

癌症患者的疼痛控制

癌症疼痛問卷 2001

您是否有過疼痛的困擾？ 53.5%

您覺得當時疼痛的程度

輕微 29.3%

中度 35.6%

最痛 35.2%

您現在有無服用控制疼痛的止痛藥物？ 58%

服用止痛藥物後，您對疼痛問題的改善情況滿意嗎？ 64.2% very to Satisfied

WHO及許多醫學會皆指出癌病疼痛可由一些簡單的治療方式在90%的患者得到有效的處置

但不幸的是與癌症相關的疼痛問題，常常是被忽略而未有完善治療

癌病疼痛控制的障礙

醫護人員

疼痛處置的知識不足

疼痛評估不適當

對藥品管制法令的過分顧慮

害怕導致患者成癮

過分顧慮止痛藥物的副作用

顧慮患者會對藥物產生抗藥性 tolerant to analgesics.

癌病疼痛控制的障礙

患者

猶豫告知疼痛

顧慮會因而使醫師不能專心於其癌病

恐懼疼痛可能是癌病惡化的徵象

怕未能表現為一“好”病患

猶豫而未服用止痛藥物

害怕成癮或被認為是一成癮者

擔心藥物的副作用

擔心藥越用越無效

治療癌症的疼痛之三大原則

疼痛評估

選擇適當的治療方法

持續照顧

聯合國世界衛生組織

疼痛評估

疼痛評估的目的是為了詳盡了解患者
病況, 疼痛性質與部位及患者所受
的影響

評估的內容:

詳細的病史

理學檢查

心理社會評估

其他輔助性檢查

評估的基本原則

相信病人的疼痛抱怨

仔細詢問癌症及疼痛相關病史

評估心理狀態、可請精神科協助

進行理學、神經學檢查

開立診斷方式：如CT，bone scan，MRI

開始治療疼痛以便利適當檢驗

重新評估治療的反應

再設計、討論進一步治療方式

患者的自我評估報告 Self-Report

疼痛評估的主幹

可幫助患者描述:

疼痛 PAIN

部位 LOCATION

嚴重程度 INTENSITY OR SEVERITY

加強或減輕的因素 AGGRAVATING AND RELIEVING FACTORS

疼痛的認知及反應 COGNITIVE RESPONSE TO PAIN

疼痛控制的目標 GOALS FOR PAIN CONTROL

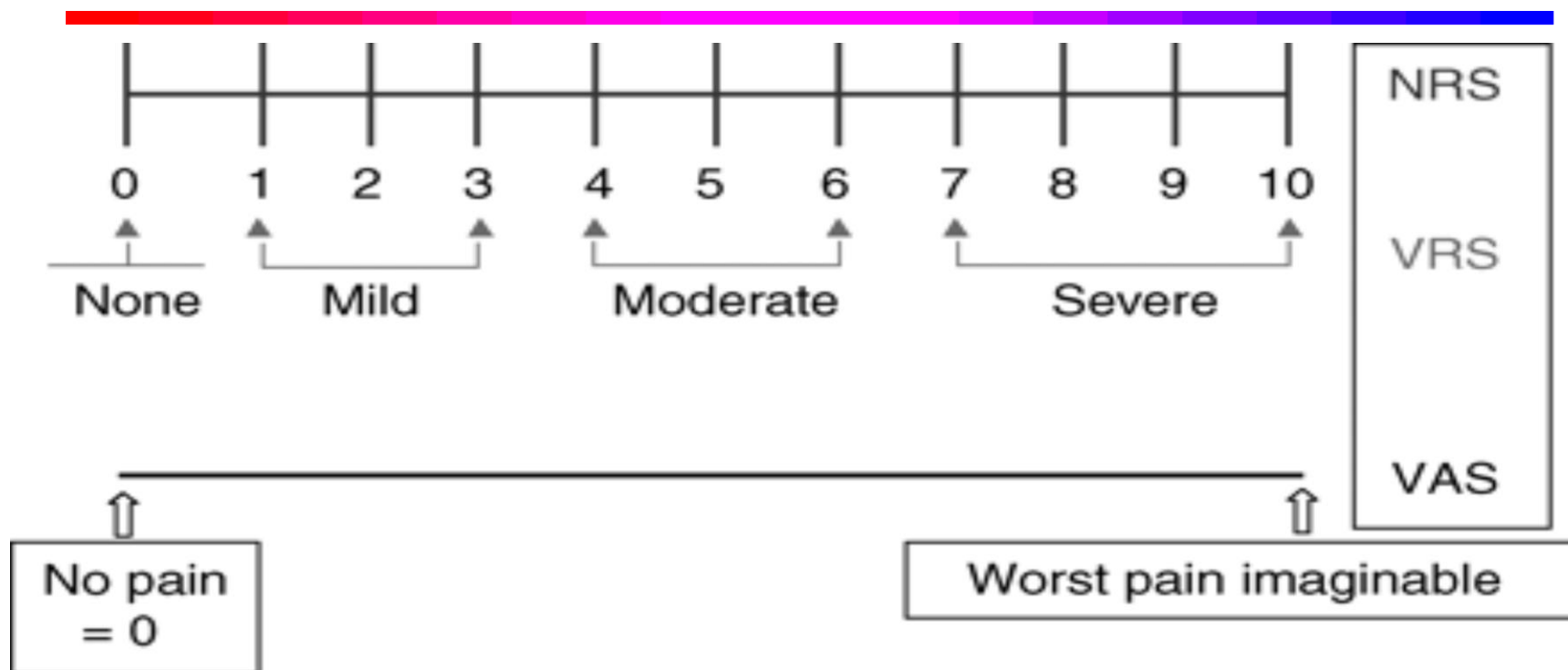
常用疼痛量表

疼痛量表(VAS, Visual Analog Scale)：在一條 10 公分長度的水平直線，以最左處作為零點，代表完全無疼痛；直線的最右端為所能想像中最嚴重的疼痛，患者依其對所感疼痛的程度在直線上標示。

這是一個以患者本身疼痛經驗來將疼痛的嚴重程度作一量化的表達，類似的疼痛在不同患者的經驗感覺可能在量表上有全然不同的表達。

No pain |—————| Worst imaginable pain

常用疼痛量表



持續疼痛評估 Pain Assessment

評估過程包括醫護人員與患者

而且

開始治療後要定期評估

有新的疼痛要再做評估

在給藥物或非藥物治療疼痛後在適當的觀察時間後即予評估

癌症疼痛

了解疼痛之病理生理學機制, 有助於醫師提供更有效的治療方式

對某些病患而言, 可能同時合併不同類別的疼痛

癌症疼痛型態

體感性疼痛(Somatic pain)

內臟性疼痛(Visceral pain)

神經病變性疼痛(Neuropathic pain)

