

## 5. 對於醫護人員的教育

5.1 疼痛處理方法很多：止痛藥物只是其中一種。有許多的非藥物處理方式，如：姿勢變換、調整引流管、減少疼痛因素（如：換藥）、語言安慰、心理支持、復健治療、音樂治療、職能治療等，均可以達到一定程度的止痛效果，可以在使用藥物前、中、後，或合併使用；新生兒部分亦有特有的非藥物疼痛處理方式，如：減少引發疼痛的治療（集中治療並減少侵入性治療的機會）、棉棒吸吮、袋鼠式照護及寧握護理。

5.2 給予止痛藥物前須注意：仍應同時評估原來引起疼痛的疾病或治療（如手術）是否發生改變、惡化、或出現新的病症；必要時，照會原主治醫師或相關醫師進行完整病情評估。

### 5.3 處方止痛劑的原則

5.3.1 止痛劑是治療疼痛最重要的方法之一，針對每位病人在止痛效果和副作用的差異上，選擇最適合的種類、劑型和投予方式，才能得到良好的止痛效果。

5.3.2 止痛劑的投予，一般建議參照世界衛生組織（WHO）推廣的「止痛階梯」的作法。

5.3.3 不論疼痛是否正在發作，按時間使用止痛藥才能預防疼痛再發。

5.3.4 按時給藥之外，需開立 PRN 止痛劑以解決突發性疼痛的發生。

5.3.5 因人而異給藥：依據病患發生疼痛情況，增加劑量或縮短給藥間隔。

5.3.6 注意細節：治療過程需詳細記錄病程變化，以供作為治療的依據。

5.3.7 適時地加入輔助劑：對於止痛藥的副作用可先加上輔助劑，如：軟便劑、排便劑、預防性止吐劑，將有助於增加病患治療的順從性。

### 5.4 止痛藥的給藥途徑

各種不同給藥途徑的優缺點，可參考下表說明。原則如下：

5.4.1 口服給藥：最方便經濟，應做新嘗試。若病人無法口服，可了解同類藥品中是否有肛門劑型，先嚐試肛門投予，最後才選擇較具侵襲性的注射方式，例如 IV, SC, PCA, intrathecal, 或 epidural 注射等。

5.4.2 肛門投藥：適合無法口服、無靜脈留置管、或容易噁心嘔吐的病人。但須注意禁忌：

a. 腹瀉

b. 肛門有病兆或發炎

c. 血小板或白血球低下

d. 放置塞劑有困難

e. 病人拒絕

5.4.3 止痛的速度：靜脈注射可提供最快速的止痛，皮下注射又優於肌肉注射。經皮吸收貼片不適合初次使用 opioid，或急性疼痛發作需要快速調整劑量的病人。

## 給藥途徑的比較

給藥途徑	優點	缺點
口服	最簡易、方便給藥方式。藥物血中濃度可維持穩定。	作用較慢。長效劑型不可磨粉。不適用於有腸胃功能障礙如腸阻塞、嘔吐的患者，有服藥順從性之問題。
舌下錠	直接吸收，不需經腸胃道分解。	吞服或咬碎藥效會降低。
皮膚貼片	作用時間長達 72小時。方便穩定；黏貼處只需貼於皮膚平坦處即可，不需要在疼痛部位。	不建議使用在發燒、易流汗、皮膚過敏的患者。不可黏貼於傷口或角質過後處。
肌肉注射	便利。	注射部位疼痛。吸收及藥效不穩定。
靜脈單次注射	作用快速	需建立給藥途徑如靜脈導管、Port-A。感染問題。藥效短。
靜脈持續滴注	可以維持一定的血中濃度。	需特殊儀器。
PCA	只需口服劑量的1/2-1/3。增加患者對疼痛自我的控制感。	費用高。需特殊儀器。
直腸給藥	適用於無法口服意識不清者。	肛門易受刺激。腸阻塞患者藥物吸收較差。
脊椎內注射	小劑量及維持長效。	對下半身疼痛較有效。有操作不易，及中樞神經感染、出血問題。建議照會麻醉科使用。

