medulla) 及橋腦的中縫核 (raphe nuclei)
- 四、其他和疼痛調節相關的腦區有視丘(thalamus)、依核/伏隔核(nucleus accumbens)、韁核(habenula)及島葉(insula)。

五、疼痛也受以下的因素所影響:年齡、性別、物質使用 疾患、心理/精神上的壓力、家庭及社會支持力等。

柒、中樞神經系統對於藥品的反應及自行調控

- 一、當使用藥品來治療中樞神經系統疾患時,中樞神經系統會隨著藥品的介入而做相對的修正、調整及適應 (neuroadaptation),包含:
 - (一)降低原有神經自我調控系統的活性(對藥品產生 依賴性),
 - (二) 增強原有感知系統的敏感度(如痛覺過敏),
 - (三)降低神經系統對外來藥品的反應(對藥品產生耐藥性)。
- 二、以長期使用類鴉片藥品,中樞神經系統的變化為例
 - (一) 降低原有神經系統調控疼痛的活性:造成對藥品的身體依賴性 (physical dependence) 及心理依賴性 (psychological dependence),這些作用會在突然減藥或停藥時凸顯出來。
 - (二) 增强原有神經系統的敏感度: 痛覺過敏 (hyperalgesia)、異常性疼痛(allodynia)、 類鴉片藥品引起之疼痛(opioid-induced pain)。
 - (三)降低神經系統對外來藥品的反應:耐藥性 (tolerance)。
- 三、能使中樞神經系統產生類似上述反應的藥品包含:類鴉片藥品(opioids)、鎮靜安眠藥品(尤其是苯二氮平類藥品,benzodiazepines)、菸草(tobacco)及酒(alcohol)。
- 四、同時使用類鴉片藥品及苯二氮平類藥品、菸品或酒品時,會加重病人對類鴉片藥品的身體或心理依賴性 (dependence)。
- 五、在治療物質使用疾患時也應以全人醫療的方式,透過 多面向的介入,將其危險因子/共病症逐一克服/治療,

以阻斷相互間的影響及惡性循環,進而緩解物質使用 疾患的病情。

捌、認識心理/精神上的壓力/痛楚(stress/distress)和慢性 疼痛間的關係

- 一、許多神經疾患皆和精神上的壓力/痛楚有關,如害怕、 焦慮、憂鬱、災難性想法 (catastrophizing thinking) 等。
- 二、心理/精神上的壓力/痛楚經由神經病理學機轉影響下列系統的正常運作:認知(cognitive)、情緒(emotional)、內分泌(endocrine)及免疫系統。
- 三、心理/精神上的壓力/痛楚會降低睡眠品質、干擾自主神經的功能並造成全身的炎症反應。
- 四、心理/精神上的壓力/痛楚普遍存在於某些慢性疼痛, 如偏頭痛(migraine)及纖維肌痛症(fibromvalgia)。
- 五、慢性疼痛能自行誘發心理/精神上的壓力/痛楚,並產 生精神疾患。
- 六、慢性疼痛病人合併患有精神症狀或疾患時,如害怕、 焦慮、憂鬱、災難性想法,會加重慢性疼痛。

玖、總結

- 一、慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患及心理/精神上的壓力/痛楚皆受錯綜複雜但主架構類似的中樞神經調控系統所調控,即愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system),此系統以腹側被蓋區(ventral tegmental area)及依核/伏隔核(nucleus accumbens)二個腦區為中心,並受更高階的腦區所管控。
- 二、物質使用疾患的成因可能和中樞神經系統中的愉悦 穩態調控系統出現異常有關,包括:獎勵回饋機制 不足 (reward deficiency)、對異常行為的抑制機制 不足 (impaired inhibitory control)、被外界誘因 致敏化 (incentive sensitization)、異常學習及記憶

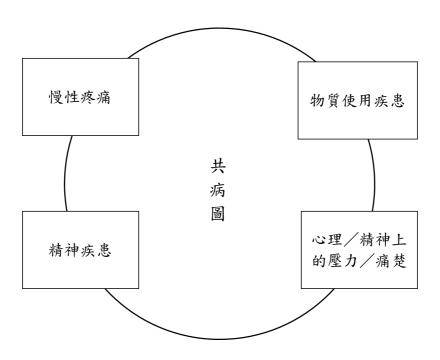
- (aberrant learning and memory) 及認知暨決策異常 (abnormality in cognition and decision making)。
- 三、慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、 精神疾患及心理/精神上的壓力/痛楚皆可互為共病 症,這些症狀/疾患間有著密不可分且互相影響的關 係,可形成惡性循環以致加重病情。治療需要將可能 的共病症/危險因子逐一克服,阻斷病程、形成良性 循環,便能改善病情。

拾、參考文獻

- Elman I, Borsook D. Common Brain Mechanisms of Chronic Pain and Addiction. Neuron. 2016;89(1):11-36.
- Listos J, Łupina M, Talarek S, Mazur A, Orzelska-Górka J, Kotlińska J. The Mechanisms Involved in Morphine Addiction: An Overview. Int J Mol Sci. 2019;20(17):4302.
- Manhapra A, Becker WC. Pain and Addiction: An Integrative Therapeutic Approach. Med Clin North Am. 2018;102(4):745-763.
- 四 Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain-Misconceptions and Mitigation Strategies. N Engl J Med. 2016;374(13):1253-1263.
- 五、Arthur J, Bruera E. Balancing Opioid Analgesia with the Risk of Nonmedical Opioid Use in Patients with Cancer. Nat Rev Clin Oncol. 2019;16(4):213-226.
- ∴ California Correctional Health Care Services. CCHCS
 Care Guide: Substance Use Disorder. California
 Correctional Health Care Services. 2021.
 https://cchcs.ca.gov/wp-content/uploads/sites/60/CG/SUD-CG.pdf
- セ、Evans CJ, Cahill CM. Neurobiology of Opioid Dependence in Creating Addiction Vulnerability. F1000Res. 2016;5(F1000 Faculty Rev):1748.
- N Webster LR. Risk Factors for Opioid-Use Disorder and

- Overdose. Anesth Analg. 2017;125(5):1741-1748.
- れ、Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, Wargo EM. Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. JAMA Psychiatry. 2019;76(2):208-216.
- + Wang SC, Chen YC, Lee CH, Cheng CM. Opioid Addiction, Genetic Susceptibility, and Medical Treatments: A Review. Int J Mol Sci. 2019;20(17):4294.
- +- Maremmani I, Pacini M, Pani PP. Basics on Addiction: a Training Package for Medical Practitioners or Psychiatrists Who Treat Opioid Dependence. Heroin Addict Relat Clin Probl. 2011;13(2):5-40.

圖一、共病圖



圖二、愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system)

高階諸多腦區



共同調控

愉悦穩態身心調控系統:調控身體健 康與精神愉悦。其主要腦區有:腹側 被蓋區(ventral tegmental area)、依 核/伏隔閡(nucleus accumbens)

● 向其他腦區傳遞訊息■ 並調控

動機 (motivation)、情緒 (emotion)、行為動作 (motion)、 疼痛 (pain)及學習 (learning)



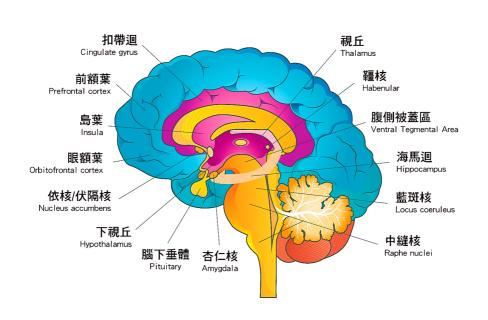
和以下疾患相關

慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患、精神上的壓力/痛楚(stress/distress)

參考文獻:

Elman I, Borsook D. Common brain mechanisms of chronic pain and addiction. Neuron. 2016;89(1):11-36.

圖三、和疼痛調控相關的腦部功能結構圖



表一、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

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(<math>4- $5項症狀)、及重度(<math>\ge 6$ 項症狀)。這些症狀包括:

- 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。

第三章 精神共病症的流行病學暨機制探討

壹、前言

- 一、慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、 精神疾患、精神壓力/痛楚(stress/distress)皆受錯 綜複雜但主架構類似的中樞調控系統所掌管,即愉悦 穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system), 詳細內容請參閱第二章:疼痛和物質使用疾患間的關 係。
- 二、因此,慢性疼痛、物質使用疾患、精神疾患 (psychiatric disorder)及精神壓力/痛楚有著密不可 分且互相影響的關係,可互為發病之危險因子或互為 共病症,甚至惡性循環,加重原有個別疾患的病情(圖 一)。
- 三、本章的內容在探討當物質使用疾患病人共病精神疾患 時的流行病學暨其誘發機制;提供醫療人員基礎知識, 在面對共病問題時能有精確的診斷與治療。

貳、名詞解釋

- 一、物質使用疾患(substance use disorder):俗稱藥癮, 和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse)及成癮 (addiction)相關,被濫用/誤用的物質主要包含鎮 靜/安眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品。
- 二、類鴉片藥品使用疾患(opioid use disorder):為物質使用疾患的一個細分項,而其濫用的藥品是類鴉片藥品。
- 三、精神疾患(psychiatric disorders):和 mental disorders、mental illnesses皆為同義。精神疾患意旨所有異常影響思考(thought)、知覺(perception)、情緒(emotion)、行為(behavior)的疾患,並導致顯著的痛苦或個人重要的功能、角色缺損。狹義的定

義是指因大腦結構或生化的器質性病變導致的精神疾患,廣義的定義則是缺乏心理健康至影響功能,其定義往往受不同文化背景所影響。精神疾患種類包含:憂鬱症、焦慮症、雙相情感性疾患、思覺失調症、認知障礙症 (失智症)、發展遲緩等諸多疾患。除了器質性傷害,多數精神疾患目前仍難以找出病因。

- 四、精神病疾患(psychotic disorders):精神病疾患是一群嚴重影響思考、知覺、情緒、行為的重度精神疾患,罹病者可能經歷思緒紊亂、知覺異常、情緒或行為極度失控且不合宜。目前多認為與中樞神經系統中多巴胺(dopamine)、麩胺酸(glutamate)等神經傳導物質的病生理機轉有關。精神病疾患包含:思覺失調症(含類思覺失調症)、短期精神病疾患、情感性思覺失調症、妄想症、雙相情感性疾患、物質或藥物誘發的精神病疾患(substance / medication-induced psychotic disorder)、其它醫學狀況造成的精神病疾患(psychotic disorder due to another medical condition)、晚發性妄想精神病(paraphrenia)等。
- 五、精神病症狀(psychotic symptoms):包含幻覺(hallucinations)、妄想(delusion)、錯認(misidentification)、紊亂的思緒/言詞/行為(disorganized thought/speech/behavior)。病人易因症狀干擾而失去現實感或判斷力缺損。
- 參、物質使用疾患共病精神疾患 (psychiatric disorders) 的 盛行率
 - 一、精神疾患在物質使用疾患族群的盛行率高達45-56%,如:憂鬱症、雙相情感性疾患、注意力不足/過動症、精神病疾患(psychosis)、邊緣型人格障礙症和反社會型人格障礙症。而在嚴重精神疾患族群,如重鬱症、思覺失調症、雙相情感性疾患,則有 1/4 的病人共病物質使用疾患。
 - 二、不同場域的族群其物質與精神疾患共病的比率有差異。2007年歐洲研究,在藥品治療中心的病人高達

90% 有情緒障礙,同年瑞典對 82 名無家可歸者的研究顯示,74% 的個案患有與酒精濫用和非法藥品相關的精神疾患。2011 年法國研究顯示一般族群,約 7%的成年人口共病焦慮症與物質使用疾患,同年西班牙監獄研究顯示吸毒的囚犯約有 85% 共病精神疾患。

- 三、在類鴉片藥品使用疾患的病人常共病多種精神疾患, 而罹有精神疾患的病人也常被發現共病類鴉片藥品使 用疾患,而其共病的可能原因同物質使用疾患,只不 過其濫用的藥品是類鴉片藥品。
 - (一)初次使用類鴉片藥品的病人,34-68%過去曾使 用或對一種以上的物質成癮。
 - (二)使用但未達濫用類鴉片藥品的病人,45.5%使用 多重物質;達濫用者有68%;符合類鴉片藥品 使用疾患診斷者則有82.7%;海洛因使用疾患者 更高達92.9%有多重物質使用問題。
 - (三)類鴉片藥品使用疾患的病人,尼古丁使用盛行率為98%;酒精使用疾患盛行率為7-46%;大麻使用疾患終生盛行率為20%。甲基安非他命使用的盛行率則年年升高,美國數據顯示由2008年的2.1%上升至2017年的12.4%。
 - (四)類鴉片藥品使用疾患的病人其憂鬱症的終生盛行率為25.4%,在美國類鴉片藥品使用的族群其憂鬱症的盛行率甚至接近一般族群的四倍(30.1%:8.4%)。
 - (五)類鴉片藥品使用疾患且有慢性疼痛問題的病人, 其憂鬱症的盛行率為40%,終生盛行率高達 52%。
- 肆、物質使用行為導致精神病症狀 (psychotic symptoms) 的 發生
 - 一、物質使用,包含合法藥品使用超出預期時間或劑量, 及非法物質濫用。常導致使用者心智狀態改變,部分

病人甚至出現精神病症狀:

- (一)臨床上常引起精神病症狀的物質,包括:大麻、 合成大麻素、興奮劑(安非他命、甲基安非他命 和古柯鹼)、致幻覺劑、笑氣、愷他命和類固醇。
- (二)酒精也會引起精神病症狀,但其機轉複雜,精神病症狀在酒精戒斷時期可能出現,但長期酗酒者即便不在戒斷期,也可能出現幻覺。另外,病人快速、大量飲用酒精後也可能出現急性精神病症狀。
- (三)苯二氮平類(benzodiazepines,BZD)藥品多作 為鎮靜安眠之用,急性中毒或戒斷時也可能出現 精神病症狀。
- (四)類鴉片藥品急性中毒或戒斷則鮮少出現精神病症狀。
- 二、物質使用可能導致精神病症狀 (psychotic symptoms) 的原因
 - (一)物質使用可誘發精神病症狀初次發作、復發或惡化:從未有過精神病症狀的病人使用物質後,透過神經傳導物質、接受器、神經元的病理性變化,誘發初次的精神病症狀。有精神疾患病史的病人,在治療穩定後如又接觸物質,便可能導致精神病症狀再發,或者讓既有殘餘的症狀顯著惡化。
 - (二)物質使用可增加罹患精神病疾患(psychotic disorders)的風險:物質除了對中樞神經系統的直接危害,也會增加罹患思覺失調症的可能性。物質使用的影響會因個體生長發育的階段而異。比起成人,在青少年時期,甚至是兒童時期,使用大麻對於尚在發展的中樞神質系統更具破壞性。影響的程度端視使用物質的特性、劑量、持續時間,還有個體的脆弱/易感性(vulnerability)。前述提及物質使用後誘發精

神病症狀發作,多數病人在停用該物質後,症狀 也會隨之消退。但研究顯示曾因使用物質誘發、 復發或惡化精神病症狀者,隨後罹患精神病疾患 的風險增加。過去從未有精神病疾患診斷的病 人,如因物質使用誘發精神病症狀,約1/3的病 人會因疾病的持續發展而符合思覺失調症或雙相 情感性疾患的診斷準則。

- (三)物質使用可增加非精神病疾患類的心智狀態改變:除了增加精神病症狀的風險,物質使用也常引發非特異性、不愉快的心智狀態(負面情緒、解離等),導致先前既存的症狀惡化。物質濫用導致的認知功能缺損更可能使臨床表現複雜而難治。
- (四)物質使用可導致病人的生活功能缺損、生理疾患,而進一步對心智狀態造成負面影響:非法物質濫用的病人因其個人特質、認知、環境、法律因素,治療依從性較一般族群低,離開醫療或支持系統的風險較高,精神狀態穩定度下降。長期物質濫用者,有較高風險出現健康(如肝病)、社會、職業和人際關係等問題,這些問題又進一步惡化病人的心智健康狀態。

伍、心智狀態改變可能導致物質使用行為

- 一、精神疾患與物質使用疾患的相關性高,常見兩者共病。 病人自我用藥(self-medication)便是常見的致病模 式,病人自投藥品、物質以緩解症狀。如:酗酒病人 因戒斷症狀的不適感而再度飲酒;類鴉片藥品濫用病 人遭遇心理、社會壓力事件,誘發心理渴求(craving) 而在戒癮多年後再度使用類鴉片藥品。
- 二、早年生活逆境(early life adversity, ELA)在發育早期可能影響、破壞大腦中獎勵迴路發育的軌跡,導致此獎勵迴路的功能發生異常,成為物質使用疾患發展的脆弱/易感因子(factors of vulnerability)。不良童年經歷的研究結果顯示,經歷 ELA 的病人施打毒品

的風險提高至11倍、早年吸毒的可能性增加,服用類鴉片止痛藥的可能性更高。ELA也會影響認知和情緒(如快感缺乏,anhedonia),罹患憂鬱、焦慮、創傷後壓力症候群,飲食疾患和精神病疾患的風險增加。

三、研究也顯示注意力不足/過動症(attention-deficit / hyperactivity disorder, ADHD)、 創傷後壓力症候群(posttraumatic stress disorder, PTSD)及雙相情感性疾患(bipolar disorder)族群,物質使用的比率較一般族群來的高。危險因子包括衝動/控制力不佳、心理社會壓力事件龐雜。

陸、由共同的危險因子所誘發

- 一、物質使用疾患及精神疾患(psychiatric disorders)存在共同的危險因子如酗酒、抽菸、受虐、家庭/社會/經濟支持力不足、慢性疾病、感染、疼痛、睡眠品質不佳、焦慮及憂鬱等。
- 二、酒精、物質使用疾患與思覺失調症之間存在部分共同的遺傳因子。舉例而言,青少年時期出現焦躁、激動、不安等負面情緒,可能促成物質使用,而個體脆弱易感(vulnerable)者,持續濫用物質使得發展出精神疾患的風險提高。
- 三、精神壓力及痛楚:也是精神疾患與物質使用疾患之間 共同的危險因子。生命歷程的負面遭遇(尤其是早年 生活,如:被忽略、被虐待、被遺棄、失去重要親人、 創傷等)透過生理-心理-社會模式損害病人的心智 及人格發展(如:腦部創傷、營養不良、低自尊等), 進而增加物質濫用的風險。

柒、參考文獻

- Nathan R, Lewis E. Assessment of Coexisting Psychosis and Substance Misuse: Complexities, Challenges and Causality. BJPsych Advances. 2021;27(1):38-48.
- = `Freda PJ, Moore JH, Kranzler HR. The Phenomics and Genetics of Addictive and Affective Comorbidity in Opioid

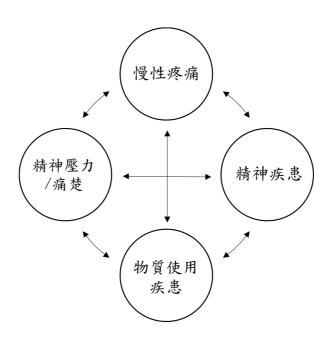
- Use Disorder. Drug Alcohol Depend. 2021;221:108602.
- National Institutes on Drug Abuse. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/
- 四、Jones CM, Underwood N, Compton WM. Increases in Methamphetamine Use among Heroin Treatment Admissions in the United States, 2008-17. Addiction. 2020;115(2):347-353.
- £ · Killeen T, Brewerton TD, Campbell A, Cohen LR, Hien DA. Exploring the Relationship Between Eating Disorder Symptoms and Substance Use Severity in Women with Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. Am J Drug Alcohol Abuse. 2015;41(6):547-552.
- > Pierre JM. Real-World Challenges in Managing 'Dual Diagnosis' Patients: Diligent Assessment and Judicious Prescribing can Help Optimize Outcomes. Curr Psychiatr. 2018;17(9):24-30.
- 七、楊士隆、巫梓豪、李韻如。毒品犯再犯風險與矯治 成效國際評估指標。刑事政策與犯罪研究論文集, 2020;23:149-176。
- N Esang M, Ahmed S. A Closer Look at Substance Use and Suicide. American Journal of Psychiatry Residents' Journal. 2018;13(6):6-8.
- 九、Thomas K, Hurley RW. Co-Managing Chronic Pain and Substance Use Disorders. American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2019.

 https://www.asra.com/guidelines-articles/original-articles/regional-anesthesia/regional-anesthesia/legacy-b-blog-posts/2019/08/06/co-managing-chronic-pain-and-substance-use-disorders
- + Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic Pain: an Update on Burden, Best Practices, and New Advances. Lancet. 2021;397(10289):2082-2097.
- +- Shurman J, Koob GF, Gutstein HB. Opioids, Pain, the Brain, and Hyperkatifeia: a Framework for the Rational

Use of Opioids for Pain. Pain Med. 2010;11(7):1092-1098.

- += Cheatle MD, Gallagher RM. Chronic Pain and Comorbid Mood and Substance Use Disorders: a Biopsychosocial Treatment Approach. Curr Psychiatry Rep. 2006;8(5):371-376.
- += Wei YJ, Zhu Y, Liu W, Bussing R, Winterstein AG. Prevalence of And Factors Associated with Long-Term Concurrent Use of Stimulants and Opioids among Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. JAMA Netw Open. 2018;1(4):e181152.

圖一、影響慢性疼痛的危險因子



第四章 類鴉片藥品的耐受性、依賴與成癮

壹、前言

耐受性(tolerance)、依賴性(dependence)與成癮 (addiction) 是使用類鴉片藥品時常見的臨床狀況,各有 不同的定義描述、臨床表現、以及處理方式。相對更為 複雜的是其形成機轉,與神經生理、藥理、病理,甚至基 因、遺傳學之間的關係。鑒於本參考手冊主要做為醫療人 員在臨床處置時之參考,本文將著重介紹現有臨床醫學上 獲得最多共識的指引及診斷標準,而非針對基礎醫學的討 論。主要的參考依據是美國國家藥物濫用研究所(National Institute on Drug Abuse, NIDA) 所公布的指引,及由美 國精神醫學會(American Psychiatric Association, APA) 2013年出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) 與 2022 年 的 第 十 版 更 新 (Tenth Revision. TR),也同時參考用以建構上述指引及診斷的重要文獻, 部分討論亦參考世界衛生組織制定的國際疾病分類第十一 次修訂本 (International Classification of Diseases 11th Revision. ICD-11) 。

貳、耐受性

參、依賴性

在物質使用疾患中,依賴(dependence)常常在以下 幾個層次被提及使用。身體依賴(physical dependence), 指的是多次物質使用後的身體/生理效應;行為依賴 (behavioral dependence),則強調尋求物質的行為 (substance-seeking activities)和病態性使用的模式 (pathological use patterns)。雖然藥品的耐受性常伴 隨身體依賴出現,但二種並不必然同時存在。心理依賴 (psychological dependence),或稱習慣化(habituation), 其特徵是對物質連續性或間歇性的渴求感(craving)/強 烈的渴望,以逃避不悦的情緒。

類鴉片藥品依賴性,指的是當類鴉片藥品使用一段時間後,突然停用、或大量減少使用、或給予類鴉片藥品拮抗劑 (opioid antagonist) 時,會出現特定的生理及心理症狀。其生理症狀,也就是戒斷症狀 (withdrawal symptoms),通常在停用類鴉片藥品 12 小時內發生,症狀包括坐立難安、打哈欠、流眼淚、流鼻水、發冷、盜汗、噁心、嘔吐、腹瀉、肌肉痠痛、失眠等。前述所需使用藥品的時間,隨藥品不同長短不一;而戒斷症狀的嚴重度,亦隨藥品種類、使用時間、使用量的不同等,而有所

差別。對單純藥品依賴性的處理並不困難,只要逐漸調降 (tapering)藥量即可。

肆、成癮

與依賴或耐受性不同,成癮 (addiction) 是一種原發 性、慢性的神經生物性疾病,受基因、心理社會、和環 境等因子影響,其特徵為使用行為失去控制、強迫性使用 (compulsive use)、渴求感(craving)、和儘管有不良 後果,卻仍持續使用。而藥品成癮(drug addiction),可 被定義為一種慢性、易復發的一種疾病,其表現為:強迫 性的尋求與使用藥品;對於減少藥品的使用,失去控制; 一旦無法獲取該藥品,會出現負面情緒,如煩躁不安、 焦慮、易怒等。過去在 DSM-4 中的物質濫用 (substance abuse)和物質依賴(substance dependence),已被更 精確、中立的診斷名稱 --- 物質使用疾患 (substance use disorder),所取代,其核心特徵為物質使用的適應不良模 式(maladaptive pattern), 導致臨床上顯著功能減損或苦 惱,或物質使用已持續或反覆造成社交或人際問題。物質 使用疾患可以包含生理依賴,但生理依賴卻不必然為疾病 診斷所需。以診斷的觀點來看,成癮已被包含在物質使用 疾患中,DSM-5 已將物質濫用(substance abuse)和物質 依賴(substance dependence)二種診斷,合併成物質使用 疾患,並依符合的診斷準則數量,來定義疾病嚴重度。在 此概念下,成癮可對應到嚴重度中至重度的物質使用疾患。 此疾患的另一重要特徵為潛在的大腦神經迴路改變,即使 在脫毒(detoxication)後,症狀仍持續,可能表現為一再 的復發,以及當個體暴露相關刺激時,會有強烈的渴求。 而這些影響,可能因長期的治療而改善。

DSM-5 中的物質使用疾患(substance use disorder)羅列出10種物質,即酒精(alcohol)、咖啡因(caffeine)、大麻(cannabis)、迷幻藥(hallucinogen)、吸入劑(inhalant)、鴉片(opiate)、鎮靜、安眠或抗焦慮藥品(sedatives, hypnotics or anxiolytics)、興奮劑(stimulants)、菸草(tobacco)、其他物質。故若所使用的物質為類鴉片藥品(opioids),便稱為類鴉片藥品使用

疾患(opioid use disorder, OUD)。DSM-5 中物質使用疾患之診斷準則暨嚴重度評估詳見表一。

雖然成癮一詞被視為貶義,並忽略其為一種醫學疾病的概念,早在1987年即被美國精神醫學會排除在DSM的醫學診斷名稱之外,但現今此詞仍廣為人知與使用。不論是物質與行為成癮,皆可發現共同的神經化學和神經解剖受質的存在,意即這些成癮可能在腦部的特定獎賞區域均有類似的作用,這些神經生物學的證據,都指向其為疾病的概念。由於類鴉片藥品成癮性高,在國內外均被列為管制藥品,故醫師在臨床使用上,需對上述定義與診斷多所瞭解,以提供病人更周全的治療與照護。

伍、總結

耐受性、依賴與成癮,既是使用類鴉片藥品時常見的 臨床狀況,醫師使用類鴉片藥品來治療病人時,自應了解 其定義、症狀、機轉、診斷依據、處理原則等,以期在發 揮類鴉片藥品治療功能的同時,也做到有效監測,並避免 副作用,甚至成癮的發生。

陸、參考文獻

- National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: a Research-Based Guide (3rd ed). 2018.
 - https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment
- National Institute on Drug Abuse. Misuse of Prescription Drugs Research Report. 2020.

 https://nida.nih.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/overview
- National Institute on Drug Abuse. Understanding Drug Use and Addiction Drug Facts. 2018.
 https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction.
- 四、American Psychiatric Association (COR). Diagnostic

- and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- 五、World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). 2019.
- ∴ Nestler EJ. Cellular Basis of Memory for Addiction. Dialogues Clin Neurosci. 2013;15(4):431-443.
- 七、Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med. 2016;374(4):363-371.
- N. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton WM, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M, Grant BF. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. Am J Psychiatry. 2013;170(8):834-851.
- れ、Brady KT, Levin FR, Galanter M, Kleber HD. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Substance Use Disorder Treatment, 6th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021.