體感性疼痛

體表, 肌肉和骨骼受損所引發, 如骨轉移

這類疼痛病患可以明確指出痛處, 其性質常為刀刺痛(stabbing), 銳痛(sharp), 搏動性疼痛(throbbing)等。

此類疼痛對止痛藥物的反應佳

內臟性疼痛

原因包括臟器受損，中空器官阻塞，平滑肌痙攣等
定位困難，通常有悶痛(dull)，絞痛(cramping)等，甚至會以不明的體表疼痛(referred pain)出現
患者亦可能出現自主神經障礙的症狀，如噁心，嘔吐，
低血壓，心博過緩，冒汗等
大多數這類疼痛的患者需要接受鴉片類藥物止痛治療

神經病變性疼痛

乃神經組織受損所致，常會引起劇烈的疼痛

患者會出現dysesthesias(不悅異常感)，為從未經歷過的不愉快感覺，屬於感覺異常的一種性質多變化如灼痛(burning)，刺痛(tingling)，電擊痛(shock-like)

其他尚包括觸摸痛(allodynia)，痛覺過度(hyperalgesia)和遲鈍(hypalgesia)

這類型的疼痛常需要合併輔助劑治療，如抗憂鬱劑或抗痙攣劑

偶發痛 Incident Pain

指當身體移動時會出現的疼痛

治療方式通常和突發性疼痛相同

其他的治療方式如下

找出最理想的突發性疼痛止痛藥物

在移動身體前,先服用突發疼痛型藥物作預期性疼痛的預防

適當地使用非鴉片類止痛劑和輔助劑

考慮放射型治療,神經阻斷和手術治療

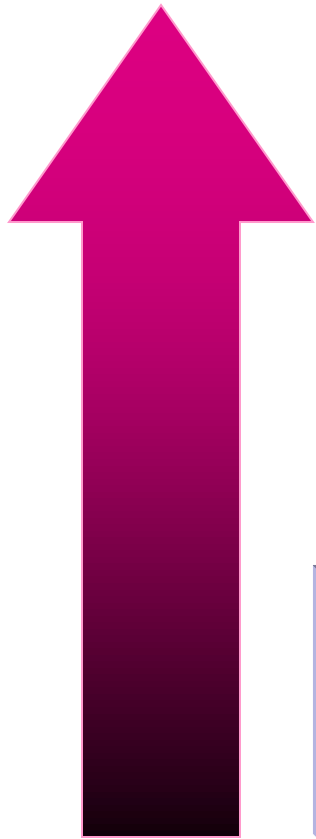
藥物治療原則

遵循藥物治療的基本原則，可控制70-90%的癌症疼痛，例如世界衛生組織基本原則如下：

- 口服給藥 “by mouth”
- 按時給藥 ” by the clock”
- 依階段給藥 “by the ladder”
- 因人而異給藥 “for the individual”
- 注意細節 “attention to detail”

WHO 建議的止痛三階段治療準則

Co-analgesics



Severe

Strong Opioids ± Non-Opioids

Ex: Fentanyl-TTS, Morphine, Methadone

Moderate

Weak Opioids ± Non-Opioids

Ex:. Codeine, Tramadol, Tilidin/Naloxon

Mild

Non-Opioids

Ex: ASA, Ibuprofen, Diclofenac, Cox 2-inhibitors,
Paracetamol, Metamizol, Flupirtin

癌症疼痛藥物止痛療程應顧及：

疼痛之長期、穩定控制：以按時使用（by the clock）的長效性鴉片類藥物達成（around-the-clock medication）。

突發性疼痛（breakthrough pain）之緩解：以按需要服用的短效性鴉片類

偶發性疼痛（incident pain）

Acetaminophen and NSAIDs

此類藥品僅限於緩解輕度體感性疼痛

NSAIDs與鴉片類藥物合併使用，並未顯著減少癌症疼痛患者的鴉片類藥物用量

老年患者(>60y/o)，患有慢性疾病如腎臟病，肝臟病或心衰竭的患者在投與這類藥物時，要小心謹慎副作用的發生

對於吸煙者，有消化性潰瘍病史以及接受口服類固醇或抗凝血劑治療的患者也要小心使用

這類藥物有天花板效應(Ceiling effect)(即在使用至一相當劑量後，再增加劑量也不會有更好止痛效果)

Acetaminophen and NSAIDs

建議口服, 在發生噁心嘔吐時, 可採用栓劑投與肌肉注射(IM)基於藥物吸收的不可靠即施打時的疼痛問題, 一般不建議使用

NSAIDs(Acetaminophen除外)對血小板功能會產生抑制作用, 因此不適用於凝血障礙及出血傾向的患者

若產生胃腸道副作用的風險較高時, 建議可於治療同時, 給予misoprostol一天2~3次每次200mcg作為預防. 若患者已出現胃腸道副作用, 但仍需持續NSAIDs治療時, 則可給予每天omeprazole 20 mg 一次

鴉片類藥物

在癌症疼痛的控制上,鴉片類藥物為主要且最有效的藥物。

對鴉片類藥物的誤解使得鴉片類藥物優異的止痛效果無法發揮

耐藥性 (Tolerance)

長期鴉片類藥物治療下的生理變化

劑量的增加通常反映癌症病況的惡化

因耐藥性而需要接受鴉片類藥物劑量增加的病例
並不常見

長期治療下，不少患者在不良反應的表現上（如
鎮靜、呼吸抑制等），卻會因「副作用耐藥性」
的出現而受益

生理依賴性

長期鴉片類藥物治療下的生理變化，若治療突然中止／劑量驟降，患者會出現戒斷症候群（withdrawal syndrome）

鴉片類藥物的使用正確，生理依賴性並不會構成鴉片類藥物治療的阻礙

戒斷症候群可藉著以下措施加以預防：

避免使用鴉片類藥物受體之 partial agonists 或 mixed agonist-antagonists

非必要時（例如顯著之呼吸抑制），避免使用鴉片類藥物拮抗劑（antagonist）

謹慎進行鴉片類藥物劑量之減量過程。

弱效鴉片藥物 Weak Opioids

弱效鴉片藥物包括codeine, tramadol, and dextropropoxyphene。通常用於輕度到中度的疼痛。

沒有證據顯示一弱效鴉片藥物效果優於另一者。

和dextropropoxyphene比較, codeine在耐受性方面較好且較常被建議使用。

Tramadol是一個對monoaminergic system會產生影響的類鴉片藥物,但在臨床劑量範圍內,其止痛效果和劑量調整空間有限。

若任一弱效鴉片藥物,無論單獨治療或與非鴉片藥物合併投與,無法達到足夠的疼痛控制時,應直接進行第三階段的疼痛治療

鴉片類藥物給藥原則

對大部分的癌症疼痛患者而言，穩定而有效的疼痛控制有賴於定時投與日夜連續型(around-the-clock)鴉片類藥物和需要時投與突發疼痛型鴉片類藥物。

每次突發疼痛型鴉片類藥物的劑量為日夜連續型鴉片類藥物全日劑量的 $1/6$ (or 5~15%), 且使用次數以一天內不超過3次為原則。

雖然嗎啡可同時作為日夜連續型和突發疼痛型止痛用藥, 但為了促進患者對長期疼痛治療的醫屬順從性, 日夜連續型止痛用藥仍以長效型嗎啡或是 Durogesic 為最適合。