## 5.5 藥物介紹

### 5.5.1 非鴉片類止痛藥物

如 Acetaminophen 及非固醇類消炎止痛劑 (NSAIDs)。Acetaminophen 則主要抑制中樞神經系統的環氧酶，有中樞鎮痛作用，因此合併具有周邊組織鎮痛的 NSAIDs 具有加成效果。可用於輕度至中度疼痛、骨轉移及軟組織的疼痛。此類藥物具有所謂的天花板效應（或稱極限效應，Ceiling effect）的特性，意指在使用至相當劑量後，即使劑量再增加其止痛效果也不會增加，反而副作用增加。NSAIDs 的主要作用是抑制周邊組織的環氧化酶 (Cyclooxygenase)，阻斷前列腺素 (Prostaglandin) 的生合成，而達到止痛、退熱及抗發炎的作用。常見的副作用就是會有腸胃道毒性如消化不良及胃潰瘍，因此對於需長期使用 NSAIDs 或具消化道潰瘍的患者，可以選擇具專一性的 COX-2 抑制劑如 Celecoxib，或給予 Misoprostol 200µg tid 預防或使用 H2-blocks、氫離子幫浦抑制劑 (protonpump inhibitor) 類的藥物治療。此外 NSAIDs 也有抗血小板凝集作用因此要避免併用類固醇與抗血小板凝集的藥物。再者 NSAIDs 抑制前列腺素的合成結果會使腎血流減少而使腎功能減弱，因此對於腎功能不全及老年人使用時要小心。

本院現有非鴉片類止痛劑比較，可參見下表：

參考資料：MICROMEDEX®

藥物	每日最大量 (mg)	Onset (hr)	T <sub>max</sub> (hr)	T <sub>1/2</sub> (hr)
Acetaminophen 1. Paramol® 500mg/tab 2. Bubdel® 80mg/tab 3. Anti-Phen® Syrup 24 mg/ml 60 ml/BT(液劑) 4. Acetamol® inj 1g/vial (=0.5g Acetaminophen)	4000	0.5	1~2	2~4
Aceclofenac (Tonec®): 100 mg/tab	200	30 ~ 60 mins	1.25~3	4
Aspirin 1. Bokey®: 100 mg/Cap 2. Aspirin®: 100mg/tab	4000	Fever, rectal: 4 ~5 h; Platelet inhibition: 1~7.5 mins	0.25	4.7~9
Celecoxib (Celebrex®) 200 mg/cap.	400	0.75	3	11
Diclofenac 1. Volna-k®: 25mg/tab; 2. Meitifen SR®: 75mg/tab	225	immediate release: 30 mins	Immediate-r elease: 1 ~ 6.5 hrs Extended-rel ease: 5.3 hrs	2
Etodolac (Lacoxa SR®) : 400mg/tab	1200	0.5	4.5 ~ 6.7	7.6-8.4
Etoricoxib(Arcoxia®) : 60mg/tab	120	0.5	1	22
Flurbiprofen (Flur Di Fen Pach ®): 40mg/12g/patch	300	1~2	1.5	5.7
Ibuprofen(Idofen suspension ®) : 20mg/ml 120ml/bot (液劑)	Adult: 1200 6 months ~ 12 y/o: 5 to 10 mg/kg, 4 doses/day	Initial: 15 mins Peak: 30 mins	1.4~2.9	1.8~2.4
Ketoprofen (Ketoprofen®): 50 mg//2ml/amp	200	0.5	1.2 ~2	2~4
Ketorolac 1. Keto ®: 10mg/cap 2. Keto inj®: 30mg/ml/amp	120	30 mins	30~60 mins	2~6
Meloxicam (Mobic®): 15 mg/Tab.	15	89 mins	5~6	15~20
Naproxen (Naposin®): 250mg/tab	1500	1	1~4	12~17
Parecoxib(Dynastat®): 40mg/vial	80	7-13 mins	IV: 30 mins IM: 1	22 mins