表一、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

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:

- 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 疼痛的評估

壹、前言

- 一、物質使用疾患(substance use disorder, SUD)俗稱 藥癮,和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse) 及成癮(addiction)相關,被濫用/誤用的物質主要 包含鎮靜/安眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品。
- 二、類鴉片藥品使用疾患 (opioid use disorder, OUD): 是物質使用疾患的一個細分類,而被濫用/誤用的物質是類鴉片藥品。
- 三、患有類鴉片藥品使用疾患的病人(以下簡稱此類病人),面臨急/慢性疼痛時更應予以適當的評估、診 斷與治療,避免病人因對止痛藥品的渴求而復發類鴉 片藥品使用疾患。

四、評估此類病人的疼痛應把握以下原則:

- (一) 讓病人用自己的言語來描述自己的痛苦。
- (二)精確的理解病人對於疼痛的描述。
- (三)確認/鑑別致痛因素,並有完整的疼痛紀錄
- (四)以生理、心理、社會模式(biopsychosocial model) 層層識別造成疼痛慢性化的危險因子。
 - 1. 此類病人因長期使用某些物質或類鴉片藥品 (如海洛因),而對疼痛閾值造成影響(如 opioid-induced central pain)。
 - 2. 此類病人較常見的身體共病症有愛滋病(HIV / AIDS)、肝炎、肝硬化、肺結核、心內膜炎、蜂窩性組織炎、膿瘍及慢性疼痛等。
 - 3. 此類病人較常見的心理/精神共病症有焦慮症、憂鬱症、人格障礙症及創傷後壓力症候群等。

4. 此類病人較常見的社會支持力匱乏,如無固定住所、缺乏親人朋友的關照、曾與他人發生暴力衝突等。

貳、認識疼痛

- 一、急性疼痛依部位可區分為軀體疼痛(somatic pain) 和內臟疼痛(visceral pain);也可依其致痛機轉 分為傷害性疼痛(nociceptive pain)和炎性疼痛 (inflammatory pain)。
- 二、慢性疼痛:有許多因素可以造成疼痛的慢性化:

(一) 生理/身體因素:

- 1. 原來的傷害持續存在或疼痛已造成中樞神經系統的致敏化(central sensitization)。
- 2. 神經系統受到傷害,不論是周邊或中樞神經 系統。
- 3. 長期類鴉片藥品的不當使用。

(二)心理/精神因素:

- 1. 精神共病症:焦慮症、憂鬱症、睡眠疾患、 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. 過去疼痛經驗 (應注意是否和類鴉片藥品的 戒斷反應相關)及不良的情緒反應 (暴力傾 向或有較為激動的性格)。

(三) 家庭/社會因素:

- 1. 家庭、經濟狀況及朋友的支持力不足。
- 2. 失去工作或居所。

參、此類病人較常見的急/慢性疼痛

- 一、因軀體/內臟非神經組織受傷所引起的疼痛:
 - (一)關節、肌筋膜疼痛:如外傷性骨折及關節炎、肌筋膜炎。

- (二)內臟疼痛:如慢性胰臟炎(和酗酒相關)、間質性膀胱炎(和使用愷他命相關)。
- (三)蜂窩性組織炎、敗血症(和不潔針頭注射相關)。
- 二、因神經系統受損或致敏化所起引的疼痛(神經病變痛),多為慢性疼痛:
 - (一)大腦損傷(機率約為8%)。
 - (二)脊髓損傷(spinal cord injury)(機率約為 80%)。
 - (三)周邊神經損傷:神經撕裂傷(nerve avulsion)、手術(機率約為30-50%)。
 - (四)交感神經系統功能損傷:複雜性區域疼痛症候群 (complex regional pain syndrome, CRPS, type I、type II)。
 - (五)中樞神經系統致敏化(central sensitization): 如腸躁症及其他身心症等。

建、神經病變痛(神經系統損傷)常見的症狀

一、異常性疼痛(allodynia):

以下刺激在一般人並不會造成疼痛,但在有神經病變 痛的病人卻會誘發疼痛:

- (一)因外界溫度改變所誘發的異常性疼痛(thermal allodynia):患處皮膚對於冷熱的改變異常敏感。
- (二) 因震動誘發的異常性疼痛(tactile allodynia): 如刷牙。
- (三)因靜態行為所誘發的異常性疼痛(static allodynia):如觸摸或按壓患處。
- 二、痛覺遲鈍(hypalgesia):對於疼痛刺激的敏感度下降。
- 三、痛覺過敏(hyperalgesia):對於外界刺激的敏感度升高,不論原本會不會造成疼痛。而對於平常即會引起疼痛的反應加劇。

- (一) 原發性痛覺過敏 (primary hyperalgesia): 在 受傷部位的組織對疼痛的反應加強。
- (二)繼發性痛覺過敏(secondary hyperalgesia): 鄰近受傷部位但未受傷的組織產生痛覺過敏的現 象,此和中樞神經系統被致敏化有關。
- 四、不舒服的異常感(dysesthesia):令人不悦的異常感覺,可自發、誘發。如灼燒感(burning)、潮溼感(wetness)、觸電感(electric shock)、針刺感(tingling、pricking)及搔癢(itching)等。

伍、疼痛評估前應注意事項:

- 一、面談及檢查需顧及病人的隱私,並在支持、友善且不 評判 (non-judgment) 的狀態下進行。
- 二、應評估此類病人對於類鴉片藥品是否已產生了耐藥性 (tolerance)。
- 三、需鑑別診斷病人是否也產生了類鴉片藥品所誘發的疼痛(opioid-induced pain),尤其是頭痛病人。
- 四、同時也需鑑別診斷病人是否已發生戒斷症候群。

陸、疼痛的評估

- 一、疼痛評估包含以下五個方向(圖一):
 - (一)疼痛特質的評估。
 - (二)了解病人過去病史。
 - (三)詳細的身體檢查/檢驗。
 - (四)心理/精神方面暨用藥行為的評估。
 - (五) 對於個人日常生活作息的影響。
- 二、疼痛特質的評估(使用 PQRST 的方法;表一)
 - (一)了解激發疼痛及緩解疼痛的原因 (provokes and palliates):

什麼原因會導致、加重或緩解疼痛?在什麼姿勢或情況下?

- (二)疼痛的性質(quality) 由病人告知疼痛的特質如尖銳痛、鈍痛、刺痛、 燒灼痛、壓傷痛等。
- (三) 痛感的部位及其發散的範圍 (region and radiation):

使用人體正面及背面的圖像來標註疼痛部位,區 辨是原發受傷部位或非原發部位引起的疼痛(轉 位痛,referred pain)。

- (四)疼痛的嚴重程度(severity):可使用疼痛量表來評估(表二)
 - 1. 口述疼痛量表 (verbal rating scale)。
 - 2. 數值量表(numerical rating scale,圖二)。
 - 3. 視覺類比量表 (visual analog scale)。
- (五)疼痛在時間方面(time)的資料:

疼痛最初始的時間、持續或斷斷續續、已有多長時間(為急性或慢性?)是否須緊急處理?

三、了解病人過去病史(past history)

- (一) 疼痛病史。
- (二)針對疼痛曾進行的治療措施,如手術、物理治療、藥品等。
- (三) 其他病史,如外傷史、手術史、感染史(含愛滋 病、蜂窩性組織炎、敗血症等)。

四、詳細的身體檢查/檢驗

- (一)身體理學檢查。
- (二)影像學檢查。
- (三)神經學檢查。

(四)實驗室數據檢驗。

五、心理/精神方面暨用藥行為的評估(表三、表四)

- (一) 這方面應商請精神科醫師協助評估。
- (二)物質使用疾患史主要包含鎮靜安眠劑、酒品、類 鴉片藥品;戒斷反應發生情形及因應方式。
- (三)焦慮症、憂鬱症、人格障礙症、創傷後症候群及 其他診斷。
- (四)個人成長史,孩童時期的被虐待史、忽略、傷害 或遺棄。
- (五)自傷、自殺史,及其發生的詳細情境。
- (六)社會支持力的評估
 - 1. 人際關係、社會支持力、經濟支持力。
 - 2. 家庭支持力,是否被忽略或過度保護。
 - 3. 工作投入程度,對工作的滿意度。
- (七)因治療需要而外加使用類鴉片藥品的用藥風險評估:用藥遵從性、藥品貯存及以往用藥行為的評估。

六、對個人日常生活作息的影響(表五,圖三)

(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、參考文獻

一、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引。衛生福利部。2018。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile. ashx?id=f636813588692411342

- 二、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代 治療臨床指引。衛生福利部。2012。 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48-a91e-005fb3f61e5e.html
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- 四、London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- ## U.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- ∴ Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.
 - https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/ Documents/Academic Detailing Educational Material

Catalog/OUD Provider ProviderGuide IB10933.pdf

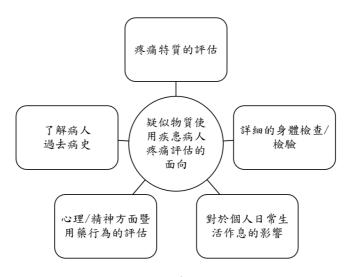
- 七、Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014.

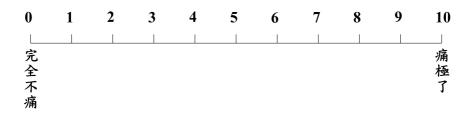
 https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence.pdf
- 九、Ministry of Health. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. Wellington: Ministry of Health. 2014.

 https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf

圖一、疑似物質使用疾患病人疼痛評估的面向

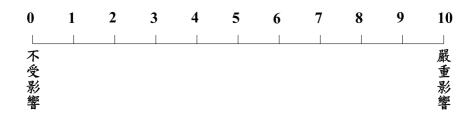


圖二、疼痛嚴重度的評估(數值量表,以10分計)



註:被評估的品項可以包含:靜態時、活動時、最痛時、最不 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. 参考文獻:表五,並在匯整後做部分修改。

表一、疼痛病史評估

評估表單	出處
PQRST Pain Assessment (Provocation, Quality, Region/Radiation, Severity, and Timing)	Krohn B. Using pain assessment tools. Nurse Pract. 2002;27(10):54-56.

表二、疼痛量表

評估表單	出處
Verbal Rating Scale (VRS)	http://www.jpsmjournal.com/article/ S0885-3924(11)00014-5/pdf
Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/ research/download/Pain-Current- Understanding-of-Assessment- Management-and-Treatments.pdf
Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf

表三、情緒評估

評估表單	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 A-M. 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、類鴉片藥品/物質使用疾患之風險評估

評估表單	出處
Opioid Risk Tool for Opioid Use Disorder (ORT-OUD)	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. J Pain. 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) J Pain. 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. J Pain. 2006;7(9):671–681.
Opioid Compliance Check list (OCC)	Jamison RN, Martel MO, Huang C-C, Jurcik D, Edwards RR. Efficacy of the opioid compliance checklist to monitor chronic pain patients receiving opioid therapy in primary care. J Pain. 2016;17(4):414–423.

表五、日常生活作息狀態之評估

評估表單	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	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.

第六章 共病精神疾患的評估與治療

壹、前言

- 一、慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患、精神上的壓力/痛楚(stress/distress)皆受錯綜複雜但主架構類似的中樞調控系統所掌管,即愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system),詳細內容請參閱第二章:疼痛和物質使用疾患間的關係。
- 二、因此,慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患及精神上的壓力/痛楚有著密不可分且互相影響的關係,可互為發病之危險因子或互為 共病症,並形成惡性循環加重原有的個別病情。
- 三、如病人同時患有上述多種疾患,常難以區別何者是原 發、同時存在或是被誘發,因此在評估上需格外仔細。
- 四、治療上,也常有共通性,因此用藥需要留意藥品的交互作用及過量。
- 五、本章的論述重點為當物質使用疾患(含類鴉片藥品使 用疾患)病人共病精神疾患時的評估與治療。

貳、名詞解釋

一、物質濫用(substance abuse)

用於描述藥品或物質(substance)非依醫囑或非法且 反覆的使用,因而影響個人的學業、職業或家庭角色 /功能,進而危害身體健康或產生個人、社會或人際相 處的問題。

二、成癮 (addiction)

係指儘管某種物質(或行為)已對心理或/和身體產生傷害,個人仍無法控制且渴求並反覆強迫性的使用該物質(或從事該行為)。成癮的形成牽涉基因、大腦功能、環境、成長經歷等各面向,且形成交互影

響。精神疾病診斷與統計手冊第五版(DSM-V)已將物質濫用及成癮整合為物質使用疾患(substance use disorder)。

三、精神疾患(psychiatric disorders):

和 mental disorders、mental illnesses 皆為同義。 精神疾患意旨所有異常影響思考(thought)、知覺 (perception)、情緒(emotion)、行為(behavior) 的疾病,並導致顯著的痛苦或個人重要的功能、角色 缺損。狹義的定義是指因大腦結構或生化的器質性病 變導致的精神疾患,廣義的定義則是缺乏心理健康至 影響功能,其定義往往受不同文化背景所影響。

四、精神病疾患 (psychotic disorders):

精神病疾患是一群嚴重影響思考、知覺、情緒、行為的重度精神疾患,罹病者可能經歷思緒紊亂、知覺異常、情緒或行為極度失控且不合宜。目前多認為與中樞神經系統中多巴胺(dopamine)、麩胺酸(glutamate)等神經傳導物質的病生理機轉有關。

五、精神病症狀 (psychotic symptoms):

精神病症狀包含:幻覺 (hallucination)、妄想 (delusion)、 錯認 (misidentification)、紊亂的思緒/言詞/行為 (disorganized thought/speech/behavior)。病人易因 症狀干擾而失去現實感或判斷力缺損。

六、物質使用疾患 (substance use disorder)

精神疾病診斷與統計手冊第五版 (DSM-5)整合第四版的濫用、成癮等診斷,重新定義為物質使用疾患,包含認知、行為和生理症狀,此名稱闡述儘管因物質使用導致臨床上顯著的損害或痛苦,病人仍繼續使用該物質。在12個月內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:

- (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)即使持續或重複的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。

參、評估

- 一、詳實評估是正確診斷及治療的重要基石。唯有在安全 而不受打擾的會談室、溫和而不帶偏見的評估者及放 鬆而不帶戒心的病人才能提供可靠、全面的資訊。
- 二、提供評估的臨床工作者首要理解及考量物質使用與精神疾患(psychiatric disorders)之間複雜的因果關係,以及加入基因、環境的影響。雖然,全面評估仍無法

完全闡述明確的時序因果,臨床工作者應盡可能探索 並對診斷保持開放態度,以便制訂縝密的治療計畫。

- 三、以病人的生命時序為軸,詳細澄清並按時羅列每個重要事件(如:早年生活逆境、創傷)、精神症狀、每種物質使用詳細的時間及劑量、是否出現中毒或戒斷症狀、再使用物質的原因、角色功能變化,便能協助評估者辨識物質與精神疾患之間可能的因果關係。因為物質使用誘發的精神症狀和原發性精神疾病的精神症狀,有高度的重疊性。因此,在評估時,不能只檢視精神症狀。
- 四、物質使用與精神疾患共病的病人接受醫療服務的動機,極易受汙名化、被動消極的態度及隔閡的醫病關係而阻滯。不良的預後將使得病人自身、醫療體系及社會付出更大的成本。因此,醫療工作者需要同時考量隱藏在法律、道德層面下,可能影響病人治療的因素,進而協助合理的取得醫療資源。
- 五、評估時,要屏除偏見,例如,病人曾使用物質,便認 定其精神症狀必為物質所誘發、病人參與評估是為了 取得受管制的處方用藥等。臨床工作者在評估過程會 逐步形成其因果推斷,但是過度推斷,便難避開偏見。 如果病人察覺到評估者存有偏見,在自我保護的思維 下,回應未必真實、甚至與事實背道而馳。極端者更 可能脫離甚至質疑評估者。
- 六、因物質使用、精神疾患、內科疾患、意外傷害等因素,極易導致病人認知功能的缺損。因此在評估的同時需要關注病人的認知功能是否有減損的可能。但必須等待中毒、戒斷期或所有急性症狀緩解後,再安排認知功能測驗,避免低估智能水準或高估器質性損傷,同時依評估結果規劃符合病人認知程度的治療。
- 七、診斷性會談是深入但耗時的標準評估方式,執行者需要接受嚴謹訓練且具備豐富的精神病理學、藥理學及 生理學知識。評估工具的選擇端視情境、目的、所需 時間而不同。

八、篩檢工具表列

篩檢工具	
物質使用篩檢工具	酒精、菸草、物質濫用篩檢表(Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)、德州基督教大學藥品篩檢 V 量表(The Texas Christian University Drug Screen V, TCUDS V)、簡易篩檢量表(Simple Screening Instrument for Substance Abuse, SSI-SA)、藥品濫用篩檢量表(The Drug Abuse Screening Test, DAST)、美國國家藥品濫用研究院快速篩檢量表(National Institute on Drug Abuse(NIDA)Quick Screen)、類鴉片藥品風險篩檢工具(Opioid risk tool)、雙項聯合篩檢(Two-Item Conjoint Screening, TICS)、成癮嚴重性指數(Addiction Severity)、酒精濫用測驗表(The Alcohol Use Identification Test, AUDIT)、酒精依賴量表(Alcohol Dependence Scale, ADS)。

心理健康篩檢工具	漢氏焦慮量表(Hamilton Rating Scale for Anxiety,HAM-A)、貝克焦慮量表(Beck Anxiety Inventory,BAI)、健康焦慮量表(Health Anxiety Inventory,HAI)、漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression,HAM-D)、貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory,BDI)、蒙哥馬利憂鬱量表(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale,MADRS)、病人健康狀況問卷(Patient Health Questionnaire 9,PHQ-9)、抑鬱自評量表(Selfrating depression scale,SDS)、流行病學研究中心抑鬱量表(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale,CES-D)、飲食態度量表-26 題版(Eating Attitudes Test 26,EAT-26)、飲食疾患檢查(Eating Disorder Examination,EDE)、戴氏創傷量表(Davidson Trauma Scale,DTS)、事件影響量表-修訂版(Impact Of Events Scale - Revised,IES-R)、生活事件檢核表 life events checklist,LEC)、創傷篩查問卷(Trauma Screening Questionnaire,TSQ)。
動機篩檢工具	德州基督教大學動機量表(The Texas Christian University Motivation Form, TCU-MOTForm)、羅德島大學改變評 估量表(The University of Rhode Island Change Assessment Scale,URICA)

自殺、自傷篩檢工具

人際需求調查問卷(The Interpersonal Needs Questionnaire, INQ)、自殺能力量表(Capability for Suicide Scale, ACSS)、貝克自殺意念量表(The Beck Scale for Suicide Ideation, BSS)、哥倫比亞—自殺嚴重程度量表(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)、非自殺性的自傷行為評估工具(Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool, NSSI-AT)。

肆、治療

一、共病物質使用及精神疾患相較於個別單一疾病,治療上的差異有以下數點:其行為或動機較難被改變、治療完成率較低、更多臨床症狀、更易復發、住院率較高、暴力及自殺風險增加、監禁率較高、無家可歸比率較高、無業比率較高、人類免疫缺陷病毒感染風險較高、較多家庭問題、健康照護支出成本更多。

二、治療通則

- (一)以病人為中心,治療應具有可近性、可負擔性、 可接受性、整合性,並有吸引力。
- (二)以醫療為前提,必要時協調警政/司法、健康和 社會服務體系,避免因三個系統的目的矛盾,而 影響病人就醫意願。
- 三、建構跨領域團隊、整合照護系統,在有需要時能即時並有效地啟動醫療資源。針對臨床照護結果作有系統的歸類、分析,以貢獻臨床實證。對於治療團隊成員更應提供必要且與時俱進的照護知識。也應定期檢視、修正治療模式。

- 四、物質使用及精神疾患的治療需同時進行,但彼此的時 序、因果關係需積極確認,以便在有限的醫療資源中 提供經濟而有效率的治療計畫。
- 五、物質使用誘發的精神疾患,多在物質使用疾患治療穩 定後精神疾患便會逐步緩解。反之,精神疾患未隨之 改善,則需考慮原發性精神疾患、其他藥品/物質使 用、疼痛或其他器質性因素誘發精神疾患的可能性。
- 六、治療建基於生理-心理-社會模式:精神/神經/生理疾患治療、藥品管理、心理治療(認知行為治療、辦證行為治療)、伴侶/家人支持/治療、社政資源導入、復能治療及維持治療等。
- 七、物質使用疾患與不同精神疾患共病的治療考量
 - (一)物質使用疾患與憂鬱症共病
 - 1. 憂鬱症病人因其脆弱及易感性 (vulnerability),物質使用疾患風險較一般 族群高;而物質使用疾患病人因神經迴路的 病態改變亦有高風險會發展出憂鬱症。
 - 2. 臨床治療建議:
 - (1)治療需同時治療憂鬱症及物質使用疾患。
 - (2)選擇性 5- 羟色胺再攝取抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 類的 抗鬱劑療效可能不佳,尤其在戒癮治療的維持期。
 - (3)即便抗鬱劑能有效治療急性憂鬱,病人使 用物質的量也可能只是相對的減少。有效 的治療需要導入多元模式。
 - (4)心理治療,包括認知行為治療(cognitive behavioural therapy, CBT)、12步驟療法(twelve-step facilitation)、動機式晤談(motivational interviewing),可以考慮加入治療的模組中。

(二)物質使用疾患與焦慮症共病

1. 患有焦慮症的病人可能會以"自我給藥(self-medication)"的方式來緩解症狀而導致物質使用疾患;焦慮症也可能是物質使用疾患病人在藥品中毒或戒斷反應時的症狀表現。

2. 臨床建議:

心理治療具有一定療效,但單獨使用恐成效不 佳。抗鬱劑(治療準則中認證的焦慮症第一 線治療)合併認知行為治療(CBT)能有效改 善物質使用疾患與焦慮共病的情形。

(三)物質使用疾患與飲食疾患共病

1. 研究顯示 37% 飲食疾患病人共病物質使用疾患。兩種疾患共同的危險因子如下: 易受媒體和廣告影響、受制於不健康的同儕壓力及規範、暴露於不健康的父母言行、身體或性虐待史、低自尊、憂鬱或焦慮。

2. 臨床治療建議:

- (1)建立信賴及合作性的醫病關係。
- (2)給予衛教,讓病人充分了解物質使用疾患 與飲食疾患共病的原因、風險及治療方 式。
- (3)研究顯示,辯證行為治療能有效治療物質 使用疾患及飲食疾患,對於兩者共病也有 療效。
- (4)接納與承諾療法(acceptance and commitment therapy, ACT)、認知行為治療(cognitive behavioral therapy, CBT)也會應用在單一疾患或兩者共病時的治療。

- (四)物質使用疾患與精神病疾患 (psychotic disorders) 共病
 - 1. 具有前置因子 (predisposing factor) 的病人,如家族遺傳史,在使用物質時可能誘發精神病疾患。而已有精神病疾患的病人,使用物質將使原發的精神疾病惡化。物質使用者最常見的精神病疾患是思覺失調症(schizophrenia) 及雙相情感性疾患 (bipolar disorder)。
 - 2. 臨床照護需要鑑別精神病疾患的原因是原發性、長期物質使用導致的器質性變化、意外腦傷導致的器質性變化、急性生理併發症導致的譫妄(delirium)表現,亦或是物質/藥品中毒/戒斷期的譫妄表現。

3. 臨床治療建議:

- (1)嚴謹的病史詢問、過去史/個人史/藥品 史回顧、神經學、身體、精神狀態檢查及 必要的實驗室數據檢驗是成功治療的第一 步。
- (2) 需仔細釐清所濫用的物質種類、劑量、使 用期間、特殊生活/醫療事件時間、精神 病症狀出現時間、危險行為出現與否。
- (3)無論是否共病物質使用疾患(除了酒精、 鎮靜安眠藥品使用疾患),精神病疾患 的第一線治療都是抗精神病藥品(antipsychotic drugs)。
- (4)評估選用的抗精神病藥品須注意與所濫用 的物質、臨床處方間是否有交互作用,同 時告知病人選用藥品的原因及優缺點、共 享治療決策。建議使用第二代抗精神病藥 品,因其造成錐體外症候群的風險較少、 藥品耐受性較高、遵從性較佳。對於病

識感不佳、服藥遵從性差的病人,可考慮施打長效針劑(long-acting injectable antipsychotic, LAI)。

- (5)建議同時監測內科疾患,物質使用者多有 抽菸或其他不健康的生活習慣,抗精神病 藥物對心臟、代謝等系統的潛在風險,有 加速或惡化其原有內科疾病的風險。
- (五)物質使用疾患與注意力不足/過動症 (attention-deficit/ hyperactivity disorder, ADHD) 共病
 - 1. 隨著注意力不足/過動症的診斷率提昇,其與 物質使用疾患共病的議題逐漸受到重視。
 - 注意力不足和過動,為二種不同的亞型,當個別亞型共病物質使用疾患時,會有不同的疾病型態。
 - 3. 臨床治療建議:
 - (1)神經興奮劑的處方用藥常用於注意力不足 過動症的治療。神經興奮劑是否導致服用 者未來出現物質使用疾患,目前研究結果 尚不一致,但濫用或不合規使用的風險需 要列入考慮。
 - (2)研究顯示,神經興奮劑處方用藥用於治療 ADHD時,僅能緩解注意力不足/過動症 狀,但無法減少物質使用或提高治療維持 率。但是當 ADHD 的行為表現是衍生出物 質使用疾患的主因,則使用神經興奮劑處 方用藥是合理考量。
- (六)物質使用疾患與人格障礙症 (personality disorder) 共病
 - 1. 物質使用與人格障礙症共病時,更容易參與 危險行為(如共享注射器具及危險性行為),

使得症狀更為複雜、難釐清、對於治療的遵從度差,因此治療也顯得棘手。

2. 物質使用常共病的人格障礙症為反社會性及邊緣性人格障礙症。

3. 臨床治療建議:

- (1)即便困難,針對物質使用與人格障礙症共 病者仍應提供與其他病人相同的治療選 項。
- (2)針對高風險行為導致的生理問題,也需一 併評估及治療。
- (3)治療聚焦於建立關係、症狀治療、藥物管理、提供家人支持、減少病人可能觸法或破壞關係的危機。
- (七)物質使用疾患與精神疾患(psychiatric disorders) 共病時的自殺議題
 - 1. 物質使用疾患共病精神疾患時,自殺的風險高。
 - 2. 物質使用疾患是藥品過量、自殺企圖及自殺死亡的危險因子。物質使用疾患病人自殺死亡的風險較一般族群高10-14倍,而酒品(酒精)與類鴉片藥品則是與自殺死亡風險相關性最高的物質。
 - 3. 精神疾患與自殺也有高度相關,超過90%自 殺死亡的病人有一種或多種精神疾患。雙相 情感性疾患及憂鬱症病人的自殺風險最高, 思覺失調症及焦慮症次之。當物質使用疾患 與精神疾患共病時,自殺風險更為增加。
 - 4. 自殺風險上升的機轉包括:物質濫用導致判 斷能力減損、衝動/情緒控制差及神經傳導路 徑障礙。
 - 5. 老年族群有較多生理及神經退化性疾病。長

期物質使用導致的生理/代謝問題造成神經毒害及其他併發症,對老年族群的影響更為顯著。在老年族群中與自殺最為相關的危險因子是精神疾患,次為物質使用疾患。當兩者共病時,老年族群出現自殺行為的風險會高於年輕族群。

6. 臨床治療建議:

- (1)臨床工作者必須了解自殺非單一因素所 致,沒有任何單一量表能精準預測自殺風 險。研究顯示 83% 的自殺是無法預測也 難以避免。合理的評估/判斷、制定可行/ 及時/有效的治療計畫、持續解決自殺風 險因子、導入社政資源強化保護因子,才 能有效預防自殺。
- (2)自殺風險高的病人,應考慮住院。針對物質使用疾患的藥品治療,需優先使用風險較低的藥品,如在類鴉片藥品使用疾患的治療,使用美沙冬、丁基原啡因能使病人自殺的風險降低。在酒癮治療,初期給予較高劑量鎮靜安眠藥緩解戒斷症狀,改善後逐步減低劑量,可以降低自殺風險。
- (3) 共病精神疾患而使用精神科藥品時, 應避免三環、四環抗鬱劑 (tricyclic or tetracyclic antidepressants)、 鋰 鹽、 ziprasidone、amisulpride、高劑量鎮靜安 眠藥、併用多種會影響心臟傳導或抑制呼 吸的藥品。
- (八) 類鴉片藥品使用疾患與精神疾患共病的治療考量
 - 1. 類鴉片藥品使用疾患為物質使用疾患中的一個細分項,常共病的精神疾患包括憂鬱症、 焦慮症、反社會性人格障礙症、虐待史或性 創傷史、創傷後壓力症候群等。

2. 臨床治療建議:

- (1)臨床常見類鴉片藥品使用病人同時不合規使用苯二氮平類(benzodiazepines,BZD)藥品(用以鎮靜安眠)。治療中如為緩解戒斷症狀而須使用類鴉片促效劑(opioid agonist),使用前需要仔細評估病人用藥。類鴉片促效劑與苯二氮平類藥品,必須防範此類藥品的戒斷症狀。如無法停用則需要加強病人/家屬衛教,並確認病人併用促效劑與苯二氮平類藥品的安全性。
- (2)在類鴉片藥品使用疾患的治療中,維持治療所使用的美沙冬,有造成心臟傳導功能異常(QTc延長)的風險,而抗精神病藥品、部分抗鬱劑也有相同風險,應盡量避免合併使用會造成QTc延長的藥品,如併用需要額外監測心電圖。
- (3)治療中,有必要同時進行內科問題及實驗 數據的檢測追蹤。譬如當此類病人濫用酒 精或共用針頭時,易導致肝臟疾病,而部 分處方的戒癮或精神科藥品也可能有惡化 肝功能的風險。

伍、參考文獻

- Nathan R, Lewis E. Assessment of Coexisting Psychosis and Substance Misuse: Complexities, Challenges and Causality. BJPsych Advances. 2021;27(1):38-48.
- Freda PJ, Moore JH, Kranzler HR. The Phenomics and Genetics of Addictive and Affective Comorbidity in Opioid Use Disorder. Drug Alcohol Depend. 2021;221:108602.
- National Institutes on Drug Abuse. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/

- 図、Jones CM, Underwood N, Compton WM. Increases in Methamphetamine Use among Heroin Treatment Admissions in the United States, 2008-17. Addiction. 2020;115(2):347-353.
- £ Nilleen T, Brewerton TD, Campbell A, Cohen LR, Hien DA. Exploring the Relationship Between Eating Disorder Symptoms and Substance Use Severity in Women with Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. Am J Drug Alcohol Abuse. 2015;41(6):547-552.
- ⇒ Pierre JM. Real-World Challenges in Managing 'Dual Diagnosis' Patients: Diligent Assessment and Judicious Prescribing can Help Optimize Outcomes. Curr Psychiatr. 2018;17(9):24-30.
- 七、楊士隆、巫梓豪、李韻如。毒品犯再犯風險與矯治 成效國際評估指標。刑事政策與犯罪研究論文集, 2020;23:149-176。
- N Esang M, Ahmed S. A Closer Look at Substance Use and Suicide. American Journal of Psychiatry Residents' Journal. 2018;13(6):6-8.
- 九、Thomas K, Hurley RW. Co-Managing Chronic Pain and Substance Use Disorders. American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2019.

 https://www.asra.com/guidelines-articles/original-articles/regional-anesthesia/regional-anesthesia/legacy-b-blog-posts/2019/08/06/co-managing-chronic-pain-and-substance-use-disorders
- + Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic Pain: an Update on Burden, Best Practices, and New Advances. Lancet. 2021;397(10289):2082-2097.
- +- Shurman J, Koob GF, Gutstein HB. Opioids, Pain, the Brain, and Hyperkatifeia: a Framework for the Rational Use of Opioids for Pain. Pain Med. 2010;11(7):1092-1098.
- += Cheatle MD, Gallagher RM. Chronic Pain and Comorbid Mood and Substance Use Disorders: a

- Biopsychosocial Treatment Approach. Curr Psychiatry Rep. 2006;8(5):371-376.
- += Wei YJ, Zhu Y, Liu W, Bussing R, Winterstein AG. Prevalence of And Factors Associated with Long-Term Concurrent Use of Stimulants and Opioids among Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. JAMA Netw Open. 2018;1(4):e181152.