AHCPR癌症疼痛共識

癌症疼痛處理應以“最無侵入性”及“最簡單給藥時間”的治療方式優先使用。

口服或是穿皮貼片劑型為優先選擇方式。

注射劑型只有在簡單，無侵入性和最小傷害性的方法都無法投與時，才可使用。

針劑嗎啡的生體可用率約為口服劑型的2~3倍，因此在進行口服劑和針劑轉換時，需作出劑量上相對的調整。

鴉片藥物劑量

短效鴉片藥物, 如嗎啡和codeine的止痛效果開始於投與後30分鐘, 持續大約四小時, 因此這些藥物每四小時投與一次。

控釋型口服劑型, 如MS Contin的效果開始於投與後1小時, 高峰值發生在2~3小時, 且持續12小時, 因此通常每12小時投與一次。然而有少部分病患(10%~20%)需要每8小時投與。

Durogesic的疼痛緩解效果開始於初次投藥後6~12小時, 高峰值在24~48小時, 持續作用72小時。所以, Durogesic貼片通常每72 小時更換一次(有小部份病患需要48小時更換一次)。

口服 Morphine – 劑量調整

常用的起始劑量為短效型嗎啡**5-10 mg, q4h** 再加上**24**小時劑量的**1/6**作為急救劑量。

在第一天完成治療之後,醫師可將患者使用的短效性嗎啡**24** 小時總計量除以**6**,而算出調整後的新劑量。

如果臨床上缺乏急救藥物劑量數據,而臨床上患者仍有明顯疼痛時,劑量增加的增幅亦可採用嗎啡每日總劑量的**30~50%**。

長效嗎啡的使用

患者的疼痛在以短效嗎啡獲得足夠的控制兩天後,為提昇患者的醫囑順服性,可將其轉換為長效嗎啡。

將病患過去**24**小時所投與的短效嗎啡劑量除以**2**,改為每**12**小時投與一次**MS Contin**。

當實施轉換時,患者只需以**MS Contin**直接取代下一劑之日夜連續型短效性嗎啡,不必同時服用兩者。

在轉換至口服長效性嗎啡後,醫師仍應繼續給予適當劑量之突發疼痛型藥物。

Transdermal Fentanyl (Durogesic)

Durogesic無天花板效應。

可依患者的需要調整劑量,直到順利達成疼痛控制的目標或出現難以處理的副作用。

對從未使用過鴉片類藥物的病患初次投與**Durogesic**的劑量建議以最小劑量**25 $\mu\text{g/h}$** 投與,同時合併適量的突發疼痛型藥物,如需要時投與短效型嗎啡**5-10 mg**(一天投與次數不超過三次)。

鴉片藥物轉換為Durogesic

1. 計算過去24小時口服嗎啡的總劑量，口服嗎啡的劑量為非經腸道吸收嗎啡劑量之3倍(IV)，2倍(SC)。
2. 將口服嗎啡的劑量(mg/day)依照等止痛劑量轉換為Durogesic劑量($\mu\text{g/h}$)
常用轉換比例：口服嗎啡劑量A mg/day=
Durogesic A/2 $\mu\text{g/h}$ (最接近者)
例如 oral morphine 60mg = Durogesic 60/2=30,
取 25 $\mu\text{g/h}$.
3. Durogesic治療期間，突發疼痛型藥物為步驟1劑量的1/6(or 5~15%)，投與次數每日不超過3次

鴉片類的副作用

鴉片治療會產生預期性的副作用。在開始治療之前,應和病患針對副作用進行說明。

一些副作用,像是鎮靜,噁心,會隨著時間而消逝,但有一些則會一直持續。

經由適當的治療大部分的副作用都可以得到適當的控制

呼吸抑制

少有患者會因接受鴉片類藥物治療而發生具有生命威脅的呼吸抑制現象

病患在投與鴉片類藥物7-10天之後,會出現耐藥性。

給予naloxone治療因鴉片類藥物引起的呼吸抑制時,必須以小幅度的劑量來調整。因naloxone的半衰期很短,所以必須重複地投與(eg: 0.04-0.1mg/1-2 min),且小心觀察患者,直至呼吸速率恢復正常為止。

止痛輔助劑 Adjuvant

輔助劑均可應用於癌症疼痛治療的各階段中，與主要止痛劑合併使用。

如灼痛(burning), 刺痛(tingling), 刀刺痛(stabbing), 電擊痛(shock-like)或神經病變性疼痛常需要合併輔助劑治療, 如抗憂鬱劑或抗痙攣劑。

臨床上，需監測血中藥物濃度以避免產生毒性。

類型	藥名	常用劑量
抗憂鬱劑	amitriptyline	10-150 mg/天
	desipramine	10-150 mg/天
	maprotiline	50-300 mg/天
	paroxetine	10-60 mg/天
抗痙攣劑	carbamazepine	100 mg 每天 3 次—400 mg 每天 3 次
	valproate	500 mg 每天 3 次—1000mg 每天 3 次
	gabapentin	100 mg 每天 3 次—1,000 mg 每天 3 次
	clonazepam	0.5 mg 每天 2 次—4 mg 每天 2 次

良好的疼痛控制

評估:較好的評估技巧

信心:使用鴉片類藥物時有較多的信心

知識:對各種止痛藥的了解

平衡:在副作用及止痛效果上取得平衡的能力

癌症惡病質

惡病質之機轉與影響
輔助治療的新對策

癌症惡病質

主題大綱

- ◆營養不良增加罹病率及致死率
- ◆惡病質之機轉與影響
- ◆輔助治療的新對策
- ◆控制體重減輕的臨床證據支持

癌症惡病質

體重減輕增加死亡的危險性

**20% 的病患
是死於營養不良
不是本身的腫瘤疾病**

Kondrup, AJCN 2002
De Wys et al: Am J Med 1980.
Andreyev et al: Eur J Cancer 1998

