

安寧緩和醫療病人 之疼痛照護衛教手冊

(民眾版)



衛生福利部
食品藥物管理署
Taiwan Food and Drug Administration



中華民國113年12月編印

序

安寧緩和醫療起始於 1967 年英國 St. Christopher's 臨終關懷醫院，在策略上，WHO 建議安寧緩和公共衛生的推展模式包含四個主要的方向：政策的支持、教育訓練、實務執行及止痛藥品的取得。

食品藥物管理署為了讓病人能進一步了解疼痛照護的方法及用藥，提升疼痛病人的生活品質，故委託奇美醫療財團法人奇美醫院，邀集國內疼痛科、麻醉科、緩和醫學科、家庭醫學科、老年醫學科、復健科、精神科、預防醫學科、胃腸科、外科、放射科、整合醫療、急診、藥學及護理專家學者共同編撰本手冊；並從安寧緩和醫療介紹、疼痛的評估、照護的目標與策略、常用的止痛方法、心理照護、病人特殊病情的治療、病人自我照護及照護者的衛教等資料，分章節編撰。

期盼本手冊能提供接受安寧緩和照護且有疼痛的病人及其照護者參考運用，進而緩解疼痛、改善生活品質及提升用藥安全。

衛生福利部食品藥物管理署署長



謹誌

中華民國 113 年 12 月



編輯委員

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

王志中 醫師／教授

奇美醫院經營決策委員會
講座教授

林宏榮 醫師／教授

奇美醫院院長

趙有誠 醫師／教授

台北慈濟醫院院長

田雨生 醫師／教授

中山醫學大學附設醫院副總院長

陳綉琴 護理師／助理教授

奇美醫院副院長兼護理總監

余黃平 醫師／教授

台灣麻醉醫學會理事長

謝宛婷 醫師／助理教授

奇美醫院緩和醫療中心主任

褚錦承 醫師／教授

奇美醫院麻醉部副部長
兼婦幼麻醉科主任

許堯欽 醫師／助理教授

奇美醫院中醫部部長

蔡岡廷 醫師／助理教授

奇美醫院家庭醫學部部長兼
老年醫學科主任

蔡孟修 醫師

奇美醫院預防醫學科主任

蘇慧真 藥師／副教授

奇美醫院藥劑部部長

邱仲慶 醫師／教授

奇美醫院榮譽院長暨經營決策
委員會副主任委員

王英偉 醫師／教授

花蓮慈濟醫院緩和醫學中心主任

簡志誠 醫師／教授

國泰綜合醫院院長

田宇峯 醫師／教授

奇美醫院首席醫療副院長

鄭紹宇 醫師／教授

輔英科技大學附設醫院院長暨
臺灣醫療品質協會理事長

葉春長 醫師／教授

台灣疼痛醫學會理事長

陳貞吟 醫師／教授

奇美醫院麻醉部部長兼疼痛科主任

王鈺霖 醫師／副教授

奇美醫院復健部部長

許晉嘉 醫師

奇美醫院中醫部主治醫師

黃建程 醫師／教授

奇美醫院急診部高齡急診科主任兼整
合醫療中心主任

高霈馨 醫師／碩士

奇美醫院高齡精神醫學科主任



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛 照護衛教手冊（民眾版）

第一章 安寧緩和醫療的發展	13
壹、對安寧緩和療護的迷思	
貳、安寧緩和療護的定義	
參、21 世紀的安寧緩和和新觀念	
肆、台灣安寧緩和的發展	
伍、台灣的安寧緩和服務	
陸、結語	
第二章 安寧緩和醫療簡介	23
壹、臺灣安寧緩和醫療的發展與相關法規	
貳、安寧緩和照護各職類的服務內涵	
參、安寧緩和常見的其他重要議題	
第三章 整體性疼痛照護簡介	31
壹、前言	
貳、疼痛治療的原則	
參、疼痛治療的目標	
肆、疼痛的評估	
伍、疼痛治療的方法	
陸、止痛藥品的治療	
柒、對於臨終病人疼痛的處置	



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

第四章 疼痛的多面向評估 43

壹、前言

貳、疼痛評估的原則

參、疼痛評估的面向

肆、疼痛特質的評估

伍、過去病史及現在病況的評估

陸、生活功能的評估

柒、心理 / 精神狀態暨家庭 / 社會支持力的評估

捌、靈性支持力的評估

玖、疼痛治療成效的預估及告知、溝通

拾、特殊族群疼痛在醫療上的評估方法

拾壹、識別是否發生須緊急處置的狀況

拾貳、評估結果的紀錄及持續監測

第五章 疼痛照護的目標與策略 57

壹、前言

貳、安寧病人疼痛照護的目標

參、安寧病人疼痛照護的策略

肆、緩解身體疼痛、恢復（或部分恢復）生活功能

伍、維持良好的情緒及提升生活（生命）品質

陸、強化人際（家庭、朋友、社會）的支持力

柒、提升靈性的支持力



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

第六章 常用的止痛方法 71

壹、前言

貳、安寧病人疼痛常用的治療方法

參、安寧 / 末期病人常見的疼痛及其治療建議

肆、臨終病人疼痛的治療建議

第七章 非藥品的治療 77

壹、前言

貳、疼痛治療的目標

參、疼痛治療的方法

肆、身體疼痛暨疾病的治療

伍、心理 / 精神 / 靈性療法

陸、強化家庭 / 社會支持力

第八章 非類鴉片止痛劑的治療 85

壹、前言

貳、乙醯胺酚

參、非固醇類消炎藥

肆、抗憂鬱藥品

伍、抗癲癇藥品

陸、局部止痛藥品的使用

柒、皮質類固醇

捌、藥品使用劑量之建議



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

第九章 類鴉片藥品的治療 95

壹、前言

貳、類鴉片止痛劑使用時須注意事項

參、個別類鴉片止痛劑居家使用時須注意事項

第十章 類鴉片藥品副作用的預防與處理..... 119

壹、前言

貳、使用類鴉片藥品對於個別器官系統可能會發生的副作用

參、常見副作用的預防及治療

第十一章 復健治療..... 131

壹、前言

貳、復健類型

參、復健強度

肆、復健目標

伍、啟動復健治療的時機

陸、常見各類疾病的復健需求

柒、復健利用不足

捌、復健的風險

玖、復健服務場域

拾、終止服務的時機



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

第十二章 心理 / 精神、社會及靈性的支持 139

壹、前言

貳、疼痛治療所面臨的問題

參、心理 / 精神、社會、靈性的支持方式

肆、辨別疼痛與受苦

伍、總結

第十三章 急診安寧療護暨疼痛治療 155

壹、前言

貳、名詞定義

參、急診評估及處置原則

肆、呼吸困難之處理

伍、疼痛之處理

陸、發燒及感染之處理

柒、跨領域團隊照護

捌、總結

第十四章 老年人安寧療護暨疼痛治療..... 163

壹、前言

貳、老年人安寧療護中的疼痛照護

參、疼痛的評估方法

肆、老年人安寧疼痛治療的基本原則



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

伍、急性疼痛的治療方法

陸、慢性疼痛的治療方法

柒、藥品治療

第十五章 兒童安寧療護暨疼痛治療 175

壹、前言

貳、兒童安寧疼痛與其他症狀之藥品使用建議

參、兒童安寧照護之身心社靈議題

第十六章 安寧病人帶狀皰疹後神經痛的療護 185

壹、前言

貳、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的臨床表現

參、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的病因

肆、安寧病人帶狀皰疹和皰疹後神經痛的發生率

伍、帶狀皰疹的傳染性與日常注意事項

陸、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的預防

柒、帶狀皰疹與皰疹後神經痛的治療

第十七章 安寧或末期病人的疼痛護理 195

壹、前言

貳、安寧疼痛護理的照護目標

參、對於疼痛的評估

肆、疼痛護理的照護措施



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

第十八章 臨終病人療護暨疼痛治療 203

壹、前言

貳、名詞解釋

參、臨終病人常見的症狀

肆、對於臨終病人的評估

伍、與病人 / 家屬間的溝通及共同決策

陸、提供一個能緩和臨牀不適症狀的照護

柒、疼痛的處置

捌、喘 / 呼吸困難的處置

玖、噁心與嘔吐的處置

拾、焦慮、譫妄及激動的處置

拾壹、喉頭嘎嘎音的處置

拾貳、其他身體症狀的處置

拾參、心理照護

拾肆、靈性照護

拾伍、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷

第十九章 安寧病人疼痛的中醫藥療法 223

壹、前言

貳、中醫對疼痛的看法

參、中醫對疼痛的治療方法

肆、中醫對於疼痛症狀的治療

伍、中醫對於止痛藥品副作用的治療

陸、結語



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

第二十章 醫病溝通與共同決策 235

壹、前言

貳、安寧緩和相關的照護有那些？

參、在安寧緩和醫療上，法律規範有哪些？

肆、對於疼痛的了解？

伍、對於疼痛的表達？

陸、如何選擇適當的止痛方法？

柒、常用的止痛方法及藥品優缺點介紹？

捌、如何選擇及使用安全的類鴉片藥品？

玖、臨終前相關的醫療照護事項？

拾、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷？

第二十一章 病人的自我照護 241

壹、前言

貳、安寧期間自我照護的方法有哪些？

參、應做什麼樣的紀錄及自我評量？

肆、如何保持良好的睡眠品質？

伍、如何紓壓及提升抗壓能力？

陸、用什麼心理療法 / 策略來舒緩對於疼痛的感覺？

柒、如何正念冥想減壓？

捌、如何充實心靈？

玖、如何尋求協助？

拾、在營養及飲食上應注意什麼？



目錄

安寧緩和醫療病人之疼痛
照護衛教手冊（民眾版）

拾壹、在復健 / 運動 / 日常活動上應如何安排？

拾貳、在興趣與休閒上如何安排？

拾參、在人際關係上應如何整合、重新連結與四道人生？

第二十二章 家人和照護者宜了解及協助的事項 255

壹、前言

貳、家人和照護者宜了解及協助的事項

參、總結論



第一章

安寧緩和醫療的發展



壹. 對安寧緩和療護的迷思（在觀念上是否正確）

一、安寧緩和只針對臨終的病人？（不正確）

事實：

安寧緩和療護並不只是針對臨終的病人，很多的研究顯示，在病人早期接受癌症治療時，若同時也接受緩和照顧，病人的生活品質會增加，也會減少不必要的急診或住院，家屬與醫護團隊的滿意度也會增加。也有研究指出病人若接受早期的緩和照顧，生命時間可能延長。

二、安寧病房只是等著過世的地方，沒有任何治療？（不正確）

事實：

在安寧病房裡的治療是一種積極的治療，有時候所使用的治療方式比其他病房還多。病人在不同的階段，有不同的需要，安寧緩和團隊在這個時候提供給病人最適合的照顧，安寧病房強調要減除病人的各種痛苦，在病房中除了藥品外，也有各種的輔助療法。研究顯示在安寧病房中，病人及家屬的滿意度大幅提升。

三、住進安寧病房的人最後都會過世？（不正確）

事實：

大部分住進安寧病房的病人，在病情穩定後，出院接受安寧居家服務。若病人在家裡的狀況不穩定，也可以短暫住院做治療。也有部分住在長照機構的住民，當健康狀況惡化時，住進安寧病房，穩定後再回到原照顧機構。

四、安寧緩和療護就等於安樂死？（不正確）

事實：

安寧緩和療護是為了提升病人的生活品質，不會加速死亡，是盡可能在病人沒有痛苦下，接受自然死亡的一個生命的過程。

表一、安寧療護、安樂死、一般醫院癌症末期照顧之比較

安寧緩和療護	安樂死	一般醫院癌症末期照顧
強調有尊嚴的活	強調死得有尊嚴	較不注重生命的尊嚴
兼顧生命的質與量	希望停止病人的生命	希望延長病人的生命
強調家屬與病人的親情與照顧	只強調病人或家屬個別感受，不注重團隊醫療照顧	強調醫療的重要
緩和及支持性治療	給予致死的針、藥或拔除維生設備	只注重醫療對病人的照顧
注重團隊照顧，對病人及家屬提供全人服務，強調控制疼痛、解除不適症狀及心靈支持	強調生命的停止是一了百了，認為生命的延長只有痛苦	強調對疾病盡力醫治，甚至癌症末期仍住加護病房，插管維持生命

五、住進安寧病房後都會使用嗎啡作為止痛藥，病人可能會成癮？（不正確）

事實：

一般人使用嗎啡可能會成癮，可是為了疼痛而使用嗎啡，成癮的機會就很少。鼓勵大家使用嗎啡類藥品作為控制嚴重疼痛的主要藥品，也是國家的政策。在醫師適當調整下使用，藥品的安全性很高，當症狀穩定後，也會逐漸減量使用。

六、害怕開始使用嗎啡類藥品，日後一旦疼痛增加時，便沒有其他的藥品可以止痛？（不正確）

事實：

嗎啡類藥品沒有最高劑量的限制，另有研究指出，若因需要而早期使用止痛藥品，日後的疼痛反而更易控制。

貳. 安寧緩和療護的定義

世界衛生組織於 2002 年定義安寧緩和照顧是為針對面對威脅生命之疾病時，病人與家屬的一種照顧方式。其目標是藉由病程早期評估、預防及減緩痛苦，包括身體的疼痛及其他症狀、心理、社會與靈性的問題，以達提升生活品質之目標。此定義中強調，安寧緩和照顧以團隊照顧的方式滿足病人及家屬的需求；提供病人疼痛及身、心、靈痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病人臨終期及病人死亡後哀傷期的調適。

台灣安寧緩和療護強調五全照護如下：（一）**全人照顧**：包括身體、心理、社會、靈性照護；（二）**全家照顧**：包括病人、家屬與照顧者；（三）**全隊照顧**：包括醫師、護理師、社工、靈性關懷師及其他專業人員；（四）**全程照顧**：包括嚴重疾病被診斷的初期、疾病進行中的治療、末期的照護與死亡後家屬的悲傷關懷；（五）**全社區照顧**：包括慈悲關懷社區、鄰居、團體的共同參與嚴重疾病的關懷。

參. 21 世紀的安寧緩和和新觀念

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

	過去的觀念	21世紀的新觀念
觀念	末期疾病	嚴重進行性疾病(不一定末期)
	預後只有數星期到數月	有限生命(不一定近期死亡)
	癌症	所有進行性疾病或狀況
	越來越惡化	病程起伏，常有偶發性惡化
照護模式及機構	治癒性或緩和治療選擇其一	同步進行，共同照護
	專科治療或緩和醫療	視需要可同時接受二類治療
	以「預後」作為接受緩和專科服務準則	以「複雜或嚴重度」作為緩和專科服務的準則
	疾病晚期才轉診緩和專科服務	在社區或各種場域，早期便可接受緩和照護。
	醫院/機構中進行	社區中進行
	病人是一個被動角色	預立醫療自主計畫、病人參與
	片斷式的照護	整合式照護

肆. 台灣安寧緩和的發展

台灣 1983 由民間團體開始推動安寧緩和的觀念，並在民間和政府的共同努力下，**第一波**，政府針對末期癌症病人提供住院、居家與共同照護的健保給付，同時訂定安寧緩和條例與癌症防治法，保障末期病人的生命尊嚴。**第二波**，安寧緩和運動把癌症安寧擴大至其他的重大疾病與不同的場域。而**第三波**，安寧緩和療護運動開展了全齡的緩和照護，從重症的新生兒到老人，都是照顧對象，場域擴及社區與長照機構，同時推動慈悲關懷社區，使安寧緩和療護成為醫療體系一部分。而民眾亦能增加死亡識能，以正向的態度面對死亡。面對人口高齡化的趨勢，台灣安寧緩和照護運動逐步走向多元與全面，**健保於 2022 年 6 月起，更在癌症與八種非癌症的末期疾病之外，增列 4 類對象，其中末期衰弱老人即是其一，期待能透過政策的支持，為衰弱老人帶來更周延的照護。**

台灣在民間與政府的共同努力下，亦得到國內外的肯定。2010 年英國的經濟學人雜誌做了全球死亡品質的比較，共有 40 個國家參加這個評比，臺灣排名第 14 名；2015 年第二次全球死亡品質比較，在 80 個國家中，臺灣名列第 6，其中在 20 個指標當中，疼痛藥品的可近性得到滿分；2021 年進行第三波的全球死亡品質比較，臺灣的排名進步到全球 81 個國家中第 3 名，在這波品質評比當中採用了新的指標，把病人的感受放在最重要的位置，而病人的感受也是以疼痛控制為第一個最優先的項目。**整體而言。臺灣在安寧緩和的發展，宏觀面上已得到國際上的肯定，在疼痛藥品的取得與可近性，也有不錯的表現。**

政府主導推動安寧緩和療護

第一波運動

1995 -2005年

- 引進安寧緩和療護的概念
- 制度建立、立法保障善終
- NGO、專業學會成立
- 以癌症為主
- 發展住院、共照、居家安寧和療護

第二波運動

2006-2015年

- 八大非癌症安寧緩和療護
- 預立醫療照護諮商(ACP)
／醫病共享決策 (SDM)
- 急重症安寧緩和療護

第三波運動

2016-2025年

- 不分疾病安寧緩和療護
- 全齡人口安寧緩和療護
- 早期介入安寧緩和療護
- 社區與長照安寧緩和療護
- 新科技與AI人工智慧醫療
- 病人自主權利法
- 關懷社區／城市

伍. 台灣的安寧緩和服務

現階段台灣的安寧緩和服務主要為健保給付，包括安寧緩和病房、居家安寧緩和服務與在醫院不同單位的安寧緩和共同照護。因有健保的補助，病人所需要的負擔並不多。

安寧緩和病房的團隊包括醫師、護理師、社工師、心理師、靈性關懷師、志工及其他的成員，提供病人與照顧者的全人照護。健保給付與一般病房不同，基本是以每天一定的額度，病人不必額外負擔，在病人狀況穩定後可出院，並接受居家安寧緩和服務。

家是病人最熟悉的地方，透過專業的安寧緩和居家護理師，病人可安心在家。居家安寧緩和團隊定期到家為病人解決問題，病人與家屬也可透過 24 小時的支持系統得到即時的專業支持，必要時也能安排入住安寧緩和病房。

安寧緩和共照團隊是在病人仍在原單位治療時，與原單位共同提供病人照護，或提供後續轉院的安排。研究指出病人若接受早期的緩和共同照護，治療成效會更好，生活品質也同時提升。

在高齡化社會時代，長照機構的安寧緩和照護越來越重要，可以讓生活在長照機構的嚴重疾病住民，安心在原機構繼續被照顧，一直到生命的終結。長照機構與安寧緩和支援機構緊密的合作，能使機構住民得到有尊嚴與品質的末期照護。

陸. 結語

安寧緩和療護已是醫療照護系統中的一部分，安寧緩和療護不侷限在末期的臨終照護，在病人接受積極的治療時，同時接受安寧緩和的照護，病人的生活品質與預後都能提升。

在台灣，安寧緩和療護朝著五個面向來進行：（一）全人照顧，（二）全家照顧，（三）全隊照顧，（四）全程照顧，（五）全社區照顧。台灣在安寧緩和的發展，在宏觀面已得到國際上的肯定，在疼痛藥品的取得與可近性，也表現的不錯。期待經由政府的支持與民眾、醫療單位的共同努力，能為有需要安寧緩和照護的病人，提供更好的服務。

柒. 延伸閱讀

- 一、國家衛生研究院。台灣安寧緩和療護政策綱領暨行動方案。國家衛生研究院。2020。
<https://lib.nhri.edu.tw/NewWeb/nhri/ebook/39000000464060.pdf>
- 二、Gómez-Batiste X, Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. First Edition: 2017.
https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Gomez-Batiste_X_Connor_S_Eds_Building_Integrated_Palliative_Care_Programs_and_Services_2017.pdf
- 三、The Economist Intelligence Unit (EIU). The 2015 Quality of Death Index: Ranking of Palliative Care Across the World. A Report from the Economist Intelligence Unit. The Economist Intelligence Unit (EIU), 2015.

<https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>

- 四、 World Health Organization (WHO). Guidelines on the Management of Chronic Pain in Children. World Health Organization, 2020.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337999>
- 五、 World Health Organization (WHO). Cancer Pain Relief: with a Guide to Opioid Availability, 2nd ed. World Health Organization, 1996.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>
- 六、 衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>

第二章

安寧緩和醫療 簡介



壹. 臺灣安寧緩和醫療的發展與相關法規

安寧緩和醫療照護在世界衛生組織的定義為：在病人（含成年人與孩童）面對不可治癒的進展性疾病過程中，提供病人與家人的身心社靈照護需求，並針對因身、心、社、靈相互影響而產生的整體苦難（或稱整體性疼痛），以全團隊、全人照護的概念進行評估與處遇，以達到全家平安、善終善生的目標。

安寧緩和醫療在臺灣由正式的安寧緩和醫療專科醫師提供服務，除提供末期病人全人、全家、全程、全隊與全社區的五全安寧照顧，也將緩和醫學的觀念推展到末期病人以外的高齡化、慢性病以及生命有限的疾病領域，以重視尊嚴與人權的理念與精神，陪伴生命全程直到善終。

目前世界各國對安寧緩和醫療照護都極為重視，但對於符合安寧緩和醫療照護的族群、維生醫療（如呼吸器、洗腎、重度感染使用的抗生素、輸血等）、人工流質營養（如鼻胃管、胃造廔、腸造廔、全靜脈營養等）的選擇權利之相關法律規範不盡相同。本章節針對臺灣的安寧緩和照護概況及相關法規進行說明。

- 一、《安寧緩和醫療條例》於西元 2000 年公布實施，經歷三次修法，以保障末期病人的善終權益。法條規範：具行為能力之本人可以簽署「不施行心肺復甦術意願書」，也只有本人可以改變或撤銷；意識不清或不具行為能力的病人可以由家屬簽署「不施行心肺復甦術同意書」，排行順位較先的親屬可以改變或撤銷後順位親屬的同意書（例如配偶可以改變或撤銷子女的同意書）；意識不清且無家屬者由醫療團隊則能依病人當時的最佳利益，以不施行心肺復甦術之醫囑助病人善終。此處的善終意願，指的是保障病人在罹患嚴重傷病、死亡已不可避免時，拒絕心肺復甦術與瀕死期相關維生醫療的施予，以減少臨終階段無效醫療的痛苦。
- 二、《病人自主權利法》於西元 2016 年公布，2019 年實施，重點在保障病人醫療自主並促進病人知情、選擇與善終的權益。此法條規範：具完全行為能力之意願人於參與預立醫療照護諮商後，可簽署「預立醫療決定」，民眾可向有提供預立醫療照護諮商服務的醫療機構預約諮商服務。「預立醫療決定」是保障意願人在罹患末期疾病、不可逆轉之昏迷、永久性植物人、極重度失智以及主管

機關公告之疾病等五款重症之時，對「維持生命之治療」、「人工營養與流體餵養」二項抉擇有選擇之權利。

- 三、安寧療護提供的服務模式分為安寧住院（安寧病房）、非住在安寧病房之安寧共同照護、安寧居家服務，都是由健保給付之服務模式。
- 四、臺灣現行可以接受健保安寧照護給付的族群如下：癌症、運動神經元疾病、大腦變質、老年期失智、心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、其他慢性肺臟疾病、急性腎衰竭、慢性腎衰竭、慢性肝病或肝硬化。健保署並於民國 111 年 3 月 24 日公告，增列末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群、符合病人自主權利法第 14 條第 1 項第 2 款至第 5 款條件病人、罕見疾病或其他預估生命受限者，都已納入健保給付之安寧服務。
- 五、依照世界衛生組織的定義，生命時間有限的慢性惡化性疾病，都符合緩和照護的需求，包含：後天免疫缺乏症候群（AIDS）、類風溼性關節炎、天生發展畸形或其他遺傳疾病、難治的慢性感染症等；但目前這些疾病在我國，並不屬於健保的安寧照護服務給付範圍。
- 六、安寧療護在身體照顧部份提供藥品及非藥品的方式，處理因疾病所引起不適之症狀，並給予病人各項舒適照顧的服務（例如：傷口護理、疼痛控制、水腫護理…等）。社會心理及靈性層面，團隊會評估病人及家屬心理問題與需求提供諮商，協助處理各種心理、情緒問題，達到全人、全家、全隊、全程、全社區的五全照顧。

貳．安寧緩和照護各職類的服務內涵

以下就安寧緩和照護團隊組成之主要職類服務內涵做一簡介。

一、醫師

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

二、護理師

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

三、社工師

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

四、心理師

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

五、營養師

提供末期病人，尤其是惡病質狀態者，適合的咀嚼訓練

以及飲食建議，讓末期病人能在安全快樂的情境中有彈性的自由進食。

六、藥師

針對末期病人的用藥整合和末期症狀的用藥需求，提供專業的建議。

七、物理治療師 / 職能治療師 / 語言治療師

針對常見的呼吸喘、淋巴水腫、失能、吞嚥困難進行評估、處置建議與教學，除了讓病人生活功能改善外，也讓生活品質及個人尊嚴感提升。

參 . 安寧緩和常見的其他重要議題

一、類鴉片藥品（如嗎啡）使用前之溝通

類鴉片藥品是世界衛生組織與各國指引強烈建議，在癌痛以及其他安寧症狀有強烈疼痛或是嚴重呼吸喘的首選用藥。疼痛未被良好控制的末期病人，可能會造成死亡率與共病率的上升，並因為過度的疼痛而影響生活品質與限制了日常活動。然目前國內，民眾對於疼痛控制的識能，明顯不足，對類鴉片藥品也有認知不足甚至是誤解的狀況。初次使用類鴉片藥品時，可以仔細聆聽並詢問醫療人員，將有助於減緩病人或家屬的疑慮，促進合宜類鴉片藥品的使用；並透過配合醫療人員持續監測來觀察是否發生副作用，並接受適時的處置，才能有利於處方隨時調整，達到良好的日常疼痛以及突發痛的控制效果。

二、病情告知

臨床上，家屬因擔憂病人無法承受而隱瞞病情之狀況時有所聞，但隱瞞病情除侵犯病人的知情權利，也讓病人處於資訊不足的狀態下進行醫療抉擇，對病人的權利有所損害，也會讓病人難以做出對自己最好的決策。由病人本人進行醫療決策的選擇，須先以病人能夠理解的方式告知病情，並告知所有的醫療選項之利弊與風險，提供病人思考抉擇，如果有告知上的困難，可以尋求醫療人員的協助。

三、死亡準備與餘生期待

生理、心理與靈性全面的平安，是前往適切死亡、或稱善終的唯一途徑，而死亡準備的話題在家人間越早開啟討論，病人越能爭取時間來完成四道人生（道謝、道愛、道歉、道別）、羅列心願清單以及轉化與成長，完整人生最後一段生命的使命，達到天、人、物、我，關係的和解。