第七章 成癮風險的評估

壹、前言

- 一、物質使用疾患(substance use disorder, SUD)俗稱藥 瘾,和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse)及 成癮(addiction)相關。被濫用/誤用的物質主要包 含鎮靜/安眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品。
- 二、類鴉片藥品使用疾患 (opioid use disorder) 是物質使用疾患的一個細分項,而被濫用/誤用的是類鴉片藥品。
- 三、非癌慢性疼痛的定義為非癌症引起且超過三個月的疼 痛。
- 四、疑似物質使用疾患(以下簡稱疑似藥癮)的病人,患有非癌慢性疼痛(以下簡稱慢性疼痛)時,治療原則是依據美國退伍軍人部門於2017年所公布的慢性治療模式,詳見表一。
- 五、患有慢性疼痛的病人,若使用類鴉片藥品達三個月以上,和未使用者比較,在每日使用劑量相當於口服嗎啡劑量 1-36 毫克時,其發生類鴉片藥品使用疾患的機率上升 15 倍,日用量為 36-120 毫克則上升至 29 倍,若日用量大於 120 毫克則上升至 122 倍。

六、產生類鴉片藥品使用疾患的危險因子(圖一)

- (一)長期(>3月)使用類鴉片藥品
- (二)年紀小於65歲
- (三)有慢性疼痛
- (四)有睡眠疾患
- (五)有自殺念頭
- (六)有焦慮症(anxiety disorder)

- (七)同時使用非法的藥品或物質
- 七、有類鴉片藥品使用疾患過去史的病人,當使用類鴉片 藥品來治療疼痛時,極易再次誘發類鴉片藥品使用疾 患。
- 八、疑似藥癮的病人同時患有慢性疼痛的盛行率很高, 美國數據顯示,類鴉片藥品使用疾患族群患有慢性 疼痛的盛行率為74.7%;在鎮靜藥品使用疾患族群的 盛行率為72.3%;在大麻使用疾患族群的盛行率為 64.3%;在酒精使用疾患族群的盛行率為58.7%;在 藥品使用疾患族群的盛行率為59.5%。
- 九、在一般族群,慢性疼痛本就是多面向而難完全消除的問題。如發生在疑似藥癮族群,將使得既存的藥癮更為複雜而難治;研究顯示在此情況下,治療者多聚焦於藥癮,而輕忽了慢性疼痛對病人的負面影響。
- 十、對疑似藥癮的病人而言,慢性疼痛會增加病人對物質的渴望(craving)、惡化戒斷症狀(withdrawal symptoms)、增加藥癮復發率(relapse)、降低治療維持率等。不僅如此,未完善的慢性疼痛治療常導致失能,病人原本就失衡的心理、社會功能及生活品質更將因此受到負面衝擊(如失業、人際關係破壞、需耗時到醫院治療),病人的治療也將耗用更高的社會及醫療成本。
- 十一、想要有效率的處理慢性疼痛,需要針對病人做完整 的評估,包含
 - (一)疼痛的特色、型態及因應方式。
 - (二)過去就醫史及家族史。
 - (三)病後生理/心理/社會功能的變化。
 - (四)物質使用疾患史及成癮風險評估。
 - (五) 共病(生理、精神疾病、認知缺損)。
 - (六)理學檢查及精神狀態檢查。

(七)社會、家庭壓力、事件等。

十二、上述評估中,成癮風險的評估是極為重要的一環, 尤其是在病人進入類鴉片藥品的治療前。而邁入治療以後,成癮風險仍需定期評估,以便對治療做滾動式修正。

貳、治療前,病人成癮風險的評估(詳見表二)

- 一、根據病人的現在及過去病史評估其成癮風險
 - (一) 低度風險
 - 1. 無物質濫用史。
 - 2. 無其他風險因子。

(二) 中度風險

- 1. 過去有非類鴉片藥品使用疾患史。
- 2. 有物質濫用家族史。
- 3. 病人或其家屬有心智疾患史。
- 4. 曾有過藥品使用遵從性不佳史。
- 5. 病人所展現的疼痛特徵性不明確。
- 6. 有與針劑注射相關的疾病病史。
- 7. 有多次原因不明的醫療事件病史(如創傷、 燒傷)。

(三) 高度風險

- 1. 目前存在物質使用疾患。
- 2. 有類鴉片藥品濫用過去史。
- 3. 先前為中度成癮風險病人,但出現異常用藥 行為時。

二、以病人自填問卷的方式來評估成癮風險

(一)類鴉片藥品風險工具 (opioid risk tool, ORT, 詳見表三)主要內容包括:

- 1. 物質濫用家族史。
- 2. 酒精濫用個人史。
- 3. 年龄。
- 4. 青春期以前的性虐待史。
- 5. 精神疾患。
- 6. 憂鬱症。

男女在每個項目的配分不同,累計總分介於 0 至 3 分屬低度風險,4 至 7 分屬中度風險,大於或等於 8 分屬高度風險。

(二)疼痛病人篩查及類鴉片藥品使用評估修訂版 (The screener and opioid assessment for patients with pain - revised, SOAPP-R, 詳見 表四)用以評估病人在接受長期類鴉片藥品治療 時成癮的風險,協助臨床醫師判斷需要介入監督 的程度。病人需回答共24個問題,每個問題從 0(從不)到4(非常頻繁)共五個等級,最後 累計總分,分數等於或大於18分,為高風險。

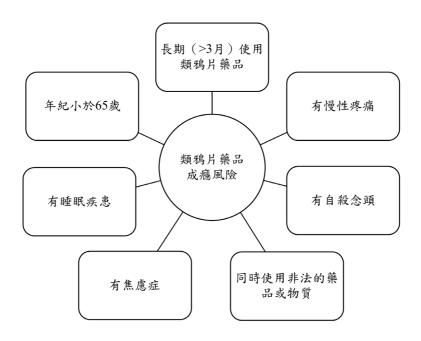
參、在治療過程中,成癮風險的持續評估

- 一、治療受各種因素影響,呈現動態變化,因此成癮風險 評估也要定期進行,以便對治療做滾動式修正。
- 二、以下資訊也應定期檢視
 - (一) 病人對治療方式的依從性。
 - (二)病人對治療規範的配合度。
 - (三) 病人對治療療程的反應。
 - (四)與病人的重要親友會談,了解病人對治療過程中,生活工作功能的變化、對藥品使用的遵從性、有無危險用藥行為的產生。

肆、參考文獻

- ` De Sola H, Dueñas M, Salazar A, Ortega-Jiménez P, Failde I. Prevalence of Therapeutic Use of Opioids in Chronic non-Cancer Pain Patients and Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Pharmacol. 2020;11:564412.
- Nohn WS, Wu LT. Chronic Non-Cancer Pain among Adults with Substance Use Disorders: Prevalence, Characteristics, and Association with Opioid Overdose and Healthcare Utilization. Drug Alcohol Depend. 2020;209:107902.
- E \ Chang YP, Compton P. Management of Chronic Pain with Chronic Opioid Therapy in Patients with Substance Use Disorders. Addict Sci Clin Pract. 2013;8(1):21.
- 四、Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What Percentage of Chronic Nonmalignant Pain Patients Exposed to Chronic Opioid Analgesic Therapy Develop Abuse/Addiction and/or Aberrant Drug-Related Behaviors? A Structured Evidence-Based Review. Pain Med. 2008;9(4):444-459.
- **E. Klimas J, Gorfinkel L, Fairbairn N, Amato L, Ahamad K, Nolan S, Simel DL, Wood E. Strategies to Identify Patient Risks of Prescription Opioid Addiction When Initiating Opioids for Pain: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2019;2(5): e193365.
- ∴ Butler SF, Fernandez K, Benoit C, Budman SH, Jamison RN. Validation of the Revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R). J Pain. 2008;9(4):360-372.
- 七、Webster LR, Webster RM. Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-Treated Patients: Preliminary Validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med. 2005;6(6):432-442.

圖一、產生類鴉片藥品使用疾患的危險因子



表一、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階:病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如 復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的 治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

表二、Risk of Patient's Developing Problematic Opioid Use

Risk	Characteristics of Patient		
Low	No history of substance abuse Minimal, if any, risk factors		
Medium	History of non-opioid SUD Family history of substance abuse Personal or family history of mental illness History of nonadherence to scheduled medication therapy Poorly characterized pain problem History of injection-related diseases History of multiple unexplained medical events (e.g., trauma, burns)		
High	Active SUD History of prescription opioid abuse Patient previously assigned to medium risk exhibiting aberrant behaviors		

參考文獻:

- 1. Analgesic Research, personal communication, October 30, 2009.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf

表三、Opioid Risk Tool (ORT)

Item	Mark Each Box That Applies	Item Score if Female	Item Score if Male		
1. Family history of substance abuse					
Alcohol		1	3		
Illegal drugs		2	3		
Prescription drugs		4	4		
2. Personal history of substance abuse					
Alcohol		3	3		
Illegal drugs		4	4		
Prescription drugs		5	5		
3. Age (mark box if 16—45 years)		1	1		
4. History of preadolescent sexual abuse		3	0		
5. Psychological disease					
Attention deficit disorder, obsessive-compulsive disorder, bipolar, schizophrenia		2	2		
6. Depression		1	1		
Total					
Total score risk category Low risk: 0-3 Moderate risk: 4-7 High risk: ≥ 8 分					

參考文獻:

- 1. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med. 2005;6(6):432-42.
- 2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf

表四. Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised (SOAPP-R)

How often do you have mood swings?

How often have you felt a need for higher doses of medication to treat your pain?

How often have you felt impatient with your doctors?

How often have you felt that things are just too overwhelming that you can't handle them?

How often is there tension in the home?

How often have you counted pain pills to see how many are remaining?

How often have you been concerned that people will judge you for taking pain medication?

How often do you feel bored?

How often have you taken more pain medication than you were supposed to?

How often have you worried about being left alone?

How often have you felt a craving for medication?

How often have others expressed concern over your use of medication?

How often have any of your close friends had a problem with alcohol or drugs?

How often have others told you that you have a bad temper?

How often have you felt consumed by the need to get pain medication?

How often have you run out of pain medication early?

How often have others kept you from getting what you deserve?

How often, in your lifetime, have you had legal problems or been arrested?

How often have you attended an Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous meeting?

How often have you been in an argument that was so out of control that someone got hurt?

How often have you been sexually abused?

How often have others suggested that you have a drug or alcohol problem?

How often have you had to borrow pain medications from your family or friends?

How often have you been treated for an alcohol or drug problem?

參考文獻:

- 1. Butler SF, Fernandez K, Benoit C, Budman SH, Jamison RN. Validation of the revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R). J Pain. 2008;9(4):360-372.
- 2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. 2012.
 - https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf

第八章 物質使用疾患治療簡介

壹、前言

藥物成癮,常與物質依賴等詞互為使用,是一種容易 復發的慢性疾病,其特徵有三:強迫性的尋求物質與使用 物質的行為、失去對物質使用的控制、及若無法取得物質 則會出現負面的情緒如煩躁不安、焦慮等。2013年美國精 神醫學會所制定的精神疾病診斷與統計手冊第五版(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) 將這些成癮疾患統稱為物質使用疾患 (substance use disorder)。此疾病根源於衝動性(impulsivity)和強 迫性(compulsivity)的問題,與大腦獎賞系統(reward system,係指中腦皮質邊緣多巴胺系統 mesocorticolimbic dopamine system) 至為相關,但不同成癮物質在神經迴路 (neurocircuitry) 和神經傳導物質(neurotransmitter)上 的影響仍有諸多差異。除了神經生物學的發現外,成癮疾 患在心理、社會、環境、文化等面向上也十分複雜,是以 物質使用疾患的治療,也必須伴隨心理社會等評估與介入, 方能洞悉病人整體問題,以提供完整治療與相關資源。

貳、物質使用疾患病人的評估

以全人關懷的角度來完整評估病人的情況十分重要,但臨床上受限於環境、會談方式、臨床醫療人員的態度和病人特性,可能會影響準確病史和診斷的獲得。事先查閱病歷,透過觀察,及重要他人的資訊皆有助於對病人的了解。評估的目標在於:(1)確認物質使用的模式與嚴重程度,以及病人的改變動機;(2)辨識出目前可能存在的任何物質相關疾病;(3)確認是否有其他精神疾病與內外科疾病等存在,以利擬定合適的治療計畫。

一、物質使用史

對物質首要的評估在於了解當前的物質使用情況,從 常見的合法物質如咖啡、菸、檳榔、酒精、鎮靜安眠

藥(如苯二氮平類 benzodiazepines, BZD)、咳嗽藥水等,到違法的成癮物質如海洛因、安非他命/甲基安非他命、愷他命(ketamine)、搖頭丸(MDMA)、大麻、毒咖啡包、笶氣等,臨床醫療人員應詢問使用物質種類、使用方式、數量、頻率、時間、模式、地點、與誰一同使用,以及使用的自覺益處和風險。完整的物質使用史,應包括過去物質使用的情況,如首次使用動機、時間、地點、情境、物質對個人精神和身體的影響。

二、是否符合物質相關疾患診斷

三、物質使用疾患治療史

關注病人過去的成癮治療經驗和康復過程,包括住院史、居住型機構、門診、所參與的成癮治療計畫與治療項目,如藥品治療(美沙冬 methadone、丁基原啡因 buprenorphine、naltrexone、acamprosate、disulfiram等),個別心理治療、團體心理治療、家族治療、互助團體(如戒酒匿名會)等,過去這些治療的成效如何,有助於未來成癮治療的規書與安排。

四、精神疾病史

精神疾病常與物質使用疾患共病,而同時治療可以提高此二種疾病的治療效果。因此,完整評估病人的精神疾病十分重要,某些物質會影響精神症狀的現場的實達用與精神症狀出現、加重或緩解之間的時序。回顧病人在物質使用開始前、物質中毒或停藥期間以及停止物質使用後的精神症狀,有利於區分物質引起的精神疾患以及同時發生的精神疾患和物質相關疾患。

五、內外科疾病史

由於物質使用疾患病人容易忽略其健康狀況,再加物質使用的危險方式,會導致其面臨多種內外科疾病的風險,是以,了解過去與目前存在的身體疾病、住院、手術有其必要,並澄清疾病與物質使用之間的時序關係。瞭解病人疾病的發展和物質使用的關係,有助於提供促使病人成癮行為改變的資訊,轉介相關醫療與共同照護,亦有利於成癮治療的預後。

六、家族史

由於遺傳和家庭環境因素,物質使用疾患的家庭成員 有較高的風險也存有物質使用疾患。另外,過往家人 戒癮藥物治療的反應效果,也可能預測病人服藥後的 療效。

七、社會史

了解病人所處的生活環境(如居住與就業),家庭支持與互動,以及社交網絡(如重要他人),有助於全盤理解病人物質使用的脈絡與影響,可預測其持續使用物質的風險。如何點燃其對於生活的熱情、重建良好的人際關係,亦是訂定成癮治療計畫的一環。

八、側面資訊

除了病人提供的資料外,家人、朋友、同事或其他醫療人員的訊息,可能也包含了重要資訊,以做為診斷評估與治療的參考。

九、理學與精神狀態檢查

由於內外科疾病和精神疾病的共病常見於成癮病人, 常規的身體理學檢查,以及精神狀態檢查,包括認知 功能的評估,皆應進行。

十、實驗室檢驗檢查

實驗室檢查可提供客觀的數據,如尿液毒品反應、血中酒精濃度、物質代謝物或相關生物效應(如肝功能)等可做為評估的參考。

參、物質使用疾患治療簡介

由於物質成癮的成因複雜,病人的治療決策會隨著其物質使用的程度、其他成癮物質使用、內外科問題、法律問題、家庭與社交問題、治療可近性等隨之變動,故個別化的治療有其必要,以下就常見的成癮治療進行簡要介紹。

一、藥品治療

(一)解毒治療(detoxification)

許多物質會產生戒斷症狀,可藉由藥品來減輕戒 斷症狀與相關危險。例如 benzodiazepines 常使 用在酒精戒斷 (alcohol withdrawal) 的治療;而 methadone、clonidine、naltrexone、buprenorphine 則用於類鴉片物質戒斷症狀的治療。

(二)維持治療 (maintenance therapy)

針對類鴉片物質成癮的病人,特別是海洛因 (heroin), methadone 或 buprenorphine 長期的給予,可有效地減少戒斷症狀、渴求感,協助病人正常工作,減少靜脈注射的各種風險(如愛滋病),並提高病人治療留存率,提供醫療團隊更多評估與治療共病的機會。

(三) 拮抗劑治療 (antagonist therapy)

拮抗劑治療乃是用藥以拮抗某些成癮物質的效果,例如 naltrexone 為長效的類鴉片拮抗劑,

病人治療期間,使用類鴉片物質後則不再有預期的物質效果,有助於病人回歸正常的生活。

(四)共病治療(treatment for coexisting disorders) 藥品治療的另一重要角色在於治療其精神科共 病。由於成癮疾患患者常合併其他精神科疾病, 如情感疾患、焦慮症等。有效的精神科共病治 療除了改善精神疾病外,也能降低成癮物質使 用的需求。

二、非藥品治療

(一)動機式晤談 (motivational interviewing)

(二) 認知行為治療 (cognitive behaviour therapy)

針對成癮者的認知行為治療,是以功能分析 (functional analysis) 和技巧訓練(skills training)為主要架構。所謂功能分析,是了解 個案使用成癮物質的脈絡,如使用物質前後的 想法、感受、環境因素和後果,並以此進行分析,去發現個案使用物質的內在信念與因應模式。技巧訓練則是危險情境的辨識,應用有效 的行為與認知策略來控制渴求感、避開危險情 境、拒絕成癮物質的使用…等技巧的訓練。

(三)酬賞管理(contingency management)

酬賞管理是運用獎勵(如禮品/禮卷、部分在治療的權利、稱讚等)酬賞物,以正增強 (positive reinforcement)與負增強 (negative reinforcement)的方式,來促使個案達成特定的目標(如完全不使用物質),當目標行為出現時,及時給予獎賞。執行的過程中,必須有足夠高誘因的酬賞物,以及明確客觀的評估方式與目標。

(四)伴侶及家族治療(couple and family therapy) 家族治療是將個案成癮物質使用的問題,放在 家庭的脈絡來了解,並分析各成員之間的關係, 針對其不良的家庭互動進行治療。將個案的家庭 及社交網絡納入治療,有助於增加個案改變的動 機,減少復發的機會。

肆、参考文獻

- American Psychiatric Association (COR). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational Interviewing, Enhancement, and Brief Interventions over the Last Decade: a Review of Reviews of Efficacy and Effectiveness. Psychol Addict Behav. 2017;31(8):862-887.
- □ Iqbal MN, Levin CJ, Levin FR. Treatment for Substance
 Use Disorder With Co-Occurring Mental Illness. Focus
 (Am Psychiatr Publ). 2019;17(2):88-97.
- 四、Brady KT, Levin FR, Galanter M, Kleber HD. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Substance Use Disorder Treatment, 6th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021.
- 五、Mack AH, Brady KT, Miller SI, Frances RJ. Clinical Textbook of Addictive Disorders, 4th ed. New York, NY: The Guilford Press; 2016.
- ∴ Kwako LE, Momenan R, Litten RZ, Koob GF, Goldman D. Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. Biol

- Psychiatry. 2016;80(3):179-189.
- t · Rieckmann TR, Abraham AJ, Bride BE. Implementation of Motivational Interviewing in Substance Use Disorder Treatment: Research Network Participation and Organizational Compatibility. J Addict Med. 2016;10(6):402-407.
- No. Schaper E, Padwa H, Urada D, Shoptaw S. Substance Use Disorder Patient Privacy and Comprehensive Care in Integrated Health Care Settings. Psychol Serv. 2016;13(1):105-109.
- 九、陳偉任。強化動機 承諾改變:動機式晤談實務工作手冊。台北市:張老師文化。2018。
- + Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. Am J Psychiatry. 2008;165(2):179-187.

第九章 於不同戒斷期病人的疼痛治療

壹、前言

- 一、本章論述重點在探討患有物質使用疾患的病人(以下簡稱此類病人),當又患有非癌慢性疼痛時的疼痛治療。慢性疼痛的定義是長達三個月以上的疼痛;急性疼痛的治療請參考第十六章。
- 二、有物質使用疾患(substance use disorder,SUD,俗稱藥癮,而濫用的物質主要包含鎮靜/安眠劑、酒品/酒精、類鴉片藥品及毒品)的病人,需要以類鴉片藥品來治療其非癌症慢性頑固性疼痛時,醫療上將面臨挑戰。藥效、副作用及藥品濫用風險,都需仔細評估及處置。
- 三、此類病人的非癌慢性疼痛治療模式/治療策略是依據 美國退伍軍人部門於2017年所公布的慢性疼痛治療 模式,詳見表一及圖一。
- 四、此類病人的非癌慢性疼痛治療目標是穩定物質使用疾患的症狀、適當緩解疼痛及提升生活功能及品質 (function and quality of life)。
- 五、類鴉片藥品在治療非癌慢性疼痛的角色非常薄弱(詳見表二),但對部分病人,類鴉片藥品的使用可以降低不愉快的想法及感覺,但這也是類鴉片藥品在長期使用後易致癮(addiction)的原因之一。
- 六、有很多方法或藥品被用來治療非癌慢性疼痛,但單一方法/藥品所能達到的疼痛減輕/緩解程度都非常有限 (表二、表三),這是因為非癌慢性疼痛的致病因素 常是多面向(圖二),單一的治療/處置多難以奏效。
- 七、有類鴉片藥品使用疾患病史的病人,若要再次給予 類鴉片藥品,應事前評估其效益及危險性(benefit/ risk),並強化用藥期間的監測、輔導、門診追蹤, 以評估藥效、副作用及預防藥品使用疾患的復發,同

時留意當初用藥前設定的療效目標是否已達到。

- 八、此類病人患有非癌慢性疼痛時,應鼓勵病人主動參加 各類的治療活動及在身體和心理上的自我照護/強化:
 - (一)由病人獨立自主進行的治療及身體鍛鍊:復健/運動、瑜伽、太極、游泳、慢跑、舞蹈等。
 - (二)自我生活的調適及心理的強化:降低心理/精神上的壓力/痛楚並充實心靈的力量。
 - (三)慢性共病症的自我照護。
 - (四)由醫療院所提供的各類治療:用藥、手術、心理 治療、復健治療等。
- 九、此類病人患有非癌慢性疼痛且考慮啟動類鴉片藥品止痛時,應注意以下數點(圖三):
 - (一)檢視類鴉片治療以外的方法或藥品,是否已達最 適切的使用?
 - (二)疼痛嚴重度是否達中至重度疼痛?
 - (三)相關的專家是否已商請來共同診治(確定疼痛的原因並提出診治建議)?
 - (四)已設立的疼痛改善目標及身體/生活功能恢復期 望值是否合理?
 - (五)評估使用類鴉片藥品後,發生濫用(abuse)或 誤用(misuse)的可能性,並和病人討論類鴉片 藥品使用的效益(疼痛緩解程度、身體/生活功 能的恢復)及風險(如過量或成癮)。
 - (六)設立可以繼續使用或應停用類鴉片藥品的合理條件,並確認病人理解。額外的類鴉片藥品以短期/暫時使用為原則。
 - (七)持續評估疼痛緩解情形及身體/生活功能恢復的 狀況。
 - (八) 定期回診並進行上述評估。

貳、此類病人同時患有非癌慢性疼痛時的基本照護模式

- 一、在生理/身體照護方面(biologic support):
 - (一)對於病人疼痛的原因及嚴重程度,安排必要的檢 驗/檢查,並做出確切的病情診斷。
 - (二)對於病人原有的疼痛及既存的慢性病(如呼吸或心臟血管方面的疾病),提供合宜的治療建議與照護。
 - (三) 對於類鴉片藥品使用疾患的持續照護。
 - (四)疼痛的照護。
 - (五)鼓勵病人鍛鍊自我的體能。
- 二、在心理/精神照護方面(psychologic support):

強化病人對於慢性疼痛的認知並提升病人自我照護能力。

- (一)提供此類病人精神共病症的照護。
- (二)提供此類病人病情的相關知識。
- (三)指導病人積極參與疾病的預防與治療。
- (四)照會心理/精神治療專家,給予病人心理/精神、情緒上的關懷與支持並充實其心靈。

三、在社會照護方面(social support):

- (一)指導病人強化家庭及社會支持力,並協助維持基礎的經濟支持,期能重建病人的人際關係並重返社群。
- (二)安排出院後的持續照護及復能。
- 參、在慢性頑固性疼痛,不同戒斷期病人類鴉片藥品的使用(以 短期使用為原則)
 - 一、對於尚未接受治療的活動性(active)類鴉片藥品使用 疾患病人,當患有非癌慢性頑固性疼痛而考慮使用類 鴉片藥品來止痛時:

- (一)優先以複方丁基原啡因(buprenorphine / naloxone)舌下錠來治療疼痛,如此可以兼顧治療類鴉片藥品使用疾患及疼痛,給藥間隔為6-8小時,從小劑量開始,逐步調整至有效最低劑量。
 - 註:丁基原啡因舌下錠(不論是複方或單方) 止痛效果一般僅維持 6-8 小時,但用於戒 癮治療時的療效可達 24-36 小時。
- (二)對於突發性疼痛可以使用其他短效的類鴉片藥品來治療,但劑量可能要加大。這類病人因長期使用某些類鴉片藥品,因此對於類鴉片藥品多有耐藥性。另外,丁基原啡因也會拮抗部分外加類鴉片藥品的作用,降低止痛效果。
- (三)若疼痛仍無法有效緩解且達中至重度疼痛時, 應照會疼痛治療專家及藥癮戒治專家,再檢視 診斷、疼痛原因、既有治療的局限性,提出治 療建議並強化多元模式治療(multi-modality treatments)。
- 二、類鴉片藥品使用疾患病人正接受美沙冬 (methadone) 治療,當患有非癌慢性頑固性疼痛而考慮使用類鴉片 藥品止痛時:
 - (一)改用以其他類鴉片藥品為主的慢性疼痛治療模式;不過使用的劑量可能要加大,這類病人因長期使用美沙冬,多已對類鴉片藥品產生耐藥性。
 - (二)原先已使用之維持療法藥品(美沙冬),無須停用(維持原來的用法、用量)。
- 三、類鴉片藥品使用疾患病人正接受複方丁基原啡因治療,當患有非癌慢性頑固性疼痛而考慮使用類鴉片藥 品止痛時:
 - (一)優先考慮以丁基原啡因來治療慢性疼痛,可將 複方丁基原啡因的劑量增大(如增加日用量20-

- 25%),並將日劑量分批給予,6-8小時給藥一次,並逐步調整至最低有效劑量;必要時亦可使用其他類鴉片藥品來治療。
- (二)對於突發性疼痛可以使用其他短效的類鴉片藥品來治療,但劑量可能要加大,長期使用丁基原啡因會產生耐藥性,丁基原啡因也會拮抗部分外加的類鴉片藥品作用。
- 四、酒癮或其他物質使用疾患病人正接受 naltrexone 治療,當患有非癌慢性頑固性疼痛而考慮使用類鴉片藥品止痛時:
 - (一)即刻停止 naltrexone 的使用(不論口服或皮下注射)。Naltrexone 是類鴉片藥品的拮抗劑,會拮抗掉外加類鴉片藥品的作用。
 - (二)若體內仍殘有 naltrexone,則外加的類鴉片藥品 宜加量,建議以住院模式調整合宜的劑量並密切 觀察類鴉片藥品是否過量,如導致呼吸抑制。
 - (三)若體內已無 naltrexone,外加的類鴉片藥品的劑量和常人一般,因為此時病人對類鴉片藥品的反應與常人無異,不會有藥品的耐藥性。
- 五、曾患有類鴉片藥品使用疾患的病人,目前已恢復常態 (remission status)且未服用任何維持療法藥品時, 當患有非癌慢性頑固性疼痛而考慮使用類鴉片藥品止 痛時。
 - (一)照會原類鴉片藥品使用疾患的診治醫師(通常是精神科醫師)來協助治療。
 - (二)優先考慮使用複方丁基原啡因舌下錠來治療非癌慢性頑固性疼痛,但須以小劑量分批給予(6-8小時給藥一次),並防止原有疾患之復發。
 - (三) 當疼痛仍無法有效緩解時,可以加大複方丁基原 啡因舌下錠的劑量。

(四)對於突發性疼痛則使用其他短效的類鴉片藥品。

肆、類鴉片藥品的停用

- 一、對於慢性疼痛而言,當疼痛逐漸減輕時,建議逐步調 降或停用因治療疼痛而外加的類鴉片藥品,但仍應保 留原本為藥癮戒治而使用的類鴉片藥品及使用方式。
- 二、外加止痛用類鴉片藥品的調降或停用,應會診疼痛治療專家或藥癮戒治專家協助,細節可參考第十三章類鴉片藥品的治療及藥品間的轉換。

伍、其他情形

- 一、對於癌症疼痛及末期病人疼痛的治療:
 - (一)在有類鴉片藥品使用疾患的病人,對於癌症疼痛或末期疼痛的治療,同一般癌症或末期病人。
 - (二)在評估後若仍需使用類鴉片藥品,不論是急性或慢性疼痛,原則上皆是以外加其他類鴉片藥品來止痛,唯需注意其用法、用量,避免治療劑量不足或過量。
 - (三)原有的維持療法藥品,原則上持續使用。
 - (四)由於癌症病人/末期病人的病情變化較為快速、 複雜,治療或處置需要機動性調整,因此有必要 彙整疼痛治療、安寧緩和醫療及藥癮戒治專家意 見,提出完善的治療計畫。

二、對於神經病變痛的治療:

一般而言,類鴉片藥品對於神經病變痛的治療效果不 佳,因此患有類鴉片藥品使用疾患的病人,當發生神 經病變痛時,不建議以類鴉片藥品止痛。治療宜使用 非類鴉片的止痛藥品;可使用的方法及藥品建議如下:

(一)非藥品的止痛方法來緩解疼痛(請參考表一之第 一及二階療法)。

- (二) 抗憂鬱劑如三環抗憂鬱劑: amitriptyline、imipramine、nortriptyline、desipramine等。
- (三)抗癲癇藥品如pregabalin、gabapentin、carbamazepine、lamotrigine、topiramate等。

陸、參考文獻

- -、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代治療臨床指引。衛生福利部。2012。
 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48-a91e-005fb3f61e5e.html
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- 四、London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- 五、NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf

- ∴ U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders - Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- 七、U.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- No Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/
 Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf
- 九、Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- + · Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014.

 https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence.pdf
- +- Ministry of Health. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. Wellington: Ministry

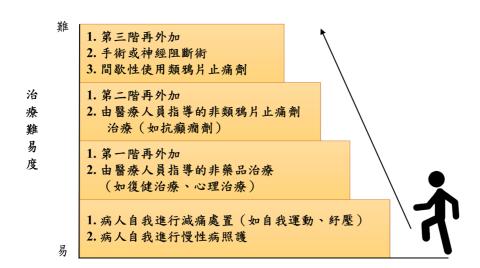
of Health. 2014.

https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf

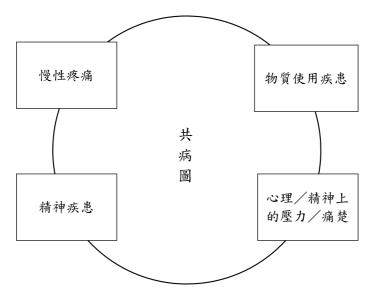
+: Crenshaw B, van den Berk-Clark C, Mullin D, Fisher L, Rossignol ME, Reynolds W. AAFP Chronic Pain Toolkit. American Academy of Family Physicians (AAFP). 2022.