癌症惡病質

體重減輕增加死亡的危險性



研究調查統計：

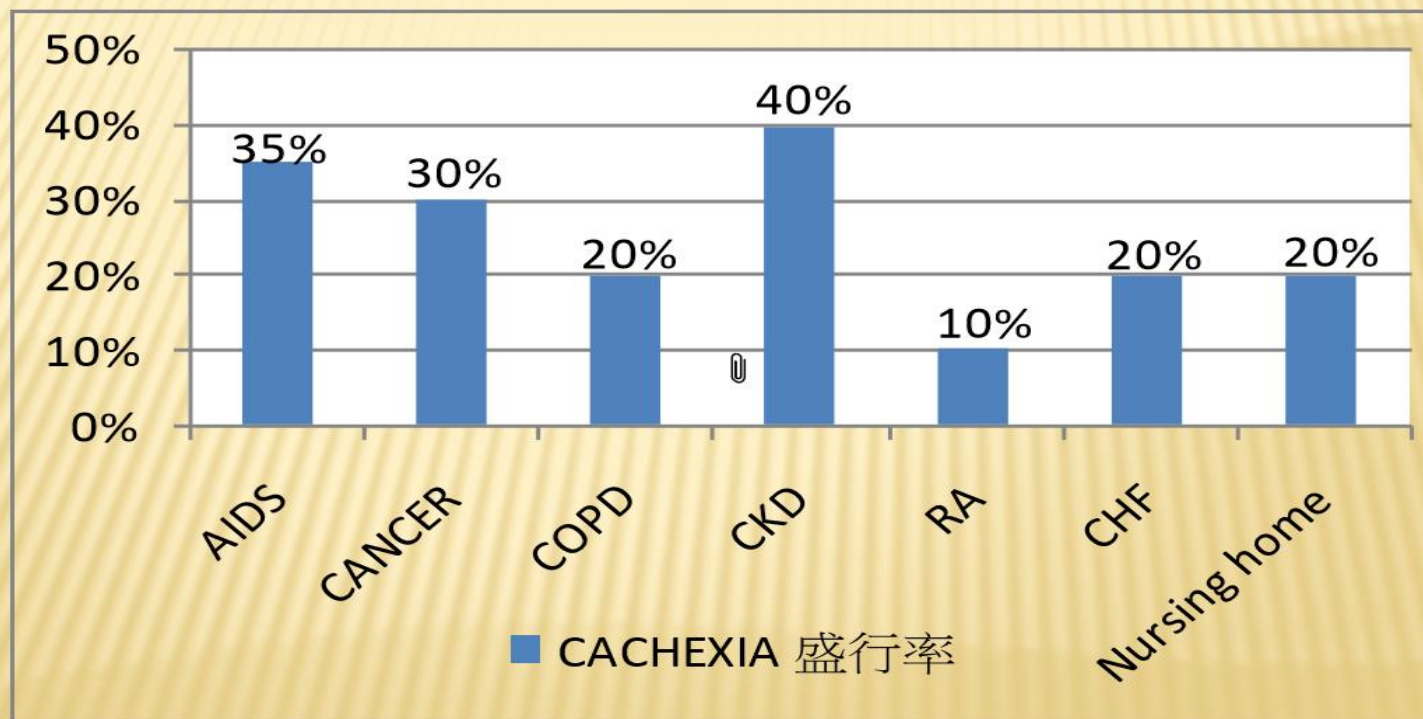
- 40-80%的癌症病患有體重減輕的危機
- 15-40% anorexia at presentation
- 因腫瘤引發體重持續減輕，造成有
- Up to 20% of patients lead to death