肆. 延伸閱讀

- 一、World Health Organization (WHO). Palliative Care. Updated 2020.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 二、World Health Organization (WHO). Planning and Implementing Palliative Care Services: a Guide for Programme Managers. Published 2016.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>
- 三、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。合記圖書出版社。2019。
- 四、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。合記圖書出版社。2017。
- 五、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 六、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 七、Jonsen AR 著，辛幸珍、許正園、陳汝吟等譯。臨床倫理學：臨床醫學倫理決策的實務導引。合記圖書出版社。2011。
- 八、何建志。醫療法律與醫學倫理。元照出版公司。2016。
- 九、Singer PA 著，蔡甫昌譯。臨床生命倫理學。金名圖書有限公司。2018。
- 十、Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 6th edition, 2021.
- 十一、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>



第三章

整體性疼痛 照護簡介



壹. 前言

一、安寧緩和醫療的定義

根據我國衛生福利部，安寧緩和醫療是為了減輕或免除末期病人在生理、心理及靈性上的痛苦，並提升其生活品質所提供的緩解性和支持性的醫療照護。

二、末期病人的定義

末期病人是指罹患嚴重疾病或傷病，經醫師診斷確認不可治癒，並有醫學證據表明病程在近期內將進展至不可避免的死亡階段的病人。

三、疼痛在安寧緩和醫療中的影響

在安寧緩和醫療的照護過程中，疼痛是病人常見的困擾，其發生率高低取決於病人的病情狀態（詳見表一）。

四、本章重點

本章將以醫療照護的角度，探討如何為接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧病人）提供適當的疼痛管理與照護。

表一：安寧（含末期）病人身體疼痛發生的機率

以下為安寧（含末期）病人群中不同病況下疼痛發生的機率

- 一、末期癌症病人：疼痛發生率約為 70-80%。
- 二、末期心臟疾患病人：疼痛發生率約為 40-80%。
- 三、末期腎臟疾患病人：疼痛發生率約為 50%。
- 四、末期阻塞性肺部疾患病人：疼痛發生率約為 30-80%。
- 五、失智病人：疼痛發生率約為 40%。
- 六、加護病房的病人：疼痛發生率約為 50%。
- 七、末期病人最終 1 至 3 個月內：疼痛發生率約為 40-50%。
- 八、末期病人最終 4 個月至 1 年內：疼痛發生率約為 30%。

參考文獻：

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

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

貳. 疼痛治療的原則

一、疼痛的多面向體驗

疼痛是一種因人而異的體驗，涵蓋多重層面：

- （一）**身體層面**：源於身體的傷害或病痛。

- (二) **心理 / 精神層面**：可能因創傷、壓力或精神狀態加重疼痛感受。
- (三) **家庭 / 社會 / 經濟層面**：支持系統的缺乏，如經濟壓力或家庭支持不足，會影響病人的疼痛感知。
- (四) **靈性 / 宗教 / 文化層面**：個人對疼痛的認知、解讀及感受，受到文化、宗教信仰或靈性需求的影響（詳見圖一）。

二、整體性疼痛的評估與治療

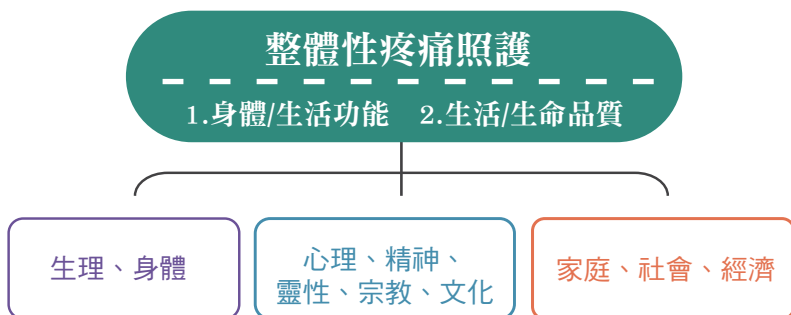
在醫療上，安寧病人的疼痛應以整體性疼痛的概念進行評估，從多個面向分析並制定個別化的治療方案，包括：身體、心理、社會及靈性層面。

三、跨領域合作的重要性

安寧病人的疼痛治療通常需要以下群體的共同努力：

- (一) **跨領域專家**：如醫師、心理師、社工師、宗教輔導人員等。
- (二) **病人、家屬及照護者**：積極參與治療過程，共同協助管理疼痛問題。

圖一、安寧病人的整體性疼痛照護



參. 疼痛治療的目標

疼痛治療的核心目標包括：

- 一、治療可以治癒的疾病或症狀（包含疼痛）。
- 二、對於無法治癒的情況，緩解病人不適症狀（含疼痛）。
- 三、恢復或部分恢復病人的生活功能：如日常生活作息。
- 四、提升病人的生活及生命品質：包括改善情緒與心理狀態。

肆. 疼痛的評估

疼痛評估是疼痛管理的關鍵，需從多個層面進行經常性檢查，以便早期發現問題並採取適當措施。

一、經常性的評估

疼痛需定期進行評估，及時掌握病情變化（詳見圖二）。

二、偵測疼痛導致的身體與生活功能喪失（詳見圖三）

疼痛可能導致病人身體功能或生活功能的喪失，評估時需考慮以下因素：

- （一）找出疼痛的致病因並治療：確認引發疼痛的具體原因，並進行針對性治療。
- （二）找出心理 / 精神因素：評估是否存在可能影響或加重疼痛的心理或精神問題，如焦慮、抑鬱等。
- （三）考量文化因素：分析病人對疼痛的解讀是否受到其文化、宗教或靈性信仰的影響，並據此調整治療方式。

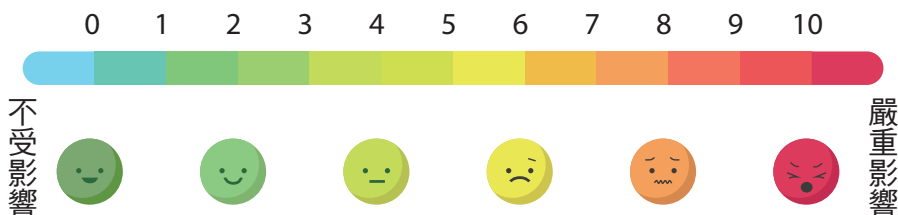
(四) 了解病人期待，並評估風險與益處：確認病人對疼痛治療的期待，並綜合考量治療可能帶來的風險和益處，制定個別化的方案。

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。

三、選擇適合的疼痛評量工具

（一）一般族群

使用標準疼痛評估工具，如數值量表（NRS）、面部表情量表（FPS）等，幫助病人描述疼痛程度。

（二）特殊族群

1. **老人**：簡單直觀的工具，如面部表情量表，輔以家屬或照護者觀察。
2. **失憶病人**：採用非語言表現工具，觀察面部表情、姿勢或聲音反應。
3. **小孩**：年幼者使用面部表情量表，年長兒童可使用數值量表。
4. **溝通 / 認知障礙病人**：使用 PAINAD 等專業觀察工具，結合行為表現進行評估。
5. **急重症病人**：在無法溝通的情況下，結合生理指標（如心率、血壓）與行為觀察工具（如 BPS, Behavioral Pain Scale）進行評估。

伍 . 疼痛治療的方法

疼痛治療應採取跨領域多科團隊的模式，整合生理、心理、社會及靈性四個面向，提供全面性的照護與支持。

一、生理（身體）層面

- （一）身體疾病的治療，包括針對疼痛根本原因（如腫瘤或急症）的處置：手術治療、化學治療、放射治療、其他專業治療。

- (二) 止痛藥品治療，使用不同類型的藥品，包括：各類止痛藥品、抗憂鬱藥品、抗癲癇藥品、局部麻醉藥品。
- (三) 神經阻斷術，包括以下術式：暫時性神經阻斷術、神經刺激術、神經切除或溶解術。
- (四) 復健治療，結合多種復健方式：使用輔具、水療、儀器治療。
- (五) 其他療法，包括輔助療法、另類療法及整合醫學療法。

二、心理（精神）層面

- (一) 安寧療護教育
提供病人及家屬 / 照護者有關安寧療護的方法。
- (二) 心理治療指導
指導病人及家屬學習心理治療技巧，幫助面對情緒挑戰。
- (三) 積極治療與壓力管理
鼓勵病人積極參與治療，減輕壓力與痛苦。
- (四) 心理治療方法，常見療法包括：認知行為療法、正念減壓冥想療法、接納與承諾治療、放鬆訓練、藝術與音樂療法。

三、社會（人際支持力）層面

- (一) 加強支持力
強化病人的家庭、社會與經濟支持系統。

（二）照護者教育

指導家屬與照護者學習如何提供支持，包括：協助疼痛與藥品管理、提供口腔護理、提供情緒支持、尊重病人意願、維持舒適的居家環境、提供營養支持、安排親友探訪。

四、靈性層面

（一）支持與傾聽

用同理心支持病人，耐心聆聽其述說。

（二）尊重信仰與價值觀

尊重病人的信仰與價值觀，了解其精神支持來源。

（三）肯定病人價值

幫助病人抒發內在活力，肯定其存在的意義與能力。

（四）尋求身心靈舒適

（五）引導病人實踐安寧療護的四道人生：道愛、道謝、道歉、道別。

陸．止痛藥品的治療

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

- 一、階梯一（輕度疼痛）：使用非類鴉片藥品如乙醯胺酚、阿斯匹靈或非固醇類消炎藥，必要時加入其他的輔助藥品。
- 二、階梯二（輕度至中度疼痛）：使用弱效的類鴉片藥品如可待因（codeine）及特拉嗎竇（tramadol）等，必要時加入第一階梯的藥品。
- 三、階梯三（中度至重度疼痛）：使用強效的類鴉片藥品如嗎啡、吩坦尼等，必要時加入第一階梯的藥品。

註：2012 年以後世界衛生組織的版本：可以依疼痛的程度直接選用合宜的階梯及止痛藥品，不必循序漸進。在第二階時亦可以直接使用低劑量的強效類鴉片藥品。

柒. 對於臨終病人疼痛的處置

疼痛在臨終病人的照護中可能成為重要問題，但並非每位病人在生命的最後階段都會經歷疼痛。對於出現疼痛的病人，需及時進行有效處理。

一、疼痛並非必然，但需及時處理

並非所有臨終病人在生命最後階段都會面臨疼痛，但若有疼痛發生，應及時進行評估和治療，以減輕病人的痛苦。

二、常見致痛原因

臨終病人疼痛的原因可能包括：

（一）病理性骨折

持續發生的病理性骨折是常見疼痛來源，需及時處理。

（二）口腔念珠菌感染

此感染可能引起口腔及咽喉疼痛，需針對感染進行治療。

（三）小便滯留或便秘

導致腹部不適或疼痛，需進行緩解性處置。

（四）壓瘡（褥瘡）

長期臥床導致的壓瘡會造成局部疼痛，需注意減壓與護理。

（五）慢性疼痛或新發急症

可能為病人原有的慢性疼痛或新發的急性疼痛，包括：腦部急症、心血管急症、胸部急症、腹部急症。

三、找出原因並對症治療

（一）**尋找疼痛原因**：對病人進行全面評估，找出具體的疼痛來源。

（二）**提供適當治療**：根據疼痛原因，制定針對性的治療計畫，使用藥品、輔助療法或其他緩解性措施，幫助病人達到最大的舒適度。

捌. 延伸閱讀

- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 三、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 四、DynaMed. Pain Management in Palliative Care. Updated 2024.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 五、Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2024.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 六、World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 七、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>

- 八、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 十、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>
- 十一、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。合記圖書出版社。2017。
- 十二、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 十三、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十四、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>
- 十五、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 十六、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>



第四章

疼痛 的多面向評估

壹. 前言

一、在接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧病人），其身體上的疼痛，大約可分為二大類

（一）組織傷害性疼痛：又可區分為軀體疼痛和內臟疼痛。

1. 在軀體疼痛方面又可區分為 (1) 表淺疼痛源，如壓瘡或皮膚上表淺的腫瘤或潰瘍；(2) 深層疼痛源，如癌症骨轉移痛、肌肉痙攣痛、類風濕性或退化性骨關節炎。
2. 在內臟疼痛方面，常見的原因有胰臟炎、腎結石、膽結石、腸阻塞、便秘、肋膜積水、腹腔內癌症轉移、肺栓塞、心絞痛、膀胱痙攣等。

(二) 神經病變痛：又可區分為中樞及周邊神經組織的神經病變痛

1. 中樞神經病變痛，如中風後中樞神經病變痛、脊髓受損或受壓迫、腫瘤之腦轉移。
2. 周邊神經病變痛，如脊髓神經根受壓迫所產生的疼痛、帶狀皰疹後神經痛、糖尿病足疼痛、化療後足部神經病變疼痛、神經叢疼痛（如頸神經叢、臂神經叢）或三叉神經痛。

二、若以癌症病人為例，常見身體上的疼痛原因有

- (一) 骨痛，如骨癌、骨轉移、關節炎等。
- (二) 肝包膜疼痛，如癌症轉移至肝臟、其他肝膽疼痛。
- (三) 頭痛（顱內壓升高），如腦瘤或腫瘤之腦部轉移。
- (四) 胰臟疼痛，如胰臟腫瘤、胰臟炎。
- (五) 腹腔內平滑肌痙攣疼痛，如膽道、腸道、膀胱之痙攣及腸阻塞、輸尿管阻塞。
- (六) 食道痛，如食道癌、食道白色念珠菌感染。
- (七) 直腸及下腹腔疼痛，如下腹腔腫瘤、直腸癌或便秘。
- (八) 因檢查 / 治療所引發的疼痛，如檢查、手術、放射治療、化學治療、免疫治療、標靶治療、細胞治療、基因治療等。

三、在評估安寧病人的疼痛時，應有一個整體性疼痛的概念，即除了身體上的疼痛外，其心理 / 精神 / 宗教 / 靈

性 / 文化因素及家庭 / 社會 / 經濟上支持力的不足，也可能誘發疼痛及加重疼痛

(一) 心理 / 精神 / 宗教 / 靈性 / 文化因素：

1. 心理 / 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. 靈性、宗教信仰、文化等因素。

(二) 家庭 / 社會 / 經濟因素及支持力不足：

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

貳. 疼痛評估的原則

- 一、讓病人用自己的言語來描述自己的疼痛，並精確的理解病人對於疼痛的描述。
- 二、必要時，透過觀察病人的行為及肢體語言來理解病人的疼痛。
- 三、當病人無法自我描述疼痛感時，可請家人 / 照護者來補述。

參. 疼痛評估的面向

- 一、疼痛特質的評估。
- 二、過去病史及現在病況的評估。

- 三、生活功能的評估。
- 四、心理暨社會支持力的評估。
- 五、靈性支持力的評估。
- 六、疼痛治療成效的預估。
- 七、特殊族群疼痛的評估。
- 八、識別需緊急處置的狀況。



肆. 疼痛特質的評估

一、疼痛特質評估常見的品項

（一）依據疼痛病程時間的長短

- 1. 急性疼痛（疼痛期未達三個月）。
- 2. 慢性疼痛（疼痛期超過三個月）。

（二）依據受傷組織的分類

- 1. 組織傷害性疼痛，又可再細分為軀體疼痛及內臟疼痛。
- 2. 神經病變痛。

（三）依據造成疼痛的病因：

- 1. 由於腫瘤侵犯。
- 2. 由於癌症治療。
- 3. 由於先前已存在的病痛。

（四）依據疼痛嚴重度來評估，使用的量表又可分為成人評估量表及兒童評估量表。

常用的成人疼痛評估量表包含以下四大類

1. 可量化之疼痛評估量表（如數值量表如圖一）。
2. 多面向之疼痛評估量表。
3. 認知功能異常病人之疼痛評估量表。
4. 使用呼吸器病人之疼痛評估量表。

圖一、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。

（五）疼痛的節奏：持續的、間歇的或突發性的。

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

二、在醫療上，也可使用依英文字母來考量的疼痛特質評估，運用 OPQRSTUV 的方式逐一檢視：

表一、疼痛特質的評估（運用英文字母 OPQRSTUV 等來逐一說明）

疼痛特質名稱	說明
O nsset 疼痛的起始	· 疼痛何時開始？ · 每次疼痛發作會持續多久？ · 疼痛發生的頻率是多少？
P rovoking / palliating 激發或緩解疼痛的因素	· 什麼因素會激發疼痛？ · 什麼因素可以緩解疼痛？ · 什麼情況會使疼痛更糟？
Q uality 疼痛的性質	· 疼痛感覺是什麼樣子？ 如：尖銳痛、鈍痛、針刺痛、燒灼痛、壓傷痛等。
R egion / radiation 疼痛的區域 及其發散的範圍	· 疼痛的部位在哪裡？ · 疼痛的範圍是否向其他部位發散？
S everity 疼痛的嚴重度	常用評估量表： 1. 數值量表（圖一）： 病人將疼痛嚴重程度評分，範圍為0-10，0代表不痛，10代表無法忍受的疼痛。 2. 依病況選擇的其他量表： (1) 多面向疼痛評估表單 (2) 認知功能異常病人的疼痛量表 (3) 使用呼吸器病人的疼痛量表 (4) 兒童專用疼痛量表

疼痛特質名稱	說明
T reatment 以往的治療經驗	· 病人過去接受過哪些疼痛治療？ 如：中草藥、民俗療法、按摩、針灸、用藥或其他療法等。 · 治療效果如何？ · 是否出現過副作用？
U nderstanding 病人對疼痛的理解	· 病人認為是什麼原因造成疼痛的？ · 病人最關心的是什麼？ · 病人對於使用管制藥品或類鴉片藥品治療疼痛的認知及想法？
V alues 病人對於疼痛的看法 （價值觀）	· 病人是否向疼痛妥協，如降低日常生活的活動及忍受疼痛所帶來的不便？ · 對於疼痛治療，病人的期待為何？ · 疼痛被緩解到多少，病人是可以接受的？ · 對於疼痛的發生病人在信仰上或個人觀點（價值觀）上是否有特殊的意義或解讀？

參考文獻：

1. BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-professional palliative symptom management guidelines-pain. 2019.

<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>

2. BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: pain and symptom management. 2017.

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

伍．過去病史及現在病況的評估

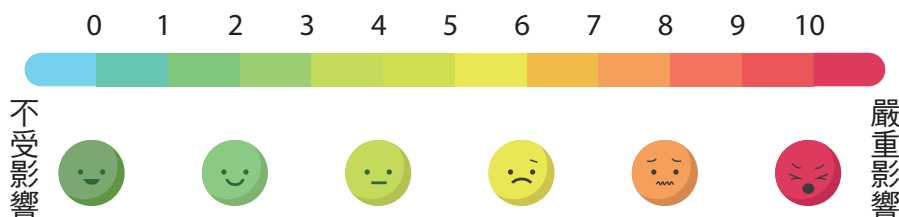
- 一、疾病史（區分為癌症或非癌症），其治療計畫及預估往後可能的病情變化。
- 二、其他病史，其治療計畫及預估往後可能的病情變化。
- 三、用藥史，副作用及處理。
- 四、理學檢查。
- 五、影像學檢查。
- 六、檢驗室檢查。

陸．生活功能（日常生活作息狀態）的評估（如圖二）

- 一、日常生活獨立性的評估：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：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：可以包含享受生活、整體活動力、睡眠、心情等。



圖二、日常生活受疼痛影響的程度（數值量表，以 10 分計）



註：被評估的品項可以包含：

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

柒. 心理 / 精神狀態暨家庭／社會支持力的評估

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

捌．靈性支持力的評估

- 一、在病人靈性方面的支持力也會影響病人對疼痛的感受。
- 二、在靈性方面的支持力包含宗教信仰及病人內心的價值觀與執念。
- 三、安寧病人在心中常會考量以下的問題：生命的意義、痛苦的意義及生命的價值。
- 四、在靈性方面的支持力評估詳見第十二章：心理 / 精神、社會及靈性的支持。

玖．疼痛治療成效的預估及告知、溝通

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

拾．特殊族群疼痛在醫療上的評估方法

（請參考延伸閱讀十一）

- 一、新生兒、嬰兒及學齡前兒童的疼痛，可用國際上常用的兒童評估量表來評估。在三歲以上且可有效的溝通的學齡前兒童，疼痛評估可依兒童本身的描述來記錄。

- 二、在認知功能健全或患有輕、中度認知功能障礙的老年人，疼痛評估可使用一般成人所使用的評估表單來評估。
- 三、對認知功能重度障礙、譫妄或失憶的病人，需觀察病人的肢體語言、表情、或發聲來判斷其疼痛的強度。
- 四、對於不同文化背景的病人，疼痛評估及處置可能有所不同，因為宗教、信仰、習俗對疼痛的認知及解讀，可能有所不同。
- 五、對於疑似、確認有藥癮或有藥癮過去病史的病人，疼痛評估應會診疼痛治療專家及藥癮戒治專家協助。

拾壹. 識別是否發生須緊急處置的狀況

- 一、癌症轉移至腦內或腦膜。
- 二、癌症轉移至脊髓腔或硬脊膜外腔。
- 三、腸道阻塞或穿孔。
- 四、主要骨幹出現骨折或即將骨折。
- 五、感染、膿瘍或敗血症。
- 六、心肺功能急性衰竭。

拾貳. 評估結果的紀錄及持續監測

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

拾參. 延伸閱讀

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 四、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2024.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 五、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 六、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXlZgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 七、 台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing

- 八、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。合記圖書出版社。2017。
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 十、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十一、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>



第五章

疼痛照護 的目標與策略



壹. 前言

一、疼痛的多層面體驗

疼痛是一種因人而異的體驗，涉及身體感覺與情緒經歷，同時也反映了多方面的影響，包括：

- （一）**身體傷害**：如疾病或受傷引起的疼痛。
- （二）**心理 / 精神創傷**：如壓力、焦慮或抑鬱。
- （三）**家庭 / 社會 / 經濟支持不足**：缺乏資源或支持系統會影響病人對疼痛的感受。
- （四）**靈性 / 宗教 / 文化影響**：個人對疼痛的認知、解讀與感受，可能受到信仰、文化或靈性需求的影響。

二、整體性疼痛的概念

在評估或治療安寧 / 末期病人（以下簡稱安寧病人）的疼痛時，應以整體性疼痛（**Total Pain**）的概念為基礎，從以下多個面向進行全面評估，並提出對應的治療方案：

- （一）身體
- （二）心理 / 精神
- （三）社會支持
- （四）靈性 / 文化

三、跨領域合作的重要性

安寧病人的疼痛治療通常需要多方共同努力，包括：

- （一）跨領域專家：如醫師、護理師、心理師、社工師等。
- （二）病人、家屬及照護者：積極參與治療計畫，形成強有力的支持系統。

貳. 安寧病人疼痛治療的目標

安寧病人的疼痛治療旨在以全面的方式減輕病痛，提升生活品質，並支持病人的身體、心理、社會及靈性需求。以下為具體目標：

一、整體目標

- （一）**緩解疼痛**：減少病人身體上的不適感。
- （二）**恢復（或部分恢復）生活功能**：幫助病人維持基本的日常活動能力。

(三) 提升生活品質：關注病人的整體幸福感。

二、分項目標

(一) 身體層面

減輕身體疼痛，幫助病人恢復（或部分恢復）基本的生活功能。

(二) 心理層面

維持穩定的情緒狀態，幫助病人應對壓力，提升內心的平靜感和幸福感。

(三) 社會層面

強化病人的人際支持力，包括來自家庭、朋友和社會的關懷與協助，營造充滿愛與理解的支持環境。

(四) 靈性層面

提供靈性上的支持，尊重病人的信仰與價值觀，幫助其找到內心的力量和安慰。

參. 安寧病人疼痛照護的策略

安寧病人的疼痛照護應以全人照護為核心，涵蓋身體、情緒、人際支持與靈性需求，以下為具體策略：

一、緩解身體疼痛，恢復（或部分恢復）生活功能

(一) 安排檢查與治療

配合醫院進行必要的檢查與檢驗，找出疼痛的根本原因，做出正確診斷。

（二）提供合宜的治療

包括針對疼痛致病因的治療（如疾病或損傷）及疼痛的直接處理（如止痛藥品或復健治療）。

（三）恢復生活功能

期待透過適當治療，幫助病人部分或完全恢復日常生活能力。

二、維持良好的情緒，提升生活（生命）品質

（一）情緒與疼痛的相互影響

情緒會影響疼痛的感受，疼痛也會加重情緒的不穩定，因此需要同時關注。

（二）增進病人及照護者的理解

解釋疼痛的原因（如不可治療的疾病或損傷）及治療方法，幫助病人與照護者建立知識與信心。

（三）心理支持與應對能力

強化病人及照護者的心理應對能力，幫助他們以積極心態面對疼痛與疾病，獲得正向情緒與內心平靜。

三、強化人際（家人、朋友、社會）的支持力

（一）家庭與社交支持

家人與朋友的支持、問候及陪伴，有助於病情的穩定與情緒改善。

（二）尋求社會資源

必要時可借助社會資源或專業服務（如社工或志工），提供額外支持。

四、提升靈性支持力

（一）提升生命品質與心靈幸福感

幫助病人體會生命的價值與成就感，提升心靈上的幸福感。

（二）處理人生不捨與靈性不安

指導病人及家屬以道愛、道謝、道歉及道別的方式，處理生命中未竟的情感與靈性課題。

（三）宗教與信仰的力量

借助宗教與信仰，為病人帶來內心的希望與力量，幫助其面對生命的最後階段。

肆、緩解身體疼痛、恢復（或部分恢復）生活功能

緩解身體疼痛並幫助病人恢復（或部分恢復）生活功能是疼痛管理的重要目標，以下是具體策略：

一、身體疾病與腫瘤治療

（一）針對引發疼痛的疾病或腫瘤進行治療，特別是突發急症的處理，包括：骨折、神經壓迫、呼吸道急症、胸腔急症、腦部急症。

（二）治療方式包括：手術治療、化學治療、放射治療、其他針對性治療。

二、止痛藥品治療

使用多種藥品來控制疼痛：

- (一) 止痛藥品
- (二) 抗憂鬱藥品
- (三) 抗癲癇藥品
- (四) 局部麻醉藥品
- (五) 其他輔助性藥品

三、神經阻斷術

針對特定神經的疼痛進行干預，選擇以下術式：

- (一) 暫時性神經阻斷術
- (二) 神經刺激術
- (三) 神經切除或溶解術

四、復健治療

利用物理性治療手段減輕疼痛並恢復功能，包括：

- (一) **輔具**：如助行器、支架。
- (二) **水療**：如溫泉浸泡。
- (三) **儀器治療**：如超聲波、電療。

五、其他療法

結合多種非傳統或輔助療法，如：

- (一) **輔助療法**：如按摩、針灸。
- (二) **另類療法**：如芳香療法、草藥治療。

- （三）**整合醫學療法**：結合現代與傳統療法進行整體治療。

六、自我身體鍛鍊

病人可根據自身的體能狀況選擇合適的日常活動與運動項目，如：

- （一）簡單的伸展運動
- （二）太極、瑜伽
- （三）適度鍛鍊有助於增強體力、改善生活功能及緩解疼痛。

伍. 維持良好的情緒及提升生活（生命）品質

在安寧照護中，維持良好的情緒和提升生活品質是重要的目標，以下為具體措施：

一、病人自我照護

- （一）**身體保養**：保持身體健康和舒適感。
- （二）**營造舒適環境**：創造放鬆的居家氛圍。
- （三）**疼痛管理**：定期處理疼痛，提升生活質量。
- （四）**呼吸練習**：緩解壓力並改善呼吸功能。
- （五）**按摩與輕度運動**：促進血液循環，減輕身體不適。
- （六）**音樂和藝術療法**：幫助放鬆，增強幸福感。