### 5.5.2 鴉片類止痛藥

在癌症疼痛控制上鴉片類藥物仍是主要及最有效的藥物，它藉由活化中樞神經系統內不同種類的鴉片受體（ $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\delta$ , ORL 等四種）產生多種藥理作用，主要作用如下表：鴉片受體作用的分類：

作用	$\mu$	$\delta$	$\kappa$
止痛	++	++	+
呼吸抑制	+++	+	-
降低胃腸蠕動	++	+	++
縮瞳	+	-	+
欣快感	+++	-	-
鎮靜	++	-	++
生理依賴性	+++	-	-

5.5.2.1 使用鴉片類藥物，較常見副作用包括：

#### 5.5.2.1.1 便秘

因便秘不會在治療期間出現耐受性(tolerance)而減少，所以使用鴉片藥物的同時加上低劑量軟便劑或刺激性瀉劑如 Dulcolax、Sennoside 來預防，在身體狀況許可下鼓勵水份攝取。

#### 5.5.2.1.2 噁心與嘔吐

使用鴉片類藥物治療開始或增加劑量初期常見的副作用，通常給予止吐劑（如 Metoclopramide 或 Domeperidone）即可有效解決。

#### 5.5.2.1.3 中樞神經作用

鎮靜的副作用通常在治療幾天後會緩解，如有昏睡情形時可以使用 Methylphenidate (Ritalin®) 治療。另外也可能出現幻覺、譫妄、狂躁、抽搐等現象，這和 morphine 活性代謝物 Morphine-3-glucuronide (M3G)、Morphine-6-glucuronide (M6G) 的累積有關，因此腎功能異常者須減量。

#### 5.5.2.1.4 呼吸抑制

是鴉片類藥物過量導致死亡的主要原因。其實只要正確給藥，呼吸抑制作用會隨治療進行而逐漸減弱。倘若發生急性呼吸抑制時，可使用 morphine 拮抗劑-Naloxone 進行治療。

#### 5.5.2.1.5 成癮性、生理依賴性、耐受性

生理依賴性及耐藥性是使用鴉片類藥物可預測的生理反應。但有時隨著病況的惡化病人對止痛藥的要求也會增進，因此當患者在用藥行為上出現問題時，不一定代表有成癮的傾向，可能是患者因疼痛控制不足而出現的「偽成癮」(Pseudo-addiction) 現象。其實只要正確用藥，這些情況多不會發生。

#### 5.5.2.1.6 本院現有之鴉片類止痛藥作用的比較表：

藥物	止痛	便秘	呼吸抑制	鎮靜	嘔吐	依賴性
Codeine	++	++	+	++	++	+
Tramadol	++	++	+	++	+	+
Morphine	+++	++	++	++	++	++
Hydromorphone	+++	++	++	++	++	++

Fentanyl	+++	++	++	++	++	++
Oxycodone	+++	+	+	+	+	++
Alfentanil	+++	++	++	++	++	++
Buprenorphine	++	+	+	+	+	+
Meperidine	+++	++	++	++	++	+++

#### 5.5.2.1.7 新光醫院管制類鴉片藥物

分類	第一級	第二級	第三級	第四級
藥物	Morphine HCL 15mg/tab	Alfentanil 1mg/2ml/amp	Buprenorphine sublingual 0.2mg/tab	Tramadol MR 200mg/tab
	Morphine SR 60mg/tab (MXL)	Codeine phosphate 30mg/tab	Codeine phosphate 15mg/ml/amp	Tramadol 37.5mg+ Acetaminophen 325mg (Tramacet)
	Morphine 10mg/ml/amp	Fentanyl 0.5 mg/amp	Buprenorphine transdermal patch 5 μg/h	
	Morphine 20mg/ml/amp (限 PCA 使用)	Fentanyl TTS 25μg/h		
	Morphine solution for PCA 100mg/100ml/bag	Fentanyl TTS 12.5μg/h (Duragesic®)		
		Hydromorphone 8mg/tab		
		Oxycodone IR 5mg		
		Oxycodone CR 10mg		
		Meperidine HCL 50mg/ml/amp		
		Painless labor PCA 250ml/bag		