30%至50%的病患死亡

癌症惡病質

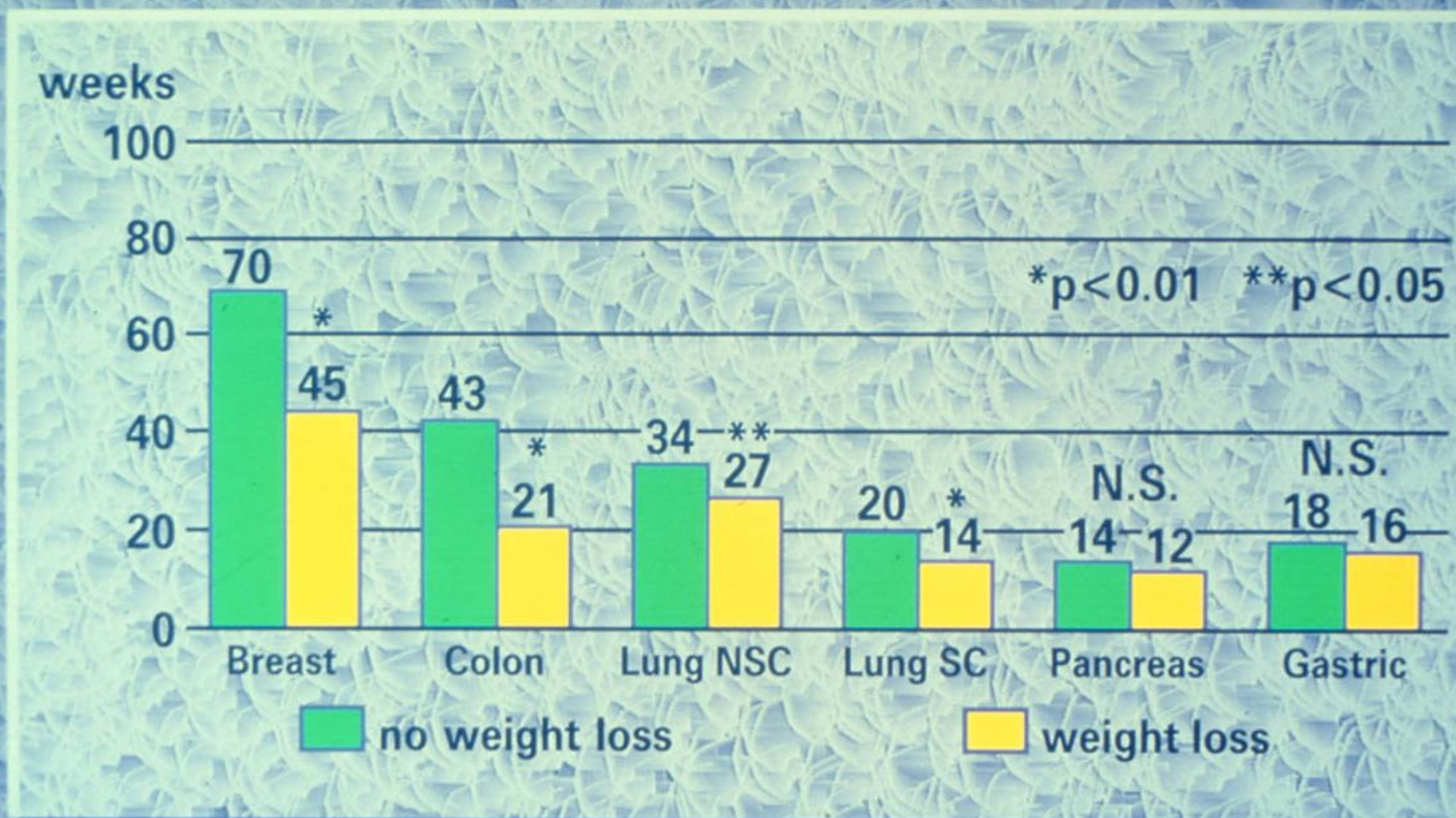
CACHEXIA 困擾著各式重症病患



癌症惡病質

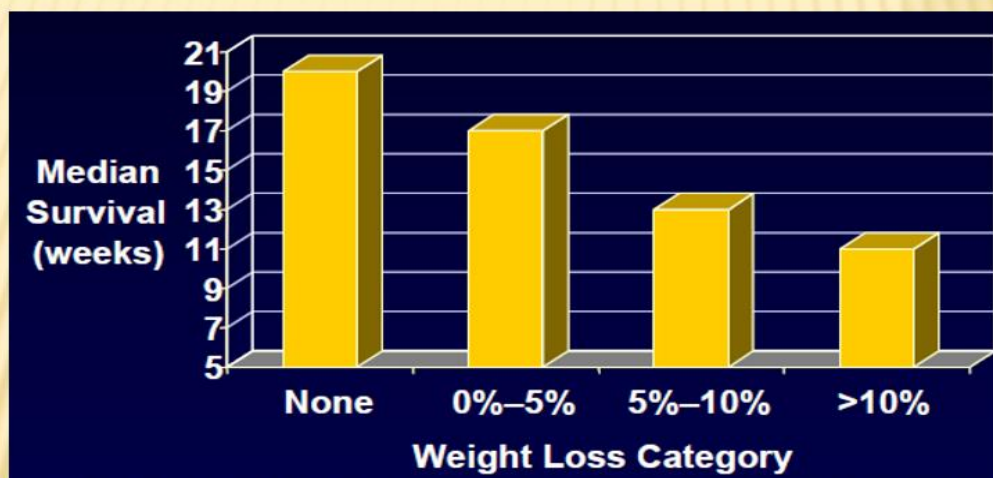
EFFECT OF WEIGHT LOSS ON MEDIAN SURVIVAL

Performance status 體能狀態 體重減輕與存活期之關係



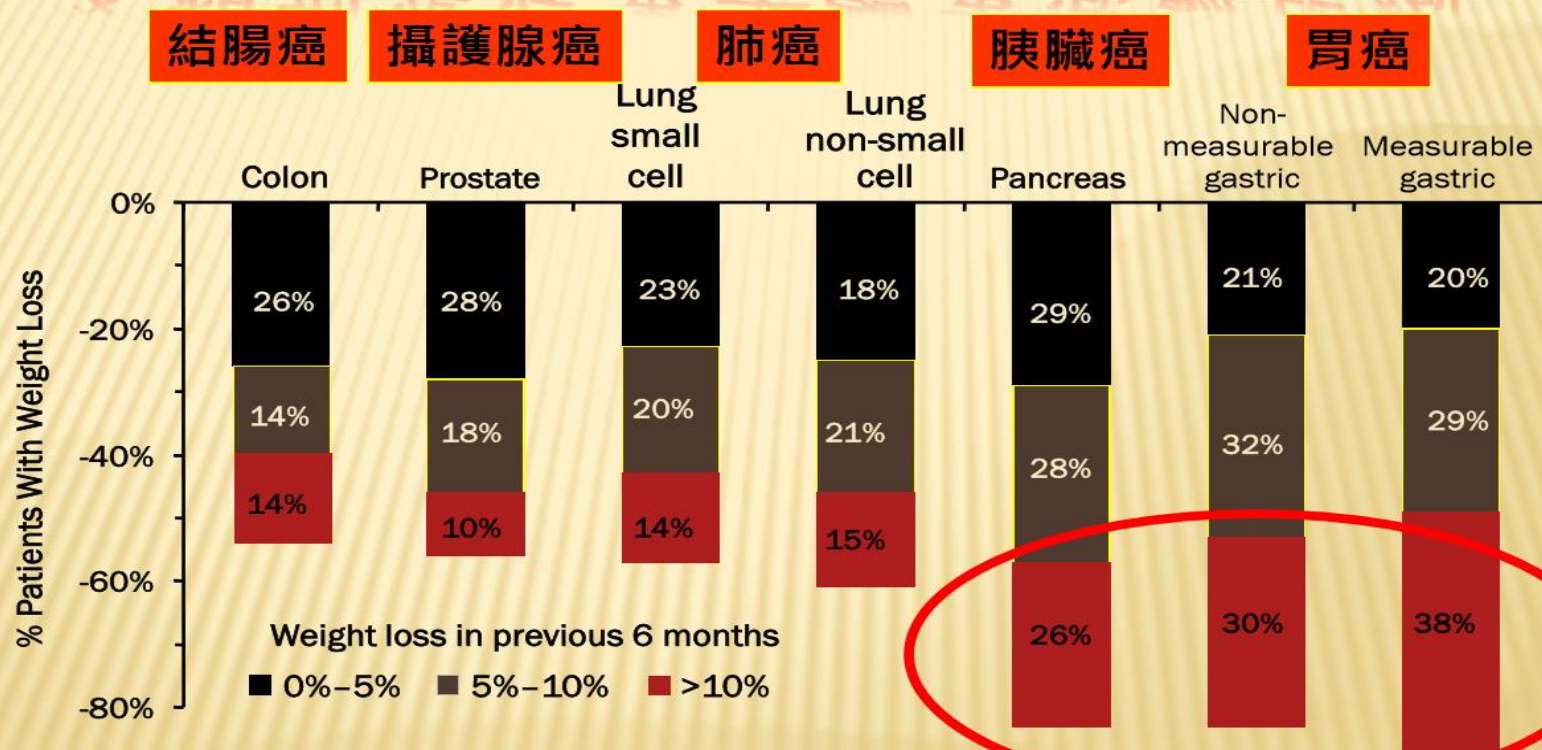
癌症惡病質

體重減輕造成癌症(NSCLC)病患存活時間下降



癌症惡病質

各類型癌症患者體重減輕比例



癌症惡病質

各類型癌症患者體重減輕統計

× 胰臟癌 Pancreatic	72%
× 食道癌 Esophageal	69%
× 胃癌 Gastric	67%
× 頭頸癌 Head and Neck	57%
× 結腸直腸癌 Colorectal	34%

癌症惡病質

CACHEXIA/惡病質：新定義

- ✖ 《Cachexia: A new definition》
 - + Clinical Nutrition (2008) 27, 793 – 799
 - ✖ The definition that emerged is: “cachexia, is a complex metabolic syndrome associated with underlying illness and characterized by loss of muscle with or without loss of fat mass. The prominent clinical feature of cachexia is weight loss in adults (corrected for fluid retention) or growth failure in children (excluding endocrine disorders).
 - ✖ “惡病體質”是一種複雜的代謝症狀，病患處在身體不適與疲倦之中，並會伴隨著肌肉流失和脂肪可能性的流失。

癌症惡病質

惡病質(Cancer Cachexia)

- 造成維生素與礦物質缺乏
- 蛋白質、熱量營養不良
- 免疫功能不佳
- 延遲傷口癒合
- 病症治療療程受阻

良好的營養支持

- 增進臨床癌症治療的效果
- To Broaden spectrum of therapeutic option
- 延長病患的存活率

癌症惡病質

惡病質(CACHEXIA)