二、保持良好的睡眠品質

- (一) **規律作息**：建立穩定的睡眠時間表。
- (二) **舒適的睡眠環境**：保持安靜、溫度適宜的臥室。
- (三) **避免刺激性物質**：睡前避免咖啡、酒精或吸菸等。
- (四) **睡前放鬆**：可嘗試深呼吸、冥想等舒緩身心的活動。
- (五) **輔助工具**：如有需要，使用呼吸輔助器材改善睡眠問題（如解除打鼾）。

三、自我紓壓及提升抗壓性

- (一) **深呼吸與冥想**：緩解焦慮與壓力。
- (二) **心理支持**：尋求心理專家或親友的幫助。
- (三) **培養興趣**：投入有趣的活動，享受生活。
- (四) **藝術與音樂**：透過藝術和音樂舒緩情緒。
- (五) **家庭活動**：參與家庭聚會，增強情感聯繫。
- (六) **與朋友聊天**：分享感受，獲得支持。

四、運用心理療法

- (一) **認知行為療法（CBT）**：調整對疼痛和情緒的認知反應。
- (二) **正念冥想**：專注當下，減少負面情緒。
- (三) **放鬆療法**：幫助身體和心理達到放鬆狀態。
- (四) **音樂治療**：使用音樂緩解壓力，提升情緒。
- (五) **轉念**：以積極的態度面對困境，提升幸福感。

五、均衡健康的飲食

- (一) **根據口味選擇**：調整飲食，讓進食變得愉快。
- (二) **小份量頻繁進食**：避免一次大量進食，減輕消化負擔。
- (三) **多攝取健康食物**：如蔬菜水果、堅果及新鮮魚肉。
- (四) **必要時使用營養補充品**：確保營養均衡。

六、輕度的身體活動

- (一) **提升心情**：輕度運動能改善情緒。
- (二) **適合的活動**：如餐後散步，維持基本的肌肉力量。
- (三) **關節活動**：透過適度的關節運動保持靈活性。
- (四) **依醫師建議進行活動**：根據身體狀況調整運動強度和方式。

陸. 強化人際（家庭、朋友、社會）的支持力

人際支持是提升病人生活品質的重要因素，透過家人、朋友與社會的關懷與協助，能有效幫助病人減輕身心負擔並改善情緒。以下為具體策略：

一、保持正向的心態

- (一) **常存感恩**：學會感謝生命中的美好事物，讓心靈更加豐富與平靜。

- (二) 培養知足惜福的心：珍惜當下，感受生活中的小確幸。
- (三) 強化人際互動：主動與家人、朋友聯繫，增強彼此之間的關係和支持力。

二、尋求協助

(一) 來自家人與朋友的支持

家人與朋友的關心與陪伴，對於病人的情緒穩定及疼痛治療有很大幫助。

(二) 加強家人與照護者的理解

醫療人員可透過解釋病人的身心狀況，讓家人與照護者了解病人的痛苦與需求，以提供更有效的協助。

(三) 運用社會資源

在必要時，可尋求社會資源（如社工、志工團體）協助，共同分擔照護的責任，提升病人的生活支持力。

柒. 提升靈性的支持力

靈性支持對於病人身心平衡與生活品質的提升具有深遠的影響。以下為具體的實踐方法：

一、參與靈性相關活動

- (一) **信仰與價值觀一致的活動**：祈禱、冥想、參與宗教儀式等活動，幫助病人找到內心的平靜與力量。

- (二) 分享回憶與感激：與家人、朋友交流過往的美好回憶，表達感謝，增強彼此間的情感聯繫。

二、實踐「四道人生」

- (一) 道愛：對親人和朋友表達愛意。
- (二) 道謝：向幫助過自己的人表達感恩。
- (三) 道歉：彌補過去的遺憾與誤解。
- (四) 道別：平靜地與人生的階段或困境告別。

三、尋求靈性指導

心靈導師或宗教人物：尋求牧師、心靈導師或其他靈性顧問的支持，探討生命意義與心靈層面的問題。

四、助人與公益活動

- (一) 幫助他人：在能力範圍內，關心或幫助需要的人。
- (二) 參與公益：投身公益活動，通過無私奉獻來增強內心的幸福感與成就感。

五、善念的實踐與自我鍛鍊

- (一) 靈性解釋：每個人內心都存有善念（象徵「天使」），偶爾會有惡念（象徵「魔鬼」）。實踐善念，即為靈性成長的基礎。
- (二) 悲天憫人：同情並關懷他人的苦難。
- (三) 感恩的心：以感謝的態度面對生活。
- (四) 無私奉獻與大愛：以利他的行動豐富生命意義。

(五) **追求真善美**：以真誠與美好的心態面對人生。

(六) **日常小善**：從生活中的小善念做起，如：幫助身邊的人、積極回饋社會。

捌. 延伸閱讀

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 四、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。合記圖書出版社。2017。
- 五、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 六、 衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 七、 衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>

- 八、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 九、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>
- 十、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>
- 十一、Kolčić I, Dragun T, Nenadić DB, Dragun T, et al. Lifestyle Medicine: the Roadmap to Our Best Possible Health. University of Split School of Medicine, 2021.
<https://dabar.srce.hr/en/islandora/object/mefst%3A1348>
- 十二、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>



第六章

常用的
止痛方法

壹. 前言

- 一、疼痛是一種因人而異，個人感覺上的體驗與情緒上的經驗。包含了身體上的傷害、心理 / 精神上的創傷、家庭 / 社會 / 經濟上支持力的不足及靈性 / 宗教 / 文化上對於疼痛的認知、解讀與感受。
- 二、在評估或治療安寧 / 末期病人（以下簡稱安寧病人）的疼痛上應以整體性疼痛的概念，依各面向分別來評估並提出相對應的治療方案。
- 三、安寧 / 末期病人疼痛的治療通常需要跨領域專家及病人 / 家屬 / 照護者的共同努力。

貳. 安寧病人疼痛常用的治療方法

- 一、身體疾病的治療 / 腫瘤治療（尤其對於突發急症的治療如骨折、神經壓迫、呼吸道急症、胸腔急症、腦部急症等）：手術治療、化學治療、放射治療及其他治療。
 - 二、止痛藥品治療：各類的止痛藥品、抗憂鬱藥品、抗癲癇藥品、局部麻醉藥品及其他藥品。
 - 三、神經阻斷術：暫時性神經阻斷術、神經刺激術、神經切除或溶解術及其他術式。
 - 四、復健治療：使用輔具、水療、儀器治療及其他治療。
 - 五、其他療法：輔助療法、另類療法、整合醫學療法。
- 註：除了以上的治療方式外，在安寧病人也要強調心理治療、強化人際支持力及強化靈性的支持力。

參. 安寧 / 末期病人常見的身體疼痛及其常見的治療建議

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

一、骨痛及其常見的治療建議

- （一）疼痛特質為在發病部位呈現鈍痛 / 痠痛，如在移動時 / 行動時疼痛加劇，如果突然發作則要考慮是否有骨折發生。
- （二）進行骨矯正 / 支持性手術。

(三) 藥品治療建議：

1. 非固醇類消炎藥。
2. 雙磷酸鹽。
3. 類固醇治療。

(四) 放射線治療（在癌症病人的骨轉移為第一優先選擇的治療方法）。

(五) 其他療法。

二、內臟疼痛及其常見的治療建議

(一) 疼痛的特質是鈍痛或絞痛，疼痛點常不明確。

(二) 便秘：使用軟便劑、肛塞劑。

(三) 腹部絞痛：使用抗副交感神經活性的藥品。

(四) 胃部不適：使用胃酸抑制劑。

(五) 肝包膜脹痛：使用非固醇類消炎藥或類固醇合併制胃酸劑來治療。

(六) 腹水：使用引流、利尿劑或進行化學治療。

(七) 膀胱痙攣：使用抗膀胱痙攣劑來治療。

三、頭痛及其常見的治療建議

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

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

- (三) 若在清晨特別痛並伴隨有嘔吐時，要考慮為顱內壓升高的現象，要考慮顱內有病灶的可能性（如癌症的腦部轉移），其治療可經靜脈給予類固醇藥品，或進行顱內腫瘤減量 / 清除手術。
- (四) 其他療法。

四、肌肉痙攣疼痛及其常見的治療建議

- (一) 因肌肉緊縮痙攣所致，在局部造成疼痛。
- (二) 使用熱敷及按摩。
- (三) 使用中樞型肌肉鬆弛劑來減緩肌肉的緊張度。
- (四) 使用非固醇類消炎藥。

五、傷口疼痛及其常見的治療建議

- (一) 因傷口潰瘍、壓瘡或腫瘤局部侵犯所造成。
- (二) 進行清瘡術。
- (三) 在局部使用局部麻醉劑噴劑。
- (四) 使用止痛藥品來止痛。

六、神經病變痛及其常見的治療建議

- (一) 疼痛的特質為燒灼感、刀刺感、槍擊感，大多為神經組織受傷後所引發，也可能伴隨有交感神經方面的病變。
- (二) 使用三環抗憂鬱藥品。
- (三) 使用抗癲癇藥品。
- (四) 必要時進行神經叢阻斷術（暫時性）或神經破壞術（永久性，在末期病人）。

肆. 臨終病人疼痛的治療建議

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

伍. 延伸閱讀

- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>

- 三、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 四、BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 五、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 六、衛生福利部食品藥物管理署。非癌慢性疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=144>
- 七、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 八、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>

第七章

非藥品的治療



壹. 前言

- 一、疼痛是一種因人而異，個人感覺上的體驗與情緒上的經驗。這包含了身體上的傷害、心理上的創傷、家庭 / 社會 / 經濟上的支持力及靈性 / 宗教 / 文化上對於疼痛的認知、解讀與感受。
- 二、在接受安寧緩和醫療或末期的病人（以下簡稱安寧病人），常有疼痛的困擾，應妥善照護。
- 三、在評估或治療安寧病人疼痛上，應以整體性疼痛的概念，分別依各面向來評估及提出相對應的治療方案。

四、安寧病人疼痛的治療通常需要跨領域專家及病人 / 家屬 / 照護者的共同合作，方能見效。

五、本章的論述重點在疼痛治療上，使用非藥品的治療。

貳. 疼痛治療的目標

治療能治癒的疾病及致痛病因，對於無法治癒的疾病或致痛病因，至少能將疼痛緩解（或部分緩解），並期待能恢復（或部分恢復）病人日常的身體 / 生活功能及提升生活 / 生命品質。

參. 疼痛治療的方法

在醫療上，宜採跨領域多科團隊共同治療的模式，治療可以治癒的疾病或造成疼痛的原因，並緩解疼痛。主要的治療方法如下：

一、身體療法：

（一）身體疾病的治療 / 腫瘤治療

（二）止痛藥品治療

（三）神經阻斷術

（四）復健治療

（五）其他療法

二、精神 / 靈性療法：認知行為治療、正念治療、靈性關懷（宗教、心靈）與支持，及其他治療。

三、強化家庭 / 社會支持力：強化家庭 / 社會 / 經濟支持力。

肆. 身體疼痛暨疾病的治療

- 一、身體 / 腫瘤的治療：治療可以治癒的致病原因（尤其是急症如骨折、神經壓迫、呼吸道急症、腦內急症、胸腔急症、腹部急症等）：包含手術、放射治療、化學治療。
- 二、神經阻斷術：暫時性的神經阻斷以中斷疼痛的惡性循環，如使用神經刺激術、或永久性的神經破壞術以中止各類的神經性疼痛。
- 三、運動或復健治療：

（一）由病人自我進行的活動 / 運動

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

（二）在醫院內進行的復健治療

1. 運動治療
2. 水療
3. 儀器治療
4. 徒手治療
5. 牽引治療
6. 輔具治療

（三）輔助療法、另類療法、整合醫學療法，如瑜伽、太極、按摩、中醫藥、針灸、營養療法等。

伍. 心理 / 精神 / 靈性療法

一、病人自行調控的方法

（一）降低心理 / 精神上的壓力 / 痛楚

1. 簡單的緩慢深呼吸動作、緩慢吸氣、緩慢呼氣，重複數次將可有效的降低緊張的情緒。
2. 坐或臥姿或將身體倚靠在牆或柱子上，放鬆心情、休息片刻，也可以降低緊張的情緒。
3. 正念冥想
 - (1) 找個安靜的地方，
 - (2) 坐下或躺下，做個深呼吸，
 - (3) 正向思考、想想事件可能帶來好的一面，

- (4) 暫時的放空目前所有事務，
- (5) 想想過往美好的事情，在精神上給自己一個愉快的假期。

（二）維持良好的睡眠品質

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

（三）充實自己的心靈（靈性支持力）

1. 充實心靈存摺：如同銀行存摺、健康存摺一般，人們在內心也存有一個愉悅／快樂的心靈存摺，若能在心靈深處留下許多的愉悅／快樂的記憶，將可強化個人心靈的力量，有利於克服身心上的不適。

2. 常存有感恩的心：每日冥想或表達 / 敘述數次感恩的人及事，將有助於強化個人心靈及情感的力量，並獲得他人的支持，也圓融自己的人生。
3. 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。
4. 有宗教信仰的支持，可以強化內心的希望與力量。
5. 詳細的心理 / 精神療法請參閱第十二章：心理 / 精神、社會及靈性的支持。

二、由醫院提供的心理療法

- （一）認知行為療法：此療法重點在協助病人辨識因疼痛導致負面認知對情緒的影響，並告知病人有關疼痛的病因、危險因子、預防措施及改善方法，教導病人克服疼痛所需做的活動、運動，並付諸實踐。
- （二）接納與承諾療法：此療法重點在促進認知的彈性（轉念、境隨心轉），並支持個人採取行動去追求以價值觀為導向的目標。
- （三）放鬆訓練：包含冥想、腹式呼吸、漸進式肌肉放鬆、引導式想像等技巧。這些方法對於許多患有長期 / 慢性疼痛的病人，是有用的治療模式。
- （四）其他療法

陸. 強化家庭 / 社會支持力

經由醫療人員和病人 / 家屬說明、溝通，使他們了解以下事情，以強化病人的家庭 / 社會支持力：

- 一、了解安寧緩和相關的照護。
- 二、了解在安寧緩和醫療上，法律的規範。
- 三、對於疼痛原因的了解。
- 四、對於疼痛的表達。
- 五、如何選擇適當的止痛方法。
- 六、了解常用止痛藥品的優缺點。
- 七、如何安全的選擇及使用類鴉片藥品。
- 八、病人自我照護的項目。
- 九、臨終前相關的醫療照護事項。
- 十、家屬和其照護者可協助或宜了解的事項。
- 十一、生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷。
- 十二、如何尋求協助。



柒. 延伸閱讀

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 四、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 五、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 六、 衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 七、 衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>
- 八、 衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>

第八章

非類鴉片止痛劑的治療



壹. 前言

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

貳. 乙醯胺酚

- 一、**效用**：治療輕度至中度疼痛，並有解熱作用。
- 二、**適用之狀況**：因肌肉、骨骼或其他非神經組織受到傷害所引發之急性或慢性疼痛。
- 三、**副作用 / 禁忌症**：
 - （一）應防範其對肝臟系統的毒性；對於肝功能正常之成人，以每日不超過 4 公克為上限；然在安寧病人使用時，應調降其劑量。
 - （二）在安寧病人、惡病體質、化療病人、肝腫瘤或腫瘤肝臟轉移、或在肝臟功能不全者，應謹慎使用或降低其劑量。

參. 非固醇類消炎藥

- 一、**效用**：治療輕度至中度疼痛，並有抗發炎及解熱的作用。
- 二、**適用之狀況**：因肌肉、骨骼或其他非神經組織受到傷害所引發之急性或慢性疼痛，建議短期使用。
- 三、**副作用 / 禁忌症**：
 - （一）在安寧病人、惡病體質病人應更加謹慎使用。
 - （二）胃腸毒性
 - 1. 高危險族群：年齡大於 60 歲、有消化性潰瘍病史、合併使用類固醇藥品、長期使用阿斯匹靈者。

2. 在此類藥品使用期間，若病人出現消化性潰瘍、胃腸出血或肝功能變差時，應立即停止此類藥品的使用。

（三）血液毒性

1. 當和抗凝劑合併使用時，會強化抗凝劑的作用，導致出血危機。
2. 不建議和阿斯匹靈共同使用。

（四）腎臟毒性

1. 高危險族群：年齡大於 60 歲、脫水、多發性骨髓瘤、糖尿病、腎臟疾病、或使用有腎毒性的化療藥品時。
2. 在此類藥品使用期間，若病人的腎臟功能變差或有高血壓產生，應調降此類藥品的劑量。

（五）心臟毒性

此類藥品可能會有心臟毒性，在心臟功能衰竭或高血壓的病人，不建議使用。

四、**常用藥品舉例**（因藥品之商品名眾多，在此僅列出其主要成分之原文名稱供參考）：indomethacin、methyl salicylate、etofenamate、diclofenac、piroxicam、niflumic acid、flurbiprofen。

註：以下藥品對於胃腸道、腎臟及血液系統的毒性較少，但仍應注意其對心臟系統的毒性作用，藥品如：celecoxib、etoricoxib 及 parecoxib。

肆. 抗憂鬱藥品

一、**效用**：可用於治療各類的神經病變痛，包含由癌症或非癌症所引起。

二、**適用之狀況**：

（一）各類非癌神經病變痛。

（二）化學治療或放射治療所引發的神經炎、神經病變痛。

（三）腫瘤壓迫所造成的神經炎、神經病變痛。

三、**副作用 / 禁忌症**：

（一）在安寧、惡病體質及認知功能減損的病人應謹慎使用。

（二）當病人有肝腎功能不佳時，應下調其劑量。

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

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

（五）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。

四、**常用藥品舉例**（因藥品之商品名眾多，在此僅列出其主成分之原文名稱供參考）：amitriptyline、imipramine、nortriptyline、desipramine。

伍 . 抗癲癇藥品

一、**效用**：可用於治療各類的神經病變痛，包含由癌症或非癌症所引起。

二、**適用之狀況**：

（一）各類的非癌神經病變痛。

（二）化學治療或放射治療所引發的神經炎、神經病變痛。

（三）腫瘤壓迫所造成的神經炎、神經病變痛。

三、**副作用 / 禁忌症**：

（一）在安寧 / 末期、惡病體質及認知功能減損之病人應謹慎使用。

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

（三）對年紀較大或腎功能不全者，應減量使用。

（四）禁忌症：服用藥品後，應避免操作機械或駕駛，也應避免同時飲用酒品。

四、**常用藥品舉例**（因藥品之商品名眾多，在此僅列出其主成分之原文名稱供參考）：gabapentin、carbamazepine、lamotrigine、pregabalin、topiramate、oxcarbazepine。

陸. 局部止痛藥品的使用

- 一、**效用**：局部止痛。
- 二、**適用之狀況**：局部組織疼痛、關節疼痛、肌肉拉傷後疼痛。
- 三、**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。
- 四、**常用藥品舉例**：
 - （一）含局部麻醉劑之貼布、噴劑。
 - （二）含非固醇類消炎藥之貼布、乳膏、凝膠、噴劑。
 - （三）中藥貼布。

柒. 皮質類固醇

- 一、**效用**：治療因急性炎症所造成的組織疼痛，可經由靜脈或肌肉注射使用。
- 二、**適用之狀況 / 副作用**：
 - （一）可使用於治療安寧 / 末期病人（含癌末病人）之急性疼痛危機，但限短期使用。
 - （二）也可用於治療化學治療或放射治療所引發的強烈噁心與嘔吐。
 - （三）全身性的副作用多，故限短期使用。

三、**常用藥品舉例**（因藥品之商品名眾多，在此僅列出其主成分之原文名稱供參考）：dexamethasone、prednisolone、triamcinolone、betamethasone、methylprednisolone、hydrocortisone、cortisone。

捌. 藥品使用劑量之建議

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

玖. 延伸閱讀

- 一、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 三、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>



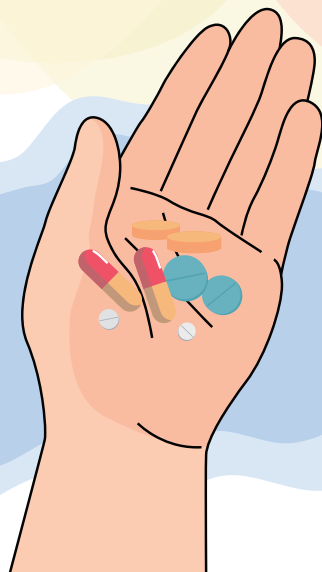
- 四、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 五、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 六、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXlZgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 七、 奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 八、 台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 九、 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。合記圖書出版社。2019。
- 十、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。合記圖書出版社。2017。
- 十一、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。

- 十二、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十三、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 十四、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>
- 十五、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>



第九章

類鴉片藥品的治療



壹. 前言

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

（一）階梯一（輕度疼痛）：使用非類鴉片藥品如乙醯胺酚、阿斯匹靈或非固醇類消炎藥，必要時加入其他的輔助藥品。

（二）階梯二（輕度至中度疼痛）：使用弱效的類鴉片藥品如可待因（codeine）及特拉嗎竇（tramadol）等，必要時加入第一階梯的藥品。

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

註：2012 年以後世界衛生組織的版本：可以依疼痛的程度直接選用合宜的階梯及止痛藥品，不必循序漸進。在第二階時亦可以直接使用低劑量的強效類鴉片藥品。

- 二、類鴉片藥品原則上以口服為主，但若不適合口服時，可以使用其他的給藥途徑；在安寧病人，皮下點滴注射也是一種常用的方式。
- 三、在相同的使用途徑下，不建議同時使用二種不同的類鴉片藥品。
- 四、當預計病人之疼痛在近期內會由中度轉為重度時，可以直接使用強效的類鴉片藥品。
- 五、當病人的疼痛已持續了較長的時間（通常是數週以上），長效的類鴉片藥品是可以考慮使用的。
- 六、在正常的醫療用途下，安寧 / 末期病人產生類鴉片藥品使用疾患（俗稱成癮）的機率極低。但要留意類鴉片藥品的副作用，可以預防性投藥避免其發生；若副作用不易處理時，可以考慮轉換至其他類鴉片藥品（詳細內容請參閱第十章：類鴉片藥品副作用的預防與處理）。
- 七、正確使用類鴉片藥品於疼痛治療，並不會縮短病人的生命。
- 八、詳細的用藥紀錄，有助於正確掌控疼痛的治療及病人的安全與舒適。

貳. 類鴉片止痛劑使用時須注意事項

- 一、當使用類鴉片止痛劑時，較常見的副作用如下：噁心、嘔吐、便秘、鎮靜嗜睡、譫妄（精神恍惚、錯亂）及皮膚癢等。這些副作用是可以預防或治療的，當有任何不適，請與處方醫師聯絡。
- 二、鎮靜（較為嗜睡）是使用這類藥品最常見的副作用，大多數病人在服藥後會有想睡覺的現象，此時不要開車、不要操作機器也不要做需耗費心力的事。此現象大多在開始使用類鴉片藥品的 7~10 天內，就會因病人對於藥品產生了耐藥性而變得不明顯。若在 7~10 天後狀況仍沒有改善，需告知醫師並探討其原因。
- 三、呼吸抑制：這是類鴉片藥品最嚴重的副作用，但僅在使用劑量過大或在病人的呼吸功能不佳時才會出現。在使用時只要能夠漸進式調整類鴉片藥品的劑量，很少會出現呼吸抑制的情形。即使有輕微的呼吸抑制現象，也會隨著治療時間的增加而逐漸恢復（大約 1~3 週），也就是說長期使用類鴉片藥品來治療疼痛的病人，並不會發生呼吸抑制的現象，除非是病人病情狀況改變（呼吸功能變差時）或者是在上調劑量後。
- 四、類鴉片藥品若和飲酒，或和鎮靜安眠藥同時使用時，有可能會發生藥品過量的現象，包含口齒不清、哭鬧無常、步態不穩、呼吸緩慢、神智不清、皮膚發紺、昏迷甚至死亡。在使用類鴉片藥品期間，請勿飲酒。

- 五、類鴉片藥品在依醫囑使用的狀況下，成癮的機會很低。但在以往有該類藥品、酒品（過量飲酒）或其它藥品成癮病史者，會有較高的成癮可能性。
- 六、請依醫囑使用類鴉片藥品，勿自行調整用藥的途徑及劑量。當藥品須減量時，須依醫囑緩慢並循序漸進的減量，切勿突然停用。
- 七、請勿將類鴉片藥品交由家人或朋友（他人）使用。
- 八、領取類鴉片藥品後，請妥善保管，勿隨意置放，以免遺失或致兒童誤用，如有未使用之藥品應退還原就診之醫療院所。
- 九、請勿將口服長效錠嚼碎使用，請勿將非注射使用之藥品經由注射使用。

參. 個別類鴉片止痛劑居家使用時須注意事項

以下之資訊部份內容係參考各別藥品之仿單編寫：

一、嗎啡藥品使用須知

(一) 作用

嗎啡是一種強效止痛劑，用於重度疼痛之緩解。

(二) 用法

1. 長效錠或速效錠於使用時請整粒吞服，不可嚼碎。
2. 當使用持續性藥效膠囊時請整粒吞服，或是打開膠囊將內含的小顆粒撒於不含酒精的冷飲料內吞服。不可壓碎或嚼碎膠囊內之小顆粒。

(三) 注意事項

1. 若有嗎啡過敏、肝功能障礙、呼吸抑制、氣喘、心臟衰竭、心律不整、頭部損傷、腦部有腫瘤、急性酒精中毒、痙攣等，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。
2. 連續使用後突然停藥或同時使用類鴉片藥品拮抗劑，將會發生戒斷症狀，如流淚、冒冷汗、噁心、嘔吐、下痢、腹痛、散瞳、頭痛、失眠、不安、譫妄、震顫（顫抖）、全身肌肉關節痛、呼吸急迫等。
3. 發現有麻痺性腸阻塞的可能性時，不應該使用本類藥品。