 $\frac{https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_}{care/pain_management/cpm-toolkit.pdf}$

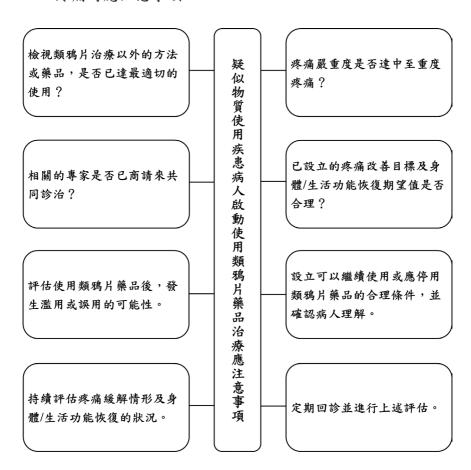
圖一、慢性疼痛的四階梯治療模式



圖二、共病圖



圖三、疑似物質使用疾患病人啟動類鴉片藥品治療慢性頑固性 疼痛時應注意事項



表一、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階:病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如 復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的 治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

表二、各種藥品對於非癌慢性疼痛之療效

藥品非類	適用範圍	疼痛改善	生活功能改善
非固醇類消炎 藥 (NSAIDs)	非細菌性 組織炎症	+	$\bigcirc \rightarrow +$
乙醯胺酚 (acetaminophen)	廣泛性使用	+	0
抗憂鬱劑 (antidepressants)	神經病變痛	+	0
抗癲癇藥品 (anticonvulsants)	神經病變痛	+ -> ++	$\bigcirc \rightarrow +$
類鴉片藥品 (opioids)	廣泛性使用	$\bigcirc \rightarrow +$	$\bigcirc \rightarrow +$

註:○表示未改善(none); +表示輕度改善(mild);

++表示中度改善(moderate)

參考文獻:

American Academy of Family Physicians (AAFP). AAFP Chronic Pain Toolkit.

https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/pain_management/cpm-toolkit.pdf

表三、各種方法對於非癌慢性疼痛之療效

方法	適用範圍	疼痛改善	生活功能改善
運動 / 復 健 (exercise / rehabilitation)	廣泛性使用	+ -> ++	+ -> ++
認知行為治療 (cognitive behavioral therapy)	廣泛性使用	+ -> ++	+ -> ++
按摩/針 灸 (massage/ acupuncture)	肌筋膜痛	+ -> ++	+ -> ++
瑜伽 / 太極 (yoga / tai-chi)	廣泛性使用	+	+ -> ++

註:+表示輕度改善(mild);++表示中度改善(moderate)

參考文獻:

American Academy of Family Physicians (AAFP). AAFP Chronic Pain Toolkit.

https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/pain_management/cpm-toolkit.pdf

第十章 非藥品的疼痛治療

壹、前言

- 一、慢性疼痛全人照護施行的面向區分為生理(對身體的照護/疾病的治療)、心理(對慢性疼痛的認知及在精神、情緒及心靈上的支持)、及社會(恢復家庭/社會的支持)。全人照護的主要目的除了緩解疼痛,更要恢復病人的日常作息及自主生活的能力(即恢復身體/生活功能及提升生活品質,function and quality of life)。
- 二、疑似藥癮的病人患有非癌慢性疼痛時,其治療是依據 美國退伍軍人部門於2017年所公布的慢性疼痛治療 模式(詳見表一),為循序漸進的四階梯治療模式。
- 三、本章內容在探討四階梯中的第一階(詳見第參節)及 第二階(詳見第肆節)的治療模式。

貳、了解中樞神經調控系統

- 一、慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)、精神疾患及心理精神上的壓力/痛楚(stress/distress)皆受錯綜複雜但主架構類似的中樞神經調控系統所調控,即愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system),此系統以腹側被蓋區(ventral tegmental area)及依核/伏隔核(nucleus accumbens)二個腦區為中心,並受更高階的腦區所調控(圖一、二)。
- 二、這些高階的腦區包含內側前額葉皮質(medial prefrontal cortex)、視丘(thalamus)、下視丘(hypothalamus)、海馬迴(hippocampus)、杏仁核(amygdala)、韁核(habenular)、島葉(insula)等。這些腦區同時掌管許多身心功能的接收與調節,並和愉悅穩態身心調控中心相互傳訊、連結(圖二);各腦區的功能詳見第二章:疼痛和物質使用疾患間的關係。

- 三、愉悦穩態調控中心,在接收及平衡各類資訊後會做出 適當的調整,以維持身心的健康與愉悦。然而調整後, 如仍無法維持健康與愉悦狀態,將會出現病狀,如焦 慮、憂鬱、疼痛及與藥品有關的異常行為等。
- 四、本章所提供的治療方法即利用非藥品的方式來強化愉 悦穩態身心調控中心,並對疼痛、物質使用疾患、精 神疾患、心理/精神上的壓力/痛楚進行調控以達緩解 (在第參節為第一階的病人居家自我照護;而在第肆 節則是第二階的醫院照護)。
- 參、第一階療法,由病人進行自我減痛處置並自我照護疼痛相關的共病症(圖三),此階療法為病人對於自己身體及心理上的基礎建設,非常重要。
 - 一、維持常態的活動/運動習慣
 - (一)慢性疼痛會干擾人們的日常活動/運動,也因此 改變人們的生活習慣。
 - (二)慢性疼痛常造成肢體/關節活動/運動的範圍受限,導致肢體/關節僵硬(stiffness),也因而加重疼痛。適量的活動/運動是治療慢性疼痛的良方。
 - (三)和醫師討論適合的活動/運動。
 - (四)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、腸胃道、交感及副交感系統功能,並能使賀爾蒙的分泌正常化、改善情緒、降低憂鬱/焦慮及減低疼痛感。
 - (五)常態自我(居家)活動/運動,如瑜伽、太極、 游泳、慢跑/快走、舞蹈及其他和緩的運動等。
 - (六)先依自己體能狀態選擇 1~2 種輕量的活動/運動,開始進行。再依體能進展狀況逐漸延長活動/運動的時間及品項。

(七) 在體能進步時,適時回饋自己。

二、維持良好的睡眠品質

- (一)有疼痛困擾時,睡眠品質會變差。反之,睡眠品質不佳時,也會加重疼痛並形成惡性循環。
- (二)睡眠品質不佳時,不僅造成精神壓力,更易惡化 焦慮、憂鬱並影響學習及性功能。
- (三)良好睡眠品質的營造方法
 - 1. 營造一個適合睡眠的環境/臥室。
 - 2. 維持規律的生活作息。
 - 3. 維持在固定時間及在舒適、溫暖、放鬆的狀態下就寢。
 - 4. 睡前,甚至就寢前3-5小時,避免飲用咖啡 (咖啡因在成人體內半衰期約2.5-4.5小時)、 茶、抽菸及其他具神經刺激作用的藥品。
 - 5. 可以運用放鬆、深呼吸及正念冥想的方法專 注當下、淡化罣礙、導入睡眠。

三、降低心理/精神上的壓力/痛楚

- (一)心理/精神上的壓力/痛楚和慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片藥品使用疾患)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/痛楚將有可能阻斷誘發慢性疼痛的惡性循環。
- (二)簡單、緩慢的深呼吸動作,緩慢吸氣、緩慢呼氣, 重複數次能有效的降低緊張情緒。
- (三)在有壓力下或精神緊繃時,採坐或臥姿或將身體 倚靠在牆或柱子上,放鬆心情、休息片刻,能降 低內心的壓力。
- (四)正念冥想 (meditation)

- 1. 停下手邊的事,找個舒適的地方坐下。觀察 並專注於呼吸。
- 2. 靜心觀察環境、身體感受、自我想法及內心 感受。注意力集中於當下。利用呼吸、身體 感受覺察,拉開和情緒的距離。
- 3. 以接納自己的態度,不自我批判,不壓抑或 判斷任何的思緒、念頭或雜念。不放大負面 的想法,了解這僅是一個想法。並客觀地檢 視想法的脈絡、來源。
- 4. 正念效果非一蹴可幾,需要反覆再反覆地練習。

四、藝術與音樂:

- (一)藝術與音樂療法透過改變腦內的神經網路及傳導物質的釋放(包含釋放腦內啡 endorphin)來穩定情緒。
- (二)慢性疼痛病人透過藝術與音樂可以表達內心的感知、感受並舒緩內心的壓力,藉以穩定及調節情緒。
- (三)藝術與音樂療法依個人的喜好/品味來量身設計。

五、充實自己的心靈

- (一)慢性疼痛會常態造成生活壓力,使個人流失熱情、希望及快樂。因此若能再度充實心靈將可反轉此惡性循環。
- (二)充實心靈存摺:如同銀行存摺、健康存摺一般, 人們在內心中存有一個愉悦/快樂的心靈存摺。 若能在心裡存摺中留下許許多多的愉悦/快樂的 記憶,將可強化心靈的力量,有利於克服人生的 不順利及身體的不適。
- (三) 常存感恩的心: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。

(四)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。

六、對於身體共病症的自我照護

- (一)慢性疼痛常和身體/精神上的共病症相互影響,而使疼痛固著難治。常見的共病症有高血壓、心臟病、糖尿病、關節類疾病、過度肥胖及其他慢性病症。
- (二)透過醫療評估,確立共病,了解治療計畫,規則 就醫及用藥、加強自我療護能力、改變生活型 態、建立運動習慣等。
- 肆、第二階療法,由醫院提供或指導的治療模式,促進病人身 體健康及強化病人因應外界衝擊時內心的力量。

一、復健治療

- (一)復健運動可以恢復身體的柔韌性、肌肉強度、耐力及關節運動範圍,活化患部組織的生理及代謝功能,進而減少身體的疼痛。
- (二) 常見的復健醫學療法有以下數種
 - 1. 運動治療:恢復關節活動度及伸展運動、肌力訓練、本體感/平衡感訓練及耐力訓練。
 - 2. 水療(aquatic therapy):在溫水中運用水的 各種物理特性(如黏力、浮力、靜水壓等), 再依病人個別需求,設計適合的治療。
 - 3. 儀器治療:
 - (1)淺層熱療
 - (2)深層熱療
 - (3)冷凍療法

- (4) 電療
- (5)超音波療法
- (6)離子電滲療法
- (7) 雷射治療
- 4. 徒手治療(manual therapy):包含按摩、鬆動術、矯正術。
- 5. 牽引治療(traction):包含頸椎及腰椎牽引。
- 6. 輔具治療:以輔具來協助活動/運動。

二、心理/精神療法

- (一)長期疼痛會造成病人長期的挫折感、失望、焦慮、憂鬱及精神耗竭,心理/精神療法可以改善這些心理/精神上的症狀。
- (二)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,並提供病人有關慢性疼 痛的病因、危險因子、預防措施及改善方法的知 識,教導病人面對疼痛可嘗試的活動、運動,並 付諸實踐。
- (三)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。
- (四)動機式晤談(motivational interviewing):此療法常用於物質使用疾患的病人,旨在了解並處理矛盾的情緒,找到敦促行為改變所需的內在動力,並為進一步治療做好準備。
- (五)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。這些方法對於患有慢性疼痛的病人,是有用的治療模式。

伍、參考文獻

- \ Intermountain Healthcare. Managing Chronic Pain: Reclaiming Your Life. 2012. https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/ Dcmnt?ncid=521195887
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引。衛生福利部。2018。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id=f636813588692411342
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- 図、Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- £ \ London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf
- セ、Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA

- Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.
- https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf
- れ、Linke SE, Ussher M. Exercise-Based Treatments for Substance Use Disorders: Evidence, Theory, and Practicality. Am J Drug Alcohol Abuse. 2015;41(1):7-15.
- + Lynch WJ, Peterson AB, Sanchez V, Abel J, Smith MA. Exercise As a Novel Treatment for Drug Addiction: a Neurobiological and Stage-Dependent Hypothesis. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(8):1622-1644.
- +- Naskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007;39(8):1423-1434.
- += \ Elman I, Borsook D. Common Brain Mechanisms of Chronic Pain and Addiction. Neuron. 2016;89(1):11-36.

圖一、愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system)

高階諸多腦區



共同調控

愉悦穩態身心調控系統:調控身體健 康與精神愉悦。其主要腦區有:腹側 被蓋區(ventral tegmental area)、依 核/伏隔閡(nucleus accumbens)



向其他腦區傳遞訊息 並調控

動機 (motivation)、情緒 (emotion)、行為動作 (motion)、 疼痛 (pain)及學習 (learning)



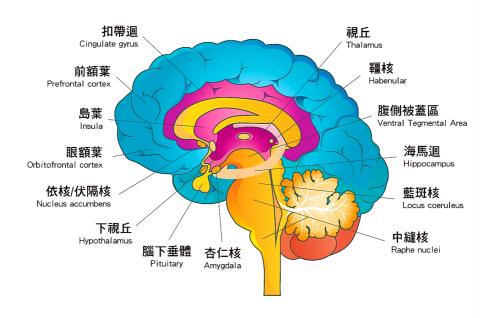
和以下疾患相關

慢性疼痛、物質使用疾患(含類鴉片 藥品使用疾患)、精神疾患、精神上 的壓力/痛楚(stress/distress)

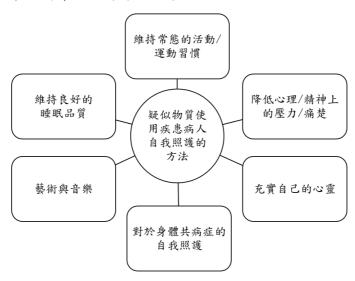
參考文獻:

Elman I, Borsook D. Common brain mechanisms of chronic pain and addiction. Neuron. 2016;89(1):11-36.

圖二、和疼痛調控相關的腦部功能結構圖



圖三、疑似物質使用疾患病人非癌慢性疼痛的自我照護方法(為 第一階療法,非常重要)



表一、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階:病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如 復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的 治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

第十一章 復健暨運動治療

壹、前言

- 一、本章的論述重點在探討物質使用疾患的病人,患有非 癌慢性疼痛時,以復健及運動的方式來緩解疼痛。慢 性疼痛的定義是長達三個月以上的疼痛。
- 二、物質使用疾患(substance use disorder, SUD, 俗稱藥 癮)是指曾經或正在長期使用以下物質:鎮靜/安眠劑、 酒品(酒精)、類鴉片藥品或毒品,成癮(addiction) 並影響功能。
- 三、慢性疼痛會干擾病人的日常活動/運動,因而改變病 人的生活習性。
- 四、慢性疼痛常造成肢體/關節的活動/運動範圍受限,造成肢體/關節的僵硬(stiffness),因而加重疼痛,適當量的復健活動/運動是可以緩解疼痛的。
- 五、適合、適量的復健活動/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、交感及副交感神經系統功能,因而使賀爾蒙分泌的正常化、改善情緒、降低憂鬱及焦慮、並減低疼痛感。
- 六、物質使用疾患的病人(以下稱此類病人)患有非癌慢性疼痛時,其治療模式是依據美國退伍軍人部門於 2017年所公布的慢性疼痛治療模式,詳見表一。
- 七、復健及運動治療對於此類病人的疼痛緩解有幫助,應 鼓勵病人積極參與各類的治療活動。

貳、醫院內的復健模式

- 一、復健運動可以恢復身體的柔韌性、肌肉強度、耐力及 關節運動範圍,並活化患部組織的生理及代謝功能, 進而減少身體疼痛。
- 二、常見的復健醫療法有以下數種

- (一)運動治療:恢復關節活動度、伸展運動、肌力訓練、本體感/平衡感訓練及耐力訓練。
- (二)水療(aquatic therapy):在溫水中運用水的各種物理特性(如黏力、浮力、靜水壓等),再依病人個別需求規劃療程。

(三) 儀器治療:

- 1. 淺層熱療
- 2. 深層熱療
- 3. 冷凍療法
- 4. 電療
- 5. 超音波療法
- 6. 離子電渗療法
- 7. 雷射治療
- (四)徒手治療(manual therapy):包含按摩、鬆動術、矯正術。
- (五)牽引治療(traction):包含頸椎及腰椎牽引。
- (六)輔具治療:以輔具來協助活動/運動。

參、居家自我復健

- 一、由醫師建議適合此類病人的居家復健活動/運動。病 人再依自身體能狀態選擇1~2種輕量的復健活動/運 動,開始進行;之後再依體能進展狀況,逐步延長復 健活動/運動的時間及品項。
- 二、建議病人在生活步調上做調整,以降低心理壓力及痛 楚(請參考第十章:非藥品的疼痛治療)。

肆、運動訓練(圖一)

- 一、復健醫學相關的運動訓練治療法:
 - (一)運動也是醫療的方法之一,對於患有慢性疼痛的 病人,有效的疼痛治療應包含維持身體的活動能

力。運動可以活化身體的功能。疼痛時,雖然暫時性的不運動可以減輕疼痛,但長期的不運動會伴隨患部功能的喪失,疼痛未必會消失,甚至因為關節侷限性惡化疼痛。因此,建議持續並逐步提高患部活動量。

- (二)定期的治療性身體復能計畫,能恢復身體的柔韌性、肌肉強度、肌耐力、關節運動範圍,減少疼痛感並逐步恢復患部功能。另外,積極的運動,特別是步行,對大腦神經傳導物質的分泌有激活作用,能減輕憂鬱及焦慮。
- (三)治療性運動的基本內涵:
 - 1. 擴大關節運動範圍
 - 2. 伸展運動
 - 3. 肌力訓練
 - 4. 強化心肺功能訓練 以上這些運動訓練需要病人自發性的參與並 持之以恆,方能奏效。
- (四)治療性運動的種類:
 - 1. 醫院內常規性的復健治療
 - 2. 醫院外的復健/保健運動:禪坐、瑜伽、太極、皮拉提斯(Pilates)運動、亞歷山大技術(Alexander technique)、費登奎斯方法(Feldenkrais)。
- (五)慢性疼痛病人運動時,可能因患部拉扯造成疼痛 而感到灰心,因此必須制定個別化且循序漸進的 運動治療計畫。
- 二、身體感知療法(body awareness),為心理學療法:

常見的身體感知療法包括認知行為療法 (cognitive behaviors therapy, CBT)、生理回饋療法 (biofeedback therapy)、恐懼迴避療法 (fear avoidance therapy)、

正念療法(mindfulness-based stress reduction)、藝術及音樂療法(art and music therapy)。

伍、運動對於藥癮戒治亦有幫助

- 一、運動可強化愉悦穩態身心調控系統(hedonic homeostatic system),對疼痛、物質使用疾患、精神疾患、心理精神上的壓力/痛楚進行正向調控及緩解(詳見第二章:疼痛和物質使用疾患間的關係)。
- 二、近年來,運動已被臨床採納作為成癮病人的輔助治療, 實證研究顯示運動可提升成癮病人的整體健康、體適 能,有助於成癮緩解。
 - (一)運動具有促進健康、改善情緒和抗焦慮效果,並減輕急性戒斷症狀、降低成癮復發風險。因具個別化、安全、易施行、低成本等特性,極適合列入成癮病人的輔助治療措施。
 - (二)運動對成癮病人能產生積極影響。已經確定的多種機制,包括生理(神經生物學)、心理、行為,甚至可能透過表觀遺傳 (epigenetics)途徑。

陸、進行常態的運動訓練以促進身心健康

一、有氧運動

- (一)任何類型的運動,以中等強度進行一段時間,同時保持增加的心率在60-80%的個人的最大心率 (maximum heart rate, MHR)。
- (二)適當的高強度有氧運動被證明有助於憂鬱症的緩解。

二、阻力訓練

- (一)讓肌肉感受到阻力的身體活動,以機械器材或個人體重作為阻力,逐漸增加肌肉抗阻能力,以達到效果。
- (二)可增強心臟功能、降低血壓、改善血液循環、促進肌肉生長、控制血糖和降低膽固醇。

三、高容量訓練

- (一)在一段時間內執行高頻次、高組數的一種重量訓練技術。
- (二)合成代謝增強可刺激目標肌肉,促進肌肉生長、 增加肌力和肌耐力。

四、節奏訓練

- (一)通過控制在離心或向心階段被推或拉的重量改變運動的節奏,以增加肌肉處在張力下的時間 (time under tension, TUT)。
- (二)可改善身體覺察,改善動作的控制能力,增進穩 定度,強化肌肉及結締組織的力量。

五、多關節複雜動作

- (一)利用兩個或多個不同的關節運動,以同時刺激整個肌肉群和多塊肌肉。
- (二)需要消耗更多能量,相較於單關節運動可引起更大的系統壓力,促進代謝率增加,並刺激睾固酮和生長激素的產生。
- (三)大腦必須更專注於思考動作組成,身體也須熟捻 動作才能完成這類型的運動。

六、高強度間歇訓練

- (一)短時間內作高強度運動訓練和短暫休息的交替循環,更有效率的利用運動時間,能夠改善病人的最大攝氧量,並提高乳酸閾值和運動耐受性。
- (二)運動後燃燒卡路里和脂肪,有助於促進新陳代謝,增強肌耐力和增加心肺功能。

柒、參考文獻

- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders - Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- 四、U.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

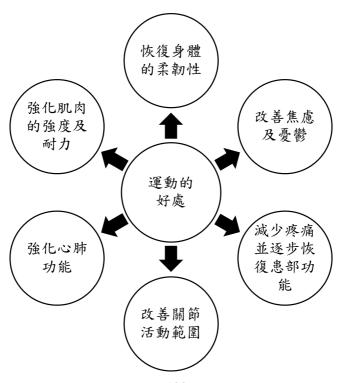
 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf

- ∴ Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014.

 https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence.pdf
- 七、Linke SE, Ussher M. Exercise-Based Treatments for Substance Use Disorders: Evidence, Theory, and Practicality. Am J Drug Alcohol Abuse. 2015;41(1):7-15.
- Nonexercisers. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89(2):358-363.
- 九、Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007;39(8):1423-1434.
- + Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The Antidepressive Effects of Exercise: a Meta-Analysis of Randomized Trials. Sports Med. 2009;39(6):491-511.
- +- Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The Anxiolytic Effects of Exercise: a Meta-Analysis of Randomized Trials and Dose-Response Analysis. J Sport Exerc Psychol. 2008;30(4):392-410.
- +: Williams DM, Dunsiger S, Whiteley JA, Ussher MH, Ciccolo JT, Jennings EG. Acute Effects of Moderate Intensity Aerobic Exercise on Affective Withdrawal Symptoms and Cravings among Women Smokers. Addict Behav. 2011;36(8):894-897.
- += Smith MA, Lynch WJ. Exercise as a Potential Treatment for Drug Abuse: Evidence from Preclinical Studies. Front Psychiatry. 2012;2:82.

- 十四、Lynch WJ, Peterson AB, Sanchez V, Abel J, Smith MA. Exercise As a Novel Treatment for Drug Addiction: a Neurobiological and Stage-Dependent Hypothesis. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(8):1622-1644.
- + £ Stoutenberg M, Warne J, Vidot D, Jimenez E, Read JP. Attitudes and Preferences Towards Exercise Training in Individuals with Alcohol Use Disorders in a Residential Treatment Setting. J Subst Abuse Treat. 2015;49:43-49.
- 十六、Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, Allen J, Collins CE, Callister R, Germov J. Effectiveness of Interventions Targeting Physical Activity, Nutrition and Healthy Weight for University and College Students: a Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2015;12:45.