導因

- ✓ 化學治療
- ✓ 放射治療
- ✓ 手術
- ✓ 老化
- ✓ 腫瘤生長
- ✓ 慢性疾病
- ✓ 情緒憂傷

常見症狀

噁心,嘔吐

黏膜損傷

腸胃功能障礙

生化代謝改變

食慾改變

體重明顯下降

癌症惡病質

惡病質之臨床表現

- Warren於1932年報告2/3病人有癌症惡病質
- ECOG提出體重減輕者存活期較短
- 胰臟癌及胃癌體重減輕最嚴重
- 大腸癌,攝護腺癌,肺癌為中度體重減輕
- 淋巴瘤,乳癌及淋巴球血癌(ALL),肉癌體重減輕最少
- 病人在腫瘤根除後仍舊無法增加體重者,必須懷疑有轉移或復發的可能

癌症惡病質

惡病質與缺乏免疫能力

- ✖ 增加疾病感染
- ✖ 缺乏特殊抗體的生成
- ✖ 免疫調節細胞的缺乏
(Cell-mediated immunity defects)
- ✖ 缺乏巨噬細胞功能
(Phagocyte function defects)
- ✖ 補體活動力缺損
(Complement activity defects)
- ✖ 低白蛋白血症Hypoalbuminemia
- ✖ 低免疫球蛋白血症(Hypogammaglobulinemia)

癌症惡病質

CACHEXIA VS. STARVATION (飢餓狀態)

		Cachexia	Starvation
	Body Weight	↓ - /	↓
無脂體重	Body Cell Mass (Lean Body Mass)	↓ ↓ ↓	↓
體脂肪	Body Fat	↓ ↓	↓ ↓ ↓
	Caloric Intake	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓
全身能量消耗	Total Energy Expenditure (EE)	↓	↓ ↓
休息時能量消耗	Resting EE	↑ ↑	↓ ↓ ↓
	Protein Synthesis 蛋白質生成	↑ ↓ /	↓ ↓ ↓
	Protein Degradation 蛋白質分解	↑ ↑ ↑	↓ ↓ ↓
蛋白質分解因子	Proteolysis-Inducing Factor (PIF)	↑	-

癌症惡病質

營養不良與體重減輕

- 惡病質(Cancer cachexia)耗損
 - 肌肉質量與體重的耗損
- 飢餓狀況(蛋白質熱量攝取不足)
- 心理因素
- 攝食障礙

癌症惡病質

營養不良與體重減輕

惡病質
(Cachexia)