4. 服藥後可能會感覺嗜睡，應請盡量避免從事需全神貫注或可能造成危險之相關活動，如開車、操作機械等。
5. 此藥品使用於懷孕婦女的安全性尚未確立，在計畫懷孕或已懷孕或正在哺乳的婦女，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。

（四）相關副作用

呼吸抑制、噁心、嘔吐、顏面潮紅、心悸、膽道痙攣、便秘、失眠、頭痛、幻覺、排尿障礙、皮膚搔癢、蕁麻疹等。

（五）忘記服藥時之處置

若是規律性的服用此藥，請於想起忘記服藥時立即服藥。但若已接近下次服藥時間，請直接服用下次之劑量即可，切勿一次或短期間服用兩次劑量。

（六）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

二、吩坦尼（fentanyl）穿皮貼片劑藥品使用須知

（一）作用

吩坦尼穿皮貼片是一種強效止痛劑，係由皮下微血管吸收貼片上的藥品，進入體內產生止痛作用。藥品會在 72 小時內由貼片劑上持續不斷的釋放並被吸收入全身循環系統中及產生止痛效果。

（二）用法

1. 使用前準備

- (1) 吩坦尼穿皮貼片劑須黏貼於軀幹或上臂一塊正常且平整的皮膚表面。對年紀較小的兒童而言，上背部為較理想的部位。
- (2) 在使用此貼片劑前先要將使用部位（最好是無毛髮生長的區域）的毛髮剪除，勿使用刮的方式以免刮傷皮膚。
- (3) 然後再清潔使用部位的皮膚，用清水潔淨即可。不能使用肥皂、油、乳液或其它會刺激皮膚或改變膚質的物質。
- (4) 在皮膚完全乾燥後，貼上貼片。

2. 使用方式

- (1) 從密封包裝內取出吩坦尼貼片（取出後需立刻使用）。
- (2) 移除貼片保護層。
- (3) 把貼片貼上皮膚，並用手掌輕壓 30 秒，確保整片貼片與皮膚完全接觸，尤其要注意角落部位應緊密黏貼，可使用透氣膠帶黏貼於貼片邊緣，以加強固定。
- (4) 貼完後請用清水洗手。

3. 貼片移除時

- (1) 使用過的貼片應對黏後放入原包裝紙袋，勿隨意丟棄，請連同記錄單一同繳回就診醫療院所之藥局。
- (2) 如有未使用之貼片應退還給就診醫療院所之藥局。

（三）注意事項

1. 使用前須檢查貼片的完整性，不要使用被剪過、分割或損壞的貼片。
2. 可連續貼足 72 小時。移除貼片後，新的貼片要貼在與前一片不同的位置。同一部位的皮膚必須相隔數日（約一週左右）才可再貼上新的貼片。
3. 洗澡時可採淋浴方式，貼片黏貼部位，勿局部加熱或泡澡，以免加速藥品的釋出及吸收。

（四）其他資訊

1. 請依醫師指示貼在合適位置，如前胸、後背、上手臂、大腿等平坦處（不需要痛哪裡貼哪裡）。
2. 撕除貼片後，其藥品成分仍會存留在皮膚內達 24 小時，不會在撕除貼片後就沒有藥效，所以不用擔心撕除貼片後，會立即失去藥效而引起疼痛。

3. 第一次使用貼片，因貼片須經皮膚吸收後才會起作用，起效作用慢，故在貼上貼片後 12 ～ 24 小時內，仍須口服止痛藥品；若要將口服止痛藥品轉換成貼片劑時，於最後一次使用口服止痛藥時，可同時貼上貼片。
4. 如有突發性疼痛，請依醫師指示服用其他可及時起效的止痛藥（如口腔內使用之口頰錠或舌下錠）。

（五）相關副作用

1. 較常見的副作用有呼吸減慢、噁心、嘔吐、便秘、鎮靜和嗜睡。請將副作用做成紀錄並於就診時和醫師說明。
2. 若有嚴重的副作用如過敏反應、無法呼吸、肌肉痙攣、持續胸痛或心跳不規則時，應立即到醫院急診室就診。

（六）忘記服藥時之處置

1. 當想起忘記更換貼片時，請於想起時立刻撕掉舊貼片，並貼上新貼片。
2. 請勿使用雙倍劑量。

（七）藥品儲存處置

置於未開封之原包裝內，貯存於 25℃ 以下。

三、 吩坦尼（fentanyl）口頰溶片藥品使用須知

（一）作用

吩坦尼口頰溶片是一種強效止痛劑，藉由口腔黏膜吸收藥品，用於癌症病人突發性疼痛之處置。

（二）用法

1. 打開吩坦尼口頰溶片的方法：

- (1) 將鋁箔包的背面朝向自己，以剪刀沿著箭頭方向剪開。
- (2) 重複上述步驟剪開包裝另一側。
- (3) 將鋁箔包的兩層剝開，取出口頰溶片。

2. 吩坦尼口頰溶片用法：

- (1) 先用舌頭潤濕口腔兩頰內壁，或用清水漱口，潤濕口中欲貼口頰溶片的部位。
- (2) 將整片口頰溶片置於一清潔、乾燥手指近指尖處，粉紅面朝上。
- (3) 將口頰溶片放到口中，粉紅面貼附於已濕潤的口腔臉頰內壁，按壓並維持口頰溶片於固定位置上 5 秒，使口頰溶片固定黏貼上。
- (4) 將口頰溶片貼附於該固定位置，直到貼片溶散（通常在 15-30 分鐘內溶散）。

（三）注意事項

1. 請勿咀嚼或吞下吩坦尼口頰溶片；請勿切割或撕裂口頰溶片。
2. 請於使用口頰溶片前一刻才拆開包裝。
3. 黏貼口頰溶片 5 分鐘後，即可飲用液體。
4. 貼片溶散前，避免觸碰或移動貼片，不應以舌頭或手指觸弄貼片，且應避免進食。
5. 若欲治療新一次的突發性疼痛，使用此口頰溶片需間隔至少 2 小時。
6. 使用此口頰溶片，請務必同時持續常規使用原有之類鴉片止痛藥。
7. 若一天使用超過 4 次的口頰溶片，請與醫師討論，可能有需要調整常規使用之類鴉片止痛藥品的劑量。

（四）相關副作用

頭暈、噁心、嘔吐、嗜睡、便秘、多汗、呼吸短促。

（五）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

四、吩坦尼（fentanyl）口頰錠藥品使用須知

（一）作用

吩坦尼口頰錠是一種強效止痛劑，藉由口腔黏膜吸收藥品用於癌症病人突發性疼痛的處置。

（二）用法

1. 打開吩坦尼口頰錠的方法：

- (1) 沿著藥品包裝指示取出藥錠，沿著裂孔撕開，以便從鋁箔片中取出藥錠。
- (2) 請勿將藥錠從鋁箔包裝中擠出，此舉可能導致藥錠損壞。
- (3) 一旦從包裝中取出藥錠，請立即使用。

2. 口頰錠用法：

- (1) 將藥錠放在口頰中（後臼齒之上，臉頰和牙齦之間），或將整個藥錠放在舌頭下，直到其崩散，通常需要約 14 至 25 分鐘。
- (2) 如果 30 分鐘後，仍然有殘餘藥錠存在，可用一杯水吞服殘餘的藥錠。
- (3) 若病人在一日內多次使用時，應交替使用於口腔兩側。

（三）注意事項

1. 請勿將吩坦尼口頰錠粉碎、吸入、咀嚼或整顆吞服。
2. 請於使用口頰錠的前一刻才拆開包裝，避免造成藥錠破壞或不必要的接觸。
3. 如果突發性疼痛在發作 30 分鐘後仍不能緩解，可以再使用一次相同強度的劑量來緩解同一次

發作。在每一次突發性疼痛發作中，此口頰錠最多只能使用兩次。

4. 若欲治療新一次的突發性疼痛，需間隔至少 4 小時。
5. 使用此口頰錠，請務必同時持續使用原有之類鴉片止痛藥。
6. 如果每天經歷多於 4 次突發性疼痛的發作，請與醫師討論，此時可能需要調整常規使用之類鴉片止痛藥劑量。
7. 此口頰錠在開始治療與調整藥品期間，應密切注意是否有呼吸抑制，若出現呼吸困難則應盡速就醫。
8. 使用此口頰錠治療期間，請勿飲酒，以免發生呼吸抑制。
9. 使用此口頰錠可能影響從事具危險性活動的能力，應避免駕駛汽車或操作危險機械。
10. 使用此口頰錠可能造成姿勢性低血壓和暈厥，病人從坐姿或臥姿起身時需小心。

（四）相關副作用

頭暈、噁心、嘔吐、嗜睡、便秘、多汗、呼吸短促。

（五）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

五、 羈可酮（oxycodone）藥品使用須知

（一）作用

羈可酮是一種強效止痛劑，用於中重度疼痛之緩解。

（二）用法

若使用持續藥效錠則須整粒吞服，不得敲碎、咀嚼或溶解，否則將導致藥品過度釋出，進而面臨致命劑量的風險。

（三）注意事項

1. 若有肝腎功能不全、嚴重呼吸抑制、氣喘、頭部損傷者、慢性肺阻塞疾病、癲癇或疑似麻痺性腸阻塞及腸胃道阻塞等疾病，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。
2. 服藥後可能會感覺嗜睡或血壓降低，應避免從事需全神貫注或可能造成危險之相關活動，如開車、操作機械等。
3. 請告訴醫師或藥師是否正在服用其他藥品，特別是鎮靜劑、安眠藥或肌肉鬆弛劑。
4. 此藥品使用於懷孕婦女的安全性尚未確立。在計畫懷孕或已懷孕或正在哺乳的婦女，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。

（四）相關副作用

便秘、噁心、嗜睡、嘔吐、疲勞、頭痛、暈眩、腹痛、呼吸困難、心跳加快、低血壓。

（五）忘記服藥時之處置

若是規律性的服用此藥，請於想起忘記服藥時立即服藥。但若已接近下次服藥時間，請直接服用下次之劑量即可，切勿一次或短期間服用兩次劑量。

（六）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

六、丁基原啡因（buprenorphine）穿皮貼片劑藥品使用須知

（一）作用

丁基原啡因穿皮貼片劑是一種強效止痛劑，係由皮下微血管吸收貼片上的藥品進入體內產生藥效。該貼片劑的止痛效果於使用 12-24 小時後才會出現，約 3 天達到頂點，藥效可持續達 96 小時。適用於中、重度疼痛之緩解。

（二）用法

1. 選擇正常之乾淨、無毛髮、表面平坦的皮膚，避免大傷疤的皮膚部位。上半身的較佳黏貼位置為上背部或胸部鎖骨下。

2. 黏貼部位請以清水清洗，勿使用肥皂或其他任何清潔劑，黏貼之前皮膚必須完全乾燥。
3. 從包裝袋中取出此貼片劑後應立即黏貼，並以手掌將穿皮貼片劑緊壓在黏貼部位大約 30 秒。

（三）警語及注意事項

1. 新的丁基原啡因穿皮貼片劑應黏貼在不同的皮膚部位；相同部位至少需相隔 3 週，才可再黏貼新的穿皮貼片劑。
2. 此貼片劑持續黏貼最多 4 天，可以固定間隔每週更換兩次（例如在周一早上及周四晚上更換）。
3. 無論使用何種劑量強度，皆不得同時使用超過一片穿皮貼片劑。
4. 此貼片劑不會受泡澡、淋浴或游泳影響，但不可暴露於高熱（例如蒸汽浴、紅外線照射），避免藥品過度釋放。
5. 此貼片劑為特殊緩釋劑型，不可將貼片裁剪，以致破壞藥效。
6. 因尚未針對 18 歲以下病人進行研究，故不建議使用在小於此年齡的病人。
7. 懷孕期間或哺乳婦女禁止使用此貼片劑。
8. 此貼片劑可能會發生嚴重呼吸抑制，若使用於呼吸功能不全者，應特別謹慎。

9. 在剛開始治療時、改變劑量時或當此貼片劑與其他會影響精神狀況之物質（包括酒精、鎮靜劑與安眠藥）併用時，可能會感覺頭暈或昏昏欲睡、或出現視力模糊或複視。會有上述狀況之病人不可於使用此貼片劑期間與移除貼片後至少 24 小時內開車或操作機器。

（四）相關副作用

頭暈、頭痛、嗜睡、噁心、便秘、局部瘙癢、嘔吐、貼片處產生紅斑。

（五）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

七、丁基原啡因（buprenorphine）舌下錠藥品使用須知

（一）作用

丁基原啡因舌下錠是一種強效止痛劑，經由舌下微血管吸收進入體內，用於中、重度疼痛之緩解。

（二）用法

本藥需置於舌下，溶化吸收後產生藥效，不可咀嚼或吞服，請遵照醫師處方之用法及劑量服用。

（三）注意事項

1. 若有腎臟疾病、頭部受傷、顱內壓增高、心血管疾病、腸胃道疾病等，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。

2. 服藥後可能會感覺嗜睡，應盡量避免從事需全神貫注或可能造成危險之相關活動，如開車、操作機械等。
3. 服藥期間請勿飲酒，請告訴醫師或藥師是否正在服用其他藥品，特別是鎮靜劑、安眠藥、抗組織胺等。
4. 此藥物使用於懷孕婦女的安全性尚未確立，在計畫懷孕或已懷孕或正在哺乳的婦女，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。
5. 服藥後，待藥品於口腔黏膜完全溶解後，再喝水輕輕漱口飲入，並至少等待一小時再刷牙。

（四）相關副作用

水腫、頭暈、嗜睡、體重增加、視力模糊、便秘、口乾。

（五）忘記服藥時之處置

若是規律性的服用此藥，請於想起忘記服藥時立即服藥。但若已接近下次服藥時間，請直接服用下次之劑量即可，切勿於一次或短期間服用兩次劑量。

（六）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

八、可待因（codeine）錠藥品使用須知

（一）作用

磷酸可待因為弱效止痛劑，主要用於鎮咳、鎮痛。

（二）用法

請遵照醫師處方之用法及劑量服用，未經醫師同意，切勿自行增加藥量或服藥次數。

（三）注意事項

此藥可能會導致昏昏欲睡，服用藥品後請不要開車或使用危險機械。

（四）相關副作用

副作用並不常見，但還是可能發生如便秘、噁心、嘔吐、頭痛等症狀。

（五）忘記服藥時之處置

若是規律性的服用此藥，請於想起忘記服藥時立即服藥。若已接近下次服藥時間，請直接服用下次之劑量即可，切勿一次或短期間服用兩次劑量。

（六）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

九、特拉嗎竇（tramadol）藥品使用須知

（一）作用

特拉嗎竇為弱效止痛藥。

（二）用法

若為長效錠或持續釋放劑型，則須整粒吞服，不宜磨粉或剝半。

（三）注意事項

1. 當與中樞神經系統的藥品（例如：鎮靜劑、安眠藥）併用，可能會加強鎮靜作用，同時也會加強止痛作用，應謹慎使用。
2. 對此藥品成份過敏的病人，以及有急性酒精中毒、安眠藥、鎮痛劑中毒、精神藥物中毒的病人，禁用此藥物。
3. 此藥物不建議使用於孕婦。在計畫懷孕或已懷孕的婦女，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。
4. 此藥品不適合 12 歲以下兒童使用。

（四）相關副作用

頭暈、頭痛、嗜睡、便秘、噁心、嘔吐、口乾、腸胃不適。

（五）忘記服藥時之處置

若是規律性的服用此藥，請於想起忘記服藥時立即服藥。但若已接近下次服藥時間，請直接服用下次之劑量即可，切勿一次或短期間服用兩次劑量。

（六）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

十、特拉嗎竇與乙醯胺酚複方（tramadol 與 acetaminophen 複方）錠藥品使用須知

（一）作用

此劑型為弱效型類鴉片止痛藥（特拉嗎竇）加上作用於中樞之止痛藥（乙醯胺酚），此二不同機轉作用的藥品複方有協同止痛作用，用來治療使用非鴉片類止痛劑無效的中度至嚴重性疼痛。

（二）用法

請遵照醫師處方之用法及劑量服用，未經醫師同意，切勿自行增加藥量或服藥次數。

（三）注意事項

1. 與作用於中樞神經系統的藥品（例如：鎮靜劑、安眠藥）併用，可能會加強鎮靜作用，同時也會加強止痛作用，須謹慎使用。
2. 對此藥品成份過敏的病人，以及有急性酒精中毒、安眠藥、鎮痛劑中毒、精神藥物中毒的病人，禁用此藥物。
3. 若有肝臟疾病，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。
4. 服用本類藥物時應避免飲酒，若您有大量飲酒之習慣時請先告知您的醫師。

5. 此藥物不建議使用於孕婦。若妳計畫懷孕或已懷孕，就診時請務必告知醫師，由醫師評估是否可使用。
6. 此藥物不適合 12 歲以下兒童使用。
7. 若同時服用含有乙醯胺酚成分之止痛、退燒或綜合感冒藥，就診時請務必告知醫師或藥師，勿超過建議使用劑量。

（四）相關副作用

頭暈、頭痛、嗜睡、便秘、噁心、嘔吐、口乾、腸胃不適、紅疹、耳鳴等。

（五）忘記服藥時之處置

若您是規律性的服用此藥，則請於忘記服藥時立即服藥。但若已接近下次服藥時間時，請直接服用下次之劑量即可，切勿一次或短期間服用兩次劑量。

（六）藥品儲存處置

藥品請置於室溫保存，避免存放於高溫或潮濕處。

肆. 延伸閱讀

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 三、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 四、 U.S. Department of Veterans Affairs. Transforming the Treatment of Pain: A Quick Reference Guide. 2017.
https://www.pbm.va.gov/PBM/AcademicDetailingService/Documents/508/IB10-999PAIN-ProviderAD-QuickReferenceGuide_508Ready.pdf
- 五、 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain (Version 2. 2024).
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1413>
- 六、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。合記圖書出版社。2019。
- 七、 NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines - Choosing and Changing Opioids. 2020.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/choosing-and-changing-opioids/>

- 八、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 九、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十、World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. 2018.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>
- 十一、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>
- 十二、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>

第十章

類鴉片藥品副作用 的預防與處理



壹. 前言（使用類鴉片藥品可能會產生的重要風險彙整）

一、類鴉片藥品所產生的呼吸抑制作用之風險

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

二、在慢性阻塞性肺部疾患、惡病體質或衰弱、病危病人之風險

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

三、併用苯二氮平類藥品或其他中樞神經系統抑制劑（包含酒品）時之風險

- (一) 類鴉片藥品和苯二氮平類藥品或中樞神經系統抑制劑（包含酒品）併用，可能會導致重度鎮靜、呼吸抑制、昏迷及死亡，應避免併用。
- (二) 若在已經使用苯二氮平類藥品之病人，當須另外加類鴉片藥品來止痛時，應使用較低的劑量。

四、於顱內壓偏高、腦瘤、頭部受傷或意識障礙的病人之風險

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

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

五、用於腸胃及膽道疾患者之風險

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

六、用於患有心臟血管系統疾病的病人之風險

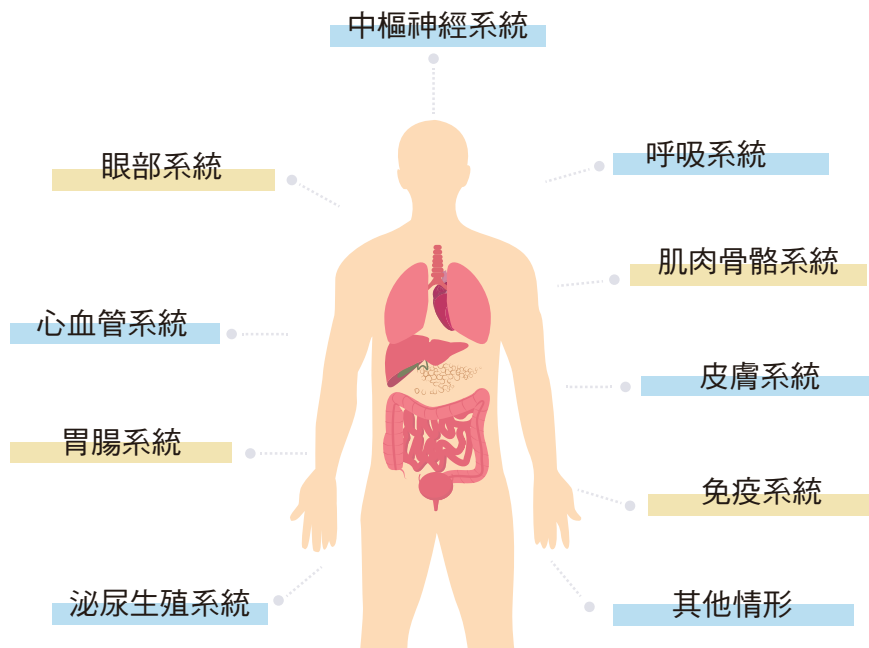
- (一) 類鴉片藥品可能會造成低血壓或高血壓（在少許情況）也可能會造成心搏過速或過慢。
- (二) 在患有心臟血管系統疾病的病人應謹慎使用，並密切監測其心臟血管系統之功能。

七、駕駛及操作機械之風險

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

貳. 使用類鴉片藥品對於個別器官系統可能會發生的副作用

使用類鴉片藥品對於以下器官系統可能會發生副作用：



一、中樞神經系統（大腦）

- （一）造成情緒的愉悅感。
- （二）造成嗜睡、鎮靜或睡眠疾患（如失眠或嗜睡）。
- （三）幻覺。
- （四）煩躁不安和躁動。
- （五）頭暈、頭痛甚至癲癇發作。

- (六) 譫妄。
- (七) 沮喪。
- (八) 認知障礙（即記憶力、注意力、決策力及反應力）。
- (九) 痛覺過敏。
- (十) 異常的用藥行為（如類鴉片藥品使用疾患）。

二、眼部系統

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

三、呼吸系統

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

四、心血管系統

- (一) 血壓降低。
- (二) 周邊肢體水腫（腫脹）。

五、胃腸系統

- (一) 便秘、噁心和嘔吐。
- (二) 胃腸內容物排空延遲。

六、泌尿生殖系統

- (一) 尿液滯留。
- (二) 男性睪丸激素及女性雌性激素在血中的濃度下降。
- (三) 藥品會穿過胎盤及於乳汁中分泌。

七、肌肉骨骼系統

- (一) 骨骼肌強直（緊繃收縮），導致呼吸困難，尤其是吩坦尼採靜脈注射時。
- (二) 骨質疏鬆症。

八、皮膚系統

- (一) 搔癢。
- (二) 在靜脈、肌肉、皮下注射時皆有可能產生。
- (三) 在脊髓腔內或硬脊膜外腔給予時也有可能產生；但（二）、（三）之致癢機轉不同。

九、免疫系統

長期使用可能會抑制免疫系統。

十、其他情形

- (一) 耐藥性。
- (二) 身體依賴性。
- (三) 成癮。
- (四) 死亡。

參. 常見副作用的預防及治療

以下之處置為在醫療上常見的作法：

一、便秘

（一）預防

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

（二）當便秘發生時

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

（三）如果持續有便秘現象

1. 查看是否有腸道阻塞，並查明有無其他原因。



2. 給予較強效的瀉劑，可以經直腸給藥，但應注意其副作用。
3. 考慮加上其他的止痛方法或治療，以減輕疼痛的發生，並減少類鴉片藥品的使用。
4. 考慮類鴉片藥品間的轉換。

二、呼吸抑制

當呼吸抑制現象（ <10 次 / 分）發生時

- （一）查看造成此現象的原因（鑑別診斷），如病人心肺或其他器官功能衰竭、腦內病變、共用其他鎮靜藥品。
- （二）降低類鴉片藥品的使用劑量。
- （三）增加呼吸功能監測。
- （四）必要時，給予類鴉片藥品之拮抗劑，靜脈滴注以解除類鴉片藥品的呼吸抑制，並適當給予其他無鎮靜作用的止痛藥品。
- （五）必要時給予呼吸器治療。

三、鎮靜作用

（一）當鎮靜作用發生時

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

（二）如果是類鴉片藥品造成

1. 調降類鴉片藥品的劑量。

2. 考慮給予咖啡因。

（三）如果鎮靜作用嚴重

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

四、譫妄 / 躁動

（一）當譫妄 / 躁動發生時

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

（二）當譫妄 / 躁動持續存在時，請精神科醫師協助處理。

五、認知功能障礙

- （一）通常病人在穩定劑量的類鴉片藥品連續使用二週以上，認知功能障礙鮮少發生。
- （二）在初始給藥或劑量有上調時則可能會發生此副作用。
- （三）查明原因並做鑑別診斷，再給予適切的治療。

六、噁心與嘔吐

（一）預防

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

（二）當噁心與嘔吐發生時

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

（三）若噁心與嘔吐持續一週以上

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

七、皮膚搔癢

（一）當皮膚搔癢發生時

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

（二）當皮膚搔癢持續時

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

八、尿滯留

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

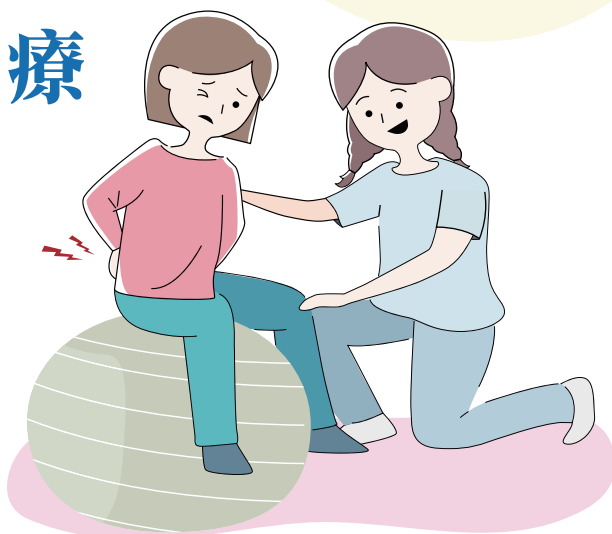
肆. 延伸閱讀

- 一、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 二、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 三、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf

- 四、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 五、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。合記圖書出版社。2019。
- 六、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。合記圖書出版社。2017。
- 七、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>
- 八、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>

第十一章

復健治療



壹. 前言

安寧/末期病人常有疼痛、疲勞虛弱、器官衰竭（如心臟、呼吸衰竭等）、神經損傷和肌肉骨骼問題。復健治療包含物理治療、職能治療、心理治療及言語/吞嚥治療。依其治療的目標及配合安寧共同照護，以跨領域團隊的方式來提供病人生理及心理方面的個別化復健來維持或恢復其身體功能、保持活動能力和獨立性、改善症狀、提升生活品質、減輕家庭和照顧人員的負擔。本章中介紹在醫療機構中所提供的復健治療內涵。