#### 5.5.2.2 依據止痛療效的強弱可分為：

##### 5.5.2.2.1 弱鴉片類止痛藥

此類代表藥物如 Codeine、Tramadol 等。屬於第二階止痛藥。Codeine 不僅有止咳作用，因其在體內部份會代謝成 morphine，因此也具有止痛的效果，止痛強度約是 Morphine 的 1/6–1/10 倍，可緩解輕度至中度的疼痛。Tramadol 是一種兼具鴉片和非鴉片 2 種的中樞作用止痛劑，經由與 receptor 鍵結和抑制 Serotonin 及 NE 的再回收（類似 TCA）達到止痛效果，止痛強度約是 morphine 的 1/4 倍。短效劑型每日藥量不可超過 400 mg，長效劑型不可超過 300 mg，否則可能出現抽搐等中樞神經問題。

##### 5.5.2.2.2 強鴉片類止痛藥

Morphine、Fentanyl (Duragesic®)、Buprenorphine (Temgesic®)、Meperidine (Pethidine®, Demerol®) 為此類代表藥物，依 WHO 疼痛治

療分級，屬於第三階的藥物。

Morphine 是此類藥物中最常用的，主要是經由與  $\mu$ 、 $\kappa$  receptor 鍵結達到止痛作用。經由肝臟代謝，主要代謝物有 Morphine-6-glucuronide (M6G) 及 M3G，再由腎臟排泄，其中 M6G 是為活性代謝物，半衰期達 2.5~7.5 小時，所以腎功能不全的患者須減量，避免 M6G 在體內蓄積引起中樞神經抑制作用。Morphine 有多種投與方式，包括口服 (PO)、皮下 (SC)、靜脈注射 (IV) 及脊髓給藥，其中口服劑型又分長效及短效劑型。依不同的給藥路徑止痛強度也有差異，PO:SC:IV 約為 1:2:3。Morphine 並無有限界限作用 (ceiling effect)，因此無每日最大劑量，其止痛效用與投與之劑量成正比，故可依病患之疼痛情況來調整劑量。當患者無法忍受 morphine 的副作用或無法口服時，即可考慮使用另一種強效止痛劑，如 fentanyl 貼片。

Fentanyl 貼片其止痛作用和 morphine 類似，經由皮膚吸收，止痛強度約是 morphine 的 100 倍，一般可以持續 72 小時。在首次使用的患者，需 12~14 小時才能達到有效止痛，所以在使用第一片貼片後的初始 18 小時中，可能需要適時給予短效 morphine 來止痛。而在貼片撤除後，藥效仍能維持 16~24 小時之久，基於這樣的特性，對於急性疼痛的緩解或疼痛水平起伏不定的患者並不適用。此外必須提醒病患使用貼片時，應貼於皮膚平整乾燥無毛的部位，可以淋浴方式但不可浸泡熱水澡或對使用部位加熱，否則會增加藥物的吸收，所以發燒或冒汗病人亦不適用。

Buprenorphine 為具有  $\mu$ -receptor partial agonist 及  $\kappa$ -antagonist 的強效止痛劑，其止痛強度約為 morphine 的 30 倍，本院有舌下含錠劑型。由於有止痛的極限效應 (ceiling effect)，因此使用過高劑量或併用大劑量它類的 narcotics，反而可能造成拮抗作用，導致戒斷症候群，所以不適用於慢性疼痛的治療。

Meperidine 為  $\mu$ -receptor agonist，有類似 Atropine 作用，屬於短效的鴉片類止痛劑，止痛效果只有 2~3 小時，而其活性代謝物 Normeperidine 具神經毒性，如抽筋、顫抖，因此不適合高劑量(400~600mg/day)使用，僅適合急性疼痛的短期治療不宜作為癌症患者的長期止痛用藥（不建議使用超過 48 小時或劑量大於 600mg/day）。