放射或化學治療
身體影響

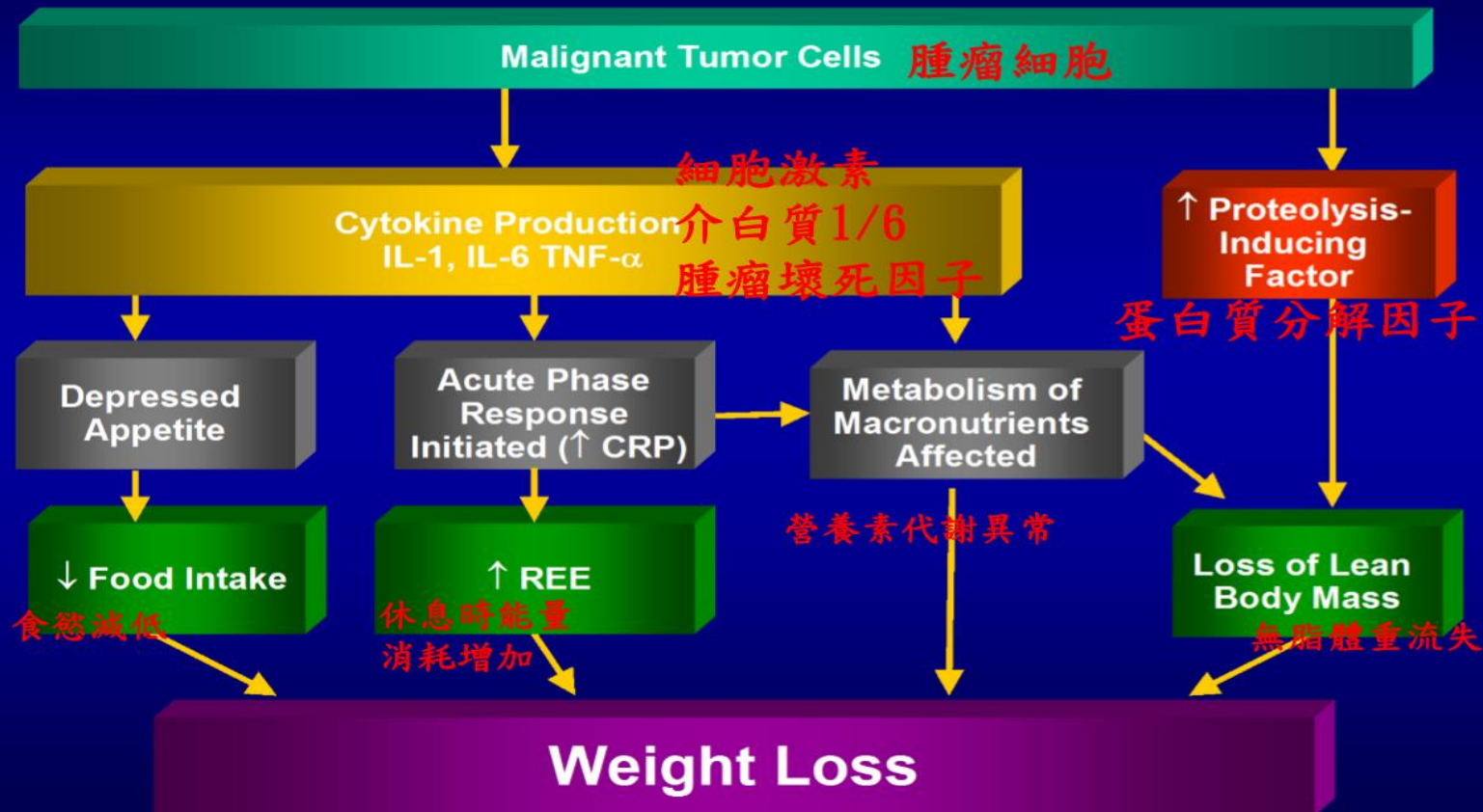


體重減輕



癌症惡病質

Mechanism of Action

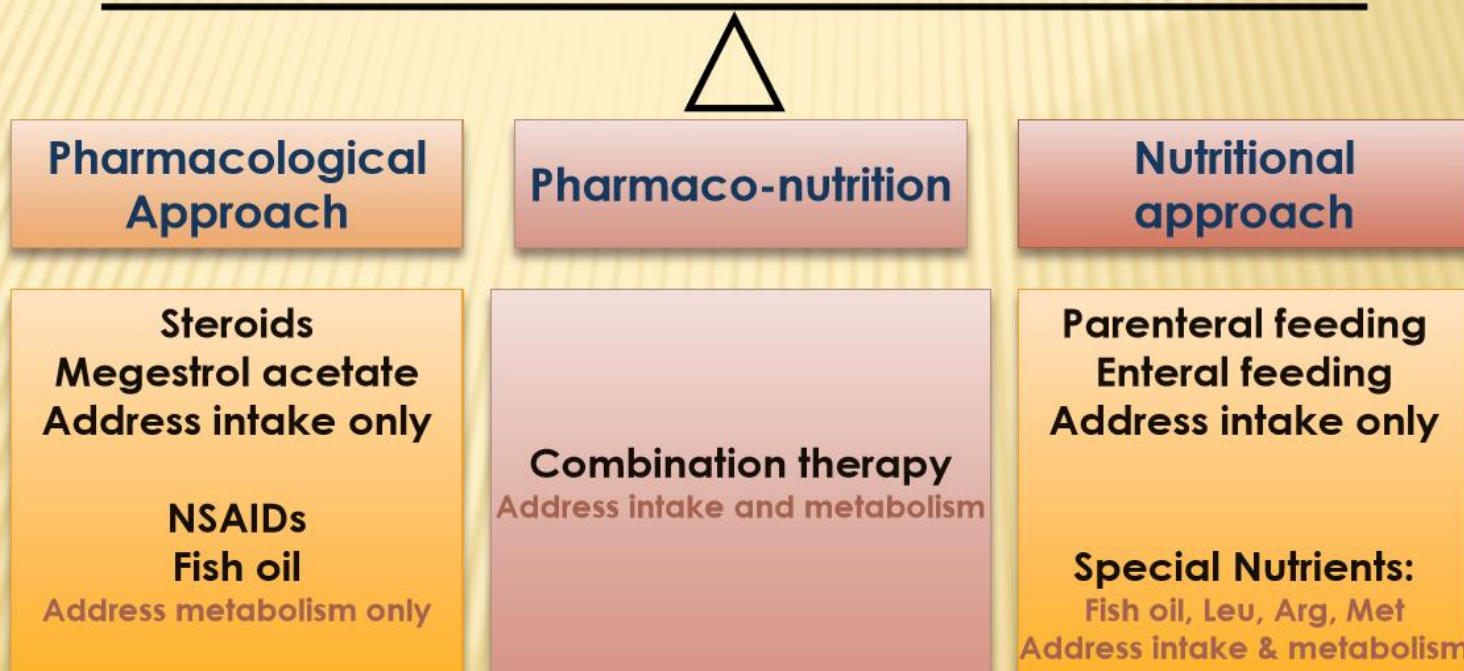


癌症惡病質

STRATEGY FOR TREAT OF CACHEXIA

Increases food intake
增加食物攝取

Normalize metabolism
代謝正常化



類固醇
黃體素

魚油(促進食慾抗發炎)
營養素

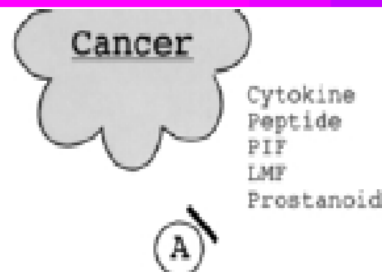
癌症惡病質

食慾不振

- ✖ 食慾受serotonin, catecholamines, opiates的強力控制
- ✖ 抑制serotonin的合成,可以增進進食量
- ✖ 味覺與嗅覺的改變
- ✖ 喪失對大部分食物之胃口
- ✖ REE(休息期能量消耗) 增加,導致氮及卡路里之負平衡

癌症惡病質

常用增加食慾的藥物



The potential modalities of pharmacological intervention of cancer anorexia-cachexia syndrome. Agents were classified as those established (First-line) or those unproven/investigational (Second-line), depending on their site or mechanism of actions. (A), inhibitors of production/release of cytokines and other factors; (B), gastroprokinetic agents with or without anti-nausea effect; (C), blockers of Cori cycle; (D) (E), blockers of muscle tissue wasting; (F), appetite stimulants with or without anti-nausea effect; and (G), anti-anxiety/depressant drugs. These agents should be selected on an individual basis according to the cause of cachexia or the state of the patient.

First-line treatments

Glucocorticoids (F) (A)
Progesterones (F) (A)

類固醇
黃體素

Second-line treatments

Cannabinoids (F) 大麻
Cyproheptadine (F)
Branched-chain amino acids (E) (F)
Metoclopramide (B) (F)
Eicosapentaenoic acid (D) (E) (A)
5'-deoxy-5-fluorouridine (A)
Melatonin (A)

Primperan
魚油

褪黑激素

Thalidomide (A)

賽得 也可抗血管

β2-adrenoceptor agonists (E)
Non-steroidal anti-inflammatory drugs (A) (F)
Others
Anabolic steroids (E)
Pentoxifylline (A)
Hydrazine sulfate (C)

ARC=Arcuate nucleus of the hypothalamus; VMH=Ventromedial nucleus of the hypothalamus; DMH=Dorsomedial nucleus of the hypothalamus; LHA=Lateral hypothalamic area; PVN=Paraventricular nucleus of the hypothalamus; CTZ=Chemoreceptor trigger zone; PIF=proteolysis-inducing factor; LMF=Lipid mobilizing factor.

癌症惡病質

Most Active Compound to Alleviate Cachexia By Appetite Activation

MEGEST[®](MEGESTROL ACETATE)

最有效增進食慾藥物

癌症惡病質

MEGEST®

☀ Megestrol acetate (MA) is a synthetic progestin

1963 Synthesized in England

1964 Contraceptive.

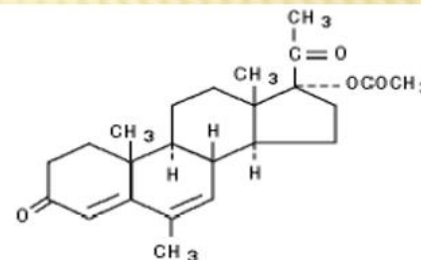
1967 Breast cancer and Endometrial cancer.

1993 Orexigenic effect

MA was approved by FDA

Indication: anorexia, cachexia, or weight loss due to unknown cause in AIDS patients.

Now Majority of European countries has approved the ACS in AIDS and cancer patients