圖一、運動能協助慢性疼痛的治療



表一、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階:病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如 復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的 治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

第十二章 非類鴉片止痛劑的治療

壹、前言

- 一、物質使用疾患(substance use disorder, SUD)俗稱藥 瘾,和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse)及 成癮(addiction)相關。被濫用/誤用的物質主要包 含鎮靜/安眠劑、酒品(酒精)、類鴉片藥品及毒品。
- 二、疑似物質使用疾患的病人(以下稱此類病人),其急性或慢性疼痛的治療,可使用非類鴉片藥品止痛劑來止痛,為在此類病人之第三階的治療模式(表一)。
- 三、用於非癌慢性疼痛治療的非類鴉片止痛劑包含 乙醯胺酚(acetaminophen)、非固醇類消炎藥 (NSAIDs)、抗憂鬱劑(antidepressants)、抗癲癇 藥品(anticonvulsants)、中樞型肌肉鬆弛劑、局部 麻醉劑貼片及其他使用於表皮之藥劑等(表二)。
- 四、本章將依以上之藥品逐一分析與其效用、機轉、適用 的狀況及副作用/禁忌症。

貳、乙醯胺酚 (acetaminophen)

- 一、效用:用於治療輕至中度疼痛,並有解熱作用。
- 二、機轉:作用於中樞神經系統提高疼痛閥值(pain threshold),以降低病人對於疼痛強度的感覺。
- 三、適用的狀況:由肌肉、骨骼及其他非神經組織受傷所 引發的疼痛。

四、副作用/禁忌症:

- (一)應防範其對肝臟系統之毒性,尤其在已有肝功能 不全者、同時併用酒品或在成人每日使用本藥品 達4公克以上者(此劑量為該藥品使用之上限, 應避免使用到如此高的劑量)。
- (二)乙醯胺酚無腎毒性,也無腸胃道及心臟血管系統 毒性。

參、非固醇類消炎藥 (NSAIDs)

- 一、效用:用於治療輕至中度疼痛,同時具有抗發炎及解 熱的作用。
- 二、機轉:其作用機轉為抑制環氧化酶(cyclooxygenase, 共二型:Cox-1及Cox-2),藉由抑制前列腺素 (prostaglandin)的產生(即減少患處前列腺素的濃 度),而減低疼痛。
- 三、適用的狀況:對於肌肉、骨骼或其他非神經組織受傷 所引發的傷害性疼痛(nociceptive pain)有效。

四、副作用/禁忌症:

- (一) 若使用非選擇性的 NSAIDs 連續超過一週以上, 應注意其對腎臟功能(如腎功能損傷)及胃腸道 的傷害(如胃腸道出血)。
- (二)若使用選擇性 Cox-2 接受體抑制劑的 NSAIDs, 其對腎臟及胃腸道的傷害性較少,但仍存在有心 臟血管系統方面的風險。
- (三)有下列病史的病人使用時應小心監測副作用: NSAIDs 藥品過敏病史、消化性潰瘍病史、心臟 病史、腎臟病史、腦血管及周邊動脈疾病史者。

肆、抗憂鬱劑 (antidepressants)

一、效用:傳統型抗憂鬱劑(tricyclic and tetracyclic antidepressants)及部分非傳統型抗憂鬱劑(serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs),可用於治療各類的神經病變痛(neuropathic pain),包含周邊神經病變痛(peripheral neuropathic pain)及中樞神經病變痛(central neuropathic pain)。

二、機轉:

(一) 主要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。

- (二) 這些藥品同時具有下列作用: sodium channel blockade、NMDA inhibition、opioid receptor interaction、α-adrenergic receptor blockade。
- (三)抗憂鬱劑有多種類型,在具有較高的 norepinephrine reuptake inhibition效用時,會有 較高的疼痛緩解作用。

四、副作用/禁忌症:

- (一)常見副作用:不同類型的抗鬱劑有不同的副作用, 包含:困倦、虚弱、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。
- (二)有下列病史的病人使用時應小心監測副作用:心 律不整、近期內有心肌梗塞、心臟傳導阻滯、 癲癇、窄角青光眼、甲狀腺亢進、尿路不暢及 近兩周內有服用過單胺氧化酶抑制劑(MAO inhibitor)等。
- (三)禁忌症:在服用部分具嗜睡效果的抗鬱劑後,應避免操作機械或駕駛,也應避免同時飲用酒品。
- 五、常用的藥品舉例: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,包含周邊神經病變痛 (peripheral neuropathic pain)及中樞神經病變痛 (central neuropathic pain)。
- 二、機轉:雖然這些藥品皆有細胞膜的穩定作用,但每個藥品的藥效作用機轉卻不盡相同。

- 三、適用的狀況:對各類的神經病變痛有效,如帶狀皰疹後神經痛、中風後頭痛、脊髓神經根病變痛、纖維肌痛症。四、副作用/禁忌症:
 - (一)常見副作用:失衡(步態不穩)、嗜睡、體重增加、 皮疹、頭暈、牙齦腫脹。
 - (二)禁忌症:在服用藥品後,應避免操作機械或駕駛, 也應避免同時飲用酒品。
- 五、常用的藥品舉例:pregabalin、gabapentin、carbamazepine、lamotrigine、topiramate、oxcarbazepine。

陸、中樞型肌肉鬆弛劑 (central type muscle relaxants)

一、效用:可鬆弛緊張或痙攣的肌肉如骨骼肌痙攣、急性肌 肉疼痛等。

二、機轉:

- (一)中樞型肌肉鬆弛劑種類多樣,其機轉和副作用也有些許不同,不過大致上是透過中樞神經系統(大腦或脊髓背角)阻斷神經傳導,或抑制骨骼肌肉反射而達到放鬆肌肉並緩解痙攣。
- (二)此類藥品和手術麻醉中所使用的周邊型肌肉鬆弛劑之作用部位和機轉截然不同,千萬不可混淆。 手術麻醉中所使用的肌肉鬆弛劑會直接阻斷神經 肌肉交接處的神經訊息傳導,致使全身的骨骼肌 癱瘓、呼吸停止。周邊型的肌肉鬆弛劑僅可使用 在有氣管內管插管且使用呼吸機的病人。
- 三、適用的狀況:如纖維肌痛症、骨骼肌痙攣、緊縮型頭痛 (tension-type headache)。

四、副作用/禁忌症:

- (一)常見的副作用:嗜睡、倦怠、肌無力。
- (二)藥品 baclofen 在長期使用後,若突然停藥會出現 戒斷症候群(withdrawal symptoms),如燥動

不安、精神混亂、甚至癲癇發作。有神經疾病史 者使用時須特別小心。

- (三)藥品 tizanidine 有輕微降血壓作用,若同時使用 其他降壓血藥品應留意血壓降低導致不適的副作 用。
- (四)若同時服用酒品、鎮靜安眠藥、抗組織胺藥品會加重嗜睡、倦怠、無力等副作用。
- (五)服藥後若有嗜睡情形,應避免操作機械或駕駛。

柒、局部麻醉劑 lidocaine 貼片 (lidocaine patch)

- 一、效用:黏貼於皮膚治療局部疼痛。
- 二、機轉:貼片中的局部麻醉劑(lidocaine)透過皮膚吸收作用於局部,適用於因周邊神經病變所產生的疼痛。
- 三、適用的狀況:如帶狀皰疹後神經痛及其他局部組織之疼痛。
- 四、副作用/禁忌症:全身性及局部的副作用少,但應黏 貼於健康完整的皮膚上。

捌、辣椒素乳液/貼片 (capsaicin cream / patch)

- 一、效用:黏貼於皮膚治療局部疼痛。
- 二、機轉:貼片中的辣椒素是由辣椒萃取而得。透過排空 感覺神經末梢的致痛 P 物質 (substance P) 而達到局 部止痛作用。
- 三、適用的狀況:如帶狀皰疹後神經痛及其他局部組織的疼痛(含肌筋膜痛)。

四、副作用/禁忌症:

- (一)全身性的副作用少,但應黏貼於健康完整的皮膚 ト。
- (二)局部皮膚會有熱灼、刺痛感等不適感、有時會有 紅斑狀的皮膚反應。

玖、其他局部使用的藥品及劑型

一、效用:局部止痛。

二、機轉:作用於局部組織。

三、適用的狀況: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)含NSAIDs的貼布、乳膏、凝膠、噴劑。
- (二)中藥貼布。

拾、參考文獻

- 一、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引。衛生福利部。2018。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id=f636813588692411342
- 二、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代 治療臨床指引。衛生福利部。2012。 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48a91e-005fb3f61e5e.html
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- 図、Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf

- £ \ London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf
- 七、U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021.

 https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- N. V.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.
 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- 九、Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.
 - https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf
- + Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2018.

- https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- +- Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014. https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence.pdf

表一、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階:病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

表二、各種藥品對於非癌慢性疼痛之療效

藥品非類	適用範圍	疼痛改善	生活功能改善
非固醇類消炎 藥 (NSAIDs)	非細菌性 組織炎症	+	$\bigcirc \rightarrow +$
乙醯胺酚 (acetaminophen)	廣泛性使用	+	0
抗憂鬱劑 (antidepressants)	神經病變痛	+	0
抗癲癇藥品 (anticonvulsants)	神經病變痛	+ -> ++	$\bigcirc \rightarrow +$
類鴉片藥品 (opioids)	廣泛性使用	$\bigcirc \rightarrow +$	$\bigcirc \rightarrow +$

註:○表示未改善(none); +表示輕度改善(mild);

++表示中度改善(moderate)

參考文獻:

American Academy of Family Physicians (AAFP). AAFP Chronic Pain Toolkit.

https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/pain_management/cpm-toolkit.pdf

第十三章 類鴉片藥品的治療及藥品間的轉換

壹、前言

- 一、認識類鴉片藥品使用疾患
 - (一)類鴉片藥品使用疾患(opioid use disorder, OUD)是物質使用疾患的一個細項分類。
 - (二)類鴉片藥品使用疾患是一種腦部(中樞神經系統)的慢性疾病,在長期使用類鴉片藥品後,任何人都有可能被誘發產生此種神經系統的疾病。
 - (三)在急性疼痛期,若短期使用類鴉片藥品,不論使 用劑量大小,當和未使用者比較,發生類鴉片藥 品使用疾患的機率上升3倍。
 - (四)在慢性疼痛期,若使用類鴉片藥品達三個月以上,當和未使用者比較,在每日使用劑量相當於口服嗎啡劑量 1-36 毫克時,其發生類鴉片藥品使用疾患的機率上升 15 倍,若日用量為 36-120 毫克則上升至 29 倍,若日用量大於 120 毫克則上升至 122 倍。
 - (五)罹患類鴉片藥品使用疾患的病人(以下稱此類病人),其病情是可以被恰當治療的,其疼痛也能被適當緩解。
 - (六)對於此類病人,其治療目標是穩定類鴉片藥品疾患的病狀,適當緩解疼痛,提升生活功能及品質 (function and quality of life)。
- 二、此類病人患有急性疼痛時,類鴉片藥品的使用原則
 - (一)面臨急性疼痛時應予此類病人適當的治療,避免 因對止痛藥品的渴求使得類鴉片藥品使用疾患復 發。

- (二) 此類病人的急性疼痛宜照會疼痛治療專家及藥癮戒治專家一同治療,同時評估用藥後的疼痛緩解程度,並防止類鴉片藥品的濫用/誤用及流用(abuse/misuse and diversion)或戒斷症候群的發生。
- (三)當病人已在維持療法時:此類病人如正接受口服美沙冬(methadone)溶液或複方丁基原啡因(buprenorphine/naloxone)舌下錠維持療法(maintenance therapy)時,若面臨急性疼痛或需手術時,原本使用的美沙冬口服液或複方丁基原啡因舌下錠應繼續使用,並外加其他藥品來止痛。
- (四)此類病人的手術麻醉方式及藥品,同其他病人,但優先考慮以神經阻斷術 (neural blockade)來進行。必要時,可外加類鴉片藥品來止痛,但是需要留意使用的劑量 (通常需較高的劑量)及副作用的發生。
- (五)關於急性疼痛的詳細治療建議請參閱第十六章: 急性疼痛的治療。
- 三、當此類病人患有非癌慢性頑固性疼痛時,類鴉片藥品 的使用原則(表一):
 - (一)為慢性疼痛四階梯治療模式中的第四階。當在已施行一、二、三階之治療後,病人之疼痛仍處於中至重度疼痛時,方才考慮間歇性使用類鴉片藥品。
 - (二)非癌慢性疼痛的詳細治療建議,請參閱第九章: 於不同戒斷期病人的疼痛治療。
 - (三) 當病人已在維持療法時:
 - 當病人已使用美沙冬口服液做維持療法時, 則外加其他類鴉片藥品來治療疼痛。
 - 2. 當病人已使用複方丁基原啡因舌下錠 (buprenorphine/ naloxone)做維持療法時,

則增量(如20-25%)原複方丁基原啡因舌下錠,並將日用量改為6-8小時一次分次給予。

3. 當病人原先使用 naltrexone (類鴉片藥品拮抗劑)治療酒癮 (或其他物質使用疾患)時,則應停止 naltrexone,並外加類鴉片藥品來止痛。

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的藥品。
- 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,國際上多以 opioids來取代 narcotics。

參、類鴉片藥品作用機轉

- 一、類鴉片藥品的止痛作用是透過藥品作用在脊髓及大腦 之類鴉片受體而產生。
- 二、類鴉片受體主要可分為三種類型: $mu(\mu)$ 、kappa (κ) 、delta (δ) 受體。這些受體廣泛的分布在身體各部位。
- 三、類鴉片藥品依其和受體結合的情形可區分為:
 - (一) 完全促效劑 (full agonist):可以作用在各類型的類鴉片受體,且其藥效隨著劑量增加而增強。其主要表現是來自於對 mu receptor 所產生的作用,此途徑產生的止痛作用強,大部份臨床使用的類鴉片藥品皆屬於此類,如 morphine、fentanyl、oxycodone、hydrocodone、oxymorphone、codeine、hydrocodone、methadone等。

- (二) 部份促效劑 (partial agonist):主要作用在 mu 受體上,但其所引發的藥效有其上限 (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,所產生的止痛作用弱,如 nalbuphine、 butorphanol、pentazocine。
- (四) 拮抗劑 (antagonist):可結合所有類鴉片受體, 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、類鴉片藥品代謝與肝腎功能的關係

大多數的類鴉片藥物在肝臟代謝,在腎臟排除,因此使用 上需留意肝腎功能對於藥品藥效及副作用的影響。

- 一、在肝硬化病人:所有的類鴉片藥品宜減量使用。
- 二、在腎衰竭病人:因 fentanyl 及 buprenorphine 已由肝臟代謝成無藥效的代謝物,故其排除與否不影響藥效。 其餘藥品的藥效皆受影響。
- 三、在接受血液透析或腹膜透析的病人,原則上可以補償 原腎臟所喪失的類鴉片藥品排除功能。

伍、常見類鴉片藥品及其特性簡介(表二)

- \ Methadone
 - (一)常用於藥癮病人的治療,較少用於止痛。止痛效 用僅 6-8 小時,但在戒癮治療可長達 24-36 小 時。
 - (二)個體之間藥品代謝及排除半衰期有顯著差異。
 - (三)口服劑型的止痛強度約為嗎啡相同劑型的 4~12 倍之間。
 - (四)血漿中藥品的代謝及排除半衰期約為24小時。

- (五)如果服用 > 300 mg / 天併用抗鬱劑、在低鉀血症、低鎂血症或充血性心衰竭的情況下服用,可能會延長心電圖的 QT interval,而造成心跳突停。
- (六)我國目前僅有口服液,用於藥癮病人的戒治。

二、Buprenorphine

- (一)常用於藥癮病人的戒治。
- (二)近年來已逐漸被使用於非癌慢性疼痛及癌症疼痛的治療。buprenorphine如同其他類鴉片藥品,逐漸被嘗試著推薦為一線用藥,尤其是貼片劑型。
- (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 接受體的親和力高,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 貼片劑型可用。
- (五)近年來在人類的止痛作用研究,認為不同於早期動物實驗所述,buprenorphine並不會產生天花板效應(ceiling effect),而是隨著劑量增加,止痛作用逐漸增強。
- (六)副作用的表現較其他類鴉片藥品為佳,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)。且病人較不易有欣快感、有些許抗憂鬱作用(antidepression),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) 長期使用 buprenorphine 的病人,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)在腎功能不全及肝功能輕中度異常的病人, buprenorphine 的代謝並不受影響,其藥效也不 受影響。
- (九)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型。舌下錠適用於急慢 性疼痛及類鴉片藥品使用疾患病人的維持療法 (maintenance therapy)、長效貼片劑型則適用 於慢性疼痛。
- (十) 我國也有進口複方(buprenorphine / naloxone) 舌下錠,做為藥癮戒治。

三、Morphine

- (一) 在治療嚴重疼痛時常用的藥品。
- (二)在肝臟中約90%代謝成嗎啡-3-葡醣醛酸(M3G),約10%代謝成嗎啡-6-葡醣醛酸(M6G)。其中M6G是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、口服液及注射劑型;其中長效膠囊及口服液適用於口服及管灌病人使用;至於注射劑型則用於皮下注射、靜脈/肌肉注射、脊髓腔內/硬脊膜外腔注射。

四、Oxycodone

- (一)用於治療嚴重疼痛。
- (二)口服劑型的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)目前尚未有未滿 18 歲兒童(青少年)的研究數據來探討 oxycodone 的安全性及療效。
- (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、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)
- (七) 另,我國也有進口複方的 oxycodone / naloxone 長效口服錠,用以減少在疼痛治療時 oxycodone 所產生的副作用。

五、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及口腔內使用之劑型。
- (二)穿皮貼片劑型: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):用於癌症疼痛之突發性疼痛(breakthrough pain)。
- (四) Fentanyl 經肝臟代謝成 norfentanyl, 不具藥效, 並經由腎臟排除。
- (五)在腎功能不全的病人, fentanyl 的藥效不受影響。
- (六)我國現有核可的劑型有三種:注射劑型、穿皮貼 片及口腔內使用之劑型。

六、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)我國目前引進長效劑型,24小時使用一次。

七、Codeine

- (一)用於輕至中度疼痛。
- (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,產生的止痛效果也不易預估。12歲以 下之孩童或12-18歲且有呼吸功能不全的兒童 (青少年)不建議使用。
- (三)口服劑型之止痛強度約為嗎啡相同劑型的 0.1-0.15 倍。
- (四)代謝成嗎啡和 hydrocodone,因而產生止痛作用,再經由腎臟排除。
- (五)我國現有核可於疼痛治療的劑型有三種,即口服 錠劑、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。

八、Tramadol

- (一)用於輕至中度疼痛。
- (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)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)與 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)我國目前核可的劑型有三種,即注射劑、短效膠囊及長效錠劑;其中注射劑適用於急性疼痛病人的靜脈/肌肉注射。膠囊則適用於口服及管灌病人使用。
- (七) 另,為強化 tramadol 的止痛效用, tramadol 亦有多種複方劑型(和 acetaminophen 或 dexketoprofen)。

九、Naloxone

- (一)類鴉片受體拮抗劑,用於治療類鴉片藥品過量所引起的副作用或毒性反應,尤其是呼吸抑制。
- (二)靜脈注射低劑量(例如 0.2 mg naloxone)可迅速逆轉類鴉片藥品的作用。
- (三)可以靜脈、肌肉、皮下給藥,但通常需要持續給藥,並監測病人的反應。
- (四)需持續給藥多久,取決於促效劑和拮抗劑間的劑量及效用期長短間的比較。
- (五) Naloxone 的血漿中藥品半衰期約為 60 分鐘。

陸、類鴉片藥品間的轉換 (表三、表四)

- 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了 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、藥品轉換劑量的計算需要執行雙次確認 (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)或劑量過多(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

- (一) 計算以往一日內原類鴉片藥品的常規 (regular use for background pain) 總使用量;突發性疼痛用藥不列入計算。
- (二)計算在相同劑量下(一般以口服劑型為換算基礎),新類鴉片藥品的相對應每日常規總使用劑量。
- (三)再計算不同劑型間的換算(如該新類鴉片藥品有數種劑型)。
- (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)每次突發性疼痛所使用的劑量為每日常規總使用劑量的 1/6 或 10-20%。

柒、用藥後之監測(5As)

- 一、病人的疼痛是否適當地被緩解(Analgesia)。
- 二、病人的情緒是否穩定(Affect)。
- 三、病人是否逐漸恢復日常作息及自主生活能力 (Activities)。
- 四、病人有無發生不良的副作用及是否控制得當(Adverse effect)。
- 五、病人是否發生異常的用藥行為(Aberrant drug taking)。

捌、參考文獻

- 一、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項。衛生福利部。2022。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id=f637780078896383687
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引。衛生福利部。2018。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id=f636813588692411342
- 三、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代 治療臨床指引。衛生福利部。2012。 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48a91e-005fb3f61e5e.html
- Marican Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- 七、NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines:

- Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.
- https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf
- N. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders - Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/
 - https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/ VADoDSUDCPG.pdf
- ル、U.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.
 - https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- + Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.
 - https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf
- +- \ Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- += `Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014. https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-

- $\underline{guidelines\text{-}for\text{-}medication\text{-}assisted\text{-}treatment\text{-}of\text{-}opioid\text{-}}\\\underline{dependence.pdf}$
- += \ Ministry of Health. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. Wellington: Ministry of Health. 2014.

 https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf
- 十四、Alaska Department of Health and Social Services.
 Medications for Addiction Treatment Guide: Key
 Components for Delivering Community-Based,
 Medications for Addiction Treatment Services for
 Opioid Use Disorders in Alaska. Alaska Department of
 Health and Social Services. 2021.
 https://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/TreatmentRecovery/MAT/MATGuide--May2021.pdf
- + £ Arizona Department of Health Services. 2018 Arizona Opioid Prescribing Guidelines. Arizona Department of Health Services. 2018.

 https://www.azdhs.gov/documents/audiences/clinicians/clinical-guidelines-recommendations/prescribing-guidelines.pdf
- 十六、Feinberg S, Mackey S. ACPA Stanford Resource Guide to Chronic Pain Management. An Integrated Guide to Comprehensive Pain Therapies. American Chronic Pain Association, Stanford University Division of Pain Medicine. 2021.

 https://med.stanford.edu/content/dam/sm/pain/documents/ACPA-Stanford-Resource-Guide-to-Chronic-Pain-Management-2021-Edition-4-18-21-.pdf
- +七、 Healthcare Improvement Scotland (HIS). Management of Chronic Pain. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 136. 2013. https://www.sign.ac.uk/media/1108/sign136 2019.pdf
- 十八、 U.S. Department of Veterans Affairs. Transforming the

Treatment of Pain: a Quick Reference Guide. 2017.

h t t p s: // w w w . p b m . v a . g o v / P B M /

AcademicDetailingService/Documents/Academic_

Detailing_Educational_Material_Catalog/Pain_

ProviderAD_QuickReferenceGuide_IB10999.pdf

- + 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
- -+ 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
- —+- 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/
- + \ 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、慢性疼痛的階梯治療模式

慢性疼痛依病情治癒難易程度區分為四個階梯的治療模式

第一階:病人進行自我減痛處置(如自我復健/運動、紓壓活動、 瑜伽、太極、正念等)並自我照護和疼痛相關的共病 症(如慢性病的自我照護)。

第二階:進行第一階並加上由醫療人員給予的非藥品治療(如 復健治療、精神科會談暨心理治療及其他非介入性的 治療)。

第三階:進行第二階並加上由醫療人員給予的非類鴉片藥品治療(如三環抗憂鬱劑,抗癲癇藥品及其他止痛藥品)。

第四階:進行第三階並加上跨領域團隊介入,針對造成疼痛的 相關因素進行治療(如介入性治療:神經阻斷術及手 術),並在某些特殊狀況下(經評估其治療效益大於 成癮風險)才間歇性的使用類鴉片藥品。

註:四階梯治療模式為美國退伍軍人部門在2017年公布的慢性疼痛治療模式,是目前最新也是唯一在國際上公布的慢性疼痛治療模式。其主要精神是不論病人處在那個階段,皆須主動的管控自己和疼痛相關的共病症且主動參與疼痛相關的治療。類鴉片藥品的使用為最後一線,且經評估其治療效益大於成癮風險後,才考慮謹慎的間歇性使用。

表二、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 (HCI)	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		
	静脈、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
	貼片劑	每日釋出相當於口 服嗎啡日劑量	
	12 mcg/hr	30-45 mg	
Fentanyl Patch	25 mcg/hr	60-90 mg	
	50 mcg/hr	120-180 mg	
	100 mcg/hr	240-3	60 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. 参考文獻:本章参考文獻之第十八至二十五。

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 buprenorphine 舌下錠劑量有 0.2、2 及 8mg 三種劑量。
 - 2. Buprenorphine 之複方劑型 (buprenorphine / naloxone) 舌下錠 的止痛效價計算同其單方劑型 (buprenorphine)。
 - 3. 目前國內 buprenorphine 貼片劑型釋出的劑量有 5、10、20、35、52.5 mcg/h。
 - 4. 參考文獻: 本章參考文獻第二十六。

第十四章

類鴉片藥品副作用的預防、處理暨調降、停用

壹、前言

- 一、在患有疑似物質使用疾患的病人(以下簡稱此類病人),當同時患有急性或慢性疼痛而需使用類鴉片藥品來治療其疼痛時,應注意藥品副作用的預防及處理。
- 二、類鴉片受體(opioid receptors)分布於全身各處,因此給予類鴉片藥品時,會產生眾多不同的藥理作用,包括止痛(主要作用)及非止痛(副作用)作用。類別分類。 鴉片藥品的止痛作用主要是經由作用在中樞神經系統上和止痛相關的類鴉片受體(脊髓背角、脊髓、腦幹及大腦內許多核區)而產生。而副作用則是透過作用在其他非止痛相關的類鴉片受體而導致,此類受體位於中樞神經系統、呼吸系統、眼部系統、腸胃系統、必尿生殖系統、內分泌系統及心血管系統等。

貳、在此類病人,會影響類鴉片藥品代謝或藥效的情況

- 一、身體共病症:
 - (一) 肝病:如肝炎、肝硬化
 - (二)肺病:如肺結核
 - (三) 心臟病:如心內膜炎
 - (四) 其他:如蜂窩性組織炎、敗血症

二、心理/精神共病症:

- (一) 焦慮症 (anxiety disorder)
- (二) 憂鬱症 (depression disorder)
- (三) 人格障礙症 (personality disorder)

- (四) 其他精神疾患:如創傷後症候群
- 三、 同時使用的濫用物質:
- (一) 酒品 / 酒精 (alcohol)
- (二) 興奮劑 (stimulants)
- (三) 大麻 (marijuana)
- (四)致幻覺劑(hallucinogens)
- (五) 愷他命 (ketamine)
- (六)其他

四、因身體或精神共病而服用的藥品

- (一) 抗生素,如 clarithromycin
- (二) 抗 黴 菌 藥 , 如 itraconazole 、 ketoconazole 及 voriconazole
- (三) 抗人類免疫缺乏病毒(human immunodeficiency virus,HIV)藥物,如 atazanavir、indinavir、ritonavir
- (四) 抗鬱劑
- (五) 抗精神病藥物,如 haloperidol
- (六)鎮靜安眠藥物,如 zolpidem、diazepam
- (七) 抗癲癇藥物,如 carbamazepine
- (八) 肌肉鬆弛劑,如 cyclobenzaprine
- (九) 其他類鴉片藥品

參、使用類鴉片藥品可能會發生的副作用(圖一)

- 一、中樞神經系統(CNS)
 - (一)情緒愉悦
 - (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) 異常用藥行為
- (七)譫妄
- (八)沮喪
- (九) 認知障礙(即記憶力、注意力、決策力及反應力)
- (十) 痛覺過敏

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 的風險會大幅增加。

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、免疫系統

長期使用可能會抑制免疫系統。

八、肌肉骨骼系統

- (一) 骨骼肌強直(muscle rigidity),導致呼吸困難, 尤其是在 fentanyl 採靜脈注射時。
- (二) 骨質疏鬆症

九、皮膚系統

- (一) 搖癢
- (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)的致癢機轉不同。

十、其他情形

- (一) 耐藥性 (tolerance)
- (二)身體依賴性 (physical dependence)
- (三)物質使用疾患/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,胃腸系統蠕動減少,導致胃腸排空減緩及 便秘。

(二)預防:

1. 常態服用類鴉片藥品的病人,幾乎都要預防

便秘的產生,且此副作用不會出現耐藥性 (tolerance),便秘可能會長久存在。

- 2. 可預防性給予軟便劑(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,上述藥品的劑量也要 上調。
- 3. 鼓勵病人每日攝取足量水分。
- 4. 鼓勵病人每日攝取高纖蔬果。
- 5. 鼓勵病人規律運動,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 物作用或腫瘤造成便秘或腸道阻塞。
- 2. 給予輕瀉劑 (laxatives)。
- 3. 加上其他止痛輔助劑,並降低類鴉片藥品的 使用。

二、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引起噁心、嘔吐。
 - 1. 噁心與嘔吐是類鴉片藥品常見的副作用,通 常出現在使用的初期(一週內)或增加劑量 時。
 - 2. 在常熊使用者較少發生。

(二) 當噁心與嘔吐發生時

- 1. 查看有無其他原因(鑑別診斷)。
- 2. 給予止吐劑治療。
- 3. 嚴重時且對其他緩解藥物無效時,可嘗試給 予類固醇 dexamethasone 治療。

4. 加上其他止痛輔助劑,並降低類鴉片藥品的 使用。

三、呼吸抑制

(一)說明

- 1. 類鴉片藥品透過抑制腦幹的呼吸中樞造成呼吸抑制作用。
- 2. 病人的心肺功能不佳會增加此副作用的發生。
- 3. 呼吸次數 <10 次/分則應積極處置,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,同時給予其他無鎮靜作 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。

四、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 鎮静作用。

(二) 當鎮靜作用發生時

- 1. 查找其他直接或間接造成鎮靜的原因(鑑別 診斷):如病人同時使用其他鎮靜藥品。
- 2. 加入其他非藥品的止痛療法,並降低類鴉片藥品劑量。

五、譫妄/躁動 (delirium / restless)

(一)說明:在給藥初期或是因某些類鴉片藥品代謝物 (如 morphine-3-glucuronide、hydromorphone-3-glucuronide)在體內長期蓄積,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(感染、電解質失衡等全身系統性疾患、 中樞神經系統疾患或其他藥物的影響),再 給予適合的治療。
- 2. 考慮給予其他的非類鴉片藥品止痛劑,並減 少類鴉片藥品的劑量。
- (三)當譫妄/躁動持續存在時,照會神經內科/精神 科醫師評估並給予治療建議。

六、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而影響認 知功能。
- (二)通常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) 在初始給藥或劑量上調時可能會發生此副作用。
- (四)合併使用苯二氮平類藥品(benzodiazepines)或 gabapentin 時,也可能會發生此副作用。
- (五) 查明原因並做鑑別診斷,再給予適當的治療。

七、皮膚搔癢 (pruritus)

(一) 說明

1. 類鴉片藥品經由非中樞神經途徑給予時,可能 因為身體組織內或細胞中組織胺(histamine) 的釋放,引起皮膚搔癢。經由中樞神經途徑 (如脊髓腔內或硬脊膜外腔)給予時,可能 因為類鴉片藥品改變中樞神經系統對於疼痛的調節機制,產生皮膚搔癢的異常感覺。

2. 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,此為藥品過敏反應,應立即停止該藥品的給予,給予支持性療法,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藥所引起的皮膚搔癢症,則應停止該種給藥方式,改用其他的 給藥途徑。
- 3. 可考慮更換為其他的類鴉片藥品。
- 4. 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。

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, 使得排尿困難,在男性較易發生。
- (二)此副作用(尿滯留)通常只發生在類鴉片藥品使用的初期(1週內),隨後便逐漸減弱

九、其他(相對少見)

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)在體內蓄積有關。此時應降低給藥劑量或做藥品間的轉換。

伍、在此類病人調降或停用類鴉片藥品需注意事項

一、調降或停用類鴉片藥品的時機

- (一)當病人的病情好轉或使用類鴉片藥品卻無顯著療效時,可調降/停用類鴉片藥品。
- (二)長期使用類鴉片藥品的病人,當類鴉片藥品使用 過量而產生嚴重副作用時,可快速調降或停用類 鴉片藥品;但建議住院調整。
- (三)評估後,病人有類鴉片藥品流用的可能性時,可 調降處方類鴉片藥品的劑量,倘病人確實未使用 類鴉片藥品,可直接停止處方類鴉片藥品。
- 二、長期使用類鴉片藥品的病人,當需要調降/停用類鴉片藥品使用時,需注意以下事項
 - (一)須在醫師及病人皆知曉並同意的情況下,才啟動藥品的調降/停用。此時可照會藥癮戒治專家介入。
 - (二)由於在身體(疾病)、心理(精神、情緒、靈性/心靈)及家庭社會支持力各方面,每個病人都有其獨特的情境,因此減藥計畫需要量身訂做,並提供諮詢管道及服務。
 - (三)調降劑量的同時,也須提供病人相關病痛的替代治療方式,並持續評估疼痛治療結果。
 - (四)類鴉片藥品調降過程,治療人員應和病人間保持聯繫,以維持雙方互信並即早發現副作用的產生。
 - (五)類鴉片藥品調降/停用規劃,有以下二種模式:
 - 1. 在病情穩定且長期使用小劑量的病人,可以 每個期程(以日或周來計算)調降 10% 類鴉 片藥品劑量的方式,於 10至 70 天完全停用。 至於期程的長短,端視每個病人的情況(身體、心理及社會支持力)而定。
 - 2. 對於病情複雜或為長期使用大劑量類鴉片藥品的病人,其調降的速度不求快,端視病人的反應逐步調整至完全停用。其停藥期程可