#### 不建議常規治療用藥

	藥物	不建議使用之原因
超短效的鴉片類	meperidine (Pethidine®)	止痛療效持續性不足、有神經毒性代謝物累積。
Partial agonist-antagonist 鴉片類	buprenorphine (Temgesic®)	療效受限於 ceiling effect，可能導致戒斷症候群。
Antagonist 鴉片類	naloxone	可能導致戒斷症候群，僅適用於逆轉嚴重的呼吸抑制。
抗焦慮、鎮靜藥	barbiturates、benzodiazepines	止痛療效不彰、降低患者對鴉片類藥物之耐受性、對神經學評估造成干擾。

#### 5.5.2.2.3 鴉片類藥物之使用原則：

- 5.5.2.2.3.1 如果持續使用弱鴉片類止痛藥仍無法有效止痛，則直接換成低劑量強鴉片類止痛藥，**不需**由一種弱鴉片類止痛藥換成另一種。
- 5.5.2.2.3.2 治療初期應優先使用短效鴉片類快速解除患者之疼痛，之後依疼痛程度調整劑量，有效控制後，再依劑量轉換成長效劑型（每次劑量為每日總量的一半）。另外當患者的突發性疼痛（breakthrough pain，意即當患者的疼痛基線為中度或以下時，突然出現超越中度的疼痛）使用**短效**止痛藥次數一日超過3次（突發性疼痛使用鴉片類藥量為常規控制全日藥量的5~15%），則必須將處理突發性疼痛所增加的短效性鴉片類藥物劑量轉換至成長效劑型。
- 5.5.2.2.3.3 藥物劑量的增加，增幅是以每日總劑量的1/3~1/2做調整。一般而言鴉片類藥物中full agonist 如morphine的止痛療效不受極限效應的限制，但藥物的調整仍須以患者的反應與需要為主，例如當出現藥物不良反應時應降低使用藥物劑量的增加速度。
- 5.5.2.2.3.4 Morphine 和 Fentanyl 貼片之轉換：
- 5.5.2.2.3.4.1 對於初次使用及接受 morphine 每日 60mg 以上治療的患者要使用 fentanyl 貼片應從最低劑量 25µg/hr 開始。
- 5.5.2.2.3.4.2 轉換方式依患者過去 24 小時所需的口服 morphine 總劑量為基準轉換，可依前述計算方式將皮下注射或靜脈注射之劑量，換算出病人使用 morphine 之口服總劑量。
- 5.5.2.2.3.4.3 有些患者在轉換時可能出現腹絞痛、腹瀉、噁心及流汗症狀，稱為戒斷症候群（withdrawal **syndrome**），因此開始使用貼片時不要立即停止 morphine，而應慢慢減量，症狀也會慢慢好轉消失。劑量轉換如表二：

表二 鴉片類藥物轉換為 Fentanyl 貼片之劑量轉換表

Fentanyl 貼片	Morphine(劑量 mg/天)	
	靜脈給藥	口服給藥
25(微克)µg/小時	20(毫克)mg/天	60(毫克) mg/天
50(微克)µg/小時	40(毫克) mg/天	120(毫克) mg/天

### 5.5.3 輔助性的藥物

疼痛輔助藥例如抗憂鬱劑（Antidepressants）、抗痙攣藥（Anticonvulsants）等，很少單獨用在癌症疼痛，通常合併鴉片類止痛藥，可增加疼痛控制的效果，也可以減低止痛藥的副作用及耐受性的發生，尤其用於神經性疼痛比單獨使用鴉片類止痛藥效果更好。

#### 5.5.3.1 三環抗憂鬱劑（TCA）

如 Amitriptyline、Maprotiline (Ludomil)、Imipramine (**Fronil**)。這類藥物止痛機轉可能和它抑制 serotonin、**norepinephrine** 從神經節之再吸收，刺激  $\alpha_2$ -receptor，進而增加對疼痛的耐受性有關。其止痛效果較抗憂鬱的效果還快出現，通常不需一週即有效果，常用於神經病變所致的疼痛。TCA 常見的副作用包括**體重增加**、口乾、鎮靜、便秘、尿液滯留、心律不整、視力模糊、姿態