貳. 復健類型

依據病人的疾病階段、身體器官功能和治療目標，分類如下：

- 一、預防性復健：在診斷出危及生命的疾病後開始，提供復健治療來預防或減輕可能因疾病或其治療引起的失能。
- 二、恢復性復健：促進病人身體器官功能的恢復。
- 三、支持性復健：強化自我照顧和活動能力來提昇功能。
- 四、緩和性復健：在安寧病人，透過緩解症狀（如疼痛、麻木、水腫、呼吸困難）和預防併發症（如關節攣縮、褥瘡）來維持生活品質、減少依賴。

參. 復健強度

可依疾病進展來調整，即使疾病進展到末期階段，仍然可在病人的床邊進行復健治療。

肆. 復健目標

- 一、與病人及家屬對復健治療的目標進行溝通並共同決策合適的復健計畫。
- 二、關注病人的生活品質、功能 / 獨立性和社會心理健康的提昇，而非僅是生存時間是否延長。
- 三、客觀成效測量，同時也需注意醫療人員及照顧者的身心負擔，尊重病人的選擇和允許復健治療計劃的頻繁中斷。

伍 . 啟動復健治療的時機

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

陸 . 常見各類疾病的復健需求

一、癌症

- (一) 晚期癌症病人最常見須復健治療的情況為：疼痛、疲勞、呼吸困難、長期臥床、身體機能失調、關節攣縮或肌肉萎縮、藥品 / 手術放射治療所導致的後遺症（如淋巴水腫、吞嚥障礙）等。
- (二) 控制癌症疼痛的復健方式分為四類
 1. 疼痛的調節：如經皮電刺激、熱和冷水療。
 2. 穩定或緩和致痛機轉：如姿勢擺位、振動、反刺激和減敏感技術、徒手淋巴導引及按摩、本體感覺神經肌肉促進技術。
 3. 使用物理治療儀器來緩解疼痛：如中頻干擾波、超音波、雷射治療。
 4. 對肌肉骨骼疼痛進行復健包括輔具、治療運動、筋膜激痛點放鬆技術等。

二、慢性呼吸系統疾病

- (一) 肺部復健可顯著改善呼吸困難、提升運動耐力、減少焦慮並降低再住院率。
- (二) 肺部復健包括：
 - 1. 運動訓練：上下肢耐力訓練、肌力訓練、呼吸肌訓練、放鬆技術、呼吸調節技術、體位引流和粘液排出技術。
 - 2. 相關知識及技術的說明：呼吸練習、說話、呼吸和吞嚥技巧、體適能調節、工作簡化和臨終教育。
 - 3. 心理 / 精神 / 靈性 / 社會支持力的強化：應對策略和壓力管理。

三、心臟衰竭

- (一) 復健運動可以改善心臟衰竭病人的臨床症狀和預後並減少焦慮和憂鬱，降低再入院率和死亡率。
- (二) 個人化心臟復健計畫包括：監督下連續和間歇性有氧訓練、體能活動諮詢、社會心理支持以及體重控制和戒菸教育。
- (三) 在穩定無合併嚴重心律不整且沒有其他運動限制的輕、中度心臟衰竭病人，心臟復健是合適的選擇。對於重度心臟衰竭病人，無足夠的實證顯示進行心臟復健治療會有助益。

四、神經退行性疾病

此類疾病的特徵為進行性且不可逆的神經功能喪失，導致病人逐漸失去活動和生活獨立能力。

（一）肌萎縮側索硬化症

可進行步態平衡訓練，手動或電動輪椅使用的訓練，語言治療、吞嚥技巧訓練和飲食調整。

（二）癡呆症

運用復健治療可以改善病人的生活品質以及身體活動功能。

（三）帕金森氏症

復健目標為改善睡眠質量和身體機能（包括步態和平衡）。

五、其他

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

柒. 復健利用不足

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

捌 . 復健的風險

包括因操作或運動而加劇疼痛、對骨轉移的病人導致骨折、在心血管方面的風險和復健過程中的跌倒。

玖 . 復健服務場域

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

拾 . 終止服務的時機

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

拾壹 . 延伸閱讀

- 一、 Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. J Pain Symptom Manage. 2020;60(6):1239-1252.
- 二、 Wittry SA, Lam NY, McNalley T. The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. Am J Hosp Palliat Care. 2018;35(6):889-896.
- 三、 衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>
- 四、 Bužgová R, Kozáková R, Bar M. Pain, Physical Symptoms and Functional Assessment in Progressive Neurological Disease in Palliative Care. BMJ Support Palliat Care. 2020;13(e1):e136-e143.
- 五、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide; 9th edition, 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 六、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. Updated 2024.
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/pain/pain-management/>
- 七、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>



復健治療

第十二章

心理 / 精神 社會及靈性的支持



壹 . 前言

一、末期病人及其家屬面臨的不僅是疾病無法治癒和死亡不可避免的挑戰，更經歷著多層面的痛苦，包括身體（生理）、心理（精神）、靈性以及社會（家庭與經濟）的交互影響，這種現象被稱為「整體苦難」（詳見圖一）。

（一）病人的感受與生命困境

當病人持續感受到痛苦且無法被緩解時，往往會感到生命的孤獨與晦暗，甚至可能產生自殺念頭或要求安樂死，表達對生命失去希望的心聲。

（二）世界衛生組織對安寧緩和療護的定義

安寧緩和療護旨在：

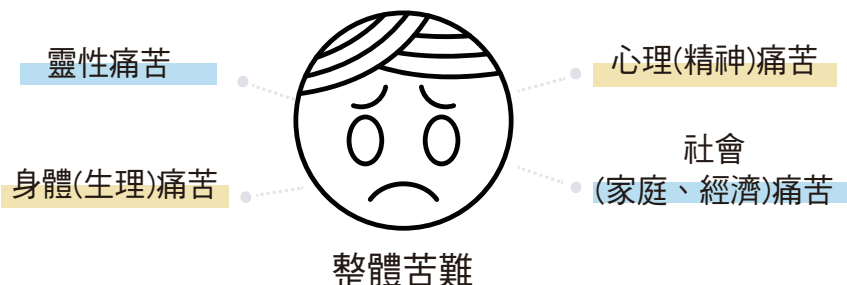
1. 評估、預防及緩解痛苦：針對病人的身、心、靈及社會各層面的痛苦進行全面的處理。

2. 協助病人與家屬：為生命受到威脅的病人及其家屬提供支持，幫助他們面對困境。
3. 提升生活品質：透過綜合的照護，讓病人能在餘生中獲得最大的舒適與尊嚴。

（三）全人照護的理念

末期病人的照護應採用全人照護的模式，從多面向出發，不僅減輕痛苦，還要幫助病人以積極的心態迎接每一天，直到生命自然結束的那一刻。

圖一、整體苦難



二、安寧緩和照護團隊的特色：特殊性與多科合作。安寧緩和照護團隊是一個特殊的醫療團隊，不同於一般醫療團隊，其特點包括：

- （一）**多科別合作：**團隊成員來自不同專業背景，涵蓋醫療、心理、社會及靈性照護等多個領域。
- （二）**核心成員：**社工師、心理師與宗教師（關懷師）是照護團隊的核心成員，負責心理與靈性層面的

支持。如果病人有精神症狀，會加入精神醫學專業人員進行輔助照護。

三、安寧緩和照護的範圍：病人與家庭的整體照護。安寧緩和照護不僅針對病人，也涵蓋整個家庭，並從疾病診斷階段即開始介入。

（一）病人的常見問題：疲憊與疼痛是病人最常見的身體症狀。

（二）家庭照顧者的挑戰：

1. 情緒緊張與照顧負擔。
2. 對病人健康的不確定感。
3. 害怕面對家人死亡。
4. 角色與生活型態的改變。
5. 經濟壓力。
6. 病人與家屬間的意見與需求差異。

（三）團隊的支持作用：提供心理、社會與靈性支持，不僅幫助病人，也提升照顧者的生活品質。

四、末期與臨終病人的靈性議題，

（一）末期病人常面臨以下七大靈性困擾：

1. 自我尊嚴感喪失。
2. 自我放棄。
3. 不捨：對生命、家人或未完成的事情放不下。
4. 死亡恐懼：對死亡的未知與害怕。

5. 心願未了：未完成的願望帶來遺憾。
6. 對正法認識不正確：對生命意義與終極關懷的迷思或誤解。
7. 其他議題：需要宗教師或心靈導師安撫陪伴的問題。

（二）靈性照顧的重點

1. 協助病人接受死亡：幫助病人面對終極挑戰。
2. 解決靈性困擾：化解生死困頓的問題。
3. 引導心靈成長：
4. 肯定生命的價值。
5. 協助完成心願。
6. 幫助病人感知靈性的存在，在有限的生命中尋求心智成長。

五、全人照護與疼痛管理的聯動

良好的疼痛緩解需結合以下三方面的支持：

- （一）**心理支持**：穩定病人的情緒，減輕心理負擔。
- （二）**靈性支持**：幫助病人找到內心平靜與生命意義。
- （三）**社會支持**：家庭、朋友及社會資源的參與與協助。

這些與安寧緩和的全人照護概念密切相關、相互作用，唯有通過多層面支持，才能達到最好的效果。

貳. 疼痛治療所面臨的問題

疼痛治療是安寧緩和照護中的核心內容，但許多民眾只認為疼痛與疾病直接相關，忽視了心理、社會、靈性支持力的不足也會影響治療效果。以下為常見的影響因素：

一、家庭與社會因素

（一）家屬拒絕或自行調整藥品

1. 部分家屬可能會拒絕使用止痛藥品、擅自調整劑量或停用藥品：對成癮性藥品的恐懼。
2. 對藥品治療的錯誤認知：如認為使用止痛藥品代表病情惡化。將疾病進展誤解為治療失敗，進而失去對藥品治療的信心。
3. 文化因素：如傳統觀念認為止痛藥品不必要或有害。

（二）處理方式

當發現自己或家人有上述情況時，應立即向安寧緩和照護團隊尋求協助，團隊成員將提供：

1. 清楚解釋用藥目的：說明藥品的效果及安全性，消除對成癮性的誤解。
2. 評估過去用藥經驗：了解病人及家屬是否因不適當用藥產生恐懼。
3. 糾正錯誤觀念：針對照護者與家屬的認知偏差進行教育。
4. 調整藥品與監測副作用：根據病人狀況優化用

藥方案，減少副作用並建立信任感。

5. 心理與文化支持：緩解因文化壓力或家庭觀念帶來的擔憂，幫助病人和家屬遵循正確用藥計畫。

二、心理與靈性因素

心理與靈性層面的影響是末期病人疼痛與生活品質的重要環節，以下是常見問題及應對策略：

（一）焦慮

1. 常見症狀：病人可能因生理疼痛或心理不安而出現焦慮或失眠。
2. 處理方法：改善生理症狀：減輕身體不適並提升病人的舒適度，增加自然入睡的機會。
3. 藥品輔助：適度使用抗焦慮藥品或安眠藥，幫助病人維持規律的睡眠與心情、減少體能消耗、穩定情緒，提升愉悅感。

（二）整體苦難

整體性消融：死亡不僅是肉體的消失，更涉及身體、心理、靈性及社會的全面性解體。四種痛苦的層面：

1. 生理（身體）痛苦：如全身疼痛、呼吸困難、胃腸不適等。
2. 心理（精神）痛苦：如焦慮、沮喪等。
3. 社會痛苦：如經濟壓力、家庭問題等。
4. 靈性痛苦：如尋找人生意義、探索死亡真相、

尋求心靈安慰等。

相互影響：這四種痛苦彼此交織，會進一步加劇病人的痛苦感受，因此需要全人照護來進行緩解。

（三）失志症候群

1. 症狀表現

- (1) 主要特徵：持續的絕望感、無助感、失去生命意義與目標。
- (2) 情緒困擾與癌症病人關聯：約一半的情緒困擾病人患有憂鬱症。另一半則患有失志症候群。

2. 與憂鬱症的區別：

- (1) 憂鬱症：病人對任何事物都感到無力、無感，情緒麻木。
- (2) 失志症候群：病人表面仍有情感反應，例如聽到笑話會笑，但內心覺得生命毫無意義。

3. 診斷標準：

- (1) 根據美國與澳洲的指引：若病人每天感到無助且持續一個月，可診斷為失志症候群。
- (2) 自殺風險：失志症候群病人的自殺率甚至高於憂鬱症病人。

參. 心理 / 精神、社會、靈性的支持方式

在安寧緩和照護中，心理、社會和靈性支持是不可或缺的環節，以下為具體的介入方式：

一、心理 / 精神介入

（一）疾病認知協助

幫助病人及家屬理解疾病的現狀與進展，建立正確的疾病認知。

（二）危機處理模式

協助病人及家屬面對突發情況，制定有效的應對策略。

（三）提升挫折承受能力

提供心理支持，增強病人與家屬面對困難的能力。

（四）釐清人生價值觀

協助病人及家屬明確人生觀、價值觀及生命意義，幫助他們找到內心的方向與安定感。

（五）追蹤情緒反應

持續觀察病人及家屬的情緒狀態，及時進行情緒疏導與處理。

（六）餘生期待規劃

確認病人對餘生的期待，包括治療選擇、照護場所及生活安排。若醫療團隊的認知與家屬期待不一致，應召開家庭會議，促進共識達成。

二、社會支持

- (一) **社會資源轉介**：評估病人的家庭支持與經濟狀況，協助轉介至相關社會資源、提供經濟補助等。
- (二) **情緒支持**：幫助病人及家屬表達情緒，化解因疾病歷程帶來的情感與家庭矛盾，促進家庭和諧。
- (三) **靈性關懷**：協助聯繫宗教或牧靈人員，提供信仰支持，陪伴病人走完人生最後的旅程。
- (四) **醫病溝通強化**：增進病人、家屬與醫療團隊的溝通，促進和諧的醫病關係。
- (五) **協助心願完成**：若病人有未竟的心願，協助其實現，讓病人感受到生命的圓滿與安慰。
- (六) **出院安置計畫**：提供居家及長期照護的相關資訊，協助病人及家屬規劃出院後的照顧與安置方案。
- (七) **喪葬協助**：正向引導病人及家屬討論後事的安排，包括安葬方式及遺物交託等。
- (八) **遺族關懷**：病人過世後，持續關懷家屬，幫助他們處理悲傷與失落，並支持他們重新展開新生活。

三、靈性支持

靈性支持是安寧緩和照護的重要部分，幫助病人從心靈層面找到力量、平靜與生命的意義。以下為具體支持方式：

(一) 鼓勵生命回顧

1. 回顧人生：引導病人敘述生命中的經歷與往事。

2. 辨認生命意義：幫助病人探索生命的目的、價值與意義，增強內心的安慰與平靜。

（二）處理情感問題

1. 探討愧疚與譴責：幫助病人面對內心的悔恨或譴責，減輕心理負擔。
2. 促進原諒與和解：協助病人與自己或他人達成內心的和解，獲得情感的釋放。

（三）探討痛苦來源

1. 分辨痛苦類型：幫助病人區分痛苦是來自目前的情況，還是因長期的憂鬱、愧疚或未解的內心衝突。
2. 面對痛苦：提供支持與指引，幫助病人接受並處理痛苦的根源。

（四）將信念實踐於當下

運用信念與哲理：鼓勵病人將其人生哲學或信念應用於當前情況，找到內在力量。

（五）尊重病人的文化與宗教需求

重視病人需求：尊重病人的特別節日、飲食限制、宗教禮俗及重要信仰觀念，讓他們感受到被理解與支持。

（六）舉行宗教儀式

支持宗教活動：安排或協助病人進行頌經、祈禱、

受洗、懺悔、打坐等符合其信仰的活動，帶來心靈上的安慰與寄託。

（七）鼓勵靈性療癒技巧

使用靈性療癒方法：幫助病人運用放鬆、想像、音樂、閱讀等方式舒緩內心壓力，增強靈性力量。

註解：

1. 靈性的解釋：每個人內心都有善念（如「天使」），但偶爾會出現惡念（如「魔鬼」）。靈性即是那份善念，只要將善念實踐，心靈的力量便會變得強大，並帶來身心的平衡與愉悅。
2. 實踐靈性的方式，如悲天憫人：關懷他人的困境。感恩的心：以感謝的態度看待生活與他人。無私奉獻與大愛：以利他的行動豐富生命意義。四道人生：道愛、道謝、道歉、道別。追求真善美：以正向心態面對人生。積極行善：從日常的小善念做起，逐步累積正向能量，並回饋給自己關心的人與關心自己的人。

肆 . 辨別疼痛與受苦

疼痛與受苦是兩個不同的概念，受苦（或稱苦難）包含更為複雜且多層面的內涵，對個人的身、心、靈（存在性）與社會層面造成深刻的威脅與影響。

一、什麼是「整體苦難」？

（一）交織的苦痛

苦難並非單一的身體不適，而是身、心、靈與社會層面的多層次痛苦彼此交織而成。例如：疼痛、疾病、心理壓力及負面情緒等，都可能成為苦難的來源。

（二）末期病人的情境

末期病人除了承受生理不適，還需面對複雜的社會文化脈絡與靈性困擾，如：氣衰體弱帶來的無助感。存在意義的探尋。經濟負擔及家庭關係壓力。

（三）苦難需要理解與陪伴

苦難不是一個需要立即「解決」的問題，而是需要理解與陪伴，從而減輕其對病人的壓力與傷害。

（四）不治之病、可療之症

當疾病已無法治癒，緩解苦難成為醫療的首要目標。

二、全人照護的需求

（一）多層面的衝擊

末期病人面臨的身體、心理、社會與靈性挑戰，因個人背景和脈絡不同，其反應也因人而異。

（二）一致的全人需求

雖然每位病人對照護的需求不同，但全人照護的核心理念是一致的，即在所有層面提供全面支持，緩解病人的痛苦。

伍．總結

當病人面對疾病惡化、症狀失控或挫敗與無意義感時，往往會因天人物我關係斷裂、摯愛支持不足、經濟壓力及對家人的負擔感而加重其苦難。這些問題交織在一起，導致末期病人的不安與痛苦加劇。

一、細膩觀察與理解

照護者需要細心觀察病人行為背後的意涵，理解其痛苦來源，才能提供適切的幫助。

二、量身訂做的照護計畫

- （一）**個別化照護**：根據病人的具體需求，制定專屬的照護計畫。
- （二）**多層面支持**：在心理 / 精神、社會與靈性層面提供適時的關懷與照護。

三、疼痛控制與受苦緩解的雙重目標

- （一）**理想的疼痛控制**：不僅緩解身體的痛楚，還要關注心理與靈性的痛苦。
- （二）**緩解整體受苦**：以全人照護的方式，幫助病人在最後的生命階段找到平靜與安慰。

陸. 延伸閱讀

- 一、Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine (6th ed.) Oxford: Oxford University Press; 2021.
- 二、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 三、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 四、Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 五、Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>
- 六、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 七、BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>

- 八、 DynaMed. Pain management in palliative care. EBSCO Information Services. 2018.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 九、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 十、 World Health Organization (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: a WHO Guide for Health-Care Planners, Implementers and Managers. 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf>
- 十一、 Galiana L, Rudilla D, Oliver A, Barreto P. The Short Demoralization Scale (SDS): a New Tool to Appraise Demoralization in Palliative Care Patients. Palliat Support Care. 2017;15(5):516-523.
- 十二、 楊婉萍、賴維淑、趙可式。協助一位末期病人面對整體苦難之全人照護經驗。護理雜誌，2008；55(6)：101-106。
- 十三、 財團法人基督教史懷哲宣道會。安寧緩和療護的靈性關懷實務指引 - 首版。財團法人基督教史懷哲宣道會。2020。
<http://godhope.formosasoft.com/filedownload/471>
- 十四、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十五、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十六、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。

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

第十三章

急診安寧 療護暨疼痛治療



壹. 前言

- 一、末期病人常因緊急狀況而送往急診室，而急診室照護品質也會明顯影響病人的病情進展、病人 / 家屬的滿意度及醫療費用。
- 二、末期病人常有多重且複雜的問題，需要跨領域團隊合作，尤其是與安寧緩和醫療團隊的連結，才能提供病人較為妥善且連續性的照護，並減輕家屬照護的壓力。

- 三、本章中所闡述的內容主要是醫療團隊對於急診安寧及疼痛的作為，提供民眾知曉。

貳. 名詞定義

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

參. 急診評估及處置原則

- 一、對於已經接受安寧緩和醫療的病人，還是有可能因緊急狀況來急診求醫。當這些病人來到急診時，醫療人員較常使用的評估及處置原則如下：

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

(八) 在尚未接受安寧緩和醫療的病人，若判斷病人已經是疾病末期且即將惡化，可與病人或家屬討論是否進行心肺復甦術及維生醫療。若病人與家屬無法馬上做決定，可考慮「限時醫療嘗試」。限時醫療嘗試是指當病人或家屬一時無法確認某種治療對病人是否好壞，先協議在約定時間內做某種治療。若在此約定時間內病人有好轉，則繼續治療，若無好轉，則治療就停止，且目標轉向安寧緩和醫療。

肆. 呼吸困難之處理

- 一、末期病人的呼吸困難，常會引發病人及照顧者的焦慮及壓力。評估時應先確認病人的照護目標，接下來再尋找有無可馬上處理之可逆性原因，包含缺氧、水分過多、疼痛、貧血等。尋找原因時要避免做過多的檢查。
- 二、類鴉片藥品是緩解呼吸困難的首選，因為它可打斷因呼吸困難引發的焦慮循環。此外，給予氧氣，將床頭搖高，以電風扇向臉部吹涼爽的风，亦可能有所幫助。
- 三、如果造成呼吸困難的原因為可逆性 / 可治療性，亦可考慮採取相對應的治療來減輕病人症狀，例如有肋膜積水可考慮使用胸腔穿刺引流術來緩解症狀。

伍 . 疼痛之處理

疼痛在生命末期是很常見的症狀，尤其在癌症末期病人。這些病人常有急性疼痛危機（嚴重疼痛），且已常規的使用了高劑量類鴉片藥品，又有可能已產生了類鴉片藥品的耐受性。雖然如此，類鴉片藥品仍是處置末期病人嚴重疼痛的首選。醫療人員將會依病情狀況給予適當的藥品。

陸 . 發燒及感染之處理

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

柒 . 跨領域團隊照護

- 一、在急診進行安寧緩和醫療並沒有一定的模式，依照各家醫院的資源與目標而定。
- 二、在急診，早期照會安寧緩和團隊可幫助病人提升生命末期的生活 / 生命品質，包含減少住院時間及急診次數，並幫助家屬緩解喪失親人的悲傷。

- 三、在尚未進入安寧緩和醫療的病人，急診醫師可扮演一個啟動者的重要角色。

捌. 總結

- 一、在急診常會遇到末期疾病的病人。
- 二、在急診進行安寧緩和醫療，可以減少病人與家屬的痛苦、使後續治療計畫更平順。
- 三、急診醫師需了解病人與家屬的期待、症狀處理及轉介。
- 四、進行急診安寧緩和醫療需有跨領域團隊的合作，尤其與安寧緩和團隊的密切合作，才能提供病人較為妥善且連續性的照護。

玖. 延伸閱讀

- 一、American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine, Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. Geriatric emergency department guidelines. Ann Emerg Med. 2014;63(5):e7-e25.
- 二、Lamba S, Quest TE. Hospice Care and the Emergency Department: Rules, Regulations, and Referrals. Ann Emerg Med. 2011;57(3):282-290.
- 三、Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative Care in the Emergency Department. Perm J. 2014;18(2):77-85.