長達半年甚至是一年,以每二或四個星期為一個期程調降 10% 的劑量。

三、在類鴉片藥品調降期間常見狀況的處置:

- (一)必要時應照會藥癮戒治專家協助治療。
- (二)在類鴉片藥品調降期間,病人可能會出現戒斷症狀,此時須告知病人這是已知的副作用,並給予適當的治療。
- (三)此時病人若有疼痛,應優先使用非類鴉片止痛劑 或方法來治療。
- (四)焦慮常是干擾藥品調降的重要因素,應辨識並妥善善治療。
- (五)藥品調降期間,病人的酒精耗用量可能會增加, 但為免病人併有酒精使用疾患或酒精造成生理問題,應留意酒品是否過量飲用。
- (六)有藥品(物質)使用疾患過去史的病人,可考慮使用美沙冬(methadone)或丁基原啡因(buprenorphine)來替代原有類鴉片藥品的使用,應照會藥癮戒治專家提供治療。
- (七)認知功能障礙(cognitive function impairment) 或常態服用苯二氮平類(benzodiazepines)鎮靜 安眠藥的病人,應照會藥癮戒治專家評估及調整 合宜用量。
- 四、認識類鴉片藥品減量、停藥後的戒斷反應 (opioid withdrawal)
 - (一) 在長期使用類鴉片藥品的情形下,若快速減量或停用,會產生類鴉片藥品的戒斷症候群 (withdrawal symptoms)。
 - (二)戒斷反應的強弱及持續時間,因人而異,且和使用藥物的劑量多寡、期程長短及是否突然停藥或使用拮抗劑有關。

- (三)在戒斷症候群當中,戒斷的早期以身體器官的不 適症狀較為常見;後期則常以精神症狀來呈現。
- (四)常見的戒斷症候群:肌肉痠痛(muscle aches)、寒顫(chills)、類流感症狀(flu-like symptoms)、流鼻水(runny nose)、瞳孔放大(dilated pupil)、起雞皮疙瘩(piloerection)、打哈欠(yawning)、盗汗(sweating)、流淚(increased tearing)、發抖(tremors)、焦慮或靜坐不能(anxiety or restless)、骨骼及關節痠痛(bone and joint pain)、噁心及嘔吐(nausea and vomiting)、腹部絞痛或腹瀉(cramping or diarrhea)、失眠(insomnia)、憂鬱(depression)、情緒不穩(mood swings)、藥物渴求(cravings)。
- (五)短效的藥物,如嗎啡(morphine)、海洛因(heroin)、oxycodone,戒斷症狀通常出現在最後一劑藥物使用後12小時左右,在24~48小時左右達到高峰值,並在3~5天內逐步緩解消失。
- (六)丁基原啡因戒斷反應期程(buprenorphine withdrawal timeline):
 - 1. 起始期:大約在最後一劑使用後 6-12 小時。
 - 2. 高峰期: 大約在最後一劑使用後 2-5 天。
 - 3. 持續期: 大約在最後一劑使用後 3-4 週。
- (七)美沙冬戒斷反應期程 (methadone withdrawal timeline):
 - 1. 起始期:大約在最後一劑使用後 24-36 小時
 - 2. 高峰期: 大約在最後一劑使用後 3-8 天
 - 3. 持續期: 大約在最後一劑使用後 3-6 週
 - 4. 急性後期(少許案例):大約在最後一劑的 使用後數月至2年。

- (八)出現戒斷症候群時,鮮少會致命,但仍有少數死亡的案例被報告。
- (九)不建議突然停止或快速調降使用劑量,除了引起 強烈的戒斷症候外,還會強化病人對類鴉片藥品 的渴望,造成/復發藥品使用疾患。
- (十)當病人已對類鴉片藥品產生依賴性 (dependence),若再給予類鴉片藥品的拮抗 劑(antagonist) 如 naloxone、naltrexone 或 使用類鴉片藥品的部分拮抗劑(丁基原啡因 buprenorphine),會誘發戒斷症候群。其發生 的起始時間如下:在靜脈注射 naloxone 約一分 鐘後開始、在肌肉注射 naloxone 數分鐘後、在 皮下注射 naltrexone 數小時後、在舌下含丁基原 啡因(buprenorphine)舌下錠90分鐘後。而持 續時間如下:在給予靜脈注射 naloxone 後持續 30-60分鐘,在給予皮下注射 naltrexone 或舌下 丁基原啡因(buprenorphine)後可持續數日之 久。
- (十一)長期使用類鴉片藥品的病人,可使用量表(詳見表一)評估病人是否產生類鴉片藥品的戒斷反應。
- 五、在治療架構上,成功調降/停用類鴉片藥品需要以下 幾個條件
 - (一) 團隊合作的照護模式
 - 以團隊合作的模式來進行照護,包含病人的 衛教、協助、聯繫及後續診療。增加團隊彈 性、減少人員疲乏。
 - 2. 具備系統化的診療及追蹤訪查模式。
 - (二) 充分告知、溝通並共享決策 (shared decision making)
 - 1. 任何治療計畫的改變都必須事先告知病人。

- 2. 病人須於充分告知及溝通後,能理解、同意 且主動參與藥品的調降/停用。
- 3. 治療團隊須完備人力及相關資源,以給予病 人衛教、協助、聯繫及後續診療。

(三) 需有後續追蹤及聯繫機制

- 1. 須和病人提綱挈領的說明後續追蹤的目的、 方式及內容。
- 2. 須給予病人多重的連絡方法與協助模式,而 這些連絡或協助模式,須方便病人使用。

陸、參考文獻

- -、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代治療臨床指引。衛生福利部。2012。
 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48-a91e-005fb3f61e5e.html
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- 四、London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf

- 五、NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf
- ∴ V.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders - Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- 七、U.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- No. Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/
 Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_
 Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf
- 九、Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf

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

 中樞神經系統
 泌尿生殖系統

 眼部系統
 肌肉骨骼系統

 呼吸系統
 皮膚系統

 心血管系統
 免疫系統

 胃腸系統
 其他情形

表一、類鴉片藥品戒斷反應評估量表

評估量表	出處
Objective Opioid Withdrawal Scale (OOWS)	Handelsman L, Cochrane KJ, AronsonMJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two new rating scales for opiate withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse. 1987;13(3):293–308.
Clinical Opioid Withdrawal Scale (COWS)	Wesson DR, LingW. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoact Drugs. 2003;35(2):253–259.
Subjective Opioid Withdrawal Scale (SOWS)	Handelsman L, Cochrane KJ, AronsonMJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two new rating scales for opiate withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse. 1987;13(3):293–308.
The Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA)	Peachey JE, Lei H. Assessment of opioid dependence with naloxone. Addiction. 1988;83(2):193–201.

第十五章 成癮風險的管控

壹、前言

- 一、物質使用疾患(substance use disorder, SUD)俗稱 藥癮,和物質濫用/誤用(substance abuse/misuse) 及成癮(addiction)相關。被濫用/誤用的物質主要 包含鎮靜/安眠劑、酒品、類鴉片藥品及毒品。
- 二、產生類鴉片藥品使用疾患的危險因子有
 - (一)長期(>3月)使用類鴉片藥品
 - (二) 年紀小於 65 歲
 - (三)有慢性疼痛
 - (四)有睡眠疾患
 - (五)有自殺念頭
 - (六) 有焦慮症 (anxiety disorder)
 - (七)同時使用非法之藥品或物質
- 三、有類鴉片藥品使用疾患過去病史的病人,使用類鴉片藥品來治療疼痛時,極易再次誘發類鴉片藥品使用疾 患。
- 四、本章論述的重點在於疑似有物質使用疾患病人(以下簡稱病人)的疼痛治療過程,如需啟用類鴉片藥品時, 給藥前應依其成癮風險程度,擬定成癮風險管控措施, 並於治療中評估成效,必要時修正管控策略,避免成 癮疾患復發。

貳、風險管控原則

- 一、尊重病人使用類鴉片藥品治療其疼痛,但需建立一致 而嚴格的規範並做必要的限制。
- 二、應密切監測類鴉片藥品治療對病人的利與弊。

- 三、任何異常用藥行為(aberrant drug-related behaviors, ADRB)都應記錄於病歷,並進一步確認及採取預防措施。
- 四、必要時進行尿液藥品檢測及會診成癮專科醫師,確認 病人是否發生類鴉片藥品成癮。在要停用類鴉片藥品 時,也應訂定明確的減量計畫。

參、成癮風險管控的方法(圖一)

- 一、促進治療依從性
 - (一) 欲啟動類鴉片藥品來治療病人的慢性疼痛時,可依循標準預防措施(universal precautions)(詳見表一)。確認疼痛原因、找出生理及精神共病、安排心理衡鑑、建立治療性契約、評估治療措施介入前後疼痛的程度、功能變化、與異常用藥行為的定期評估等;這些措施對於成癮有積極預防的作用。然而無論評估後成癮風險為何,疼痛治療都需要建構在最基本而重要的照護標準上。這不僅提升臨床照顧效率,也能適時辨識治療中的異常用藥行為或成癮問題。
 - (二) 臨床醫生可以透過以下的方式增進病人對治療計劃的配合度,以控制風險

1. 治療性契約

- (1)治療性契約有助於評估及強化病人對常規 藥品及非藥品治療的遵從性,這對病人恢 復其功能至關重要。
- (2)整個療程中,病人幾乎不可能完全遵循契約的所有規範。臨床醫師的職責在紀錄偏離治療計畫的狀況,進行鑑別診斷,並據此調整治療計畫。
- (3)嚴重偏離契約內容時,應該照會治療團隊 中必要的成員或轉介病人給成癮專科醫 師,並清楚地向病人說明為恢復、增進其 依從性所採取的醫療措施。

2. 回診間隔

- (1)病人可能需要較頻繁的回診評估,如每週 一次。對於穩定恢復者,便可延長回診時 間。
- (2)影響回診頻率的因素,包括:疼痛病因的 複雜程度、疼痛處理的狀況、使用的藥品 等。
- (3)定期回診優於偶爾約診。這讓病人視疼痛為可控的疾病,而非突發的危機。同時也便於密切監測其依從性,未回診或更改門診時間的病人,需要評估物質使用疾患復發的可能性。

3. 處方天數

- (1)處方用藥天數應盡可能配合回診時間給予。
- (2)此類病人不適合開立長期慢性處方箋。
- (3)依從度不佳的病人應透過短時程的回診間隔,提供較少的藥品總量,控管其物質使用疾患復發的風險。
- (4)在病人知情同意下,可請同住家屬或其密 切接觸者每天計數病人藥品殘量。
- (5)如果每周回診一次的頻率仍難以管控病人 使用藥品的劑量,這意味病人需要更密切 的用藥監督,建議會診成癮專科醫師共同 照護。

二、尿液藥品檢測 (urine drug testing, UDT)

(一) UDT 能偵測某些處方用藥及非處方物質,是提 升病人照顧品質的利器。當尿液中未偵測到被處 方的藥品或尿液中有非法物質存在時,可視為病 人對類鴉片藥品的治療依從性不佳。

- (二) UDT 有其侷限性,可能出現偽陽或偽陰性結果, 臨床醫師需要配合客觀的臨床證據來檢視檢查結 果。在排除實驗室錯誤的可能性後,應與病人討 論 UDT 中非預期的檢測結果。
- (三)非處方用藥或非法物質的使用,不代表病人陳述的疼痛不真實,但這意味病人可能有濫用或成癮問題。
- (四)疑似物質使用疾患病人患有慢性疼痛時,應同時接受兩種疾病的治療。在病人自願放棄使用非法物質的基礎上,臨床醫師延續類鴉片藥品的治療是合理的決策,這不僅確保病人能獲得治療,也讓醫師能持續給予處方。如病人拒絕放棄娛樂用、非法物質,則其疼痛問題便不適合使用類鴉片藥品來治療,於此同時,表示需要更積極處理病人的物質使用疾患。
- (五) UDT 間隔時間取決於病人需要被監督的程度, 時間固定或隨機,則視病人風險高低而定。依臨 床狀況調整 UDT 頻率有其必要。
- (六)臨床醫師有責任向病人說明,使其了解 UDT 用意不在糾舉其錯誤或有歧視之嫌,UDT 是協助病人恢復的工具,確認醫師處方藥品的止痛效果以及治療措施的成效。

三、強化支持系統

- (一)家人、密切接觸者的支持,有助於提升病人對治療的依從性。
- (二)家人、密切接觸者提供的訊息,有助於臨床醫師 判斷病人對類鴉片處方藥品的依從度、功能缺損 程度、是否出現異常用藥行為,進而清楚勾勒病 人對治療的反應。
- (三)病人往往忽略或不願揭露其物質使用的問題,因此從同住家人、治療師、藥師或治療團隊其他成

員獲得的訊息對臨床醫師都至關重要,甚至基於 安全考量,有必要更深入的澄清細節。

四、確認依從性不佳的原因

- (一)在整個類鴉片藥品治療的療程中,病人可能無法 完全遵守治療性契約,不適當用藥、濫用、成癮 皆隸屬於異常用藥行為,這些行為包括:
 - 1. 對類鴉片藥品(尤其是速效型)的興趣、關 注遠高於其他藥品或治療。
 - 2. 自行調高處方藥品的劑量。
 - 3. 無客觀證據顯示止痛失效或疼痛加劇,卻堅 持要調高劑量。
 - 4. 拒絕尿液檢測、拒絕成癮專科醫師會診、拒 絕其他治療。
 - 5. 拒絕降低或停止類鴉片藥品治療。
 - 6. 反覆遺失藥品、處方箋或提前回診拿藥。
 - 7. 非計畫中的回診、至非其臨床醫師的門診要求開立類鴉片藥品。
 - 8. 病人看起來倦怠、嗜睡。
 - 9. 濫用酒精或其他非法物質。
 - 10.社交或職業功能減退或出現藥品導致的不良 反應。
 - 11.將口服藥物以注射(不明針孔)或吸食方式 使用。
 - 12.以非法途徑取得藥品(多處就診、重複取藥、 毒販、以家屬健保卡取藥、網路、偽造處方 箋、至醫療院所竊取藥品)。
 - 13.以恐嚇、威脅之舉取得藥品。
 - 14.使用類鴉片處方治療慢性疼痛,但尿檢卻未 偵測到類鴉片藥品。

15.對於非藥品治療的醫療處遇配合度不佳。

- (二)行為是集病人思考、環境等複雜因素錯綜交織的 最終表現,單一行為或片面與藥品有關的異常行 為並非病人藥品成癮的決定性證據,異常用藥行 為也可能由其他原因所導致,包括:
 - 1. 誤解醫療處置或指示。
 - 2. 尋求欣快感、為因應壓力、緩解負面情緒(恐懼、憤怒、沮喪)、失眠等。
 - 3. 轉賣藥品以牟利。
 - 4. 使用藥品以緩解未經治療的精神疾患。
 - 5. 使用藥品以緩解治療不足的疼痛,此又稱偽 成癮(pseudo-addiction)。
 - 6. 一般的服藥遵從性不佳。
- (三)最常被觀察到的異常用藥行為,通常模糊難辨, 比如:無法精確的遵守處方指示或是提早用完處 方藥品。容易辨識的極端行為,則難以在診間觀 察到,比如:販售處方藥品、改變藥品使用途徑。 因此,有必要建立良好的醫病關係,在異常用藥 行為發生時,有助於釐清異常行為發展的脈絡。

五、使用評估工具、定期評估成癮風險

- (一)可考慮使用工具來評估接受長期類鴉片藥品治療的病人是否出現異常用藥行為,不過,它們的效度仍待確認。
- (二)成癮行為查檢表 (addiction behavioral checklist, ABC) (詳見表二),透過持續的評估方式,有助於確認類鴉片藥品是否已成為病人的問題。共20題,三題或三題以上的回答為"是",應進一步監測或介入。
- (三) 現況類鴉片藥品濫用評估表 (current opioid misuse measure, COMM) (詳見表三),用以

澄清病人在回診訪視前30天內的行為。共17題,發展量表的學者Butler建議採用較謹慎的切分點9分,雖然有偽陽性的可能,但較不易遺漏正處於濫用藥品的病人。

六、詳實、明確的病歷紀錄

- (一)在法律層面,各國法規皆有法令要求醫療人員在 進行類鴉片藥品治療時,需盡其義務將治療的細 節紀錄於病歷,重要文件也需要醫病雙方署名。
- (二)隨著時間推移而持續的病歷紀錄、文件檔案,能 提供明確的資料以釐清每個治療階段中病人的責 任及義務,相對也能確保醫護人員的醫療行為在 法令的保護傘下執行。

七、確認藥品流向

- (一)開立類鴉片藥品時,臨床醫師需提醒病人有保護藥品免遭偷盜、流用的責任。部分病人出於各種原因將自身藥品出售或交給其他人。藥品由被處方以外的人服用,稱之為被流用(diverted)。雖然病人在面對澄清時,多坦承有此情況,但卻難以獲得藥品被流用的明確證據。治療團隊應針對幾種情況,適時提醒病人:
 - 1. 病人與目前有物質使用疾患的人接觸。
 - 2. 檢視剩藥時,無法拿出尚未使用的藥品數量。
 - 3. 試圖更改或偽造處方。
 - 4. 到處求醫,以獲得額外的藥品。
 - 5. 不配合醫療團隊建議的非藥品治療。
 - 6. 對原廠藥或黑市價值高的藥品極感興趣。
 - 7. 尿檢結果未出現被處方的類鴉片藥品蹤跡。
- (二)臨床醫師需要知道當前街頭、夜店流行的物質有哪些,並在開立高黑市價值藥品時保持謹慎,在成癮疾患或曾將處方流用的病人更應避免開立。

- (三)部分醫師可能因誤解法令或防衛性醫療而過度限制處方用藥,但法律規範的用意則是在合理的框架中提供必要的止痛治療。因此,對於不當使用類鴉片藥物的病人,臨床醫師的職責是開立必要的處方,而非病人想要的藥品,同時設置清楚、嚴謹的限制。
- (四)藥品的流用是違法的,一旦有所懷疑,治療便需要與監測併行,若有藥品販賣的情形,更屬違法,此時應立即停止類鴉片藥品治療,必要時需考慮結束醫病關係,將藥品流用的證據記載於病歷並轉呈司法單位。

八、治療場域的安全性

- (一)醫療團隊、病人在醫療場域中皆應免於暴力侵害。團隊成員應接受訓練或再教育,以提升對周圍環境的警覺性,主動通報可疑的人、事、物,對出現攻擊行為的病人、家屬做出及時而正確的處置。
- (二)臨床醫師在面對破壞、攻擊行為時,應思考如何 進入另一個可區隔的空間。必要時,需要果斷求 援,因此,在診療空間需要有直接與安全或執法 人員連線的設備,啟動的同時也警示所有團隊成 員。

九、困難會談的因應方式

- (一)慢性疼痛多難以治療,不僅病因難以確認,長期疼痛也多消磨病人理性思考的能力。當物質使用疾患或其他共病疊加在疼痛上,病人出現異常、困難行為的風險隨之升高。複雜的情緒、強烈的疼痛,蠱惑病人身、心、靈的需求,透過團隊方式提供必要的評估、協助,將遠比指定單一成員或單位獨自照護,來得合理且有效率。
- (二) 會談中能協助建立醫病關係的技巧:
 - 1. 主動、積極地傾聽。

- 2. 問句採用開放式、非批判的方式為之。
- 3. 一段討論後, 扼要陳述病人重點, 確保理解 其意。
- 4. 使用"澄清式"的陳述(如:聽起來疼痛比平時更嚴重)。
- 5. 適時、誠懇的同理。
- (三)同理心的基石源自治療者理解病人每天應對疼痛所需的努力,但這不該成為臨床醫師給予過度樂觀承諾的理由。醫師有責任衛教病人,讓病人對治療結果有合理的期待,鼓勵病人專注於改善功能、提升生活品質,而非通過疼痛的消除與否來定義生命的價值。
- (四)當此類病人同時患有慢性疼痛時,常見對醫療照護者產生強烈的負面情緒,這些情緒進一步阻滯、打擊照護者傳達同理心的努力。臨床工作者需要了解這些負面反應,多是病人面對療效不彰、治療困難時,極度挫折的衍生品。臨床醫師同時也需要提醒自己,無論病人看起來多麼缺乏動機改變,終究沒有人願意和疼痛、成癮共度一生。

十、停止類鴉片藥品治療

- (一)停止使用類鴉片藥品治療的最佳原因是疼痛完全 緩解,然而多數情況並非如此。停用原因包括:
 - 1. 類鴉片藥品治療效果不佳。
 - 2. 類鴉片藥品未能穩定或改善病人的功能。
 - 3. 病人對藥品的使用失去控制。
 - 4. 病人販賣、轉移藥品。
 - 5. 病人持續飲酒、未經處方使用或濫用苯二氮 平類藥品、使用非法物質等。
 - 6. 嚴重、無法處理的副作用。

- (二)當類鴉片藥品治療對病人的危害大於益處時,治療便應該要停止。停用類鴉片藥品可能會導致病人立刻遭受戒斷之苦,些許人的戒斷症狀甚至曠日持久,不僅惡化病人疼痛,也可能再度誘發病人使用非法物質。因此,有必要轉介成癮專科醫師進行評估,團隊也須建構符合法規、避免戒斷、杜絕復發的停用計畫。
- (三)停止類鴉片藥品的使用,並不代表中斷治療,臨床醫師應繼續提供非類鴉片的藥品或其他非藥品治療。
- (四)評估適合出院時,臨床醫師應告知病人,同時以書面文件呈現並記載於病歷。為避免病人有被遺棄之感,臨床醫師應於文件中提供醫療團隊的聯繫資訊和藥品減量時程表。

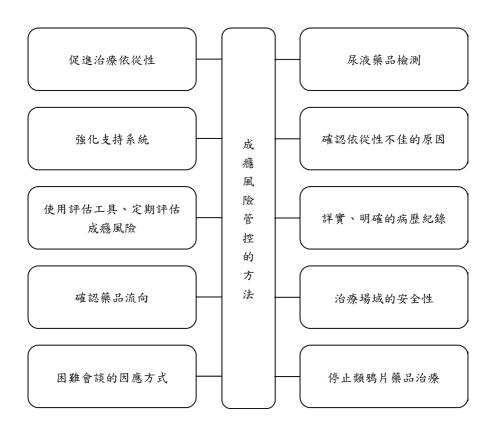
肆、參考文獻

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery from Substance Use Disorders. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf
- Gourlay DL, Heit HA, Almahrezi A. Universal Precautions in Pain Medicine: a Rational Approach to the Treatment of Chronic Pain. Pain Med. 2005;6(2):107-112.
- ≥ Cone EJ, Caplan YH. Urine Toxicology Testing in Chronic Pain Management. Postgrad Med. 2009;121(4):91-102.
- 四、Couto JE, Romney MC, Leider HL, Sharma S, Goldfarb NI. High Rates of Inappropriate Drug Use in the Chronic Pain Population. Popul Health Manag. 2009;12(4):185-190.
- 五、Wu SM, Compton P, Bolus R, Schieffer B, Pham Q, Baria A, Van Vort W, Davis F, Shekelle P, Naliboff BD.

The Addiction Behaviors Checklist: Validation of a New Clinician-Based Measure of Inappropriate Opioid Use in Chronic Pain. J Pain Symptom Manage. 2006;32(4):342-351.

- ∴ Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, Jamison RN. Development and Validation of the Current Opioid Misuse Measure. Pain. 2007;130(1-2):144-156.
- 七、施如亮。「慢性疼痛使用類鴉片製劑不當」導致成癮行為之查檢表。管制藥品簡訊,2007;30:1-2。

圖一、成癮風險管控的方式



表一、標準預防措施的十個步驟 (Ten Steps of Universal Precautions)

	說明
1. 適當鑑別以做出診斷	◎盡可能找出疼痛的可治療原因,並加以處置。
	◎任何共病,包含物質使用疾患及 其他精神疾病,也需一併治療。
2. 進行心理衡鑑,包含 成癮疾患風險的評估	◎針對所有病人皆應完整調查其物質使用個人史和家族史。
	◎風險評估要敏銳但不失尊重。
	○無論病人使用哪種物質或藥品, 都應與病人討論尿液藥品檢測。
	○對治療反應不佳而考慮使用長期或定期使用類鴉片藥品治療者, 尿液藥品檢測是協助制定醫療決策的有效工具。
	◎發現病人使用非法物質或非處方 的藥品時,需進一步評估物質使 用疾患的風險。拒絕評估的病人 不適合以管制藥品來處理其疼痛 問題。
3. 取得知情同意書	◎專業的醫療照護者必須與病人討論並擬定治療計畫,回應病人對治療的疑慮,包括預期的成效、益處及可能的風險。
	◎以符合病人認知程度的說明,讓 病人理解成應、生理依賴、耐受 性等問題。

4. 使用治療性契約	◎不論是書面還是口語約定,都應 清楚呈現病人及治療者對治療的 期待以及應遵守的義務。
	◎知情同意書與治療性契約是治療的基石。措辭謹慎的治療性契約,有助於設定適當的限制,進而能早期辨識異常用藥行為並及時介入。
5. 在治療介入前、後, 評估疼痛程度及功能	◎治療介入前未能針對疼痛程度及功能影響進行評估,便難以確認藥品治療成功與否。
	◎介入後持續的評估及病歷紀錄, 方能支持治療的延續。
6. 是否合併輔助藥品或 治療,並不影響啟用 合宜的類鴉片藥品治 療	◎雖然類鴉片藥品不應常規作為治療首選,但也不應將其視為最後才能採取的治療手段。
	◎應依據病人的主觀感受、臨床的 客觀判斷,開立個別化的處方用 藥。
	◎類鴉片藥品及輔助藥品的適當併用,被視為合理的治療方案,並可在此基礎上做必要的調整。
7. 疼痛分數及功能等級的再評估	◎療程中需定期評估病人的疼痛及功能變化。
	◎家屬或密切接觸者所提供關於病 人用藥的訊息, 有助於臨床判斷 是否持續或需要修改處方用藥、 治療方式。

	◎所有治療的啟用、持續都應衡量 對病人的利弊得失,包括類鴉片 藥品的治療。
8. 定期評估止痛藥的"5As"	◎是否持續類鴉片藥品的治療,可以透過常規監測 "5As" 包含適當緩解疼痛 (analgesia)、降低治療的副作用 (adverse effect)、恢復身體/生活功能 (activities)、維持良好的情緒 (affect)及防止藥品的濫用 (aberrant drug taking)。
9. 定期回顧疼痛診斷及共病,包括成癮疾患	◎治療是動態過程,潛在疾病可能 改變,因此診斷也須依病況調整。
	◎當疼痛及藥癮共存於同一病人, 便可能因各種因素的拉扯,使得 兩者的主導地位互換。因此,治 療有必要隨之調整。
	◎當藥癮成為主要問題,卻未重視 並調整對藥癮的治療方式,則對 於疼痛的治療也可能會失敗。
10. 初步評估及後續回診需記載於病歷	◎謹慎而完整的初步評估、每次回 診都需詳細記載在病歷,以符合 醫療法規範及各方權益。
	◎詳實的病歷記載加上良好的醫病關係,有助於減少醫療糾紛及監管單位的裁處。未被記錄的事情,將不被視為發生過。

參考文獻:

- 1. Gourlay DL, Heit HA, Almahrezi A. Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. Pain Med. 2005;6(2):107-12.
- 2. Passik SD, Kirsh KL, Whitcomb L, Portenoy RK, Katz NP, Kleinman L, et al. A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. Clinical Therapeutics. 2004;26(4):552–561.
- 3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. 2012. https://store.sambsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671
 - https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.pdf

表二、成癮行為查檢表 (Addiction Behavioral Checklist,ABC)

項目	是	否	未評估
成癮行為-自從上次門診後			
1. 病人使用非法毒品或有酗酒的問題			
2. 病人囤積藥品			
3. 病人使用比處方量更多的麻醉藥品			
4. 病人提早把藥品用完			
5. 病人增加麻醉藥品的使用			
6. 病人把用來控制突發痛的止痛劑以 PRN 方式 使用			
7. 病人從一個以上的醫師處取得麻醉藥品			
8. 病人從黑市買藥			
成癮行為-本次門診時			
1. 病人呈現異常安靜或意識混淆 (如:說話含			
糊或反應遲鈍)			
2. 病人有擔心成癮的表現			
3. 病人表現出特別想要某一類藥品或某種給藥 途徑			
4. 病人表現出擔心將來會拿不到麻醉藥品			
5. 病人告知醫師其與家人的關係惡化			
6. 病人虛偽陳述有關止痛藥的處方或使用			
7. 病人表示他"需要"或"一定要"止痛藥			
8. 討論止痛藥的事是病人來門診最主要的目的			
9. 病人表示缺乏復健或自我評估的樂趣			
10. 病人告知使用麻醉藥品後只有最低程度的			
止痛或不足以止痛			
11. 病人表示簽署使用同意書有困難			
其他			
1. 重要關係人對病人使用止痛藥的情形			

參考文獻:

- 1. Wu SM, Compton P, Bolus R, et al. The addiction behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. J Pain Symptom Manage. 2006;32(4):342-51.
- 2. 施如亮。「慢性疼痛使用類鴉片製劑不當」導致成癮行為 之查檢表。管制藥品簡訊,2007;30:1-2。

表三、Current Opioid Misuse Measure (COMM)

- 1. How often have you had trouble with thinking clearly or had memory problems?
- 2. How often do people complain that you are not completing necessary tasks (i.e., doing things that need to be done, such as going to class, work, or appointments)?
- 3. How often have you had to go to someone other than your prescribing physician to get sufficient pain relief from your medications (i.e., another doctor, the emergency room)?
- 4. How often have you taken your medications differently from how they are prescribed?
- 5. How often have you seriously thought about hurting yourself?
- 6. How much of your time was spent thinking about opioid medications (having enough, taking them, dosing schedule, etc.) ?
- 7. How often have you been in an argument?
- 8. How often have you had trouble controlling your anger (road rage, screaming, etc.)?
- 9. How often have you needed to take pain medications belonging to someone else?
- 10. How often have you been worried about how you're handling your medications?