性低血壓等。

### 5.5.3.2 抗痙攣藥

Carbamazepine、Phenytoin、Valproic acid、**Pregabalin** 為此類代表。主要是抑制神經元過度活化及不正常放電而達到減輕疼痛的效果，常用於治療神經病變的疼痛。雖然臨床上有使用 Phenytoin 與 Valproic acid 治療神經性疼痛 (Recommendation：IIb, Strength of Evidence：B)，但並不是衛生署核准之適應症，因此處方這二個藥物時應詳細告知病人，並需請病人簽立同意使用說明書。

抗痙攣藥於止痛的建議使用劑量及可能副作用

藥物	劑量 (mg/day)	副作用
<b>Pregabalin</b>	<b>150-600</b>	<b>眩暈、嗜睡、週邊水腫、體重增加、疲倦、口乾、便秘、運動失調、頭痛</b>
Carbamazepine	200-1,600	嗜睡、眩暈、頭痛、運動失調
Phenytoin	300-600	體重增加、皮膚癢、牙齦增生、意識混亂、複視、運動失調
Valproate	150-3,000	體重增加、噁心、嘔吐、毛髮減少、震顫

### 5.5.3.3 鎮定和鎮靜劑

barbiturates 和 benzodiazepines 雖不具鎮痛作用，但能減輕病患因疼痛引起的焦躁不安情緒及減少因疼痛引發的肌肉痙攣，如 Clonazepam。另外多數的抗組織胺藥物同樣具有輕微的鎮痛作用但機轉不明，其中又以 Hydroxyzine 最常和鴉片類止痛藥併用於急性疼痛的抗組織胺藥物。

### 5.5.3.4 局部麻醉劑

主要是藉由阻斷神經細胞膜上的鈉離子通道，而降低神經興奮活性及傳導，如 Lidocaine。Lidocaine solution 局部注射 (<4.5mg/kg)，可以作為神經病變性疼痛的輔助藥，但由於此類藥物具有抗心律不整的作用，因此有心臟疾患或有服用任何可能會導致心律不整藥物時，應小心服用。

### 5.5.3.5 雙磷酸鹽及降鈣素

主要可用於乳癌、肝癌及其他惡性瘤因惡性骨轉移造成過速骨溶解的併發症，可治療或預防如骨痛、病態性骨折、高血鈣等症。如 Pamidronate (Aredia)、Clodronate (Bonfos<sup>®</sup>)、Zoledronic acid (Zometa<sup>®</sup>)。

### 5.5.3.6 類固醇

類固醇可以抑制 Prostaglandin 及 Leukotrienes 的產生而減輕受損神經產生之不正常電傳導，所以可用於減輕腫瘤周圍的組織水腫、急性神經壓迫、顱內高血壓及頑固性的骨頭疼痛。如 Dexamethasone、Prednisolone、Methylprednisolone。每日劑量建議：Dexamethasone 4-8 mg、Methylprednisolone 8-40 mg、Prednisolone 10-50 mg，其中 Dexamethasone 在 IV 給予最大劑量 40-100 mg，可以用於脊椎壓迫和顱內高血壓的最初治療，但**需注意**感染和腳踝水腫等副作用問題。當出現月亮臉、體重增加或高血壓時可能就需要降低劑量甚至停藥，且長期使用會增加消化性潰瘍機率，因此併用 NSAIDs 時要注意。當使用類固醇達到預期效果後，就應逐漸減少用量至最低值。

### 5.5.3.7 其他

如 Baclofen、Clonidine。Baclofen 主要藉由抑制中樞神經傳導物質之釋放而達

到抗痙攣的肌肉鬆弛劑，亦可應用於神經病變性疼痛的控制。劑量要根據個人情況調整，若劑量太高會造成中毒，產生昏睡或呼吸抑制的不良反應。Clonidine 屬於抗高血壓藥，是  $\alpha_2$ -receptor agonist 可以抑制節前神經節 norepinephrine 之釋放降低交感神經作用，所以併用 morphine 能增加止痛作用，另外也可作為鴉片類藥物戒斷治療。副作用包括姿態性低血壓、鎮靜、口乾、便秘等情況。