- 四、 Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC. Prevalence of Geriatric Syndromes and the Need for Hospice Care in Older Patients of the Emergency Department: A Study in an Asian Medical Center. Emerg Med Int. 2020;2020:7174695.
- 五、 Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC. Emergency Geriatric Assessment: a Novel Comprehensive Screen Tool for Geriatric Patients in the Emergency Department. Am J Emerg Med. 2018;36(1):143-146.
- 六、 Weng TC, Yang YC, Chen PJ, Kuo WF, Wang WL, Ke YT, Hsu CC, Lin KC, Huang CC, Lin HJ. Implementing a Novel Model for Hospice and Palliative Care in the Emergency Department: an Experience from a Tertiary Medical Center in Taiwan. Medicine (Baltimore). 2017;96(19):e6943.
- 七、 法務部：全國法規資料庫。安寧緩和條例
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>
- 八、 林譽家、林明慧、陳曾基。末期病人預後評估與預後量表的臨床應用。家庭醫學與基層醫療，2021；36(8)：256-263.
- 九、 衛生福利部。全民健康保險安寧共同照護試辦方案
https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5639_1040032766-1.pdf
- 十、 Quest TE, Lamba S. Palliative Care for Adults in the ED: Concepts, Presenting Complaints, and Symptom Management. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-ed-concepts-presenting-complaints-and-symptom-management#H1159194099>

第十四章

老年人安寧療護暨疼痛治療



壹. 前言

- 一、理想的老年人安寧療護，是在老年人生命接近尾聲時，給予照顧。這種照顧不僅要全面，還要符合病人的需求和期待。
- 二、老年人的安寧療護主要有幾個重點：控制不舒服的症狀，幫助恢復身體功能，提高生活品質，最終實現好的生命終了（善終）。不管是在住院、養護機構或是在家裡，老年人都能得到合適的照顧。
- 三、老年人的安寧療護服務範圍很廣，包括：
 - （一）照顧有癌症和非癌症的末期病人。
 - （二）從老化到身體無法自理。

（三）從醫院照護到社區照護或是到居家照護。

（四）從身體逐漸衰弱到生命終了。

四、老年病人的安寧療護跟年輕人的有所不同：

（一）老年人常常有持續多年的慢性病，需要依靠別人幫忙，如：認知問題和多種共病症，需要長期照護，因此，老年人的安寧療護需要多方面的照顧。

（二）老年人的安寧療護不僅是治療末期病症或癌症的症狀，還包括幫助改善身體功能和認知問題，減輕身體衰弱和降低照顧者的壓力及負擔。

五、老年人的安寧療護可以分為兩種模式：

（一）以疾病照護為導向的安寧療護。

（二）以身體（衰弱）照護為導向的安寧療護。

六、以疾病照護為導向的安寧療護包括以下幾個步驟：

（一）在發病開始以治癒為原則。

（二）當無法治癒時，轉為緩解病人的不舒服及其他症狀治療。

（三）當身體功能逐漸衰退時，則根據醫師和病人的共同決定來制定照護計畫。這個階段的照護不只是身體上的，還包括心理、社會、文化和經濟上的支持。

七、以身體（衰弱）照護為導向的安寧療護主要包括：

（一）關注病人在心理、社會、文化和經濟上的需要。
以病人為中心，鼓勵病人參與自己的醫療決策。

提高病人的心理舒適和幸福感，注重病人仍保有能力的維持，而不是只關注他們失去的能力和醫療問題。

- (二) 以量表工具來評估衰弱老年人需要的安寧療護，了解老年人的需求，並溝通、討論他們的生命價值及調整治療方法。

貳. 老年人安寧療護中的疼痛照護

一、老年人的疼痛：

- (一) 在社區中的老年人，大約有 25% 到 56% 會感到疼痛。最常見的疼痛是背痛和關節痛。
- (二) 在療養院的老年人，疼痛的比例可能高達 45% 到 80%。這些人除了疼痛外，還可能有以下的問題：憂鬱、較少參加社交活動、睡眠不好、容易跌倒、藥品產生的副作用、康復慢，以及更常去看醫生。
- (三) 疼痛的原因：

疼痛通常和傷病的嚴重程度有關。常見的疼痛原因包括：

1. 肌肉骨骼問題，如背痛和關節炎。
2. 神經病變痛，可能是糖尿病、帶狀皰疹後、手術後或由其他神經損傷造成的。
3. 晚上腿部疼痛，如抽筋或不寧腿症候群。
4. 癌症所造成的疼痛，特別是在生命末期。

（四）疼痛的評估和影響：

1. 老年人可能同時患有很多疾病，這使得疼痛的評估和治療變得困難。藥品的副作用或治療帶來併發症的風險也比一般成年人高。
2. 在社交方面，老年人在臨終時很依賴家人和照顧者。照顧者的壓力和態度會影響疼痛的照護效果。

二、老化如何影響疼痛感受

- （一）在生理上，目前在醫學上還不確定年齡是否會改變疼痛的感知。但老年人常有其他感知問題，以致無法正確表達疼痛。
- （二）老年人的感知障礙，如大腦的認知功能問題、感覺神經功能受損、視力和聽力問題，可能使得他們在表達疼痛和溝通上變得更難。
- （三）有些老年人可能比較堅忍，或者因為害怕檢查或治療會痛，所以不太願意接受檢查或治療，也使得疼痛的評估和治療變得困難。

參. 疼痛的評估方法

- 一、在開始治療疼痛之前，需要了解病人的疾病狀況、認知功能和身體功能狀態、治療的目標和期望，此外，也需有社會資源和家庭共同的支持。

二、認知功能受損病人的疼痛評估

- (一) 主要照顧者通常是能察覺病人的疼痛情況或相關異狀，包括病人的一般行為、用藥情況，以及哪些事情會讓疼痛增加或減少。但家人和照顧者在解釋這些行為和事件的原因或嚴重度時，可能會有所限制，在判斷疼痛嚴重程度上不一定準確。
- (二) 輕度到中度認知障礙的病人，可以使用一般的疼痛量表來評估其疼痛。
- (三) 對於有嚴重認知障礙、處於深度昏迷或有閉鎖症候群的病人，可以根據他們的臉部表情和肢體語言來評估他們的疼痛。

註：閉鎖症候群係指病人雖然意識清楚，但全身隨意肌除部分面部及眼球外皆癱瘓，以致無法活動甚至喪失言語及表達能力，多為橋腦基底部栓塞所致，藉由特殊的溝通與資訊輔具可使病人與外界互動。

肆. 老年人安寧疼痛治療的基本原則

- 一、疼痛治療的關鍵在定期做標準的評估、合理使用藥品和非藥品的治療以及妥善處理類鴉片藥物的副作用。
- 二、世界衛生組織在 1986 年提出了一個治療癌症疼痛的藥品治療三階段模式，這個模式直到現在仍是治療癌症疼痛的基本方法，也常用於安寧療護或末期病人的疼痛治療。

- (一) 輕度疼痛：使用非類鴉片藥品，如乙醯胺酚、阿斯匹靈或非固醇類消炎藥。必要時可以加入其他輔助藥品。
- (二) 輕度至中度疼痛：使用弱效類鴉片藥品，必要時可以加入治療輕度疼痛的藥品。
- (三) 中度至重度疼痛：使用強效類鴉片藥品，如嗎啡等，必要時可以加入治療輕度至中度疼痛的藥品。

註：在照護安寧或末期病人的疼痛時，可以根據疼痛程度直接選擇合適的階梯和止痛藥品，不需要一步一步來，尤其是對於急性疼痛。

三、針對老年人的輕度疼痛，乙醯胺酚被視為首選藥物。非固醇類消炎藥應謹慎使用，且只能在腎功能良好且沒有胃潰瘍或腸胃道出血史的病人身上使用。當疼痛達到中度時，可以考慮使用弱效的類鴉片藥品或低劑量的強效類鴉片藥品。

四、給予止痛藥時應從低劑量開始，逐漸增加劑量直到達到有效止痛且副作用較小時。

五、神經病變痛（例如由糖尿病、罹患帶狀皰疹後、中風後或周邊神經損傷所引起的痛）通常不容易治療。這些疼痛需要多科跨領域協同治療。可考慮使用抗癲癇藥品，但要注意副作用如頭暈和步態不穩。局部麻醉劑可用於患部皮膚。抗憂鬱藥品由於副作用，在老年人中應謹慎使用，不推薦作為首選。類鴉片藥品對這些病症的治療效果也不佳，同樣不推薦作為首選。

- 六、類鴉片藥品的大多數副作用會隨著時間產生耐受性（副作用會逐漸變的不明顯），但便秘則不會。例如，呼吸抑制的副作用在 48 至 72 小時內可能產生耐受性，噁心在幾天到一周內產生耐受性，而認知功能的副作用（如鎮靜和混亂）可能在 5 至 14 天內產生耐受性。
- 七、對於用類鴉片藥品治療的病人，即使只用了幾天，也可能會產生對藥品的依賴性。如果突然停藥或大幅減少劑量，病人常會出現戒斷症狀（身體上出現不舒適的狀況），應依醫囑逐漸減量。對於沒有藥品濫用史的病人，成癮的風險很低（低於 1%）。在危及生命或末期疾病的情況下，不應因為擔心成癮而阻礙適當使用類鴉片藥品。
- 八、在治療衰弱老年病人的疼痛時，應定期評估病情，並在病歷中記錄病情惡化或緊急疼痛的處置計劃。
- 九、對於預期在一週內可能去世的衰弱老年病人，也應定期評估是否有疼痛並記錄在病歷中，以便在生命末期能夠得到有效的疼痛治療。

伍. 急性疼痛治療的方法

- 一、治療急性疼痛最重要的是先找出並處理引起疼痛的根本原因。而在短期內可以使用快速起效的止痛藥品，並配合各種非藥品的治療方法。

- 二、止痛藥品和非藥品的選擇，取決於疼痛的嚴重程度、可用的設備、專業人員、是否能夠移除疼痛的原因，以及個人差異。
- 三、輕度疼痛通常使用非類鴉片止痛藥品，並配合物理治療或認知行為治療。
- 四、中等程度的疼痛通常需要使用弱效類鴉片藥品或低劑量的強效類鴉片藥品，並搭配乙醯胺酚。
- 五、劇烈疼痛通常需要使用強效類鴉片止痛藥品。對於嚴重創傷或手術後的疼痛，間歇性靜脈注射、持續性靜脈注射或經腰背部之脊髓腔給藥，可以提供快速和持久的疼痛緩解。
- 六、當病人出現急性疼痛時，即使是在進行檢查的過程中，也不應停止疼痛治療。疼痛治療很少會影響診斷過程，且當病人感到舒適時，更能配合診查程序。

陸. 慢性疼痛的治療方法

- 一、慢性疼痛的治療通常需要結合藥品和非藥品的多種方法。雖然止痛藥是最常見的治療方式，但同時使用認知行為療法和其他非藥品的治療也可以增強止痛效果，並減少因過多使用止痛藥所引起的副作用。
- 二、慢性疼痛的治療通常需要定期進行疼痛評估，並根據需要，調整治療方案。這類治療需要醫師、護理師和其他治療師等團隊協作。

- 三、通常，慢性疼痛比急性疼痛更難以緩解。應該和病人討論對疼痛緩解的期待值，同時討論可能的治療選項、治療目標以及各種選擇的利弊。開始使用新藥品時，應定期檢討藥品劑量、使用方式、療效和副作用，對於療效不佳的藥品應逐步減量至停止使用。
- 四、在進行評估和治療的同時，也應考慮經濟問題並作出利弊權衡。
- 五、可以讓照護者參與學習疼痛的評估和記錄，並尋找社區醫療資源以增強治療的遵從性及維持治療效果。

柒. 藥品治療（包括急性和慢性疼痛）

一、用藥原則：

- （一）所有因疼痛而影響日常生活功能或生活品質的病人，都適合使用止痛藥品。
- （二）正確使用止痛藥品對於老年人來說是安全且有效的，但也需要考慮藥品帶來的益處和風險間的平衡。老年族群的個體差異較大，如身體器官功能退化、伴隨其他疾病等，因此需要根據個別情況來進行用藥調整。
- （三）大部分止痛藥的劑量不需要根據年齡來進行調整，但給藥應從低劑量開始，並定期重新評估和調整劑量以達到最佳止痛效果和較少的副作用。

二、給藥途徑：

- (一) 有些藥品可以通過多種途徑給藥，如皮下注射、靜脈注射、經皮膚給藥（如貼片）、經舌下或直腸途徑給藥。應優先選擇侵入性較低的給藥途徑。
- (二) 口服是首選給藥途徑，因為它使用方便且血中藥物濃度相對穩定。大多數的口服止痛藥在 30 分鐘到 2 小時內可以開始發揮作用。
- (三) 靜脈推注可以提供最快的療效，但需要較頻繁的監測。
- (四) 肌肉注射雖常用，但相較口服途徑，它們的吸收不太穩定且屬於侵入性治療，需要反覆施予，不太方便且不舒適。
- (五) 經皮膚給藥（如貼片）、經舌下給藥和經直腸途徑給藥，適合有吞嚥困難的病人使用。

三、給藥時間：

- (一) 對於急性疼痛，應該使用快速起效的藥品進行短期治療。
- (二) 對於慢性疼痛，原則上使用長效型的止痛藥品。此外，可以使用快速起效的藥品來治療突發性疼痛。包括：
 1. 不可預期的突發性疼痛。
 2. 可預期且與身體活動或治療相關的疼痛。
 3. 陣發性且難以預測的神經病變痛。

捌. 延伸閱讀

- 一、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXlZgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 二、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 三、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 四、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 五、Kogan M, Cheng S, Rao S, DeMocker S, Nelson MK. Integrative Medicine for Geriatric and Palliative Care. Med Clin North Am. 2017;101(5):1005-1029.
- 六、Sailian SD, Huijter HAS, Dhaini S, Adra M. Palliative Care Assessment Tools for Older Adults. Arch Palliat Care Med. 2018;2018(1):APCM-103.
- 七、Leong M, Smith TJ, Rowland-Seymour A. Complementary and Integrative Medicine for Older Adults in Palliative Care. Clin Geriatr Med. 2015;31(2):177-191.
- 八、Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2019;57(1):171-175.
- 九、Bright L, Marr B. Clinical Relevance and Considerations of Palliative Care in Older Adults. Emerg Med Clin North Am. 2021;39(2):443-452.

- 十、 World Health Organization. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

第十五章

兒童安寧 療護暨疼痛治療



壹. 前言

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

一、兒童安寧的照護特色

- (一) 兒童在生理及心理上皆呈現持續成長，且對兒童而言，學校生活與同儕的互動佔了生命中很重要的部分，這些都必須在治療與照顧計畫中被重視。而經歷長時間與疾病共存的兒童，通常也相較於同年齡層的兒童成熟，對於自己的身心健康照顧計畫、生命的觀點以及對死亡的理解，都較為深入。
- (二) 兒童安寧照顧中，家長或是主要照顧人也扮演重要的溝通角色。他們是兒童在成長過程中的重要關係人，對於兒童在末期維生醫療決策上舉足輕重。但在倫理上仍須尊重兒童的表意權，家長或代理人不應該因為自己個人的想法而忽略兒童的聲音，直接作出接受或拒絕維生醫療的相關決策。
- (三) 一般而言，大家不會聯想到兒童可能會死亡。雖然兒童的死亡率不高，但家中若有一重症或是末期需要照護的兒童，會影響整體的家庭動態，因此也需協助家長或照顧者，關注家中其他成員，尤其是病童的手足其身心社靈的需求，
- (四) 依據統計，嬰兒期死因最多源於週產期病態、先天性畸形、事故傷害等；而兒童與少年死因最多依次為事故傷害、惡性腫瘤、先天性畸形、心臟疾病等；青年死因最多依次為事故傷害、惡性腫瘤、心臟疾病等。

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

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

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

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

四、因兒童之吞嚥發展功能以及配合度之影響，須特別注意給藥途徑（方式），務必確保兒童可以順利接受與吸收藥品，也因此口服（含水劑劑型）、黏膜（如口腔黏膜、直腸給藥）、穿皮、皮下、靜脈等途徑，都是可以依照

護情境多加運用的方式。

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

貳. 兒童安寧疼痛與其他症狀之藥品使用建議

一、疼痛

- (一) 接受安寧照護的兒童，約有六成至九成的病人需要類鴉片藥品。無論是急性或慢性的疼痛，嗎啡均已具有廣泛的實證和指引建議，務必透過嗎啡的使用達到接受安寧照護兒童與青少年良好的疼痛緩解。疼痛治療前須有精確的疼痛評估，無法清楚以語言表達的兒童，醫療團隊會利用表情及軀體動作的評估工具來評估疼痛狀態。

1. 類鴉片止痛藥品（尤其是嗎啡）是緩解兒童重度疼痛的重要藥品，可依需要時調高劑量，若有副作用發生如：噁心嘔吐、呼吸抑制、昏睡、便秘、幻覺、噩夢、排尿困難時，需由醫療團隊鑑別診斷並積極處理副作用。
 2. 病人自控式止痛裝置可以使用在 5 歲以上的兒童。
 3. 嗎啡以外的替代選項，如穿皮吩坦尼貼片，2 歲以上即可使用。
- （二）抗憂鬱劑及抗痙攣劑可使用在兒童，輔助慢性疼痛的緩解。
- （三）安眠藥品被廣泛使用於肌肉骨骼疼痛。
- （四）類固醇對於減輕腫瘤周邊水腫壓迫或是降腦壓，具有良好的效果。

二、呼吸喘

- （一）針對呼吸喘的兒童，給與嗎啡雖並非如成人安寧般有廣泛的研究探討，但也已具有良好品質的實證，且目前幾乎所有的指引與專家共識均建議嗎啡使用在接受安寧照護的兒童，緩解呼吸喘症狀，兒童給予嗎啡可透過口服、舌下或直腸黏膜給藥。
- （二）焦慮也常與呼吸喘的症狀並存，必要時，抗焦慮藥品可以作為輔助治療的藥品。
- （三）如已無法口服使用藥品，針劑的安眠藥品也已有安全的實證，可以用來緩解頑固型的呼吸喘。

三、躁動

- (一) 針對躁動的兒童，以他們能夠理解的語言陪伴安撫並提供熟悉的環境與照護 / 陪伴人員。同時必須先評估是否有引起兒童躁動的不適症狀，先予緩解。同時依醫療團隊評估適當給予鎮靜藥品。
- (二) 若有精神症狀，如幻覺，也可經由口服、舌下或經直腸黏膜給予抗精神病類藥品。

四、噁心 / 嘔吐

針對患有噁心 / 嘔吐的兒童，口腔清潔 / 保持舒適的口腔氣味是非常重要的。並試著調配兒童可以接受的食物口味，少量適量的餵食，同時注意是否有脫水或電解質不平衡的狀況，適時予以矯正，以減少不適。如有必要，亦可由醫療團隊給予適當藥品。

參. 兒童安寧照護之身心社靈議題

一、死亡認知的階段與準備

- (一) 兩歲以下的兒童對於死亡是無法認知的，這時需給予最足夠的生理陪伴與安全感的接觸。兩歲到六歲的兒童可理解死亡與活著是兩個相對的觀念，但可能會認為死亡是可逆的，這個階段需處理分離焦慮。七歲到十二歲的兒童已經可以明白死亡是不可逆的，是會發生在自己與親近的人身上的，這時需協助他們面對被拋棄的恐懼、維持人際的連結並培養其自我控制的能力。十二歲以

上的青少年明白死亡即等於終結，需允許他們宣洩憤怒等失望的情緒，並支持他們進入同儕系統，協助他們自立並保有隱私。

- (二) 對學齡期的兒童，學業的繼續與其他同儕朋友保持聯繫接觸都是很重要的，他們有時需要去參加一些有目的性的活動，即使只有短暫的時間，這有助於維持他們的自信與價值，而且讓他們確定父母、老師會認為自己還是個有能力的人，增加對自我的肯定。
- (三) 幫助孩子面對死亡時，也可以鼓勵他們用自己喜歡的方式在適當的時機表達心裡的想法，協助把他們的關心、愛心與感謝讓父母親友知道，並可以透過照片、留影或是繪畫，幫助大家一起順利度過整個過程。

二、哀傷陪伴

- (一) 心理靈性專業人員、心理支持的志工團隊可在必要時介入引導陪伴，但需注重兒童在該家庭中正相對應的發展階段以及該家庭內在與外在的文化背景。
- (二) 周產期相關的安寧照護，如懷孕時已發現嚴重畸形、死胎、外傷的新生兒或極低體重的早產兒，安寧照護團隊需發展整合模式，這個階段的胎兒或是新生兒毫無決定能力，除給予孕期以及新生兒階段的父母必要的支持外，對於胎兒或病嬰的維生醫療處置更需跨團隊的討論與檢視，以合乎倫理原則，也能兼顧胎兒 / 病嬰及其家庭的最大利益。

三、預立醫療照顧計畫

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

肆. 延伸閱讀

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

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

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

第十六章

安寧病人 帶狀皰疹後 神經痛的療護



壹. 前言

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

貳. 帶狀皰疹與皰疹後神經痛的臨床表現

- 一、帶狀皰疹又被稱為皮蛇或飛蛇（台語發音）。除了疼痛外，主要的症狀是在病人身上出現一長串的紅疹與水泡，看起來像是被蛇纏繞一般。
- 二、帶狀皰疹的診斷是以臨床症狀表現為主，包括：
 - （一）有刺痛或是異常感覺的先兆（但是不一定會出現）。
 - （二）呈現皮節分布。
 - （三）成群的小水泡或是丘疹，接著出現紅疹。
 - （四）同一皮節內出現多處病灶。
 - （五）紅疹處出現疼痛或是觸摸痛。
- 三、在患部的皮疹癒合後，患部的疼痛可能仍會持續，並長達三個月以上，稱之為帶狀皰疹後神經痛。

參. 帶狀皰疹與皰疹後神經痛的病因

- 一、帶狀皰疹是一種會造成疼痛的神經皮膚感染性疾病，當病人初次感染水痘帶狀皰疹病毒時，會引發水痘。在水痘康復後，此病毒終身滯留於體內，潛伏在背根神經節或中樞神經的感覺神經元中，當此病毒再度活化 / 複製並沿著神經皮節散布及發病時會產生帶狀皰疹，常發生於初次感染水痘帶狀皰疹病毒後的數年或數十年，所以「沒得過水痘」或「沒有注射過水痘疫苗」的人是不會得帶狀皰疹的。（註：水痘疫苗是活性減毒株疫苗）

- 二、任何曾自然感染野生型水痘帶狀皰疹病毒或接種過水痘疫苗的人，都可能因體內水痘帶狀皰疹病毒的再活化而罹患帶狀皰疹。但是與自然感染野生型水痘帶狀皰疹病毒的人相比，接種水痘疫苗的人其體內水痘帶狀皰疹病毒再活化的機率風險較低。
- 三、帶狀皰疹後神經痛所產生的疼痛非常多樣化，包括自發性疼痛與誘發性疼痛。前者可能是針刺感、刺痛、抽痛、電擊痛、撕裂痛、灼熱感、冰冷、麻痺、癢等。後者有異常性疼痛（無痛性刺激被感知為疼痛）、痛覺過度（輕微的疼痛刺激被感知為非常疼痛）和感覺異常（沒有刺激下仍有異常感覺），病人可同時併存多種形式的異常感覺。

肆. 安寧病人帶狀皰疹和皰疹後神經痛的發生率

- 一、在一般人，罹患帶狀皰疹其主要的危險因子是較高年齡，通常發生在 50 歲以上，大約 60% 的病例發生在女性身上。其他風險因子包括患有人類免疫缺陷病毒的感染、腫瘤疾病、器官移植、使用免疫抑制藥品，及患有其他會導致細胞免疫下降的疾病。在台灣，帶狀皰疹發病率隨年齡增長而逐步增加，有三分之二發生在 40 歲以上的病人。

- 二、在安寧病房，癌症病人的帶狀皰疹發生率（106 人 /1,000 人，每年），相較於台灣全體人口帶狀疹發生率（5 人 /1,000 人，每年）高出許多，且男女皆呈現大於 60 歲的族群發生率有較高的趨勢。
- 三、帶狀皰疹後神經痛在皰疹癒合後可能還會持續 30 天到 6 個月以上，疼痛在大多數病例中會自行消退。台灣帶狀皰疹病人中約有 8.6% 併發帶狀皰疹後神經痛。危險因子包括年齡較高、中度至重度皮疹、皮疹期間有中度至重度急性疼痛、有眼部症狀。也有研究顯示帶狀皰疹與帶狀皰疹後神經痛病人體內的微營養素往往偏低（如：維生素 C、D、B12、鋅、鈣），這些微營養素不足或缺乏也是罹病的危險因子。

伍 . 帶狀皰疹的傳染性與日常注意事項

- 一、對於沒有得過水痘的人，若接觸到帶狀皰疹病人的飛沫（飛沫傳染），就有可能被傳染而得到水痘，雖然帶狀皰疹病人出現呼吸道症狀的發生率低。建議病人應戴上口罩，對一同生活的人是較好的保障。若接觸皰疹水泡或傷口等處的體液，也可能被傳染而得到水痘。總之，近距離交談、共用餐具、接觸到病人的衣物、毛巾等用品，都有被傳染風險。但是帶狀皰疹的傳染力比水痘弱，在同一家戶中的傳染力，水痘傳染力約為 80 ～ 90%，帶狀皰疹傳染力約為 15%。

- 二、成年人若感染水痘帶狀皰疹病毒，其症狀往往比孩童時期感染嚴重，因此需小心避免被傳染病毒而感染水痘。尤其孕婦，應避免接觸帶狀皰疹病人，因為孕婦感染後可能會傳給胎兒，導致新生兒出生體重不足、眼部、腦部等疾患。如果家中有感染帶狀皰疹的人，建議讓病人單獨用餐，避免共浴、避免共同使用同一套盥洗用品（毛巾、漱口杯）。病人會接觸到的地方，包括門把、床單等，建議做區隔或消毒。
- 三、若罹患帶狀皰疹，應盡早治療並充分休息，讓自身免疫系統修復，也避免傳染給他人。

陸．帶狀皰疹與皰疹後神經痛的預防

- 一、目前有兩種帶狀皰疹疫苗在美國與台灣獲得許可並被推薦用於預防帶狀皰疹及其併發症，一種是活性減毒株疫苗（Zoster Vaccine LIVE，ZVL；商品名 zostavax），另一種是非活性重組疫苗（recombinant zoster vaccine，RZV；商品名 shingrix）。
- 二、帶狀皰疹活性減毒株疫苗，其強度較水痘疫苗高出 14 倍以上，可提升細胞免疫力，降低因病毒再活化而發病的風險，雖然隨著年齡的增加對預防發病的效能轉弱，但可降低出現慢性神經痛的風險。ZVL 等活性減毒株疫苗禁用於免疫功能低下的病人。

- 三、Shingrix 非活性重組疫苗，要打兩劑肌肉注射。兩劑之間需間隔 2 ～ 6 個月。打完疫苗後會有肌肉痠痛（最常見）、倦怠、頭痛、發燒、腸胃不適等全身不適症狀，發生率約 11%，但這些症狀通常在接種疫苗後一至三天內會逐漸消失。2021 年 7 月，美國食品藥品監督管理局擴大了使用非活性重組疫苗（RZV）的適應症，包括免疫缺陷或免疫受到抑制的成年人。

柒. 帶狀皰疹與皰疹後神經痛的治療

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

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

捌. 延伸閱讀

- 一、盧盈辰、林佩姿、戴慶玲（2014）。帶狀疱疹及疱疹後神經痛之治療。臺灣臨床藥學雜誌，22(1)，43-50。<https://doi.org/10.6168/FJCP.2014.2201.06>
- 二、吳俊鋒、張乃文（2013）。帶狀疱疹後神經痛治療。家庭醫學與基層醫療，28(7)，186-191。
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=90727001-201307-201308190018-201308190018-186-191>
- 三、黃亭翰、姚嘉昌、王牧群、吳中興、張和興（2009）。帶狀疱疹和帶狀疱疹後的神經痛。基層醫學，24(2)，50-55。
<https://doi.org/10.6965/PMC FM.200902.0050>
- 四、Curran, D., Doherty, T. M., Lecrenier, N., & Breuer, T. (2023). Healthy Ageing: Herpes Zoster Infection and the Role of Zoster Vaccination. NPJ Vaccines, 8(1), 184.
<https://doi.org/10.1038/s41541-023-00757-0>
- 五、Mwakingwe-Omari, A., Lecrenier, N., Naficy, A., Curran, D., & Posiuniene, I. (2023). Recombinant Zoster Vaccine in Immunocompetent and Immunocompromised Adults: A Review of Clinical Studies. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 19(3), 2278362.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2278362>
- 六、Chen, P., & Song, X. J. (2023). Vitamins in Neuropathy: Pathophysiological and Therapeutic Roles. Current Opinion in Neurology, 36(5), 388–393.
<https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000001194>
- 七、Kennedy P. G. E. (2023). The Spectrum of Neurological Manifestations of Varicella-Zoster Virus Reactivation. Viruses, 15(8), 1663. <https://doi.org/10.3390/v15081663>

- 八、Tang, J., Zhang, Y., Liu, C., Zeng, A., & Song, L. (2023). Therapeutic Strategies for Postherpetic Neuralgia: Mechanisms, Treatments, and Perspectives. *Current Pain and Headache Reports*, 27(9), 307–319.
<https://doi.org/10.1007/s11916-023-01146-x>
- 九、Li, E., Closmann, J. J., & Jordan, R. C. (2024). Herpes Zoster: Treatment, Management, and Prevention with the Recombinant DNA Vaccine. *General Dentistry*, 72(1), 54–57.
- 十、Curran, D., Doherty, T. M., Lecrenier, N., & Breuer, T. (2023). Healthy Ageing: Herpes Zoster Infection and the Role of Zoster Vaccination. *NPJ Vaccines*, 8(1), 184.
<https://doi.org/10.1038/s41541-023-00757-0>

