

當一般民眾聽到「疼痛門診」，除了少數曾在疼痛門診就診過的病人，通常反應是：「疼痛門診？有這種門診？是看些什麼樣的病人？」雖然本院疼痛門診已成立近二十年，全國各大醫學中心也多半設有疼痛門診，近年來疼痛醫學會也努力宣導的情況下，但是多數民眾，甚至可能連在醫院工作的人都不清楚疼痛門診能為病人做什麼。過去曾簡介過什麼情況適合到疼痛門診就醫，此次介紹疼痛門診常見的介入性疼痛治療。

神經阻斷術

神經阻斷是指利用藥物或是加熱燒灼神經等方法阻斷神經的傳導，讓疼痛的感覺無法傳入大腦，來解除疼痛。

使用什麼藥物？

疼痛門診常用來施行神經阻斷的藥物有兩大類，一類是調節神經傳導，以減少痛覺的藥物，最常見的是類固醇。而另一類則是完全阻斷神經傳導的藥物，包括效果較短暫的局部麻醉藥，以及可破壞神經以達到長時間阻斷神經傳導的藥物如酒精或酚，注射在神經附近可以阻斷那條神經負責傳導的所有感覺（包括痛覺）。一般而言，醫師會依病情，以局部麻醉藥為病患進行診斷性阻斷，也就是讓醫師瞭解病患的疼痛由哪一條神經傳導，之後再決定是否需要長時間的阻斷神經。

什麼情況下要使用類固醇做神經阻斷？

在某些病變，例如椎間盤突出，破裂，脊椎滑脫，狹窄，骨質增生（即一般俗稱的骨刺），可能造成頸椎或腰椎神經根病變發炎而導致上肢或下肢疼痛，而且經過一般藥物及復健治療沒有反應或是效果不佳，即可以考慮使用類固醇做神經阻斷，直接抑制神經發炎，就可以減輕疼痛。

在神經附近注射類固醇有什麼副作用？

較常見副作用有：水腫，血壓升高，血糖升高（有糖尿病的病人影響較大，一般人影響較小），失眠；上述這些副作用大約會持續2、3天到1個禮拜。

神經阻斷在門診就可以施行嗎？

要視施行的方法而定，一般而言，在X光導引下進行神經阻斷定位較為精確，可得到較好的效果，並且減少副作用。在某些情況下甚至可能需要更精確的電腦斷層掃描導引，不過因為使用電腦斷層導引比起一般螢光透視鏡的輻射劑量大的多，為了減少病人受到的輻射暴露，若非必要，還是使用一般的X光（即螢光透視鏡）導引即可。而不管是使用X光或是電腦斷層導引，受設備限制，都無法在門診施行，必須由醫師另為安排。不過一般神經阻斷術病人不需住院，施行完畢觀察一到兩個小時後若無不適即可返家。

新發展之技術——超音波導引神經阻斷

近幾年來，疼痛科醫師開始應用超音波影像導引神經阻斷，在某些部位的神經阻斷（星狀神經節、頸椎神經根、頸椎及腰椎小面關節神經、尾椎硬脊膜外注射等），利用超音波影像導引，可以更安全，且無暴露到輻射的顧慮，因此可在門診施行，對病患更方便。不過超音波導引神經阻斷需要仰賴熟練的醫師，目前國內僅有本院及其他幾家醫學中心的醫師能提供此技術。

脈衝式無線射頻(Pulsed radiofrequency electromagnetic field)：

傳統的高頻熱凝(conventional radiofrequency thermocoagulation)，利用熱能來精準的破壞神經組織，達到神經阻斷的效果，已經應用在臨床上相當長的時間。近幾年來，有人發現利用脈衝式無線射頻電磁波刺激神經，也可能產生止痛效果。因為是間歇式的電流，不像傳統的高頻熱凝療法會產生高溫，所以神經組織並不會被破壞，因此也就不會有神經被破壞後導致的感覺麻木異常，或是無力的後遺症，這也是脈衝式無線射頻最吸引人的好處。執行過程類似傳統高頻熱凝療法，在X光或是超音波導引下，插入一根只有最前端會導電的射頻電燒導管到預定要治療的神經，再施以脈衝式無線射頻電流，一般而言整個治療過程僅需局部麻醉即可。

脊膜內輸注幫浦(Intrathecal pump delivery system)

當癌症末期病人，或是少數難以控制之非癌症慢性疼痛病患，使用到最強效口服止痛藥物(主要是嗎啡類藥物)仍不能達到理想止痛效果或已經有明顯不能忍受的副作用時，疼痛科醫師可能會嘗試直接給藥到中樞神經系統以減少用藥量及副作用，通常會先經由脊膜內導管給藥測試，如果效果理想，而且病人的預期壽命尚有數個月以上時，就可以考慮植入脊膜內輸注幫浦，脊膜內輸注幫浦含有一個約可儲存 20~40 毫升藥物的儲存部分(reservoir)以及控制藥物輸注速度的幫浦，可完全埋在皮下，感染風險小。病患只須在藥物用完時補充藥物，多半是數週一次，視病人使用的藥量而定。其他時間病人可如常行動，提供病人較好的生活品質，但目前健保不給付，病患需自費。

脊髓神經刺激器(spinal cord stimulator)：

它的原理是利用一條放在病人硬膜外腔的電極導線持續釋放由醫師設定頻率及電量的微弱電流，活化中樞抑制機轉，產生止痛作用，但同時病人會產生被撫摸或輕敲等觸覺或是麻的感覺。

一般而言脊髓神經刺激器最多只能減輕 70%的疼痛，而且不是對每個符合適應症的病人都能達到那麼好的效果，所以置放脊髓神經刺激器通常分為 2 個階段：先置放暫時性電極導線，加上外接的電池及電流產生器，測試如何設定電流的電量與頻率可達最佳止痛反應。觀察 3~7 天後，若是反應良好，再放一條永久性的電極導線接上植入病人皮下的電流產生器。

置放過程中病人只需局部麻醉，保持清醒，醫師會以類似半身麻醉的穿刺針將電極導線送入脊椎腔，並依病人疼痛部位將電極導線調整到最理想的位置。另外視病況需要，亦可在脊椎腔置入兩條電極導線，醫師可透過選擇不同電極的放電排列組合，達到更好的止痛效果。但目前健保不給付，病患需自費。

最後要說明的是，對某些病人，上述的治療方式只能提供一段時間的止痛，但無法根治其慢性疼痛，就像高血壓或糖尿病一樣--無法根治，只能控制。不幸罹患這類慢性疼痛的病患可能要有與疼痛長期共存的心理準備，建議調整心態，配合醫師一起控制疼痛，讓疼痛對生活品質的影響減到最少。

麻醉部主治醫師 林峰盛