- 11. How often have others been worried about how you're handling your medications?
- 12. How often have you had to make an emergency phone call or show up at the clinic without an appointment?
- 13. How often have you gotten angry with people?
- 14. How often have you had to take more of your medication than prescribed?
- 15. How often have you borrowed pain medication from someone else?
- 16. How often have you used your pain medicine for symptoms other than for pain (to help you sleep, improve your mood, relieve stress, etc.)?
- 17. How often have you had to visit the emergency room?

Measured on a Scale of 0=Never to 4=Very Often

參考文獻:

- 1. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, et al. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. Pain. 2007;130(1-2):144-156.
- 2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. 2012. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4671.
 - https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d//priv/sma13-46/1.pdf

第十六章 急性疼痛的治療

壹、前言

- 一、本章所指的急性疼痛係指發生在類鴉片使用疾患 (opioid use disorder, OUD) 病人的急性疼痛(一般 疼痛及手術全期疼痛:術前、術中、術後的疼痛)。
- 二、患有類鴉片藥品使用疾患的病人(以下簡稱此類病人),當面臨急性疼痛時更應予以適當的治療,以避免類鴉片藥品使用疾患復發。
- 三、急性疼痛多起因於身體組織的傷害,如外傷、手術或 燒燙傷等。此類病人患有輕度疼痛時,其止痛方法及 藥品使用同一般病人。當急性疼痛的嚴重度到達中 至重度時,則以外加其他類鴉片藥品的模式止痛, 且使用的劑量應比正常劑量高 (higher than normal dose)。其原因如下:
 - (一)此類病人對於類鴉片藥品可能已有耐藥性 (tolerance),
 - (二)此類病人可能也產生了類鴉片藥品所引發的疼痛 敏感現象 (opioid-induced hyperalgesia)。
- 四、此類病人的急性疼痛治療宜照會疼痛治療專家及藥 癮戒治專家,評估用藥後疼痛的緩解情形,並防止 類鴉片藥品濫用/誤用及流用(abuse/misuse and diversion)或戒斷症候群的發生。
- 五、由於急性疼痛通常是短暫的,在治療前應該和病人充分溝通,擬定在疼痛減緩時,逐步停止使用類鴉片藥品的計畫。疼痛治療期間,病人若轉由其他醫師照護, 也應和接手的醫師做完整的交班並呈現於病歷紀錄。
- 六、此類病人接受口服美沙冬 (methadone) 溶液或複方丁基原啡因 (buprenorphine/ naloxone) 舌下錠維持療法 (maintenance therapy),當面臨急性疼痛或需要手術時,原本使用的美沙冬口服液或複方丁基原啡因

舌下錠仍應繼續使用,如此不僅可以提供部分的止痛, 也能減少其他類鴉片藥品使用的劑量,並避免類鴉片 藥品使用疾患的復發(relapse)。

- 七、此類病人的手術麻醉方式及藥品使用,同其他病人,但優先考慮神經阻斷術 (neural blockade)。必要時,可以外加使用類鴉片藥品止痛,但是需要留意使用的劑量 (通常需較高的劑量)及副作用的累積。
- 八、此類病人在接受急性疼痛治療時,如需要在短時間內 上調並使用較高劑量的類鴉片藥品,應注意類鴉片藥 品的副作用,尤其是呼吸抑制,此時應住院觀察並加 強監測。當發生時,可以使用注射型(肌肉或靜脈注 射)的類鴉片藥品拮抗劑 naloxone 來治療。
- 九、若病人已常態使用 naltrexone 治療酒癮(在國外也有 用來治療其他的物質使用疾患),在進行必要的外科 手術或其他急性疼痛的治療前,應停止 naltrexone 至 少 48-72 小時。倘急性疼痛已發生,則可給予受傷部 位行局部麻醉或區域麻醉的神經阻斷術止痛。類鴉片 藥品於評估後若為必要使用,宜加大劑量。
- 十、當病人成功戒除類鴉片藥品使用疾患後,若因急性疼痛再給予類鴉片藥品,應留意類鴉片藥品使用疾患是否會被誘發出來。但止痛藥品的給予也不應此擔憂而治療短絀。當止痛藥品或止痛技術不足造成病人持續疼痛,也會造成病人對類鴉片藥品的渴求,進而誘發類鴉片藥品使用疾患。
- 十一、 所採用的止痛療法都須事先和病人溝通,在獲得 共識後進行,且應以非類鴉片藥品的止痛方法為優先 考量。

十二、 其他事項:

(一) 此類病人常見的身體共病症:愛滋病(HIV/AIDS)、肝炎、肝硬化、肺結核、心內膜炎、蜂窩性組織炎、膿瘍及慢性疼痛等。

- (二)此類病人常見的心理/精神共病症:焦慮症、憂鬱症、人格障礙症及創傷後症候群等。
- (三)此類病人常見的社會支持力缺乏的現象:無固定 住所、缺乏親人朋友的關照、曾與他人發生暴力 衝突等。

貳、急性疼痛的評估

- 一、急性疼痛可依疼痛部位分為軀體疼痛(somatic pain) 和內臟疼痛(visceral pain);另也可依其致痛機 轉分為傷害性疼痛(nociceptive pain)和炎性疼痛 (inflammatory pain)。
- 二、當和病人面談及檢查時,需顧及病人隱私,並於支持、 友善且不評判(non-judgment)的狀態下進行。
- 三、急性疼痛病人的身體檢查:理學檢查、實驗室數據檢驗、影像學檢查及其他檢查。
- 四、急性疼痛及類鴉片藥品相關副作用的評估:
 - (一)疼痛病史評估及疼痛特質評估(請參考表一、表二)。
 - (二)對於類鴉片藥品是否產生耐藥性(tolerance)評估。
 - (三)是否產生類鴉片藥品所誘發的疼痛(opioidinduced pain / hyperalgesia)評估,尤其在頭痛 病人。
 - (四)是否發生戒斷症候群評估。
- 参、此類病人相關心理暨精神共病症的評估(請參考表三、表四)
 - 一、物質使用疾患史,包含鎮靜安眠劑、酒品、類鴉片藥 品及毒品。
 - 二、焦慮症、憂鬱症、人格障礙症、創傷後症候群及其他 診斷。

- 三、個人成長史,包括孩童時有無被虐待、傷害或遺棄,神經發展障礙症(neurodevelopmental disorder),如注意力不足/過動症候群。
- 四、自傷/自殺史、暴力/殺人史。
- 五、此類病人社會支持力的評估
 - (一)人際關係、社會支持力。
 - (二)家庭關係,是否被忽略或過度保護。
 - (三)工作投入狀態,對工作的滿意程度。
- 六、因治療需要而外加使用類鴉片藥品之用藥風險評估: 用藥遵從度、藥品貯存及過往用藥行為的評估。

建、此類病人到院時,病人擔憂及常面臨的醫療困境:

- 一、擔憂或確實存在不公平的待遇(discrimination)。
- 二、擔憂或確實存在醫師因藥品使用疾患,低估、忽略或 不重視病人的疼痛。
- 三、擔憂或確實存在當疼痛治療不當,誘發戒斷症候群。

伍、治療此類病人,醫師常擔憂及常面臨的醫療困境:

- 一、擔憂或確實存在病人不信賴醫師。
- 二、擔憂或確實存在過度給予類鴉片藥品會造成呼吸抑制 現象。
- 三、須在疼痛與藥品渴求間做出鑑別診斷。
- 四、擔憂或確實存在醫師處方類鴉片藥品後,遭病人流用。
- 五、擔憂或確實存在病人對醫囑及用藥的遵從度不佳。

陸、一般急性疼痛(非手術疼痛)的處置(以外加法)

此類病人於急性疼痛時,只靠維持療法中的美沙冬或 丁基原啡因是不夠的,需要加入其他止痛方式或藥品 來治療。

一、對於輕至中度疼痛

- (一) 因肌肉痙攣所造成的疼痛,考慮使用tizanidine、baclofen或其他緩解肌肉痙攣的藥品。
- (二) 當病人出現焦慮(anxiety) 症狀,考慮給予抗 焦慮藥品。
- (三)可考慮使用減輕疼痛的輔助療法:如局部按摩、 針灸或痛點注射局部麻醉藥品(行疼痛阻斷術) 等。
- (四)當考慮給予止痛藥品時,優先考慮非類鴉片藥品,如非固醇類消炎藥(NSAIDs,含Cox-1、Cox-2類藥品)、乙醯胺酚(acetaminophen)及局部止痛貼片(如lidocaine 貼布或其他具局部止痛之貼片劑)。
- (五)當上述方法仍無法有效緩解疼痛時,可嘗試使用 類鴉片藥品,但應從最低有效劑量開始。

二、對於重度疼痛

- (一)對於傷病在初步處理後,若病人仍處於嚴重疼痛 狀態,可考慮外加使用類鴉片藥品,但此類病人 因長期使用口服美沙冬溶液或複方丁基原啡因舌 下錠,對於類鴉片藥品常有耐藥性,因此所需劑 量,可能比常人多。在使用後須仔細評估疼痛緩 解情形及藥品是否過量。
- (二)若疼痛緩解不佳,宜照會疼痛治療專家及藥癮戒治專家,協助評估原因並提供治療策略。

柒、對於手術時的疼痛處理(以外加法)

一、在手術全期 (perioperative period,術前、術中、術後) 應持續給予維持療法中所使用的藥品。然若因術前禁 食 (NPO) 及手術期間不方便給予時,得暫時停止維 持療法所使用的藥品。術後,則應再開始使用維持療 法的藥品。但若因以上因素於手術期間停用的藥品不 用補上。

- 二、手術麻醉的方式優先以神經阻斷術 (neural blockade),如半身麻醉 (spinal or epidural anesthesia)、區域麻醉 (regional anesthesia)或局部麻醉 (local anesthesia)的方式進行。
- 三、當必須實行全身麻醉時,可使用吸入性麻醉劑 (inhalational anesthetics)或靜脈麻醉劑,再輔以類 鴉片藥品來進行。
- 四、此類病人於手術全期間,可使用的止痛藥品(含類 鴉片藥品)同其他病人,但切勿使用類鴉片藥品的 促效/拮抗劑(agonist-antagonist)如 nalbuphine、 butorphanol,因為這些藥品會誘發戒斷反應。

五、其他注意事項

- (一)於手術全期間,應密切監測病人的呼吸及心臟功能:偵測藥品的呼吸抑制現象及可能出現的心臟傳導問題(QT prolong),尤其是長期使用美沙冬的病人。
- (二)注意病人的身體功能,如肝臟、腎臟功能是否會因手術或其他因素而下降,進而影響類鴉片藥品的代謝。
- (三)注意於手術全期間所使用的其他藥品是否會和類 鴉片藥品產生交互作用,導致副作用風險增加 (如呼吸抑制、鎮靜作用)。
- (四)對於產前已長期使用類鴉片藥品來做止痛(慢性疼痛)的產婦,於手術全期間的麻醉止痛用藥,應會診疼痛治療專家及藥癮戒治專家協助評估及提出治療建議。
- (五)對於剖腹產後的哺乳婦女,若產前已接受維持療法者於產後應持續服用維持療法的藥品(即使是在哺乳中),此舉可以防止新生兒於出生後產生戒斷反應。
- (六)對於產前並未使用維持療法或未長期使用其他類 鴉片藥品的產婦,於產後哺乳期間應避免使用類

鴉片藥品,以免造成新生兒呼吸抑制及其他中樞神經系統功能的抑制作用。

捌、對於手術後疼痛的處理(以外加法)

- 一、對於類鴉片藥品使用疾患的病人,其手術後止痛的方式及藥品同其他病人。但若要使用類鴉片藥品來止痛時,可能需要較高的劑量。
- 二、對於正接受維持療法的病人,於手術後應持續使用維持療法中所使用的藥品,而術後止痛的藥品則以外加的方式給予。
- 三、持續硬脊膜外止痛法、區域神經叢阻斷法或局部神經 阻斷法,皆可做為術後止痛的選擇。

玖、出院準備服務

- 一、安排及聯絡提供病人後續維持治療的單位,避免病人 因維持治療的藥品供應不足而產生戒斷反應、加重病 情。
- 二、病人在出院後若仍有使用止痛藥品的需求,應優先使用非固醇類消炎藥(NSAIDs)或乙醯胺酚(acetaminophen),必要時再輔以短期使用類鴉片藥品並隨後逐步調降所使用之劑量。

拾、參考文獻

- Coffa D, Harter K, Smith B, Snyder H, Windels S. Acute Pain and Perioperative Management in Opioid Use Disorder: Pain Control in Patients on Buprenorphine, Methadone, or Naltrexone. Support for Hospital Opioid Use Treatment (Project SHOUT). 2018. https://cha.com/wp-content/uploads/2019/01/SHOUT-GUIDELINE-periop-and-acute-pain-03-28-2018.pdf
- MaineHealth CMO Council. Guidelines for the Management of Acute Pain in Patients Prescribed Medication for Opioid Use Disorder (MOUD) or on Chronic Opioid Therapy. 2020.

 https://www.mainehealth.org/-/media/MaineHealth/PDFs/Opioids/Acute-Pain-Management-Guidelines-for-Patients.pdf
- 三、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代 治療臨床指引。衛生福利部。2012。 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48a91e-005fb3f61e5e.html
- Marican Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
- NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf

- 七、U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021.

 https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- ル、Quinlan J, Cox F. Acute Pain Management in Patients with Drug Dependence Syndrome. Pain Rep. 2017;2(4):e611.

表一、疼痛病史評估

評估表單	出處
PQRST Pain Assessment	Handelsman L, Cochrane KJ, AronsonMJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two new rating scales for opiate withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse. 1987;13(3):293–308.

表二、國際常用之成人疼痛量表

評估表單	出處
Verbal Rating Scale (VRS)	http://www.jpsmjournal.com/article/ S0885-3924(11)00014-5/.pdf
Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/ research/download/Pain-Current- Understanding-of-Assessment- Management-and-Treatments.pdf
Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf

表三、情緒評估

評估表單	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):1092-097.
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、類鴉片藥品/物質使用疾患之風險評估

評估表單	出處
Opioid Risk Tool for Opioid Use Disorder (ORT-OUD)	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. J Pain. 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) J Pain. 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. J Pain. 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. J Pain. 2016;17(4):414-423.

第十七章

愷他命長期濫用引起之泌尿系統疾患暨疼痛的處置 壹、前言

- 一、在我國,愷他命(ketamine,k他命,氣胺酮)作為 醫療使用時,列為第三級管制藥品;非醫療用途使用 時,為三級毒品。
- 二、平常所見的愷他命是以塩酸愷他命的形式存在,為消 旋異構物(左及右旋異構物各 50% 之混合物),呈白 色粉末。臨床上,左旋異構物的止痛強度較右旋異構物高 3-4 倍。愷他命主要的代謝產物是去甲基愷他命 (norketamine)。
- 三、對於中樞神經系統,愷他命具有解離性的麻醉作用 (dissociated anesthesia)。在低劑量時,病人會有時 間及空間扭曲的現象、有幻覺且神智輕微跳脫現場環 境。在高劑量時,病人的神智會完全跳脫現實(現場) 環境而有明顯的視幻覺及聽幻覺,但不一定處在愉悦 的狀態。
- 四、愷他命是 NMDA (N-Methyl-D-Aspartate) 受體之非 競爭性拮抗劑。使用於手術麻醉時,其藥理作用是解 離性麻醉劑(喪失意識),會伴有血壓升高、心跳加 速及止痛。
- 五、愷他命的非醫療用途在我國是違法的。世界各國亦將 其列入被濫用的藥品行列。2019年,聯合國藥品報告 中顯示,愷他命於五年期間在全球各國扣押之致幻覺 劑/迷幻藥品 (hallucinogens) 中占 87% 的緝獲量, 而以亞洲為大宗。
- 六、短期或急性使用(濫用)時,常見的症狀為頭暈、意識不清、血壓升高、心率過速。長期使用時,常見的症狀為膀胱功能異常的相關症狀如頻尿、解尿困難、解尿疼痛、憋不住尿及其他症狀(如下腹痛或會陰部疼痛)。

- 七、 愷他命除了對膀胱有影響,也會有毒害腎臟及輸尿管, 造成水腎及腎臟衰竭。
- 八、愷他命濫用者,常同時合併多種藥品、毒品及物質濫 用(含酒癮、安眠藥及其他藥品之藥癮)。

貳、愷他命對於泌尿系統毒害的可能機轉

- 一、 愷他命對於泌尿系統毒害可能的機轉如下:
 - (一) 愷他命或其代謝物對膀胱組織直接的細胞毒性傷害。
 - (二) 愷他命或其代謝物造成膀胱和腎臟的微血管變化。
 - (三) 愷他命或其代謝物在尿路上皮產生遲發性過敏反應 (delayed hypersensitivity)。
 - (四)引發感染不是愷他命膀胱炎的發病機轉,因為絕大多數病人的尿液細菌培養為陰性反應。

二、研究證據:

- (一) 愷 他 命 經 肝 臟 代 謝 產 生 的 代 謝 物 為 Norketamine。Ketamine 和 norketamine 隨 後 在 尿液中排出。
- (二)體外研究發現愷他命和 norketamine 對上皮細胞 具同等毒性。醫療用途(麻醉/止痛)使用的愷 他命劑量為 0.5-2mg/kg 體重,但在愷他命濫 用的案例,多使用更高的劑量(在某些使用者高 達每天 20 克)。
- (三) 愷他命膀胱炎的症狀約在濫用2年後發生。愷 他命一次性麻醉的醫療用途,不會引起愷他命膀 胱炎。
- (四) 愷他命膀胱炎中發現的典型組織學變化有泌尿上皮的剝落及發炎反應(包含血管水腫(angioedema),並有嗜酸性顆粒細胞和T淋巴細胞的浸潤)。受影響的尿路上皮失去表淺層

(屏障功能),進而暴露基質,造成尿中殘存的愷他命和 norketamine 進一步侵蝕尿路上皮。有些組織學的變化類似原位癌 (carcinoma in situ),臨床醫生應注意其後續的病理變化。

(五) T淋巴細胞的組織浸潤表示愷他命也造成了遲發性過敏反應,通常在濫用2年後發生。此機轉也可能是愷他命膀胱炎的致病因素之一。

參、愷他命對泌尿系統毒害的臨床表現

- 一、 愷他命會毒害泌尿系統,尤其是膀胱,會產生多樣化 的刺激性症狀,造成膀胱炎並引發相關症狀群。
- 二、病人的典型主訴是"小便痛、排尿量少",症狀非常類似間質性膀胱炎,通常在愷他命濫用2年後發生。
- 三、愷他命膀胱炎會導致低順應性膀胱(low bladder compliance),膀胱因纖維化而容積縮小(低容積儲尿)造成頻尿、尿失禁、下腹部疼痛。在部分病人因輸尿管膀胱逆流(vesicoureteral reflux),使得上泌尿道系統亦受到影響,造成輸尿管炎、輸尿管狹窄、腎水腫,甚至腹膜後纖維化。

肆、疾病的臨床檢驗、檢查

- 一、膀胱排尿日誌,請病人紀錄泌尿道症狀及排尿問題。
- 二、臨床常規尿液檢查:可能會呈現血尿,應排除感染, 但一般情況下是沒有細菌感染的。
- 三、腹部 X 光片 (KUB)、超音波檢查、腎盂輸尿管靜脈 顯影術 (IVP)、必要時可安排電腦斷層掃描 (CT)。
- 四、尿液細胞病理檢查以排除惡性問題。
- 五、內視鏡膀胱鏡檢查,必要時做組織切片進一步檢查。
- 六、尿路動力學檢查(urodynamic study) 含膀胱功能及容積檢查,攝影尿路動力學檢查(video cystometrogram)及排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)以排除膀胱逆流輸尿管現象。

伍、 常見的檢查結果

- 一、膀胱鏡檢查可能會發現膀胱發炎變化、膀胱容量變小, 表皮呈現微血管怒張和容易接觸出血、發炎潰瘍的肉 眼外觀,甚至在嚴重情況下會出現點狀出血。
- 二、受影響的膀胱尿路組織切片檢查,可能會發現嗜酸性 顆粒性細胞和淋巴細胞的上皮侵潤。
- 三、電腦斷層掃描、腎盂輸尿管靜脈顯影術和超音波檢查, 可能會發現膀胱壁增厚和周圍血管增加(即膀胱壁的 慢性炎症反應)、單側或雙側腎變形水腫、輸尿管壁 肥厚或管腔變小和狹窄等。
- 四、尿路動力學檢查(urodynamic study),如膀胱功能檢查(cystometry),可能會發現膀胱容積量降低、膀胱順從性(compliance)降低,以及即使在低膀胱體積時也會有逼尿肌過度反應(detrusor overactivity)。
- 五、愷他命膀胱炎病人的膀胱容量通常 <150 mL, 若是 逼尿肌過度反應,其膀胱容積甚至低於 14 mL, 因此 相當頻尿,也常有急迫性尿失禁。影像尿路動力學檢查 (video urodynamic study) 及排尿膀胱尿道攝影 (voiding cystourethrography) 用以檢測是否有膀胱 逆流輸尿管的現象。

陸、疾病的治療

- 一、愷他命的停止使用
 - (一)要治療愷他命引起之泌尿系統症狀(含膀胱炎)極具挑戰性,停止使用愷他命才是根本的辦法,但要病人停用愷他命是困難的。由於愷他命有此痛作用,能抑制愷他命膀胱炎所產生的膀胱疼痛。所以停止使用愷他命時,病人可能會出現強烈的膀胱疼痛症狀,如果沒有更有效的止痛藥品,將更驅動病人使用愷他命作為控制膀胱炎疼痛的手段。病人將陷入禁用愷他命、疼痛及泌尿道症狀控制失敗、症狀復發、再用愷他命的惡性循環。

(二)相關研究報告指出,在成功停用愷他命後,高達 50%的使用者症狀會部分改善。頻尿是第一個 改善的症狀。與任何毒癮戒治計劃一樣,負責診 治的醫師必須整合社會工作者、臨床心理學家、 成癮專科醫師的治療建議,才能由濫用的源頭治 本,協助病人終身停用愷他命及其他物質。

二、依賴與戒斷症狀的治療

- (一)相較於酒精與類鴉片藥品等其他物質,愷他命的 成癮性較低。但少部分病人在頻繁且長期使用 後,仍會發展出依賴的症狀。
- (二)這類病人常有強迫性的使用行為,在試圖停止使用時,可能會出現以焦慮為主的戒斷症狀,包括緊張不安、顫抖、冒汗與心悸等。
- (三) 適時的給予抗焦慮或抗鬱劑,可以協助病人緩解 在停止使用愷他命後所伴隨的不適。

三、疼痛的處置

- (一)由於愷他命會造成泌尿道的炎症反應,類似間質膀胱炎。因此在治療上可以使用抗發炎反應的藥品,如非固醇類消炎藥(NSAIDs)和糖皮質激素(glucocorteroids)。其他治療藥品包括抗毒蕈鹼劑(antimuscarinic agents),如 darifenacin、imidafenacin、tolterodine、rospium、oxybutynin、propiverine等(主要作用為增加膀胱的儲尿容量,降低尿急反應),和 beta-3 腎上腺素促效劑(beta-3 adrenergic receptor agonist),如 mirabegron(主要作用為治療膀胱過動的現象)。另,若有感染則需併用抗生素。
- (二) 愷他命本身具有止痛作用,長時間濫用後停止使用時,可能會產生類似戒斷反應的疼痛。止痛藥品如乙醯胺酚(acetaminophen),甚至tramadol都可以短暫使用,以緩解愷他命戒斷初

始期的疼痛。其他的類鴉片藥品(含弱效及強效 類鴉片藥品)則不建議使用在這種情況。

四、膀胱內滴注藥品或膀胱壁注射藥品

- (一)文獻報告指出於膀胱滴注糖氨基葡聚醣 (glycosaminoglycan),如透明質酸或硫酸軟骨素(hyaluronic acid or chondroitin sulphate), 可以提供尿路上皮細胞癒合並發揮其屏障功能, 然此作法需更多的實證資料支持。
- (二) 另有文獻報告指出先將膀胱注水壓脹(80 cmH20壓力)約5分鐘後,再經由膀胱鏡注射內毒桿菌毒素(botulinum toxin type A)到膀胱壁中,也能改善症狀,此做法同樣需要更多的實證資料支持。

五、外科療法

嚴重愷他命膀胱炎的病人,其膀胱增厚/纖維化且順從性差,導致膀胱輸尿管逆流和上泌尿道損傷,使得慢性腎功能衰竭的風險上升。必要時,外科手術也被建議使用,如擷取一段迴腸作為增強膀胱容積的膀胱成形術(augmentation cystoplasty)或是以一般迴腸管道(ileal conduit)取代膀胱的手術治療。

六、精神共病症的治療

除了藥品濫用,病人亦共病精神疾患時,應一併給予治療。憂鬱症、焦慮症及適應障礙症都是愷他命濫用者常見共病的精神疾患。診治醫師應該仔細評估這些共病疾患與愷他命使用的因果關係,並照會精神科醫師協助診治。

七、心理治療及家人的支持

以下的心理治療可以減少病人對愷他命的渴求

- (一) 認知行為療法 (cognitive behavioral therapy, CBT)
- (二) 正念療法 (mindfulness therapy)。

- (三)接納與承諾治療 (acceptance and commitment therapy)。
- (四)動機式晤談 (motivational interviewing)。
- (五) 放鬆訓練 (relaxation training)。
- (六)藝術與音樂療法。
- (七) 家人的參與及支持。

柒、参考文獻

- 一、衛生福利部。吸食 K 他命 小心尿布不離身!2012。 https://www.mohw.gov.tw/cp-3159-23796-1.html
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。105 年度藥物濫用防制 指引。衛生福利部。2016。 https://www.fda.gov.tw/TC/siteListContent. aspx?sid=10848&id=30126
- Analysis and Public. United Nations Office on Drugs and Crime. (UNODC). Synthetic Drugs in East and South-East Asia: Trends and Patterns of Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances. United Nations Office on Drugs and Crime. (UNODC). 2019.

 https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//Publications/2019/2019_The_Challenge of Synthetic Drugs in East and SEA.pdf
- 四、Shahani R, Streutker C, Dickson B, Stewart RJ. Ketamine-Associated Ulcerative Cystitis: a New Clinical Entity. Urology. 2007;69(5):810-812.
- 五、Li CC, Wu ST, Cha TL, Sun GH, Yu DS, Meng E. A Survey for Ketamine Abuse and its Relation to the Lower Urinary Tract Symptoms in Taiwan. Sci Rep. 2019;9(1):7240.
- ∴ Winstock AR, Mitcheson L, Gillatt DA, Cottrell AM. The Prevalence and Natural History of Urinary Symptoms among Recreational Ketamine Users. BJU Int. 2012;110(11):1762-1766.

- 七、Chu PS, Ma WK, Wong SC, Chu RW, Cheng CH, Wong S, Tse JM, Lau FL, Yiu MK, Man CW. The Destruction of the Lower Urinary Tract by Ketamine Abuse: a New Syndrome? BJU Int. 2008;102(11):1616-1622.
- Nood D, Cottrell A, Baker SC, Southgate J, Harris M, Fulford S, Woodhouse C, Gillatt D. Recreational Ketamine: from Pleasure to Pain. BJU Int. 2011;107(12):1881-1884.
- 九、Ng CF, Chiu PK, Li ML, Man CW, Hou SS, Chan ES, Chu PS. Clinical Outcomes of Augmentation Cystoplasty in Patients Suffering from Ketamine-Related Bladder Contractures. Int Urol Nephrol. 2013;45(5):1245-1251.
- + Mocking G, Cousins MJ. Ketamine in Chronic Pain Management: an Evidence-Based Review. Anesth Analg. 2003;97(6):1730-1739.
- +- Xeng J, Lai H, Zheng D, Zhong L, Huang Z, Wang S, Zou W, Wei L. Effective Treatment of Ketamine-Associated Cystitis with Botulinum Toxin Type a Injection Combined with Bladder Hydrodistention. J Int Med Res. 2017;45(2):792-797.
- +: \(\tau\) Lai Y, Wu S, Ni L, Chen Z, Li X, Yang S, Gui Y, Guan Z, Cai Z, Ye J. Ketamine-Associated Urinary Tract Dysfunction: an Underrecognized Clinical Entity. Urol Int. 2012;89(1):93-96.
- += Kuo HC, Chancellor MB. Comparison of Intravesical Botulinum Toxin Type A Injections Plus Hydrodistention with Hydrodistention Alone for the Treatment of Refractory Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. BJU Int. 2009;104(5):657-661.
- 十四、 Jalil R, Gupta S. Illicit Ketamine and Its Bladder Consequences: Is It Irreversible? BMJ Case Rep. 2012;2012:bcr2012007244.
- +五、Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM; American Urological Association. Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: AUA Guideline Amendment. J Urol.