第十七章

安寧或末期病人的疼痛護理



壹. 前言

- 一、在安寧緩和醫療照護中，疼痛是常見且困擾病人的症狀。持續性的疼痛會導致憂鬱、焦慮與睡眠障礙，並影響病人日常生活、人際互動與生活品質。
- 二、接受安寧緩和醫療或末期病人（以下簡稱安寧病人），其疼痛受身體、心理情緒、靈性以及文化等因素影響，複雜而不易治療。

- 三、要緩解安寧病人的疼痛，首先要有正確的疼痛評估，並強調身心靈社會整體性疼痛（total pain）的處置觀念，透過跨專業整合式的疼痛管理，方能達到緩解疼痛的目的。
- 四、在本章中介紹護理人員對於安寧病人疼痛的照護情形。

貳. 安寧疼痛護理的照護目標

疼痛護理的照護目標



參. 對於疼痛的評估

- 一、疼痛評估是提供疼痛照護的關鍵步驟，有良好的疼痛評估與治理，方能有效的緩解疼痛。
- 二、疼痛是一種主觀的感受，因此疼痛存在與否及其強度，應由病人本身的主訴來衡量。疼痛評估是為了確定此時此刻的疼痛對病人的意義，疼痛的評估乃依據病人或家屬所提供的資料與相關檢驗、檢查。藉由評估的結果來判斷疼痛可能的導因，進而規劃提供個別性的疼痛照護。
- 三、依病人認知與意識狀態，使用適切的評估工具。
- 四、完整的疼痛評估應涵蓋生理、心理及社會層面，包含個人病史、詳細的疼痛史、用藥史等，並採多面向評估、查明疼痛來源、適當診斷檢查，釐清疼痛來源、並了解病人或家屬對疼痛處置的期待。
- 五、疼痛評估：常用的疼痛評估量表如圖一。

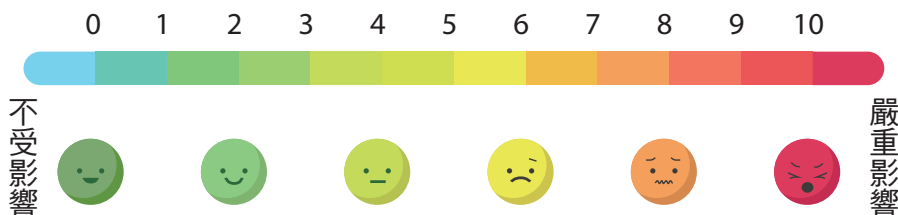
圖一、疼痛嚴重度的評估（數值量表，以 10 分計）



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。

六、心理情緒、精神狀態、文化與社會背景都會影響疼痛表現與疼痛的表達，因而影響日常生活品質，常用的日常生活受疼痛影響的量表如圖二。

圖二、日常生活受疼痛影響的程度（數值量表，以 10 分計）



註：被評估的品項可以包含：

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

七、長者與失智症病人疼痛的評估，常因認知功能障礙，影響溝通與疼痛評估，而需有標準化工具，且更需要定期與持續性評估（詳見延伸閱讀二）。

八、對疼痛病人應持續性評估 / 監測其對藥物及非藥物處置的反應。

肆. 疼痛護理的照護措施

- 一、指導病人或家屬主動評估及紀錄疼痛，以提供醫療處置參考。
- 二、指導病人或家屬正確使用藥品，如皮膚貼片或口頰錠使用等，並識別與評估副作用的發生。
- 三、教導病人或家屬識別藥品過量、藥品依賴或成癮的徵象。
- 四、指導病人，除了藥品之外，也可使用非藥品的治療，如聽聽可以放鬆的音樂或個人喜歡的音樂、調整比較不痛且舒適的姿勢或臥位、按摩、穴道指壓及熱敷（若有局部發炎不宜使用熱敷）。
- 五、指導病人照護者對病人提供合宜的按摩。按摩對於大部分的安寧 / 末期病人是安全的照護措施，但須注意疾病的禁忌，如有骨轉移、骨折、腹部腫瘤等則不宜使用。
- 六、提供適當的芳香療法。依據研究文獻，此療法雖然沒有明顯改善疼痛，但可以減緩病人的憂鬱與焦慮情緒，及改善睡眠與疲憊狀態。
- 七、帶領病人進行深呼吸放鬆法、冥想或祈禱，並引導病人進入正面且積極的思考模式。
- 八、傾聽病人的聲音並給予抒發情緒的機會，盡量降低病人可能因恐懼或焦慮而引起疼痛或減低其對疼痛的耐受度。

- 九、協助安排關鍵親人或朋友來陪伴或關懷，以提升病人在心理及精神上的支持力。
- 十、盡量維持柔和的燈光及安靜的環境，讓病人有安全感。
- 十一、在有心理、靈性照護需求的病人，可轉介心理師、宗教教師或靈性關懷人員。

伍.延伸閱讀

- 一、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>
- 三、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 四、台灣癌症安寧緩和醫學會、台灣疼痛醫學會。癌症疼痛之藥物治療指引 (第七版)。2018。
https://www.wecare.org.tw/?page_id=6658
- 五、胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃翰心、陳幼貴。成人癌症疼痛臨床照護指引。腫瘤護理雜誌，2011；11(增訂刊)：87-127。
- 六、台灣安寧緩和醫學會。安寧緩和醫療 - 理論與實務。台北：合記。2013。

- 七、黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生。建立成人癌症病人疼痛非藥物處置之臨床照護指引。榮總護理，2012；29(2)：145-158。
- 八、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 十、Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 十一、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 十二、DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>

第十八章

臨終病人 療護暨疼痛治療



壹. 前言

- 一、依照世界衛生組織的定義，安寧緩和醫療照護為在病人（含成年人與孩童）面對不可治癒的進展性疾病過程中，提供病人及其家庭的身心靈照護需求；並針對因身心社靈相互影響而致的整體性疼痛（total pain），以全團隊全人照護的概念進行評估、處遇，以達到全家平安，善終善生的目標。
- 二、我國衛福部對於安寧緩和醫療的定義為：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

- 三、《安寧緩和醫療條例》於西元 2000 年公布實施，經歷多次修法，內容為保障末期病人在罹患嚴重傷病且死亡已不可避免時，自主決定拒絕心肺復甦術與相關維生醫療的施予，以減少臨終階段無效醫療的痛苦。
- 四、《病人自主權利法》於西元 2016 年公布，2019 年實施，旨在保障病人醫療自主並促進病人知情、選擇與善終的權益。此法條規範：具完全行為能力之意願人於參予預立醫療照護諮商後，可簽署「預立醫療決定」。「預立醫療決定」是保障意願人在罹患：末期疾病、不可逆轉之昏迷、永久性植物人、極重度失智以及主管機關公告之疾病等五款重症之時，對「維持生命之治療」、「人工營養與流體餵養」二項抉擇有拒絕之權利。
- 五、安寧療護在身體、心理、靈性及社會方面以五全照護（全人、全家、全隊、全程、全社區）的模式提供服務。在身體照顧方面提供藥品及非藥品的照護，處理因疾病所引起不適之症狀，並給予病人各項緩和照顧的服務（例如：傷口護理、疼痛控制、水腫護理、臨終照護……等）。在心理、靈性及社會層面，安寧療護團隊透過評估病人及家屬心理問題與需求來提供諮商、協助處理各種心理、靈性及社會支持力的問題。
- 六、本章的論述重點在對於臨終病人的症狀療護及疼痛照護。

貳. 名詞解釋

一、預立醫療照護諮商（是一種與醫療團隊動態討論的過程）

（一）依《病人自主權利法》辦理。

（二）指病人與醫療人員、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程。此過程是討論當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，病人選擇「維持生命治療」、「人工營養及流體餵養」之內容與照護方式。

二、預立醫療決定（是一份經意願人簽署之法定文件）

指病人經過「預立醫療照護諮商」的討論後，以書面立下當處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。

參. 臨終病人常見的症狀

一、越來越虛弱且常需臥床。

二、整日昏昏沉沉，昏睡時間增加。

三、食慾變差，甚至無法進食。

四、意識漸不清明、恍惚、躁動，甚至有幻覺。

五、呼吸型態不規則，甚至可能出現呼吸暫時停止。

六、喉嚨常有嘎嘎音。

七、末梢肢體變冷或水腫，皮膚出現紫斑（大理石斑）。

八、可能輕微發燒、少尿或其他症狀。

肆 . 對於臨終病人的評估

當意識到病人可能已進入臨終時：

- 一、 評估並記錄病人的狀況：意識清醒度、進食量、呼吸次數、血壓心跳數據、尿液量、其他症狀的變化等。
- 二、 了解病人在生理、心理、社會支持力及靈性方面的需求，及在醫療上還可以提供給病人什麼照護服務。
- 三、 了解病人對疾病進展的認知、想法及對醫療上的期待。
- 四、 了解病人是否有仍期待完成的心願。

伍 . 與病人 / 家屬間的溝通及共同決策

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

表一

意願人：

預立醫療決定書

本人_____ (正楷簽名)經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

意願人

姓名：_____ 簽署：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____

電話：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序(請擇一進行)：

☐ 1、二名見證人在場見證：

見證人 1 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

見證人 2 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

☐ 2、公證：

公證人認證欄位：

日期：中華民國_____年_____月_____日

說明：

- 一、見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願、並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定(病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人之外的受遺贈人、遺體或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人(病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。

意願人：

第一部分 醫療照護選項

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

意願人：

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

意願人：

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

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

醫療機構核章欄位：

中華民國_____年_____月_____日

意願人：

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

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

【受委任之人】正楷簽名：_____

簽署日期：中華民國_____年_____月_____日

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

電話號碼：

住（居）所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

壹、第十條（醫療委任代理人之要件與權限）

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

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

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

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

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

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

貳、第十一條（醫療委任代理人之終止委任及解任）

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

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

參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

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

陸. 提供一個能緩和臨床不適症狀的照護

- 一、對於將近臨終病人，安寧醫療團隊會重新檢查病人所使用的藥品，保留可緩解病人不適症狀的藥品，並減少不必要的用藥，同時協助病人選擇適當的給藥方式，在末期病人，皮下軟針的置放給藥是相當安全與方便的途徑。
- 二、討論並界定後續是否執行維生醫療，及其選擇內容。
- 三、安寧醫療團隊會持續評估並預測可能會發生的併發症如出血、吸入性肺炎等，方可適當的處置病人之不適症狀。
- 四、其他事務，如臨終前的庶務安排及生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷。

柒. 疼痛的處置

- 一、並非所有的病人在最後的生命歷程都會面臨疼痛，但若發現有疼痛，則會由安寧醫療團隊針對致痛原因有效的給予治療。
- 二、常見的致痛原因如下：
 - （一）持續發生的病理性骨折。
 - （二）口腔念珠菌感染（可能會造成口腔及咽喉疼痛）。
 - （三）小便滯留或便秘。
 - （四）壓傷導致的傷口。
 - （五）原有的慢性疼痛或其他新發生的疼痛急症（如腦 / 心血管 / 胸 / 腹急症）。

捌. 喘 / 呼吸困難的處置

- 一、對於某些可以治癒或可以顯著改善的致喘病因如肺水腫或肋膜積水，應接受安寧醫療團隊之治療。
- 二、對於無法治癒或無法顯著改善的致喘原因，則應力求緩解喘，必要時可使用類鴉片藥品來改善喘，並可合併使用抗焦慮藥品來改善焦慮。

玖. 噁心與嘔吐的處置

- 一、探討造成噁心或嘔吐的原因
 - (一) 是否因藥品所造成的？
 - (二) 是否因放射或化學治療造成的？
 - (三) 是否因心理因素所造成的？
 - (四) 是否因生化因素所造成的，如電解質不平衡、體內代謝所產生的毒素、高血鈣？
 - (五) 是否因顱內壓升高所造成？
 - (六) 是否因腸胃蠕動功能下降所造成？
 - (七) 是否因腸阻塞所造成？
- 二、找出原因並和病人及家屬討論可以做的處置
 - (一) 有機會治癒的致病原因，給予治療。
 - (二) 若是無法治癒的病因，給予緩和受苦之症狀。

拾. 焦慮、譫妄及激動的處置

- 一、這些症狀常有其前置原因，如腹瀉、膀胱脹、疼痛、新陳代謝不正常（如電解質、水份、酸鹼不平衡、血糖）或某些心理因素。
- 二、在症狀緩解方面，安寧醫療團隊可能會使用抗焦慮藥品治療焦慮及激動，並也可能會使用抗精神病藥品治療譫妄及激動。
- 三、若以上的治療仍無效時，會轉介相關醫療專科協助。

拾壹. 喉頭嘎嘎音的處置

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

拾貳．其他身體症狀的處置

其他身體症狀的處置

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

拾參．心理照護

- 一、失志症候群常見於末期及臨終病人，症狀包括持續存在的絕望、無望感、無助感和失去生命意義與目標。
- 二、這類病人常有心理情緒困擾，但實際上有憂鬱症的比例並不高。失志症候群和憂鬱症不同，憂鬱症患者對任何事物都無力、無感，但失志症候群病人聽到笑話還是會笑，但就是覺得活著沒意義。
- 三、儘可能的讓病人參與自己的生命決策、以認知引導治療和持續陪伴傾聽的方式，使其感受存在價值，協助病人克服失志症候群。

拾肆．靈性照護

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

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

拾伍．生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷

- 一、家人可以協助列出對病人重要的生命事件、角色或價值。
- 二、思考可以讓病人抱持微小且不減希望的陪伴方式（例如：使病人不會覺得是拖累他人或是僅剩身心受苦拖磨）。
- 三、協助病人聯繫想要道謝或是道歉的人，並安排適當的相處與會談環境。傾聽病人有哪些遺憾，並鼓勵說出來（但並不是強求彌補遺憾）。
- 四、持續不斷讓病人感受愛、也協助病人向他人傳達愛的方式。
- 五、協助病人思考與至高者的關係，教導重要的陪伴者當病人詢問「我將會去哪裡」、「我為何會得病」等問題時如何適當回應（但切記不要給予宗教的壓力）。



- 六、病人臨終過程，敏察並發現當病人身邊重要的人感到哀傷時，給予適時陪伴；大多數喪親者的哀傷能在數週或數月消退，然後重新整合回到生活軌道。但約有 7-20% 喪親者，可能是失去獨具意義人物或臨終過程、情境備受衝擊，致哀傷反應延續數年；若出現自我調適障礙，如有憂鬱、藥物濫用、社交障礙、自殺意念等，則需要安排適當心理照護與支持的資源介入。
- 七、安寧療護團隊會辨識高哀傷風險家屬的線索、安排遺族關懷的時機點、方式與提供關懷家屬的人選、以及辨識出有高哀傷風險時心理照護的資源適當介入。

拾陸．延伸閱讀

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Yorkshire and the Humber End of Life Care Group, NHS England. A Guide to Symptom Management in Palliative care. 2019.
<https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seecmsfile/?id=4770>

- 四、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 五、 BC Guidelines and Protocols and Advisory Committee (GPAC). Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. 2017.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>
- 六、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 七、 Dana Farber Cancer Institute/Boston Children’ s Hospital Pediatric Advanced Care Team. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management. 2020.
<https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBook.pdf>
- 八、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: Nurturing Psychosocial and Spiritual Well-Being. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/11/ColorPsychosocialGuideNov2019a.pdf>
- 九、 台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXlZgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十、 台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing

- 十一、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫療末期病人鴉片類藥物臨床使用手冊。新北市：合記。2019。
- 十二、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 十三、 Huynh L, Moore J. Palliative and End-of-Life Care for the Older Adult with Cancer. Curr Opin Support Palliat Care. 2021;15(1):23-28.
- 十四、 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Care of Dying Adults in the Last Days of Life. 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>
- 十五、 NHS Scotland. Care in the Last Days of Life. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71392/40-2020-last-days-of-life.pdf>
- 十六、 Harman SM, Bailey FA, Walling AM. Palliative Care: the Last Hours and Days of Life. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life>
- 十七、 National Cancer Institute (NIH). Last Days of Life (PDQ®)–Health Professional Version.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/last-days-hp-pdq>
- 十八、 New Zealand Ministry of Health. Te Ara Whakapiri: Principles and Guidance for the Last Days of Life. (2nd ed.). Wellington: Ministry of Health. 2017.
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/te-ara-whakapiri-principles-guidance-last-days-of-life-apr17.pdf>
- 十九、 Albert RH. End-of-Life Care: Managing Common Symptoms. Am Fam Physician. 2017;95(6):356-361.

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



第十九章

安寧病人疼痛 的中醫藥療法



壹. 前言

義大利著名學者阿爾圖羅·卡斯蒂廖尼（Arturo Castiglioni）曾說：「醫學是隨著人類痛苦的最初表達和為了減輕這份痛苦而誕生的」。疼痛一直是和我們日常生活密切相關的一種不適感，解除疼痛也是醫學最初的願望，其在安寧緩和醫療中的重要性更是無可比擬。安寧緩和療護是當病人面臨危及生命的疾病時，藉以讓病人與其家屬改善其生活品質的方法。藉由早期確認、完整評估以及全人醫療的方式進行疼痛控制，並預防與減輕病人所遭受的身體痛苦，且處理病人及家屬在心理、人際支持力和心靈上的不適。

貳. 中醫對疼痛的看法

- 一、疼痛屬於個人主觀的不適感受，同時也是民眾最常見的就診原因之一。而安寧緩和病人所受疼痛的複雜程度又遠高過一般人。疼痛並不是獨立的症狀，除了造成直接的不適，也會影響睡眠、情緒、以及日常生活能力。中醫對疼痛的觀察已有數千年的歷史，中醫四大經典之一，也是現存最早的傳統醫學著作《黃帝內經》，就有《舉痛論》這一個獨立篇章專門介紹疼痛，內容包含了十餘種痛症的症狀、原因以及中醫治療原理，內容從筋骨疾病疼痛到內臟痛等皆有包含。安寧病人有一大部分和癌症相關，據統計 51% 以上的癌症病人伴有疼痛。在末期癌症的病人，更有 60 ~ 90% 有疼痛的問題，也常是病人最主要的症狀。
- 二、現代中醫整合過去經典，將疼痛的致病原因濃縮為兩條：「不通則痛」以及「不榮則痛」。「不通則痛」指的是氣血循環障礙所導致的疼痛，「不榮則痛」則是當組織、器官沒有得到充足的氣血供應時產生的疼痛。事實上此二者也常有因果關係，例如循環障礙導致局部氣血灌流不足，或者整體氣血不夠導致的局部循環障礙。然而實際疼痛的原因與比例需有賴中醫師執行臨床四診（望、聞、問、切）來進行診斷。

參 . 中醫對疼痛的治療

針對疼痛，中醫有各種類型的治療方式，一般分為內治法與外治法。內治法即是服用中藥，台灣內服中藥的選擇有各大藥廠製作的濃縮科學中藥粉或藥材煎劑，其中科學中藥粉有健保給付，藥材的部分則需自費。外治法的範圍很廣，現代中醫常使用針灸、雷射針灸、拔罐、外敷、放血以及穴位推拿、耳穴按壓等方式為病人改善疼痛。相對起內治法，外治法可不須服藥，可減輕腸胃負擔，符合安寧病人照顧原則，常是臨床醫師用來照護安寧緩和病人的方法。

一、中藥

中藥的存在已有數千年，中藥針對疼痛的效果也早已有許多研究證實，例如延胡索、苦豆子、苦豆根、苦參、防己…等，是具有一定程度的止痛藥品。透過止痛藥品的組合使用比單一藥品更能夠緩解疼痛，而中藥的開立講究「君、臣、佐、使」，也是藉由多藥品組合達到加強止痛效果。臨床上藉「望、聞、問、切」四診診視病人後，根據所得到的資訊推論出病人最可能的致痛原因，並針對此開立相關的藥品來進行治療。

二、針灸與穴位推拿

針灸是世界上盛行的中醫治療方式之一。中醫認為經絡系統負責運送與分配全身的「氣」與「血」。藉由針刺或推拿刺激穴位，可以改善經絡中氣血的流向，使身體中的各個組織與器官保持平衡與穩定，藉此改善經絡阻

塞、治療疾病、改善症狀，以及使經絡系統恢復正常生理功能。在 2008 年，美國國家衛生研究院（NIH）和美國食品藥物管理局（FDA）共同宣布，針灸對於疼痛與噁心的控制具有良好的效果。目前也被發現針灸可以藉由降低對疼痛的敏感度、促進大腦分泌能鎮痛之腦內啡、促進疼痛周圍血液循環、放鬆肌肉或周圍組織等方式達到止痛的效果。穴位推拿可視為類似針灸的輕緩作法，藉由推按穴位以達到刺激穴位點，產生治療效果。

三、耳穴貼敷

耳穴療法是利用耳廓表面與人體臟腑、經絡、組織器官及四肢之間的連繫來調節身體的生理功能。以現代醫學觀點來看，即是透過按壓耳上之穴道來刺激耳部淋巴管、血管以及神經，透過神經叢傳遞到大腦釋放訊息，藉此調整身體的生理機能。

法國醫師 **Paul Nogier** 是第一個為耳廓與人體相應位置提出定位並發表相關研究之人。他於 1957 年提出了「耳上的某點或某區是人體某器官或系統的反應點」。他認為耳廓的形狀相對於人體就像一個「倒置胎兒」的姿勢，可通過給予特定對應的穴位施加一定強度的刺激，如透過耳穴貼壓的方式，來調整身體臟腑功能，以達到預防疾病或者治療症狀之目的。

耳穴除了以針刺做刺激，臨床上也常以貼壓按摩來進行。常見的貼壓工具為磁珠或植物種子，以小圓貼片將其固定於耳廓特定穴位表面，並囑咐病人回家後定時給予壓

力刺激。刺激頻率大致上以一次貼壓 3～5 分鐘，每日按壓 3～5 次，每 3～7 天更換一次貼壓物。使用上需注意保持貼壓部位乾燥，避免潮濕。據研究顯示，耳穴按壓在鎮靜、止痛、降壓等方面有明顯效果。與針灸相比，耳穴貼壓的刺激性相對較為溫和，也較無暈針相關風險，因此適用範圍較為廣泛。

四、雷射針灸

雷射針灸使用低能量雷射，對穴位進行刺激以達成治療功效的光生物刺激療法。相對於傳統針灸，雷射針灸沒有侵入性，沒有出血、沒有局部痠痛或者瘀青之風險。

五、拔罐

拔罐法在中醫療法已有悠久歷史，從公元前 3 世紀長沙馬王堆出土的「五十二病方」中就已出現以「角罐」治療疾病的紀錄。拔罐屬中醫外治法，以方便、易操作且安全為特點，治療範圍從外科骨傷科疾病至內科疾病，例如神經、內分泌、心血管、呼吸道系統等皆有所包含，拔罐根據手法分為火罐、閃罐、走罐等，臨床最常使用的為留罐法，透過拔罐器在皮膚表面創造負壓，讓局部微血管破裂，促進局部的組織代謝與循環物質的再生，促進局部的血液循環及「調和營衛」，藉此以改善身體的免疫功能，同時也可誘發腦部釋放腦啡肽等神經遞導物質，達到止痛的效果。

六、中藥外敷

中藥外敷多是以中藥藥膏貼布作為治療手段，外敷的優點在於經皮吸收，相對起口服劑型有較低的腸胃負擔以及肝腎負擔。外敷的作法一般都將貼敷藥材加工研細後，以賦形劑調拌成為糊狀，做穴位或者疼痛部位的貼敷。外敷的處方一般都需中醫師開立處方後才能進行調配，部分醫療院所也有調配好的藥膏以供病人使用。

肆．中醫對於疼痛症狀的治療

一、肌肉酸痛

安寧緩和病人常因為癌症腫瘤侵襲、活動力減低、肌肉消退而產生各類型肌肉酸痛。《黃帝內經》的《素問・宣明五氣篇》曾提及「久臥傷氣、久坐傷肉」，因此針對安寧病人久臥久坐的肌肉酸痛，常取能夠補氣護肉之穴位進行刺激，例如胃經之足三里穴、脾經之陰陵泉穴、大腸經之合谷穴、與膽經之陽陵泉穴等。足三里是補氣的主要穴道，而陰陵泉是與其搭配的穴組，兩者合用能增強補氣之效。合谷穴在許多研究中都指出能夠有不錯的止痛效果。陽陵泉屬於十總穴之一，有「筋會陽陵泉」之稱，意即肌肉、肌腱以及韌帶相關的疼痛能以陽陵泉穴做治療，在全身的肌肉酸痛以及各類型的神經痛中都可以配合使用。

二、骨骼上因癌症轉移所引發之疼痛

癌症骨轉移所導致的疼痛常非常劇烈，輕微的活動甚至不活動也都可能會遭受非常強的痛感襲擊，病人也常因疼痛導致活動力減低與生活品質下降。而針對各種不同位置的骨痛，常有不同的遠端配穴方式得以配合，但需要特別注意的是，骨轉移的病人有較高的骨折風險，因此按壓手法建議輕柔，按壓時間與強度都建議減輕。若屬於肩頸、背部等位置的骨痛，亦可以加入拔罐加強局部循環以改善疼痛。

三、頭痛

腦癌或者癌症腦轉移的病人常受到頭痛之苦，此類頭痛常常是來自於腦部腫瘤引起顱內壓過高，或者侵犯到腦膜、血管所引起。此類型頭痛的特徵常在剛起床時最痛，在出力、咳嗽、或者打噴嚏、甚至身體前屈時加重，也常伴隨有噁心嘔吐感，在嘔吐完後可能有頭痛緩解的狀況。針對此類型的頭痛，中醫師常以董氏奇穴系統中的足三里穴做按壓刺激，以加強腦部循環，緩解頭痛。肺經列缺穴為十總穴之一，古有「頭項尋列缺」的敘述，代表頭頸部問題可配合列缺穴進行推拿按摩。雙側合谷穴配合太衝穴所形成的「四關」穴組也是常用來處理頭部疼痛的穴位。

四、腹痛

安寧緩和的病人常遭受腹痛之苦，原因包含癌細胞的轉移擴散、消化系統的潰瘍、蠕動障礙、發炎或者腸胃炎等，然而在病人處於多共病的狀態下常常難以鑑別。按壓合谷穴可以止痛，若合併便秘可加支溝穴理氣通便；腹瀉可加足三里、百會穴升陽止瀉；若為上腹、胃痛、或者合併有噁心嘔吐感則可加內關穴；若為下腹可加上任脈之氣海、關元穴組以緩和疼痛；另外若病人腹部冷、或夾雜腹瀉清稀如水，一般認為屬下焦陽虛，建議可以會診中醫加入神闕穴的灸療膏貼敷。

五、口腔破潰疼痛

反覆的口腔破潰也是安寧病人常有的不適，不僅影響進食，也常常因此影響情緒。針對口腔破潰，我們建議按壓合谷穴。另外《黃帝內經》曾云：「諸痛癢瘡，皆屬於心」也就是口瘡口破以及相關的疼痛都可以通過刺激心經的穴道來治療，因此建議按壓心經「滎穴」（即瀉火之穴道）少府穴來協助退除口腔的火氣。另外，也建議使用生甘草煎劑來作為漱口水使用。

伍 . 中醫對於止痛藥品副作用的治療

癌症以及安寧緩和病人常需使用到類鴉片止痛藥。此類藥品同時具有鎮痛和中樞神經系統抑制作用，能夠更有效的止痛，然而也有較為令病人擔憂的副作用，如便秘、食慾減退、噁心嘔吐等。針對這些止痛藥的副作用，以下將分述在臨床上，中醫師常建議使用的穴位選擇。

一、便秘

類鴉片止痛藥引起的便秘常是讓病人相當困擾的症狀，該症狀通常不會隨著時間延長逐漸耐受，甚至會逐漸加重，影響病人的生活品質。便秘常選擇脾胃相關的經絡進行刺激，建議可使用足三里、上巨虛、下巨虛、陰陵泉穴做刺激加強。另外可以加上三焦經之支溝穴做輔助，能夠暢通氣機、刺激腸胃蠕動。

二、食慾減退、噁心嘔吐

食慾減退是安寧病人常見的臨終症狀，建議按壓內關、足三里，並配合對背腧穴附近觸診之結節進行拔罐來治療。針對會有噁心、嘔吐不適感之病人，中醫常從「胃主受納」的觀點切入，上述之內關、足三里亦為常使用之穴道，另外可再加上胃經的豐隆去做按壓。建議可用暖暖包、灸療膏等針對中脘穴、下脘穴進行熱敷。

陸 . 結語

中醫治療疾病主重「辨證論治」，亦即針對不同的病人體質與病況，判斷虛實陰陽後去做分類治療。針對疼痛，首先要找出目前疼痛的主因去對症治療，虛者補之、實者瀉之、寒者熱之、熱者寒之。安寧緩和的病人的症狀表現複雜，就算是疼痛也常常是多因素導致，近年來疼痛的處置講求全人醫療，即以病人之身體、心理、靈性及人際支持力等層面皆需顧及，因此更有賴中醫執行整體的四診辨證診斷後再依其狀態給予適當的療法。安寧緩和的病人常希望藥品能越精簡越好，因此針灸、雷射針灸、拔罐、耳穴按壓貼敷常是治療時所採用的方案，不僅不會增加肝腎腸胃的負擔，也能協助病人緩解不適，增加生活品質。

柒 . 延伸閱讀

- 一、 Loring B, Bouësseau MC, C V. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers 2016.
- 二、 曾韻如，邱泰源，胡文郁，程邵儀，姚建安，陳慶餘．老人癌末病人善終之評估．安寧緩和醫療雜誌．2005;10:13-23.
- 三、 Julia Dorfman, Sandeep Denduluri, Kathryn Walseman, Bregman B. The Role of Complementary and Alternative Medicine in End-of-Life Care. Psychiatric 2012;42:150-155.

