

第五章 其他 / 非藥物治療措施

以下治療均屬於癌症疼痛之輔助性治療措施，並不能取代藥物治療疼痛的地位。

5.1 緩和性放射線治療

放射線治療除可作為抗癌療程的一部分，亦可用於癌症疼痛的緩和。目前研究發現適當的放射線照射，可藉由局部殺死癌細胞和減小腫瘤體積而達到癌症病人疼痛治療的療效，亦有助減少疼痛藥物的長期使用^{1,2}。視病人的反應情況，放射線治療可以單次或多次給予，利用低於一般的治療性輻射量，務求減少不良作用的程度¹。放射線治療對緩和骨轉移疼痛、軟組織浸潤、及神經壓迫等方面有較顯著的療效²，醫師在有需要時可進行轉診。另外，針對攝護腺癌引起之多處骨轉移，目前國內少數醫學中心之核子醫學科有引進鐳-223 (Ra-223) 藥物注射，藉由鐳-223 與骨骼結合，達到體內全身骨骼放射治療，可緩解全身骨轉移的疼痛^{3,4}。

5.2 侵入性處置

過去侵入性處置又被稱為第四階止痛，亦即只有在病人經過三階藥物治療疼痛仍無法控制時，才會考慮進入第四階的侵入性止痛處置⁵。但近年來對治療癌症疼痛病人何時可採用侵入性處置之原則有相當之改變，因為 WHO 在最早的治療癌症疼痛三原則之外，又修正加入個人化治療的思維⁶。基於此一原則，加上侵入性處置在各種影像導引工具發展下，成功率不斷提高而危險性逐漸降低，使得侵入性處置已不再如同過去只能在三階藥物治療無效之情況下，才考慮為病人施行。目前則是視病人病情，可在第一階或第二階藥物治療無效後即施行，甚至在病人連第一階藥物都尚未使用時即可施行^{7,8}。

舉例來說，當腫瘤轉移至胸壁導致疼痛，疼痛科醫

師可以為病人施行肋間神經阻斷，包含使用神經破壞劑 (neurolytic agents) 以執行化學性神經阻斷，如酒精注射；或物理性神經阻斷，如高頻熱凝；治療成功時，病人甚至可完全不需使用任何止痛藥物。

除一次性神經阻斷外，疼痛科醫師亦可於病人之椎管內植入導管，以持續注射止痛藥物或類鴉片藥物至病人之椎管內，可得到更好的止痛效果及較少副作用。同時可視病人之預估餘命，決定植入暫時性使用之導管，或是植入可長期使用之導管及自動輸注幫浦於病人體內。

5.3 外科方式止痛

過去若病人經各種方式治療均無法有效止痛，且病人之疼痛僅限於身體一側，可考慮透過外科手術進行頸椎側索截斷術 (cervical cordotomy)。不過近年隨著新器械之發展，疼痛科醫師利用經皮穿刺方式即可完成頸椎側索截斷術。目前仍需外科方式方能止痛的情況，僅限於病人之疼痛位於頭部，且須由外科醫師於腦室內置放導管輸注 morphine 方可止痛之情形。

5.4 復健對止痛的幫助

癌症病人的疼痛可依其發生的時序，區分為：持續性疼痛 (persistent pain)、突發性疼痛 (breakthrough pain)、及誘發性疼痛 (incident pain)。持續性疼痛和無法預期之突發性疼痛，分別應該使用常規劑量和救援劑量的嗎啡進行控制，以緩解病人的不適；而誘發性疼痛則通常和癌症相關病情、治療後姿勢不良、骨轉移所造成的骨骼不穩定相關，或是和活動的肌肉牽扯到腫瘤部位引起的內臟痛相關。舉例來說，每當病人翻身起臥就會發生的疼痛，可能是和癌症脊椎轉移後造成脊椎的不穩定相關；每當行走就會發生的疼痛，可能和髖關節轉移後的骨骼不穩定相關；每當躺平就會發生的疼痛，可能和骨盆腔內的腫瘤壓迫，或髂腰肌拉長而拉扯

到腫瘤的疼痛相關。以上和特定活動相關之誘發性疼痛，復健科的介入特別有效，而可採取的策略如下：

- (1) 利用輔具從外部固定不穩定的骨骼，如脊椎輔具、骨盆帶、新型副木等。
- (2) 利用改變病人的活動模式來減少對腫瘤處的載重。如指導病人正位脊椎轉位法以改善翻身起臥的疼痛；給病人助行器並指導三點行走步態以減少髖關節轉移後的局部載重等。
- (3) 指導照顧者的照顧方式並調整居家生活配置，讓病人在最輕鬆的情況下進行最大量活動。
- (4) 使用各種物理儀器來減少患部的疼痛：
 - 溫熱敷：需用乾毛巾包裹熱源，溫度不超過 40 度，並可用計時器限制時間，以免燙傷。不適合用於曾接受放射線治療的部位，也不適合使用於開放性傷口。
 - 透熱療法 (diathermy) 及超音波療法：不適合使用在有出血傾向的病人，或是身體中有金屬物的病人。過去認為透熱療法也不應該用於癌症病灶附近，但近年來關於這點仍有爭議，臨床上可由醫師評估病人的狀況來決定。
 - 冷敷：溫度不宜低於 15 度，單次使用以不超過 15 分鐘為宜。不適合使用於曾接受過放射線治療的部位、或有周邊血管疾病病人。
 - 經皮神經電刺激 (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) 及干擾電流療法 (interference current therapy, IFC)：有短暫的止痛效果；雖然效果並不強，但不失為一個安全而溫和的介入法。
- (5) 按、壓、震動、徒手治療：需由物理治療師 (physical therapist) 施行，不宜於癌症病灶附近施行；不能取代病人主動運動的地位。
- (6) 如果是肌筋膜痛症候群 (myofascial pain syndrome, MPS)：常源自於癌症相關病情或治療後姿勢不良引起相關疼痛，可施予激痛點的局部注射緩解疼痛狀況，再配合伸展和復健。