- 2015;193(5):1545-1553.
- 十六、 Meng E, Hsu YC, Chuang YC. Advances in Intravesical Therapy for Bladder Pain Syndrome (BPS)/Interstitial Cystitis (IC). Low Urin Tract Symptoms. 2018;10(1):3-11.
- +七、Zeng J, Lai H, Zheng D, Zhong L, Huang Z, Wang S, Zou W, Wei L. Effective Treatment of Ketamine-Associated Cystitis with Botulinum Toxin Type a Injection Combined with Bladder Hydrodistention. J Int Med Res. 2017;45(2):792-797.

第十八章 物質使用疾患病人的疼痛護理

壹、前言

- 一、疼痛是相當主觀且困擾的症狀,當病人罹患非癌慢性 頑固性疼痛 (chronic non-cancer pain, CNCP) 且經其他藥品及非藥品治療無效時,可能需要長期使用成癮性麻醉藥品 (narcotic analgesics; opioid analgesics),來緩解疼痛並改善其生活品質。CNCP發生在物質使用疾患病人 (即藥癮病人,以下稱為此類病人)時,其疼痛問題仍應受到妥善的醫療照護。
- 二、要緩解此類病人的疼痛,需要有正確的評估機制,但 首先醫護人員需要認識物質使用疾患是病人的生理 (疾病)、心理、社會及環境中負面因素交互影響的 產物。就診過程,此類病人易因其自身擔憂或實際存 在的污名化或偏見而抗拒治療,此時,不先入為主的 態度,開放且具同理心的會談,有益於築起互信的醫 病關係,也是後續完善評估及治療最重要的基石。
- 三、此類病人罹患 CNCP,應詳細評估其疼痛特徵(位置、頻率、維持時間、促發因子、緩解因子等)、澄清其內外科病史、精神疾病史、過去及目前處方用藥史、類鴉片藥品使用史、物質濫用史(使用原因、種類、來源、頻率、過量中毒史、戒斷症狀、對功能的影響,是否造成後遺症),並確認是否曾接受戒癮治療及對此次治療的期待。
- 四、造成 CNCP 的原因可能不只一個,若尚未找出致痛原因,不應主觀認定此類病人的疼痛不存在。需要再檢視收集資料、理學檢查、神經學檢查、實驗室數據,確認是否有遺漏或不符的診斷,檢討治療計畫是否完善。

貳、護理目標

- 一、協助病人陳述疼痛特徵。
- 二、協助病人理解並遵循治療計畫,以降低或去除致痛因素。
- 三、協助病人選擇適當的疼痛控制方法並學習自我照護技 巧,以降低疼痛強度、頻率,及縮短疼痛時間。
- 四、協助病人了解如何正確使用止痛藥品(如類鴉片藥品) 與相關注意事項。
- 五、協助病人減少疼痛對日常生活的影響,如:睡眠、飲 食及行動,以改善病人的生活品質。

參、護理評估

- 一、評估前,護理師應先確認自己對物質疾患的態度與感 受。部門主管也應定期安排專業知識、臨床心理學及 同理心應用等相關課程,以增進護理同仁的專業度, 並在面對可能的質疑時也能維持自我認同。
- 二、選擇適當的疼痛強度評估工具:依病人年齡及可溝通 方式選擇適當的評估量表,常見的疼痛強度評估量表 有數字評估量表與臉譜疼痛評估量表(詳見表一)。
- 三、疼痛特質的評估(PQRST 方法,詳見表二)
 - (一) 激發疼痛及緩解疼痛的原因 (provokes and palliates)
 - (二)疼痛的特質(quality)
 - (三) 痛感的部位及其發散的範圍 (region and radiation)
 - (四)疼痛的嚴重程度 (severity)
 - (五)疼痛在時間方面的資料(time)
- 四、會談時,專注地觀察及傾聽,收集病人的疼痛經驗及 病史,並評估情緒及日常生活作息(詳見表三)。
- 五、物質使用史的評估(詳見表四):

- (一)種類:所有使用過的物質有那些?最常用的物質 是哪一類?是不同階段使用抑或是多種物質同時 使用?
- (二)型態:口服或注射?每種物質不同階段的用量? 現在的使用習慣及劑量?
- (三)時間:幾歲開始使用?每種物質使用的頻率?最 長不使用的間隔時間?最近一次使用時間?
- (四) 其他:首次使用的原因?每次戒除物質的經驗、 成效、戒斷症狀?再度使用的原因?

六、會談時身體狀況的評估:

- (一)生理:生命徵象與意識狀態是否穩定?是否有物質的中毒或戒斷反應?是否胃痛、食慾改變、排便或排尿習慣改變、噁心、嘔吐、吐血、心悸、胸悶、無力、視力模糊、瞳孔反射異常或針尖狀、失眠或嗜睡、厭食、營養狀況、短時間內體重大幅變化、水腫?
- (二)活動:評估有無激躁不安、躁動、步態不穩、動作遲緩、顫抖。
- (三)皮膚完整性?是否有針孔或感染現象?
- (四) 過去病史與家族病史。
- (五)上述症狀是否影響作息,如進食、睡眠、活動量 等。

七、心理狀態及認知功能評估(詳見表五,表六):

- (一)外觀:紀錄特殊或不合宜的穿著打扮或飾品、乾淨與否、是否有異味或特殊氣味、是否攜帶危險物品等。
- (二)認知功能評估(詳見表六):即判斷力、定向感、 記憶力、注意力及計算能力;並評估知覺感受及 思考障礙,如幻覺及妄想。

- (三)情緒:是否有罪惡感、冷漠、欣快、亢奮、焦慮、 恐慌、憂鬱?
- (四)行為:自我照顧能力如何?醫療順從度?藏藥或售藥否?有無使用酒品或其他物質?有無其他法律問題?是否出現其他特殊行為表現?
- (五)語言:評估是否切題、有無胡言亂語、無法理解 語意、無法表達、無法命名物品等現象。

八、人際關係評估:

- (一)交友:是否曾被霸凌或霸凌他人?是否參加幫派?朋友是否有在使用物質或違禁品?是否有人際互動的挫折或溝通困難?
- (二)家庭:病人婚姻狀態、原生家庭功能、父母婚姻 狀態及對病人的影響、教養過程是否有虐待或忽 略、親人是否有物質使用疾患?
- (三)工作:是否遭遇失業、退學、降職?有經濟壓力嗎?工作或學業表現如何?自我表現滿意度?

九、記錄過去的治療情形:

- (一)被迫或自動就醫?哪位家屬協助?
- (二)治療地點、時間、方式、效果?
- 十、相關症狀的評估:是否出現物質過量、中毒或戒斷反應?

十一、 社會支持系統評估:

- (一)環境:家庭與社會功能、生活型態、居住活動的環境、同儕團體的影響、同住家人或主要照護者 對病人物質使用疾患的觀感及處理態度。
- (二)協助機構:可近性?可利用性?聯繫及追蹤方式?與醫療機構的整合或銜接?症狀輕微時能提供的協助?有無自助團體?病人如何對協助機構提供反饋?

(三)社會資源:首先要整合醫療及多個社政單位的資源,確立由單一社工評估病人家庭結構、功能、資源使用能力,是否需要心理衛生單位的協助? 是否需要通報家暴或兒虐?

肆、護理措施

- 一、熟悉並靈活運用各種緩解疼痛的方法,依據病人的喜好來進行自我減痛處置的練習(如舒適臥位、自我復健、呼吸放鬆技巧、瑜伽、太極、音樂、舞蹈、電玩遊戲等)。
- 二、善用行為療法,讓病人學會對疼痛做出更適切的反應與因應方式,以降低疼痛程度:如認知行為療法(cognitive behavioral therapy,CBT);接受和承諾療法(acceptance and commitment therapy,ACT);正念療法(包括冥想)。
- 三、教導自我照護與疼痛相關的共病症(如慢性病自我照護)。
- 四、運用家庭或社會支持等資源,鼓勵病人尋求協助以度 過疼痛低潮期(如同儕或家人陪伴)。
- 五、提供正確使用成癮性麻醉止痛藥品的知識,包括藥品 使用時機、藥物作用、副作用、中毒症狀、戒斷症狀、 長期使用的風險、藥品成癮的原因與徵象,及預防方 法。

六、護理出院準備:

- (一)疼痛管理策略
 - 1. 改善姿勢:站直或坐直。
 - 2. 如果超重,給予飲食衛教、並鼓勵參加體重 管理計劃。
 - 3. 練習深呼吸、冥想、正念或其他能放鬆心情 的作為。
 - 4. 參加疼痛管理課程並加入支持性團體。

(二)建立規律的生活作息及健康的生活習慣:

- 1. 規律的躺床、起床時間,排除影響夜眠的生 活習慣。
- 2. 食用健康的食物,如地中海飲食。
- 3. 停止吸菸、酒、嚼檳榔。
- 4. 建立規律的運動習慣。
- 5. 練習瑜伽、太極、舞蹈或其他可舒展筋骨的 運動。

伍、護理評值

- 一、依護理目標與措施進行評值。
- 二、疼痛照護的成效評值,需使用與照護過程中相同的疼 痛評估工具。
- 三、除了病人主觀疼痛評估外,評值也可使用測量性的生 理指標進行多元而客觀的評值,如生命徵象數據、表 情、活動程度等。

陸、參考文獻

- National Institute on Drug Abuse. http://www.drugabuse.gov
- National Library of Medicine. http://www.nlm.nih.gov
- ≥ Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. Use of the AUDIT and the DAST-10 to Identify Alcohol and Drug Use Disorders among Adults with a Severe and Persistent Mental Illness. Psychol Assess. 2000;12(2):186-192.
- 四、Partnership for A Drug-Free America. http://www.drugfree.org
- 五、Substance Abuse and Mental Health Services Administration http://www.samhsa.gov

- ☆ 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.
- U.S. Department of Veterans Affairs. Safe and Responsible
 Use of Opioids for Chronic Pain: a Patient Information
 Guide. 2018.
 https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/Opioid_gafety/OSI_docs/10-791-Safe_and_Responsible_use_508.pdf
- 八、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
- 九、衛生福利部食品藥物管理署。非癌症疼痛照護及成癮 麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
- 十、吳韻淑、羅筱芬、鄭春秋。成人健康護理中生理及病 理的層面-第三節疼痛。成人內外科護理(第五版, 2012;559-593)。台北:華杏。
- 十一、林梅鳳、陳姝蓉、洪翠妹。精神科護理概論-基本概念及臨床應用-第二十節物質相關即成癮障礙症之護理。精神科護理概論(第十版,2021;554-573)。台北:華杏。
- 十二、鄒建萍、湯麗玉。精神科護理概論-基本概念及臨 床應用-第十九節認知類障礙症之護理。精神科護 理概論(十版,2021;524-553)。台北:華杏。
- 十三、 黃小芳、李來涼。照顧一位因藥物濫用併發脊椎骨髓炎個案之護理經驗。領導護理,2012;13(2):56-66。
- 十四、楊筑硯、孫吟蓁。照顧一位濫用 Ketamine 行腸道膀胱擴大術後之護理經驗。源遠護理,2021;15(1):59-65。
- 十五、郭惠敏、黃靜微、張秉宜等譯, Linda Lee Phelps 著。最新護理診斷手冊:護理計畫與措施(第四版; 2021)。台北:華杏。
- 十六、陳惠君、黃惠美、張家慧、洪至仁。中榮疼痛評估臉譜量表之信效度測試初探。疼痛醫學雜誌, 2019;29(2):17-22。

表一、國際上常用之成人疼痛量表

Pain Assessment Tool	References
Visual Analogue Scale (VAS)	http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf
Numeric Rating Scale (NRS)	http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf
Verbal Rating Scale (VRS)	http://www.jpsmjournal. com/article/S0885- 3924(11)00014-5/.pdf
Facial Grimace and Behaviour Flow Charts	http://www.docslides.com/sherrill- nordquist/facial-grimace-and- behaviour-checklist-flow-sheets
Calgary Interagency Pain Assessment Tool	Huber S, Feser L, Hughes D. A collaborative approach to pain assessment. Can Nurse. 1999; 95(8): 22-26.
Brief Pain Inventory	http://www.npcrc.org/files/ news/briefpain_short.pdf
McGill Pain Questionnaire	http://brainimaging.waisman.wisc.edu/~perlman/0903-EmoPaper/McGillPainQuestRevisited2005.pdf

表二、疼痛病史評估

評估表單	出處
(Provocation, Quality, Region/	Krohn B. Using pain assessment tools. Nurse Pract. 2002;27(10):54-56.

表三、日常生活作息狀態評估

評估表單	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.

表四、物質使用史之評估

評估表單	出處
藥品濫用檢測量表 (Drug Abuse Screening Test, DAST-10)	Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. Psychol Assess. 2000;12(2):186-192.
德州基督教大學藥品篩 檢 V 量表(The Texas Christian University Drug Screen V,TCUDS V)	http://ibr.tcu.edu/forms/tcu-drug-screen/
簡易篩檢量表(The Simple Screening Instrument for Substance Abuse,SSI-SA)	Center for Substance Abuse Treatment. Simple Screening Instruments for Outreach for Alcohol and Other Drug Abuse and Infectious Diseases. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1994.
酒精濫用測驗表(The Alcohol Use Identification Test,AUDIT)	AUDIT 為識別危險飲酒程度而 由世界衛生組織(WHO)以 國際疾病分類 10 (ICD-10) 標 準為基礎所開發的篩檢工具。 http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/ WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
酒精、菸草、物質濫用篩 檢表(Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test,ASSIST)	World Health Organization (WHO) ASSIST Working Group, 2002. http://www.who.int/substance_ abuse/activities/assist/en/index.html

表五、心理狀態評估

評估表單	出處
簡式健康量表,又稱心情溫 度計 (Brief Symptom Rating Scale,簡稱 BSRS-5)	https://www.mohw.gov.tw/dl-61925-c845e9a5-d78b-4a4e-8202-44075da2d689.html
矯正心理健康篩檢 (The Correctional Mental Health Screen, CMHS-F; CMHS-M)	https://www.ncjrs. gov/ pdffiles1/nij/216152.pdf
心理健康篩檢表 - 第 三版(The Mental Health Screening Form- III,MHSFIII)	http://www.bhevolution.org/ public/screening_tools.page
監獄心理健康簡式篩檢 表 (The Brief Jail Mental Health Screen, BJMHS)	http://www.prainc.com/wp-content/uploads/2015/10/bjmhsform.pdf

表六、認知功能評估(JOMAC)

評估項目	題目內容
判斷力 Judgment	「要出門時下雨了, 該如何處理?」 「如果你在火車站想搭車回家,身 上只剩下一塊錢,你會怎麼做?」
定向感 Orientation (人時地)	「今天是民國幾年、幾月 幾日、什麼季節?」 「這裡是哪裡?」 「我們在什麼縣市、區、建築物?」 「我們在哪個國家?」
記憶力 Memory	評估立即、短期、長期,如:答出 立即說出的物品名稱、記得昨天參 加的活動、國中就讀的學校名稱
抽象思考 Abstract thinking	成語為美:「一箭雙鵬」、 「雪中送炭」。 「雪中送炭」。 「雪中送炭」。 「雪中、鼠咬布等」。 須注意病人使用的語言。 比較事物異同度:「蘋果 比較事都是水果,那請問 船和車子都是什麼?」
計算能力 Calculation	如 100 連續減 7,連續減五 次會有五個不同的答案。

參考文獻:鄒建萍、湯麗玉。精神科護理概論-基本概念及臨床應用-第十九節認知類障礙症之護理。精神科護理概論(十版,2021;524-553)。台北:華杏。

第十九章 類鴉片藥品的管理

壹、前言

- 一、成癮性麻醉藥品(類鴉片止痛劑)為強效的中樞神經 抑制劑,使用不當會產生耐受性及生理、心理依賴性 等成癮問題,或呼吸抑制等危及生命的副作用,故多 列屬管制藥品,加強管理。
- 二、國內主要管制藥品管理法規及相關規定包含「管制藥品管理條例」、「管制藥品管理條例施行細則」、「管制藥品使用執照與登記證核發及管理辦法」。
- 三、目前國內核可的類鴉片藥品(止痛劑),見表一。
- 四、本文將針對醫療院所類鴉片藥品(止痛劑)的管理實務進行說明。

貳、名詞解釋

成癮性麻醉藥品:亦稱為類鴉片止痛劑(opioid analgesics)。成癮性麻醉藥品係指含嗎啡(morphine)、可待因(codeine)、鴉片(opium)、配西汀(pethidine)、阿華吩坦尼(alfentanil)、吩坦尼(fentanyl)、羟二氫可待因酮(oxycodone)、二氫嗎啡酮(hydromorphone)及丁基原啡因(buprenorphine)等成分的第一級至第三級管制藥品製劑(可至食藥署「西藥、醫療器材、特定用途化粧品許可證查詢」網站查詢最新藥品品項)。

參、管制藥品管理條例與條例施行細則

- 一、衛生主管機關:在中央為衛生福利部;在直轄市為直轄市政府;在縣(市)為縣(市)政府。
- 二、管制藥品分類為成癮性麻醉藥品、影響精神藥品與其 他認為有加強管理必要之藥品。

三、前項管制藥品限供醫藥及科學上之需用,依其習慣性、 依賴性、濫用性及社會危害性之程度,分四級管理。

四、管制藥品使用

- (一)管制藥品限醫師、牙醫師,使用於正當醫療之目的與正當教育研究試驗。
- (二)醫師、牙醫師須領有食品藥物管理署核發之管制藥品使用執照,才可以使用第一級至第三級管制藥品或開立管制藥品專用處方箋。
- (三)醫師、牙醫師使用第一級至第三級管制藥品,應 開立管制藥品專用處方箋。
- (四)醫師、牙醫師應將使用執照號碼載明於管制藥品專用處方箋。
- (五) 管制藥品專用處方箋之格式、內容

 - 2.管制藥品專用處方箋為醫師、牙醫師藉由電腦開立並列印後交付調劑者,得由處方之醫療機構自行製訂格式,內容可免載單次調劑總處方量範圍。
 - 3. 第一級至第三級管制藥品於同一醫療機構處 方及調劑,供病患住院或手術時於該醫療機 構內使用者,其專用處方箋格式得由該醫療 機構自行製訂,內容可免載單次調劑總處方

量範圍、開立處方醫療機構名稱、處方醫師、 牙醫師聯絡電話、本處方箋可調劑次數、調 劑機構名稱及病患聯絡電話。

五、管制藥品調劑

- (一)管制藥品之調劑,除醫師、牙醫師、藥師或藥劑 生外,不得為之。藥劑生得調劑之管制藥品,不 含麻醉藥品。
- (二)第一級至第三級管制藥品,應由領受人憑身分證明簽名領受。
- (三)第一級、第二級管制藥品專用處方箋,以調劑一次為限。

六、管制藥品管理人

- (一)醫療機構、藥局、醫藥教育研究試驗機構應置管 制藥品管理人管理之。
- (二)管制藥品管理人之資格,醫療機構、藥局應指定 醫師、牙醫師或藥師擔任。
- (三)醫療機構、藥局購用之管制藥品不含麻醉藥品 者,得指定藥劑生擔任管制藥品管理人。

七、管制藥品購買與保管

- (一)醫療機構、藥局購買管制藥品應向食品藥物管理 署申請核准登記,取得管制藥品登記證。
- (二)管制藥品登記證不得借予、轉讓他人。
- (三)管制藥品應置於業務處所保管;其屬第一級至第 三級管制藥品者,並應專設櫥櫃,加鎖儲藏。
- (四)第一級、第二級管制藥品不得借貸、轉讓。

八、管制藥品銷燬與減損

(一)領有管制藥品登記證者銷燬管制藥品,應申請當 地衛生主管機關核准後,會同該衛生主管機關為 之。

- (二)領有管制藥品登記證者調劑、使用後之殘餘管制藥品,應由其管制藥品管理人會同有關人員銷繳,並製作紀錄備查。
- (三)管制藥品減損時,管制藥品管理人應立即報請當 地衛生主管機關查核,並自減損之日起七日內, 將減損藥品品量,檢同當地衛生主管機關證明文 件,向食品藥物管理署申報。其全部或一部經查 獲時,亦同。
- (四)管制藥品減損涉及遺失或失竊等刑事案件,應提 出向當地警察機關報案之證明文件。

九、管制藥品管理

- (一)領有管制藥品登記證者,應於業務處所設置簿冊,應詳實登載管制藥品每日之收支、銷燬、減損及結存情形。
- (二)登載情形依中央衛生主管機關規定之期限及方式,定期向當地衛生主管機關及食品藥物署申報。
- (三)簿册登載事項包含品名、管制藥品成分、含量、 許可證字號、級別、最小單位及製造廠名稱、收 入及支出資料(包括收入或支出之日期、原因、 數量及下列事項)、結存數量。
 - 1. 收入原因為購買或受讓者,並應登載藥品批 號、來源之機構或業者名稱及其管制藥品登 記證字號。
 - 2. 收入原因為查獲減損之管制藥品者,並應載 明減損管制藥品查獲證明文號。
 - 3. 支出原因為銷燬或減損者,並應載明藥品銷 燬或減損證明文號。
 - 支出原因為退貨或轉讓者,並應載明支出對 象之機構或業者名稱及其管制藥品登記證字 號。

- 5. 支出原因為調劑、使用第一級至第三級管制 藥品者,並應逐日詳實登載病人姓名(或病 歷號碼)及其領用數量。
- 支出原因為調劑、使用第四級管制藥品者, 並應逐日詳實登載總使用量。
- 7. 支出原因為研究、試驗者,並應登載研究試 驗計書名稱與其核准文號及使用者姓名。
- (四)簿冊、單據及管制藥品專用處方箋,均應保存五 年。

肆、管制藥品使用執照與登記證核發

- 一、管制藥品使用執照
 - (一)醫師、牙醫師依管制藥品管理條例申請核發管制藥品使用執照,應備具下列文件,向衛生福利部 食品藥物管理署辦理。
 - 1. 管制藥品使用執照申請書。
 - 2. 專門職業證書影本一份。
 - 3. 執業執照影本一份。
 - (二)管制藥品使用執照應登記使用者之姓名、出生年 月日、專門職業證書字號及使用執照號碼等事項。

二、管制藥品登記證

- (一)申請管制藥品登記證者,應備具下列文件各一份,向食品藥物管理署辦理:
 - 1. 管制藥品登記證申請書。
 - 2. 機構或業者之設立許可文件影本:
 - (1)醫療機構:開業執照。
 - (2)藥局:藥局執照。

- 3. 機構或業者負責人之身分證明文件影本。
- 4. 管制藥品管理人之資格文件影本:專門職業 證書及執業執照。
- (二)管制藥品登記證應登記機構或業者之名稱、地址、登記證字號、負責人姓名、管制藥品管理人姓名、專門職業類別、經營業別及發證日期等事項。
- 三、申請負責人或管制藥品管理人變更登記時,應申報管 制藥品簿冊登載情形,並檢附管制藥品收支結存資料。

伍、參考文獻

- 一、衛生福利部食品藥物管理署。管制藥品簡訊第八十三期。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id= f637238367397316654
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。管制藥品管理條例。衛生福利部。2017。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode =10030010
- 三、衛生福利部食品藥物管理署。管制藥品管理條例施行 細則。衛生福利部。2018。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll. aspx?pcode=L0030011
- 四、衛生福利部食品藥物管理署。管制藥品使用執照與登記證核發及管理辦法。衛生福利部。2013。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx? pcode=L0030070
- 五、衛生福利部食品藥物管理署。第一級第二級管制藥品限量核配辦法。衛生福利部。2022。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode= L0030022

六、衛生福利部食品藥物管理署。管制藥品管理使用手冊。 公告應開立管制藥品專用處方箋之管制藥品範圍及專 用處方箋之格式、內容。衛生福利部。2000。 https://www.fda.gov.tw/upload/46/%E5%85%AC%E5%9 1%8A%E6%87%89%E9%96%8B%E7%AB%8B%E7%A E%A1%E5%88%B6%E8%97%A5%E5%93%81%E5%B 0%88%E7%94%A8%E8%99%95%E6%96%B9%E7%A E%8B%E4%B9%8B%E7%AE%A1%E5%88%B6%E8% 97%A5%E5%93%81%E7%AF%84%E5%9C%8D%E5% 8F%8A%E5%B0%88%E7%94%A8%E8%99%95%E6%9 6%B9%E7%AE%8B%E4%B9%8B%E6%A0%BC%E5% BC%8F%E3%80%81%E5%85%A7%E5%AE%B9.pdf

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 (HCI)	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。

第二十章 與病人/家屬之溝通及共同決策

壹、前言

處理物質使用疾患(以下簡稱藥癮)病人的慢性疼痛是艱難而耗時的,成功與否取決於醫病之間是否就以下問題詳細解說、溝通並在治療上做出共同決策(shared decision making, SDM):

- 一、造成疼痛的原因?危險因子?
- 二、精神共病症的治療?
- 三、疼痛和物質使用疾患間的關係?
- 四、病人對於疼痛的表達?
- 五、常用的止痛策略及方法介紹?(含急慢性疼痛)?
- 六、治療疼痛的藥品有哪些?藥效?副作用?交互作用? 成癮性?
- 七、急性或突發性疼痛時的照護方法?
- 八、病人自我照護的項目?
- 九、家屬如何協助病人?
- 十、可提供進一步資訊的網址或資料來源?

貳、造成疼痛的原因?危險因子?

- 一、造成疼痛的原因及慢性化的原因?
- 二、危險因子?
- 三、如何預防或改善?

冬、精神共病症的治療?

- 一、常見的精神共病症?
- 二、精神共病症的評估?
- 三、精神共病症的治療?

建、疼痛和物質使用疾患間的關係?

- 一、疼痛和物質使用疾患間的因果關係?
- 二、物質使用疾患的評估?
- 三、物質使用疾患的治療?

伍、病人對於疼痛的表達?

- 一、常見疼痛嚴重度的評量方法及表單?
- 二、病人要如何正確且充分的表達對疼痛的感受?
- 三、依照病人陳述的疼痛特徵,需要安排的檢驗/檢查及會診?

陸、常用的止痛策略及方法介紹(含急慢性疼痛)?

- 一、疼痛治療的目標及策略?生活功能的改善?
- 二、在身體疼痛相關疾病的治療方面?
- 三、在心裡/精神上疾患的支持與治療?
- 四、在家庭/社會支持力方面的加強?
- 五、依治療方式,可能參與治療的團隊成員及其功能?

柒、治療疼痛的藥品有哪些?藥效?副作用?交互作用?成癮 性?

- 一、乙醯胺酚及非固醇類消炎藥?
- 二、抗焦慮藥品?
- 三、抗憂鬱劑?
- 四、抗癲癇藥品?
- 五、類鴉片藥品?
- 六、其他藥品?
- 七、劑型劑量的選擇?
- 八、副作用?藥品間的交互作用?

九、在止痛效用、成癮性、安全性方面的考量?

十、接受止痛藥物治療,遇到警察機關採驗尿液時,是否會呈現偽陽性?

捌、急性或突發性疼痛時的照護方法?

- 一、治療的原則?
- 二、用藥時應注意事項?
- 三、手術時應注意事項?

玖、病人自我照護的項目?

- 一、有哪些自我照護的方法?
- 二、應紀錄的事項及如何使用自我評量表?
- 三、如何維持良好的睡眠品質?
- 四、如何舒壓及提升抗壓能力?
- 五、復健/運動/日常生活應如何安排?
- 六、營養及飲食應注意什麼?
- 七、用藥安全應注意什麼?
- 八、如何尋求協助?有哪些單位可以提供資源?

拾、家屬如何協助病人?

- 一、如何辨識病人的不適是疼痛或是藥癮導致?
- 二、除了藥品,是否有其他治療方式?
- 三、病人觸法、判刑並將執行,如何在監禁場域維持治療?
- 四、藥品治療是否會影響職業功能?治療多久可以返回職場?
- 五、用藥安全應注意什麼?如何評估病人是否藥癮復發?
- 六、如何尋求協助?有哪些單位可以提供諮詢及導入資源?
- 七、如何減少照顧負荷?有哪些資源可供家屬喘息?

拾壹、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?

拾貳、參考文獻

- 一、請參考本份教材之其他相關章節
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。醫師為疑似有藥癮之非癌症慢性頑固性疼痛病人處方成癮性麻醉藥品使用指引。衛生福利部。2018。 https://www.fda.gov.tw/tc/includes/GetFile.ashx?id=f636813588692411342
- 三、衛生福利部心理及口腔健康司。鴉片類成癮物質替代 治療臨床指引。衛生福利部。2012。 https://www.mohw.gov.tw/dl-47637-3b2cb020-0b3a-4c48a91e-005fb3f61e5e.html
- Merican Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. 2020.

 https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf
- London: Department of Health. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Public Health England. 2017.

 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical guidelines 2017.pdf
- NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. NSW Ministry of Health 2018.

 https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf

- 七、U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders Provider Summary. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. 2021.

 https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf
- N. U.S. Department of Veterans Affairs. Opioid Use Disorder A VA Clinician's Guide to Identification and Management of Opioid Use Disorder. U.S. Department of Veterans Affairs. 2016.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/45_OUD_Provider_AD_Educational_Guide_IB_933_P96813.pdf
- 九、Wells DL, Popish SJ, Himstreet J, Dancel E. Identifying and Managing Opioid Use Disorder (OUD) A VA Clinician's Guide. U.S. Department of Veterans Affairs. 2020.

 https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/Academic_Detailing_Educational_Material_Catalog/OUD_Provider_ProviderGuide_IB10933.pdf
- + Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018.

 https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf
- +- · Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia Government Department of Health and Aged Care. 2014.

 https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence.pdf

+= Ministry of Health. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. Wellington: Ministry of Health. 2014.

 $\frac{https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf$