## 5.6 特殊注意事項

### 5.6.1 兒童病人：

傳統上，各級醫護人員為避免兒童病人因接受過量的止痛藥物而引起呼吸抑制等副作用，因此給予藥物劑量偏低，以致止痛不足；此觀念作法應予矯正。於給予止痛藥物時，應按病人的年齡、體重及所合併疾病的嚴重度，採行「混合式治療法」；唯於實施「混合式治療法」時應密切監測病人生命徵象的變化。

### 5.6.2 高齡病人：

由於高齡病人常有認知 (cognition) 上的問題，因此在評估時應特別注意溝通的技巧，儘量找出疼痛的部位及程度。高齡病人常因合併其他的疾病（如心血管狹窄、高血壓或糖尿病），會對止痛藥物有異於年青病人的反應，因此止痛藥的種類、劑量、途徑及時程應酌量酌情給予；並於每日巡房訪視時予以調整藥物劑量，以減少呼吸抑制或嗜睡等副作用的發生。如有使用鎮靜安眠藥物時，需提醒病人或家屬注意嗜睡與注意力無法集中之情形，避免發生跌倒之意外。

### 5.6.3 重症病危、認知失能或溝通困難的病人：

疼痛處置時應特別給予介入治療。若病人因疼痛引起血壓升高、心跳加快或躁動行為時，醫師應嘗試給予止痛藥物治療。

### 5.6.4 「吩呋呢」嗎啡類止痛貼片 (Fentanyl patch)

5.6.4.1 由於藥效起始作用 (onset) 時間較慢，約 12 小時後才產生止痛，且貼片取下後，其藥效可持續數小時之久。

5.6.4.2 貼片 3 天到期時，貼上新的貼片後同時撕下舊的貼片。

5.6.4.3 對一個從沒有注射過嗎啡止痛劑的病人而言，在急性疼痛時給予「吩呋呢」止痛貼片是很容易引起呼吸抑制的危險，因此「美國食品藥物管理局」(FDA) 規定，此等止痛貼片不得使用於手術前後期急性疼痛的處置，僅適用於慢性疼痛的處置。

## 5.7 疼痛處置流程：

### 5.7.1 處置流程：

5.7.1.1 啓動：急慢性疼痛評估指數  $\geq 4$  分以上 (1 歲以下  $\geq 3$  分)，或未符合病人疼痛緩解期望值時，應由醫師進行止痛處置，如：開立醫囑給與藥物或其它相關處理。

### 5.7.1.2 止痛藥物階梯流程：

藥物：由非成癮物或成癮性較低的止痛藥物開始使用，若無效，再用較強的止痛藥物或其他成癮性較高的止痛藥物。

評估間隔：急診及住院病人，第一次給藥或相關措施後，間隔 30~60 分鐘再次評估病人疼痛緩解情形。並於疼痛處置期間，持續追蹤記錄其處置過程與疼痛控制效果。門診病人若在下次門診之前有急性疼痛問題需要緊急處理，可至

急診求治。

5.7.2 照會：無論急、慢性疼痛病人（含癌症疼痛），若有需要，可照會「疼痛小組」。

5.7.2.1 照會流程：

5.7.2.1.1 進入院內 CGS 資訊系統，建立會診單，請詳述病患之主要疾病、疼痛相關病史，包括：疼痛症狀、強度、部位、及目前用藥，會診醫師請選擇麻醉科陳瑞源醫師。

5.7.2.1.2 會診單建立完畢，請撥院內電話 2886 通知 66 診間。

5.7.2.1.3 疼痛小組醫師需於 24 小時內探視病人，回覆會診單，並與當科主治醫師討論疼痛處理之意見。