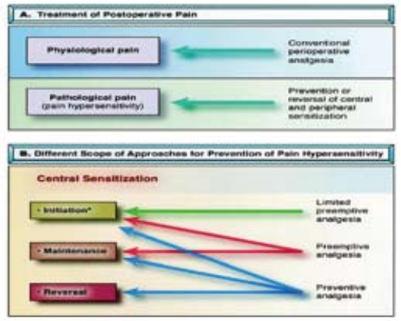
疼痛治療新觀念

傳統上所認爲的疼痛控制已經慢慢改變成疼痛的治療

現在對「疼痛」的觀念已由1986年國際疼痛研究學會對疼痛的定義；「不愉快的感覺及情緒經驗，具有實際或潛在的組織傷害」，改變爲「疼痛是一種疾病」，它不再只是一種症狀，而有可能對病患身體造成潛在的傷害，甚至可能引發心肌梗塞、胃腸疾病、焦慮、憂鬱等疾病，也因爲如此，傳統上所認爲的疼痛控制(手術前、手術當中及術後)已經慢慢改變成疼痛的治療，治療疼痛的時間比從前認爲的疼痛控制時間還要長很多，甚至需要超過六個月。疼痛所引發的睡眠障礙、焦慮、憂鬱等心理疾病是一個大問題，根據研究結果顯示疼痛病患當中有63%病患具明顯焦慮症狀，56%病患具有明顯的憂鬱症狀，另一個研究結果顯示慢性下背疼痛病患有44%具有憂鬱症狀，突顯出疼痛治療過程中另一個值得注意的問題。

感覺接受性疼痛(nociceptive pain)及神經病變性疼痛(neuropa-thic pain)常是我們需同時考慮的問題

此外隨著對疼痛傳導路徑及機轉的了解，我們知道疼痛不僅由週邊組織所引發，也可能因疼痛所產生的「疼痛記憶」讓病患在即使已將病灶移除的情況下，持續經由中樞傳導產生疼痛。相較於傳統的「Pre-emptive analgesia」，「Preventive analgesia」能預防中樞神經系統的敏感化(sensitization)，因此能預防組織傷害後所造成的病理性疼痛(圖一)，統合分析研究也發現使用「Preventive analgesia」比使用「Pre-emptive analgesia」更能對疼痛治療產生正面的效果。而講者於2005年在澳洲所作的第一等級證據評估發現，足夠劑量及長時間使用「Preventive analgesia」才是疼痛治療成功的關鍵。疼痛的治療往往不只有表面看到的問題，感覺接受性疼痛(nociceptive pain)及神經病變性疼痛(neuropa-thic pain)常是我們需同時考慮的問題，例如坐骨神經痛的治療，就算在一個完美的手術之後，所有檢查也看似正常，但疼痛可能還是存在，而逐漸受到重視的「複合性局部疼痛症候群(complex regional pain syndrome；CRPS)」也是一個例子，病患常在意外受傷之後產生神經病變性疼痛(neuropathic pain)，所以在給予疼痛治療藥物時需同時考慮治療/預防神經病變性疼痛的藥物。



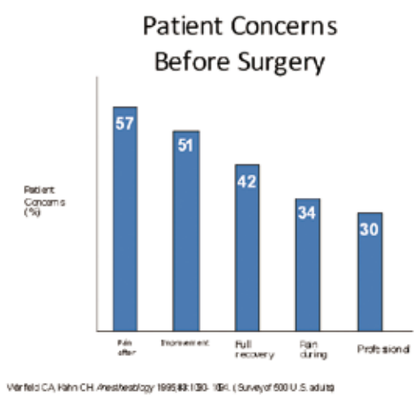
使用多重抑制機轉來控制多元的傳導物質，能有效治療疼痛。

隨著我們對脊髓背角(dorsal horn)內感覺受體、神經及神經傳導物質的了解發現，感覺受體與神經會互相交叉對話，這就是爲何有時觸覺會引起疼痛，而神經傳導物質更是複雜，如果沒有使用多重抑制機轉來控制多元的傳導物質，有可能無法治療疼痛。目前疼痛的治療藥物有許多選擇，COX-2 抑制劑、tramadol/acetaminophen複方、gabapentin等都是很好的藥物，最好能使用具多重機轉的藥物，不要只是使用NSAIDs，尤其對於那些非發炎性的疼痛，使用NSAIDs並沒有藥理上的效果。

此外評估病患的疼痛狀態時需先評估病患本身，研究發現有50%的疼痛病患不斷更換醫師，只因爲他們認爲醫師無法替他們解決問題，一項有趣的研究發現，手術前有57%的病患擔心術後疼痛控制問題(圖二)，所以必須與你的病人討論及分享你的看法，避免他們陷入無助的狀態。

的確有高達50%以上的病患在手術完成後仍存在持續性疼痛，就算接受過截肢的病患也有50%至60%在術後感受到難以言喻的疼痛，所以這又再一次顯示「Preventive analgesia」甚至加入sympathetic block的必要性，如何在早期使用足夠的疼痛治療藥物及治療足夠的時間真的是疼痛控制成功的關鍵。

ULTRACET爲Tramadol 37.5 mg與Acetaminophen 325 mg特殊比例的複方製劑，一次阻斷三個疼痛傳導路逕，藉由互補的機轉產生加乘的止痛效果。
(μ-opioid receptor binding mechanism, 5 HT & NE reuptake inhibition mechanism and NO production inhibition)

ULTRACET單獨使用快速止痛，效果優於Tramadol及NSAIDs，onset只需17分鐘；此外，ULTRACET的作用機轉不同於傳統NSAIDs，不會造成NSAIDs相關的副作用，例如：胃腸道出血或胃潰瘍、腎毒性及誘發心血管疾病。

Multimodal Approach是最有效的疼痛控制策略之一；ULTRACET具有多種止痛作用機轉，不論急、慢性疼痛，皆能夠提供快速有效的疼痛減緩。