

急性疼痛的精準治療

疼痛是門診最常見的求診原因，也是最容易被自行處理掉的症狀。止痛藥取得方便，多數急性疼痛確實會隨時間緩解，「先忍一忍、過幾天再看看」於是成為許多人的第一反應。

文 / 孫維仁

國泰綜合醫院疼痛治療中心主任

從生理學來看，痛覺有它的功能。皮膚、關節、韌帶與內臟分布著大量傷害感受器，組織受損時把訊號送回中樞，促使我們避開危險、限制活動，替修復爭取時間。問題在於，疼痛只通報「某處出了狀況」，不會說明是哪裡、為什麼。要回答後面這兩個問題，得靠診斷。

被症狀掩蓋的病因

一位外科教授，某週開始出現右側顏面持續性劇痛。筆者建議他儘快安排頭部磁振造影（MRI）。當時他門診、教學與會議滿檔，決定先服用一般止痛藥，過陣子再說。兩個月後，右眼視力急速喪失，進一步檢查確診為腦部瀰漫性淋巴瘤；3個月後病逝。

止痛藥壓下的是症狀，病灶仍在原處進展。臨床上有幾類疼痛屬於警訊，需要及早影像檢查：

持續數週未緩解、夜間痛醒、合併神經學症狀（視力改變、肢體無力、感覺異常）、不明原因體重減輕，或有癌症病史。這位教

授的顏面痛具備持續性，後續又出現視力變化，兩個月的觀察，代價是失去了可以介入的時間。

延誤的成本不容易在當下被察覺。有些疾病的治療窗口相當有限，錯過之後很難回頭。



及時止痛換回的功能

一位表演工作者因意外自高處墜落，造成胸椎與多處肋骨骨折。劇痛讓她無法深呼吸、進食與如廁，只能臥床。

肋骨骨折的疼痛控制，臨床意義不只在於舒適。痛會讓病人淺呼吸、不敢咳嗽，痰液滯留，肺擴張不全與肺炎的風險隨之上升；持續臥床則帶來肌肉流失、深部靜脈栓塞與譫妄。及時建立有效的止痛，是為了讓病人能呼吸、能翻身、能開始復健。

疼痛獲得控制後，她得以起身、自理生活，同步進行物理治療與營養補充，約3個月後重返工作。這是她個人的恢復歷程；年齡、骨折型態與共病都會影響結果，不宜當成通則看待。

組織修復大致分為發炎期、增生期與重塑期，三個階段彼此銜接。疼痛與發炎若長期未獲控制，修復容易停留在前段，影響後續的血管新生、組織再生與軟組織排列，臨床上表現為活動受限或慢性疼痛。及時診療的意義，在於配合修復的時序介入，減少反覆受傷、反覆發作的循環。

精準介入，以及它的風險

門診中常被問到：吃藥、打針、做神經阻斷，會不會反而傷身？這個顧慮值得認真回答。

一位長輩長年素食、每日步行，對檢查與藥物一向保留。3天前她在浴室跌倒，背部劇痛到寸步難行，先接受了徒手整復；當天疼痛加劇，臥床、呼吸困難，送急診後確診骨質疏鬆合併第十二胸椎壓迫性骨折。

醫療團隊在超音波即時導引下為她施行脊椎旁神經阻斷。注射後約十分鐘，她能下床行走、恢復食慾，當晚睡了跌倒以來最安穩的一覺。兩週內追加兩次注射，配合背架與家人陪同，恢復每日的公園散步。這次骨折，她沒有

接受椎體成形術（骨水泥灌注），也未長期依賴止痛藥物。

能達到這個結果，關鍵在治療前的診斷。影像檢查與理學評估先確認疼痛來源與責任節段，再決定介入標的；超音波或X光導引讓針尖位置可視化，避開鄰近的血管、肋膜與神經根。

神經阻斷本身仍有風險，包括出血、感染、局部麻醉藥毒性、氣胸與暫時性肢體無力，發生率低，但不等於零。使用抗凝血劑、凝血功能異常或注射部位有感染者，需要事前評估。把這些一併說清楚，病人才有足夠的資訊做決定。

讓流程可被理解

精準疼痛診療不是單次止痛，而是一組可被檢視的步驟：病史與理學檢查形成假設，影像與神經學檢查驗證假設，確認責任結構，再選擇藥物、介入治療或復健，依反應調整，並安排長期追蹤與骨質疏鬆、肌力等背景問題的處理。

流程之外還有一件同等重要的事：說明。每項檢查的目的、每次注射的位置與預期效果、可能的副作用、替代方案，以及暫不治療可能的發展，都應在治療前交代。病人有權在理解之後同意，也有權在任何階段提問或中止。這是治療品質的一部分，不只是行政程序。

結語

隨著年齡增長，身體的組織會磨損，也保有一定程度的自我修復能力。疼痛在其中扮演通報的角色：它提醒我們某處需要處理，卻不會替我們找出原因。

急性疼痛的處理有三層目標：緩解症狀、查明病因、恢復功能。止痛與診斷可以並行，但止痛不能取代診斷。疼痛出現時及早就醫、完成必要的檢查，多數人可以避免後續不必要的損失。