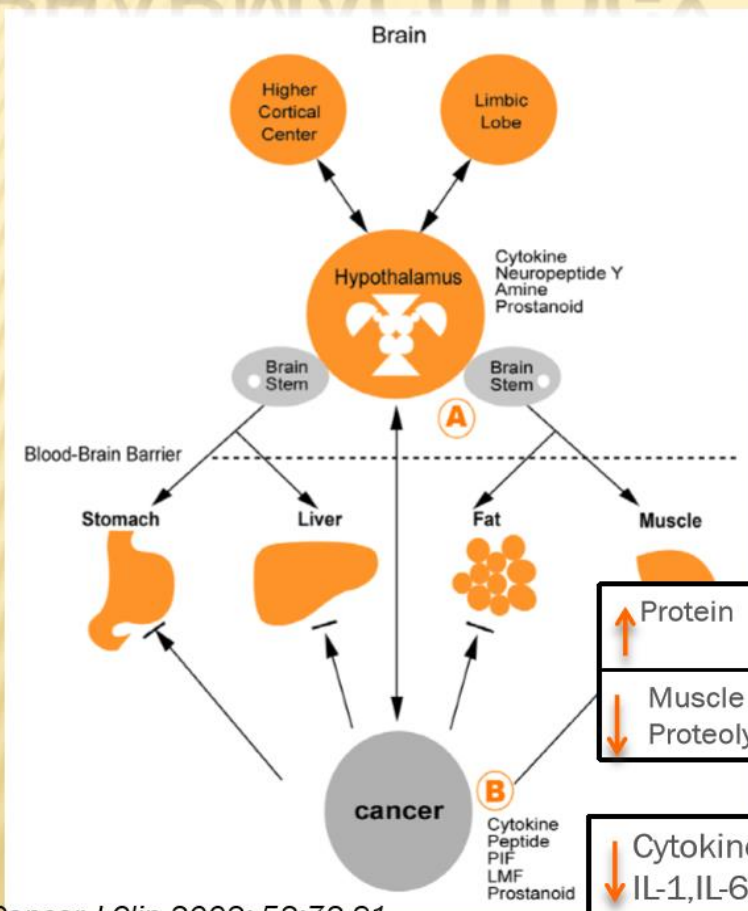
megestrol acetate, USP



40 mg/ml, 120 ml

癌症惡病質

PHARMACOLOGY



- It is related to glucocorticoid activity and similar to corticosteroids.
- It may stimulate appetite via Neuropeptide Y in CNS
- It may down-regulating the synthesis and release of pro-inflammatory cytokine, eg: TNF- α , IL-1, IL-6...

增加食慾
減少發炎

SAFETY

水腫跟靜脈血栓

Adverse experience	Experiences, n (%)			
	placebo	megestrol acetate, mg		
		100	400	800
	n=86	n=82	n=75	n=127
Deep-vein thrombosis	0	0	1(1.2)	0
Edema	7(8.2)	4(4.9)	9(12.0)	2(1.5)
Impotence	1(1.2)	3(3.7)	4(5.3)	11(8.7)
Rash	4(4.7)	6(7.3)	3(4.0)	9(7.1)

Values in parentheses are percentages

優點(BENEFIT)

- ✕ 口服懸液劑(oral suspension)較方便使用
- ✕ 病人順從性高 (good compliance)
- ✕ 口感佳
- ✕ 促進食慾(約兩個星期內)
- ✕ 增加體重(約一個月~三個月)
- ✕ 提升生活品質

癌症惡病質

注意事項

- ✖ 不建議使用於對**Megestrol Acetate**或配方任何成分過敏的患者及**已知或懷疑懷孕**的患者
- ✖ 以下患者需謹慎使用
 - + 有**血栓性栓塞**病史
 - + 麥格斯口服懸液劑的糖皮質類固醇作用雖然尚未經完整評估，但已觀察到腎上腺壓抑的證據。報告指出某些新的糖尿病、糖尿病惡化及欣氏症候群的臨床案例與使用麥格斯口服懸液劑有關。**腎上腺功能不全**的患者需謹慎評估
- ✖ 開封後請密封避光儲存於25°C以下

癌症惡病質

MEGEST [®]麥格斯, 120ML/瓶

☀ 適應症：(健保給付)

- 癌症患者之惡病體質引起的體重明顯減輕。
- 後天免疫缺乏症候群患者的厭食症，及後天免疫缺乏症候群患者之惡病體質引起的體重明顯減輕。

☀ Cachexia定義

- Weight loss > 5% over past 6 months
- 或 BMI < 20 and any degree of weight loss > 2%

☀ 健保價：NTD: 986 /120ml/瓶

☀ 國際疾病分類碼 (健保網頁公告)

ICD-10-CM...Cachexia : R64 ✧ Abnormal weight loss : R634

ICD- 9-CM...Cachexia : 799.4 ✧ Loss of weight : 783.21

癌症惡病質

MEGEST[®] 麥格斯, 建議劑量

Dose adjust after 3~4 wks.

每日10cc (400mg)

Weight Loss 5~10%

10 ml / day : NT\$ 83

每日4cc (160mg)

Weight Loss < 5%

自費 4 ml / day : NT\$ 33

每日15cc (600mg)

Weight Loss >10%

15 ml / day : NT\$ 124

每日20cc (800mg)

20 ml / day : NT\$ 165

Ref : NCCN Guidelines Version 1 .2014

Megestrol acetate 400~800 mg/day

Annals of Internal Medicine 1994; Volume 121, Number

6

Oncology 1994 ; 51 (suppl I):19-24

安寧緩和醫療條例

第三條

本條例專用名詞定義如下：

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、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。
- 五、維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。
- 六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。

安寧緩和醫療條例

第四條

末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

安寧緩和醫療條例

第五條

二十歲以上具完全行為能力之人，得預立第四條之意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

安寧緩和醫療條例

第六條

意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。

第六條 之一

經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。

前項簽署之意願書，應由醫療機構、衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。

經註記於健保卡之意願，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。

安寧緩和醫療條例

第七條

不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

安寧緩和醫療條例

末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成年子女、孫子女。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

安寧緩和醫療條例

第八條

醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

第九條

醫師應將第四條至前條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

第十條

醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

第十一條

醫師違反第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（參考範例）

本人_____（簽名）若罹患嚴重傷病，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屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：（請勾選 ☐）

- ☐接受 安寧緩和醫療（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）
- ☐接受 不施行心肺復甦術（指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、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）
- ☐接受 不施行維生醫療（指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施）
- ☐同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證（健保 IC 卡）內

簽署人：（簽名）

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電話：

- ☐是 ☐否 年滿二十歲（簽署人如未年滿二十歲，本意願書則視同安寧緩和醫療條例第四條第一項之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇）

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

在場見證人（一）：（簽名）

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

在場見證人（二）：（簽名）

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。

法定代理人：（簽署人未成年方須填寫）

簽名：

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

醫療委任代理人：（簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書）

簽名：

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

中 華 民 國_____年_____月_____日（必填）

不施行心肺復甦術同意書（參考範例）

病人_____因罹患嚴重傷病，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屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

同意人：(簽 名)

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電 話：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

與病人之關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必填）

.....

不施行維生醫療同意書（參考範例）

病人_____因罹患嚴重傷病，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屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，不施行維生醫療。

同意人：(簽 名)

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電 話：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

與病人之關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必填）

.....

醫療委任代理人委任書（參考範例）

本人_____已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，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屬不可避免而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任_____為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

立意願人

簽名：_____國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

受任人

簽名：_____國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

後補受任人（一）（得免填列）

簽名：_____國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

後補受任人（二）（得免填列）

簽名：_____國民身分證統一編號：_____
住（居）所：_____電話：_____
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

中 華 民 國 _____年 _____月 _____日（必填）

撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書（參考範例）

本人_____（或由醫療委任代理人_____）已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

* 意願人

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

* 醫療委任代理人（若無委任代理人，由意願人本人簽署則免填）

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

填寫日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必填）