- 四、 Jiang W, Tang M, Yang L, et al. Analgesic Alkaloids Derived From Traditional Chinese Medicine in Pain Management. *Front Pharmacol*. 2022;13:851508.
- 五、 林晉賢, 林于娟, 陳志道. 針灸於安寧照護的角色. *家庭醫學與基層醫療*. 2018;33:233-237.
- 六、 Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Fermand-Brulé S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2003;21:4120-4126.
- 七、 He Y, Guo X, May BH, et al. Clinical Evidence for Association of Acupuncture and Acupressure With Improved Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Oncol*. 2020;6:271-278.
- 八、 Yang J, Wahner-Roedler DL, Zhou X, et al. Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11:264-270.
- 九、 杜惠娟, 林綽娟, 林昭庚, 黃頌儼, 李育臣, 許玲女. 耳穴療法之原理、發展與臨床應用. *中華針灸醫學會雜誌*. 2006:59-63.
- 十、 張冉冉, 黃喆. 一例中醫特色耳穴壓貼療法輔助藥物鎮痛用于晚期癌癥患者疼痛管理的臨床實踐. *2022SINC 第五屆上海國際護理大會. 線上會議* 2022:2.
- 十一、 Hu C, Zhang H, Wu W, et al. Acupuncture for Pain Management in Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016;2016:1720239.
- 十二、 Mesía R, Virizuela Echaburu JA, Gómez J, Sauri T, Serrano G, Pujol E. Opioid-Induced Constipation in Oncological Patients: New Strategies of Management. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20:91.

- 十三、張成芳．耳穴壓豆聯合穴位按摩預防長期臥床老年患者便秘臨床觀察．實用中醫藥雜誌．2016;32:160.
- 十四、Tao WW, Jiang H, Tao XM, Jiang P, Sha LY, Sun XC. Effects of Acupuncture, Tuina, Tai Chi, Qigong, and Traditional Chinese Medicine Five-Element Music Therapy on Symptom Management and Quality of Life for Cancer Patients: A Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016;51:728-747.
- 十五、Lau CHY, Wu X, Chung VCH, et al. Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care: Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2016;95:e2901.

第二十章

醫病溝通 與 共同決策



壹 . 前言

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

- 一、 安寧緩和相關的照護有那些？
- 二、 在安寧緩和醫療上，法律規範有哪些？
- 三、 對於疼痛的了解？
- 四、 對於疼痛的表達？
- 五、 如何選擇適當的止痛方法？
- 六、 常用的止痛藥品優缺點介紹？
- 七、 如何安全的選擇及使用類鴉片藥品？
- 八、 臨終前相關的醫療照護事項？
- 九、 生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷？

貳. 安寧緩和相關的照護有那些？

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

參. 在安寧緩和醫療上，法律規範有哪些？

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

肆 . 對於疼痛的了解？

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

伍 . 對於疼痛的表達？

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

陸 . 如何選擇適當的止痛方法？

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

柒. 常用的止痛方法及藥品優缺點介紹？

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

捌. 如何選擇及安全的使用類鴉片藥品？

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

玖. 臨終前相關的醫療照護事項？

- 一、症狀治療。
- 二、情緒支持。
- 三、靈性關懷。
- 四、庶務安排（含死亡證明書與各式診斷書之開立說明）。

拾. 生命終點的靈性安適、哀傷陪伴與遺族關懷？

- 一、對於病人重要的生命事件、角色或價值是什麼？
- 二、哪些事情可能會讓病人抱持微小不滅的希望（使病人不會覺得是拖累他人或是僅剩身心受苦拖磨）？

- 三、病人有什麼想要道謝或是道歉的人與事？有哪些遺憾想要說出來（但並不是強求彌補遺憾）？
- 四、如何持續不斷讓病人感受愛、也協助病人向他人傳達愛？
- 五、病人與至高者的關係是如何？當他詢問「我將會去哪裡」、「我為何會得病」等問題時如何適當回應（但切記不要給予宗教的壓力）？
- 六、當病人身邊重要的人感到哀傷時應如何陪伴？如何辨識高哀傷風險？
- 七、遺族關懷的時機點、方式與提供關懷的人？如辨識有高哀傷風險時心理照護的資源有哪些？

拾壹．延伸閱讀

- 一、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 二、衛生福利部食品藥物管理署。安寧緩和醫療病人之疼痛照護參考手冊。衛生福利部。2022。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=159>
- 三、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 四、台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。

- 五、台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 六、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。
- 七、台灣安寧緩和醫學學會。臺灣兒童安寧緩和醫療照護參考手冊。衛生福利部。2020。
https://drive.google.com/file/d/1Q8ib16c5L5XiRH_JlcZ8yAD8mWoLn533/view?usp=sharing
- 八、奇美醫療財團法人奇美醫院。失智症安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2016。
http://www.chimei.org.tw/main/cmh_department/59310/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E5%AE%89%E5%AF%A7%E6%8C%87%E5%BC%95%E5%85%A8%E6%96%87.pdf
- 九、台灣安寧緩和醫學學會。衰弱老人安寧緩和醫療照護指引。衛生福利部。2020。
<https://drive.google.com/file/d/1ECNsCyBVVXIzgWyJHjJ6-zmr42aWB8wb/view?usp=sharing>
- 十、Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 十一、BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>

第二十一章

病人的 自我照護



壹 . 前言

在接受安寧緩和醫療期間，病人要如何自我照護，大約有以下
的方向：

- 一、 安寧期間自我照護的方法有哪些？
- 二、 應做什麼樣的紀錄及自我評量？
- 三、 如何保持良好的睡眠品質？
- 四、 如何紓壓及提升抗壓能力？
- 五、 用什麼心理療法 / 策略來舒緩對於疼痛的感覺？
- 六、 如何正念減壓？
- 七、 如何充實心靈？
- 八、 如何尋求協助？

- 九、在營養及飲食上應注意什麼？
- 十、在復健 / 運動 / 日常活動上應如何安排？
- 十一、在興趣與休閒上如何安排？
- 十二、在人際關係上應如何整合、重新連結與四道人生？

貳. 安寧期間自我照護的方法有哪些？

在接受安寧緩和醫療期間，病人可以採取以下自我照護的方法：

- 一、**身體保養**：規律洗澡、更換乾淨衣物，確保肌膚的清潔和保濕，有助於減輕不適感。
- 二、**舒適的生活環境**：創造一個舒適、安靜、放鬆的環境，避免刺激性聲音或強烈光線，以促進身心的平靜。
- 三、**疼痛管理**：遵從醫師的建議，按時服用止痛藥品。若有任何不適，應及時告知醫護人員以調整藥品劑量。
- 四、**呼吸練習**：學習深呼吸和腹式呼吸有助於緩解焦慮和提升吸入的氧氣量，有助於身心放鬆。
- 五、**按摩和輕度運動**：輕柔的按摩和輕度的運動有助於維持身體靈活性，減輕肌肉緊繃感。
- 六、**音樂和藝術療法**：聽音樂、欣賞藝術或參與藝術創作，有助於提升心靈愉悅感。

這些方法可以根據個人情況和舒適度進行調整，重點是在有限的能力範圍內尋找身心的安寧感。

參. 應做什麼樣的紀錄及自我評量？

在安寧期間，病人可以進行以下的紀錄和自我評量：

- 一、**症狀紀錄**：每天記錄疼痛、不適感、食慾變化等症狀，以便及時與醫護人員討論調整治療計畫。
- 二、**情緒評估**：定期評估自己的情緒狀態，包括焦慮、憂鬱、接受病情的心理狀態。這有助於及早發現並處理情緒上的困擾。
- 三、**飲食日誌**：紀錄飲食習慣，確保獲取足夠的營養。如有特殊飲食需求，應與營養師合作。
- 四、**藥品使用記錄**：準確記錄藥品的使用情況，包括劑量、時間和任何不良反應。這有助於醫護人員調整治療方案。

這些紀錄和評估有助於建立更有效的照護計畫，同時讓病人更清楚的了解自己的身體狀態。

肆. 如何保持良好的睡眠品質？

為持良好的睡眠對病人的身心健康與平靜都很重要。以下是一些建議：

- 一、**建立規律的睡眠時間**：嘗試在相同的時間上床入睡，並保持每天相同的起床時間，有助於調整生物鐘。

- 二、**舒適的睡眠環境**：確保睡眠環境安靜、黑暗、涼爽且舒適。避免強烈光線和刺激性聲音。
- 三、**避免刺激物質**：減少咖啡因、茶葉和酒精攝取，尤其是在晚間。這有助於減少對睡眠的影響。
- 四、**深呼吸和冥想**：在入睡前進行深呼吸或冥想練習，有助於放鬆身心，減少入睡前的焦慮感。
- 五、**合理使用輔助工具**：如有需要，可以諮詢醫師的意見，考慮使用輔助睡眠工具，改善睡眠品質。

良好的睡眠品質對身體的康復和心理健康都有積極的影響。

伍. 如何紓壓及提升抗壓能力？

在安寧期間，紓壓和提升抗壓能力是重要的自我照護方法。以下是一些建議：

- 一、**深呼吸與冥想**：學習深呼吸技巧和冥想有助於放鬆身心，減輕焦慮和壓力。
- 二、**身體活動**：適度的輕度運動，如散步或瑜伽，有助於釋放身體的緊張感，同時促進血液循環。
- 三、**心理支持**：尋求心理輔導或參加支持小組，與他人分享感受，有助於減輕情緒負擔。
- 四、**設定目標**：制定小而易實現的目標，有助於保持動力和希望感，同時分散注意力。

五、興趣和愉悅活動：培養並保持自己有興趣且愉悅的活動，這有助於提升生活品質和情緒狀態。

六、藝術療法：參與藝術創作，如繪畫或寫作，有助於表達情感和轉移注意力。

紓壓和提升抗壓能力需要持之以恆，並且可以根據個人喜好和舒適度來進行調整。

陸. 用什麼心理療法 / 策略來舒緩對於疼痛的感覺？

在面對疼痛時，可以採用以下心理療法和策略來舒緩感覺：

一、認知行為療法：學習辨識和改變負面的思維模式，以降低對疼痛的情緒反應。

二、正念：透過正念練習，集中注意力於當下的經驗，可以減輕對疼痛的焦慮感。

三、想像和視覺化：嘗試想像自己身處舒適、安靜的地方，或者用視覺化技巧（如欣賞令自己愉悅的相片或風景）轉移注意力，減輕疼痛感。

四、深層放鬆：透過深層放鬆練習，放鬆身體各個部位，有助於減輕肌肉緊繃和疼痛感。

五、音樂治療：聽音樂或參與音樂治療活動，有助於轉移注意力並提升心理愉悅感。

以上策略可能需要一些時間和實踐，因此建議在醫護人員的指導下進行，以確保符合個人狀況。

柒 . 如何正念冥想減壓？

正念是一種注重當下的注意力和接受當前經驗的心理療法，可用於減壓。以下是一些正念減壓的方法：

- 一、**呼吸觀察**：集中注意力於呼吸，感受每次呼吸的過程，保持冷靜和放鬆。
- 二、**身體掃描**：逐一地注意身體各部位，從頭到腳，感受並釋放部位的緊張感。
- 三、**正念走路**：在行走時，專注於腳步的感覺，每一步的觸地感，保持對當下的觀察。
- 四、**靜坐冥想**：在寧靜的環境中靜坐，集中心神，觀察思緒的流動，不加評價地接受當前的心理狀態。
- 五、**正念飲食**：在進食時，專注於食物的味道、質地和口感，慢慢品味每一口。

這些正念練習有助於降低焦慮，提升對當前經驗的接受度，並增進心理平靜感。

捌 . 如何充實心靈？

在安寧期間，充實心靈可以是一個重要的心理支持。以下是一些方法：

- 一、**心靈實踐**：參與自己信仰或價值觀所支持的心靈實踐，可能包括祈禱、冥想、或參與宗教儀式。

- 二、**與家人和朋友分享**：與親密的人分享心情、回憶和感激之處，有助於建立連結和增進心靈的滿足感。
- 三、**心靈指導**：尋求心靈導師、牧師、或心靈輔導師的支持，探索心靈層面的問題和尋找意義。
- 四、**瑜伽和冥想**：透過瑜伽和冥想等身心靈實踐，連結身體、心靈和靈性，提升內在平靜感。
- 五、**閱讀和寫作**：閱讀心靈書籍、詩歌，或透過寫作表達內心的想法和感受，有助於探索心靈層面的世界。

充實心靈是個人深層次的體驗，因此每個人的方法都可能不同。重要的是找到對自己有意義的方式，以增進心靈層面的滿足感。

玖. 如何尋求協助？

在安寧期間，適時尋求協助是非常重要的。以下是一些方法：

- 一、**醫療團隊溝通**：與醫療團隊保持開放和坦誠的溝通，分享身體和心理狀態的變化。
- 二、**社工和心理輔導**：與社工或心理輔導師合作，探討情緒和心理上的需求，並獲得相應的支持。
- 三、**家庭和朋友**：與親密的家人和朋友分享感受，並讓他們參與照護的過程，可以帶來實質的支持和陪伴。

四、安寧照護團隊：若有安寧照護團隊的支持，包含安寧居家團隊、安寧長照團隊及社區資源，可以提供病人有效的協助。

尋求協助不僅有助於滿足生理和心理需求，還可以提供實質的情感和社會支持。

拾 . 在營養及飲食上應注意什麼？

在安寧期間，營養和飲食的重要性不可忽視。以下是一些建議：

- 一、適應口味：**考慮自己的口味和喜好，選擇容易消化的食物，以確保營養攝取。
- 二、以少量多餐的方式進食：**選擇分散攝取營養的方式，採用少量而多餐的方式進食，減輕胃部不適感。
- 三、營養補充：**如有需要，考慮使用營養補充品，以確保身體獲得足夠的營養。
- 四、飲水：**確保充足的水分攝取，有助於維持身體的水平衡，減緩脫水的情況。
- 五、與營養師合作：**與營養師合作，制定符合個人需要的飲食計畫，根據身體狀態調整營養攝取。

在安寧期間，飲食應該以舒適和滿足感為主，並且需根據個體的情況進行調整。

拾壹．在復健 / 運動 / 日常活動上應如何安排？

在安寧期間，復健、運動和日常活動仍然有其重要性，儘管可能需要進行調整。以下是一些建議：

- 一、**輕度運動**：適度的輕度運動，如散步或瑜伽，有助於維持肌肉靈活性和身體機能。
- 二、**復健計畫**：若有相關的復健需求，與復健專業人員合作，制定適合個人情況的復健計畫。
- 三、**日常活動**：確保保持日常活動，例如自己進行輕度的家務、閱讀書籍、欣賞音樂等，以保持生活的多元性。
- 四、**姿勢調整**：當座位或臥位時間過長時，定期調整姿勢，避免肌肉僵硬和不適感。
- 五、**專業建議**：根據身體狀況，徵詢醫療團隊的建議，以確保活動安排的適切性。

雖然活動量可能會減少，但仍然有助於保持身心的積極性和生活品質。

拾貳．在興趣與休閒上如何安排？

在安寧期間，興趣和休閒活動可以是心靈的慰藉，同時提供情緒支持。以下是一些建議：

- 一、**培養興趣**：花時間培養自己的興趣，可能包括閱讀、繪畫、音樂欣賞，或其他個人喜好。

- 二、**家庭活動**：與家人共同參與一些輕鬆的家庭活動，例如看電影、玩遊戲，以增進親密感。
- 三、**自然活動**：若體力許可，嘗試進行戶外活動，如欣賞風景、聆聽大自然聲音，提升心靈愉悅感。
- 四、**社交活動**：參與社交活動，與朋友或家人聚會，分享歡笑和回憶。
- 五、**音樂療法**：參與音樂療法活動，或是聆聽心靈愉悅的音樂，有助於提升情緒狀態。

與喜好相關的活動可以成為情緒的支柱，讓病人在安寧期間擁有有意義且充實的時光。

拾參．在人際關係上應如何整合、重新連結與四道人生（道謝、道愛、道歉、道別）？

在安寧期間，人際關係變得格外重要。以下是一些建議：

- 一、**坦誠溝通**：與家人、朋友和醫療團隊保持坦誠的溝通，分享內心感受和需求。
- 二、**建立回憶**：與親密的人一同建立美好回憶，這有助於創造共同的情感體驗。
- 三、**家庭聚會**：舉辦家庭聚會，讓親人能夠團結一致，一同度過寶貴的時光。

四、情感表達（道謝、道愛）：適時表達愛意、感激和對他人的關愛，讓彼此感受到溫馨和支持。

五、和解和道別（道歉、道別）：若有未解之事，努力進行和解。同時，為了更好地告別，可以安排特別的活動或儀式。

人際關係的重要性在安寧期間更加凸顯，建立溫馨、支持的環境有助於緩解心理壓力。

拾肆．延伸閱讀

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

- 五、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 六、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 七、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 八、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。
- 九、 衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十、 衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 十一、 衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>

第二十二章

家人和照護者 宜了解及協助的事項



壹 . 前言

在安寧療護中，家人和照護者的支持和參與，不僅有助於提供優質的照護，同時也使病人感受到更多的關愛和安慰。透過本文中所提供的協助策略，家人和照護者可以成為安寧照護團隊中不可或缺的一員，共同營造一個溫暖、尊重和充滿愛的環境。

貳. 家人和照護者宜了解及協助的事項

一、學習照護技巧：

在病人接受安寧療護期間，家人和照護者宜積極學習相關的照護技巧，包括如何輔助病人轉身、姿勢的舒適感、以及身體的清潔等。透過專業的指導，他們可以更有效的提供病人必要的支持，確保病人在最後的時光中感受到適當的舒適和關愛。

二、協助疼痛管理：

家人和照護者宜了解病人的疼痛程度，並協助醫療團隊實施合適的疼痛管理計畫，包括定期給予止痛藥品、提供身體位置調整以減輕不適感，以及提供心理支持。

三、協助藥品管理：

在安寧療護期間，家人和照護者宜確保病人按時服用藥品，並注意可能的副作用或不良反應。保持與醫療團隊聯繫，確保藥品使用的正確性。

四、提供口腔護理與個人衛生照顧：

保持良好的口腔護理和個人衛生照顧可以維護病人的舒適感和尊嚴。家人和照護者宜協助病人進行口腔護理、更換清潔衣物、確保病人的整體身體狀況得到維護。

五、與病人充分且有效的溝通：

有效的溝通是安寧療護中不可或缺的一環。家人和照護者宜與病人之間有良好溝通，傾聽病人的需求和願望，確保病人在生命的最後階段能夠得到適當的支持。

六、尊重病人意願：

尊重病人的意願是安寧療護中的重要原則。家人和照護者宜理解並尊重病人的意願，包括醫療處置的選擇、生命結束後的安排等，以確保病人在最後的時光中能夠得到應有的尊嚴和尊重。

七、提供情緒支持：

安寧療護期間，病人和家人都可能面臨情緒的挑戰。家人和照護者的角色之一是提供情緒支持，理解病人的情緒需求，並提供溫暖、安慰和安心感。透過細心的陪伴和體貼的照護，幫助病人度過情緒上的困難時刻。

八、促進病人自我意見的表達：

在安寧療護中，家人和照護者宜鼓勵病人表達自己的想法、願望，並且主動參與討論醫療選擇和生命最後階段的安排，提升病人的自主權。

九、維持舒適的生活環境：

家人和照護者宜確保病人的住處整潔、安靜，並考慮病人的個人偏好，如音樂、照明等，營造一個舒適和平靜的氛圍。

十、適當的營養支持：

在安寧療護階段，病人的營養需求可能會有所改變。家人和照護者宜關注病人的營養狀態，協助提供適當的飲食，並調整飲食的提供方式，例如提供容易咀嚼及吞嚥的食物，確保病人獲得足夠的營養支持。

十一、安排親友來訪：

家人和照護者宜協助病人與親友之間建立良好的交流，安排時間讓親友能夠造訪病人。這不僅有助於病人感受到愛與支持，也為親友提供機會與病人共度寶貴的時光。

十二、協助安寧醫療中四道人生的圓滿：

安寧醫療中四道人生分別是道愛、道謝、道歉及道別。家人和照護者宜支持病人和家人間，進行重要的道愛及道謝（表達關愛及感激之情），並道歉及道別（促進寬恕和解及道別），幫助病人以平和的心情面對生命的結束。

參. 總結論

家人和照護者在病人接受安寧療護期間的角色是多元的，除了提供實質的照顧外，更需提供情感上的支持，讓病人能夠在尊嚴和愛的環境中度過最後的時光。

肆. 延伸閱讀

- 一、 Wessex Palliative Physicians. The Palliative Care Handbook: a Good Practice Guide. 2019.
https://www.ruh.nhs.uk/for_clinicians/departments_ruh/palliative_care/documents/palliative_care_handbook.pdf
- 二、 Healthcare Improvement Scotland (HIS), NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines. Pain Management. 2019.
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/pain-management.aspx>
- 三、 Central and North West London NHS Foundation Trust. Palliative Care Quick Reference Guide for Adults. 2019.
<https://gp-website-cdn-prod.s3.amazonaws.com/topic-downloads/1556115404-0b08094e96dd046718dee79b72c474b2-download.pdf>
- 四、 BC Centre for Palliative Care. B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines-Pain. 2019.
<https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Grey-BCPC-Clinical-Best-Practices-2-Pain.pdf>
- 五、 DynaMed. Pain Management in Palliative Care. EBSCO Information Services.
<https://www.dynamed.com/management/pain-management-in-palliative-care-19>
- 六、 Chang VT. Approach to Symptom Assessment in Palliative Care. UpToDate. 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care>
- 七、 台灣安寧緩和醫學學會。安寧緩和醫學概論。新北市：合記。2017。
- 八、 台灣安寧緩和醫學學會。末期疾病疼痛評估與處置。新北市：合記。2017。

- 九、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護及成癮性麻醉藥品使用參考手冊。衛生福利部。2021。
<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=145>
- 十、衛生福利部護理及健康照護司。整體疼痛症狀照護及指導。衛生福利部。2019。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-58243-ff5a5e36-9703-4b6d-a71a-97902f48f6e7.html>
- 十一、衛生福利部食品藥物管理署。癌症疼痛照護衛教手冊（民眾版）。衛生福利部。2023。
<https://www.fda.gov.tw/tc/publicationsContent.aspx?id=174>

藥求安全有效



食在安心健康

安寧緩和醫療病人之疼痛照護衛教手冊(民眾版)/王志中, 邱仲慶, 林宏榮, 王英偉, 趙有誠, 簡志誠, 田雨生, 田宇峯, 陳綉琴, 鄭紹宇, 余黃平, 葉春長, 謝宛婷, 陳貞吟, 褚錦承, 王鈺霖, 許堯欽, 許晉嘉, 蔡岡廷, 黃建程, 蔡孟修, 高霈馨, 蘇慧真編輯. -- 第一版. -- 臺北市: 衛生福利部食品藥物管理署, 民113.12

面; 公分.

ISBN 978-626-7461-57-0(平裝)

1.CST: 安寧照護 2.CST: 疼痛醫學 3.CST: 緩和醫療照護

419.825

113015379

安寧緩和醫療病人之疼痛照護衛教手冊(民眾版)

出版機關 衛生福利部食品藥物管理署

地址: 臺北市南港區研究院路一段130巷109號

http: //www.fda.gov.tw

電話: (02)2787-8000

發行人 莊聲宏

審核 朱玉如 洪秀勳 張志旭 簡希文 鄭啓慧 莊佩鈴

編輯小組 王志中 邱仲慶 林宏榮 王英偉 趙有誠 簡志誠

田雨生 田宇峯 陳綉琴 鄭紹宇 余黃平 葉春長

謝宛婷 陳貞吟 褚錦承 王鈺霖 許堯欽 許晉嘉

蔡岡廷 黃建程 蔡孟修 高霈馨 蘇慧真

出版年月 民國113年12月

版次 第一版

G P N 1011301301

I S B N 978-626-7461-57-0

著作財產人 衛生福利部食品藥物管理署