有許多研究指出，癌症病人發生肌腱炎、關節炎、五十肩、筋膜疼痛症候群、纖維肌痛症等肌肉骨骼疾病的比例，是一般族群的 3-5 倍⁹⁻¹¹；再加上癌症本身和治療過程所造成的疼痛，可知癌症病人的疼痛情形相當複雜。復健科團隊的加入可讓病人的疼痛治療更為完善，有助於提升整體生活品質。

5.5 認知 / 行為的介入

在癌症的治療中，除了藥物治療及輔助性的物理性治療措施外，心理方面的支持亦是不可或缺的，其中病人教育更扮演重要角色，能有效提升疼痛治療成效^{12,13}。為病人及家屬提供有用的資訊與協助，不僅有助於醫病關係的提升，更能直接增加病人於治療過程中的參與感以及對癌症症狀的控制感。病人教育宜於癌症疼痛出現之初期開始進行，以免日後因病況及身體狀況的可能惡化而錯失良機。

支持病人及家屬的作法如下：

- 告知病人及家屬 / 照顧者對於疼痛會有情緒反應是正常的，而且處理情緒反應也是治療疼痛症狀的一部分。
- 提供病人及家屬 / 照顧者對於疼痛的知識，並提醒治療疼痛的重要性。
- 提供病人及家屬 / 照顧者情緒支持，並告知會協助治療疼痛。
- 可重複說明醫療團隊對於疼痛治療的重視，並實際採取治療計畫，減輕病人及家屬 / 照顧者的焦慮與無力感。

認知 / 行為介入的領域中，除了提供教育以及情緒支持外，其他的治療模式包括：

- 放鬆技巧訓練：如漸進式肌肉鬆弛法 (progressive muscle relaxation)，透過有意識的緊繃某部分肌肉然

後再放鬆，逐步達到全身放鬆。

- 引導式心像觀想法 (guided imagery)：透過專注於某愉悅的心理意象或景象達到放鬆。
- 分散注意力 (distraction)：將對疼痛的注意力轉移到其他念頭或活動。
- 催眠 (hypnosis)：透過心像觀想導引或暗示進入深度放鬆，轉化疼痛為其他溫暖的感覺¹⁴。
- 生物回饋 (biofeedback)：以監測生理活動指標，如血壓、脈搏，來增強放鬆練習的效果。
- 認知行為治療 (cognitive-behavioral therapy, CBT)：經由探索對於疼痛的自動化思考，討論替代想法與因應策略，重新架構對疼痛的認知與行為因應¹⁵。
- 正念減壓 (mindfulness-based stress reduction)：運用正念為基礎的技巧處理疼痛¹⁶⁻¹⁷。

参考文献

1. Spencer K, Parrish R, Barton R, et al. Palliative radiotherapy. *BMJ* 2018; 360:k821.
2. Pin Y, Paix A, Le Fèvre C, et al. A systematic review of palliative bone radiotherapy based on pain relief and retreatment rates. *Crit Rev Oncol Hematol* 2018; 123:132-7.
3. Wenter V, Herlemann A, Fendler WP, et al. Radium-223 for primary bone metastases in patients with hormone-sensitive prostate cancer after radical prostatectomy. *Oncotarget* 2017; 8:44131-40.
4. Gupta N, Devgan A, Bansal I, et al. Usefulness of radium-223 in patients with bone metastases. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2017; 30:424-6.
5. World Health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief*. World Health Press 1986; Geneva, Switzerland.
6. World Health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability*, 2nd Ed. World Health Organization 1996; Geneva, Switzerland.
7. Minson FP, Assis FD, Vanetti TK, et al. Interventional procedures for cancer pain management. *Einstein (Sao Paulo)* 2012; 10:292-5.
8. Bhatnagar S, Gupta M. Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Interventional Pain Management in Cancer Pain. *Indian J Palliat Care* 2015; 21:137-47.
9. Marcus NJ. Pain in cancer patients unrelated to the cancer or treatment. *Cancer Invest* 2005; 23:84-93.
10. Burton AW, Fanciullo GJ, Beasley RD, et al. Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. *Pain Med* 2007; 8:189-98.
11. Moryl N, Coyle N, Essandoh S, et al. Chronic pain management in cancer survivors. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8:1104-10.
12. De Wit R, van Dam F, Zandbelt L, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomised controlled trial. *Pain* 1997; 73:55-69.
13. Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, et al. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001; 19:2206-12.
14. Wortzel J, Spiegel D. Hypnosis in Cancer Care. *Am J Clin Hypn* 2017; 60:4-17.
15. Gorin SS, Krebs P, Badr H, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30:539-47.
16. Johannsen M, O'Connor M, O'Toole MS, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2016; 34:3390-9.
17. Bower JE. Mindfulness interventions for cancer survivors: moving beyond wait-list control groups. *J Clin Oncol* 2016; 34:3366-8.