

嗎啡與鴉片類止痛：成癮迷思與三階段止痛階梯

Opioids in cancer pain: addiction myths and the WHO ladder

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：癌症疼痛控制 (Cancer pain management)

DOI: 10.5281/zenodo.20112719 · 此版本 10.5281/zenodo.20112720 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/opioid-cancer-pain-myths-ladder>

摘要 · ABSTRACT

癌症疼痛在醫療監督下使用嗎啡，新發成癮率 < 1%；按 WHO 三階段階梯加上 breakthrough rescue 可有效控制 80% 以上癌痛；本文釐清耐受性、生理依賴與成癮三件事不同，並說明便秘預防處方與呼吸抑制反轉。

癌症疼痛在醫療監督下使用嗎啡，新發成癮率 < 1% (Minozzi 2013, *Addiction*)。按 WHO 三階段止痛階梯 (Step 1 非鴉片 / Step 2 弱鴉片 / Step 3 強鴉片) 並搭配 breakthrough rescue 處方，多數研究顯示可有效控制 80% 以上癌痛。臨床上常被混為一談的「耐受性 (tolerance)」、「生理依賴 (physical dependence)」與「成癮 (addiction)」三件事在 DSM-5 中是不同概念，本文逐一釐清，並整理便秘預防處方、breakthrough pain 即時釋放劑型 (immediate-release, IR) 用法、神經病理痛佐藥 (gabapentinoid / SNRI) 與呼吸抑制 naloxone 反轉。

閱讀對象

本文設定讀者為正在使用或考慮使用鴉片類止痛藥的癌症病友與家屬，以及希望快速複習 WHO 階梯與成癮迷思釐清的住院醫師、護理師同業。所有處方調整請與主治醫師討論。



三件事不一樣：耐受性、生理依賴、成癮

被詢問「會不會上癮」時，臨床上常見的混淆有三種狀況；DSM-5 與 ASCO 2016 癌痛指引把它們明確分開：

概念	機轉	是否為「上癮」	處置方向
耐受性 (tolerance)	受體下調，需要更高劑量維持鎮痛效果	否	評估疼痛來源、調整劑量或輪替 (rotation)
生理依賴 (physical dependence)	突然停藥出現戒斷症狀 (出汗、心跳加速、腹瀉)	否	不要驟停；逐量遞減 10–25% / 次
成癮 (addiction, DSM-5 OUD)	失控的強迫使用、明知有害仍持續、影響生活功能	是	停止獨立處方、轉介成癮專科

關鍵區別

耐受性與生理依賴是『藥理現象』，幾乎人人都會出現；成癮則是『行為疾病』，需要符合 DSM-5 11 項條目至少 2 項，且時間達 12 個月。把前兩者誤判為成癮，是病人被欠醫止痛 (under-treatment) 的主因之一。

實證上，醫療使用鴉片類藥物的成癮機率到底有多低？

- **NEJM 1980 (Porter & Jick)**：回顧 11,882 名住院使用鴉片類藥物的病人，僅 4 例新發成癮 (0.03%)。經典文獻，雖然樣本是住院短期使用，仍是後續討論的基線。[1]
- **Addiction 2013 (Minozzi 系統性回顧)**：納入 17 個研究、針對慢性疼痛長期使用，新發成癮率約 0.5% (95% CI 0.17–0.95%)。[2]
- **ASCO 2016 癌痛指引**：明確指出在癌症存活者族群，成癮風險低於一般慢性疼痛族群，但建議於開立前以 SOAPP-R、ORT 等工具篩檢高風險族群 (既往物質使用史、年輕男性、心理共病)。[3]

WHO 三階段止痛階梯

WHO 1986 年提出的階梯式止痛 (analgesic ladder) 至今仍是癌痛處方的骨架，2019 年 WHO 更新版維持原則但強調「適時跳階」與佐藥併用。[4]

階梯	疼痛強度 (NRS)	代表藥物	常見副作用
Step 1：非鴉片	輕度 1-3	acetaminophen、NSAIDs (ibuprofen、naproxen、celecoxib)	肝毒性 (acetaminophen)、胃腸出血／腎毒性／心血管事件 (NSAIDs)
Step 2：弱鴉片	中度 4-6	codeine、tramadol、低劑量 oxycodone (≤ 20 mg/day)	便秘、噁心、頭暈；tramadol 另有癲癇與血清素症候群風險
Step 3：強鴉片	重度 7-10	morphine、oxycodone、hydromorphone、fentanyl 貼片、methadone	便秘、嗜睡、呼吸抑制、尿滯留、瘙癢、口乾
佐藥 (Adjuvants)	任何階段	gabapentin、pregabalin、duloxetine、糖皮質類固醇、bisphosphonate	依藥物而異

跨試驗比較的限制

本表整理自 ASCO、ESMO、NCCN 不同指引；強鴉片之間的等效劑量 (equianalgesic conversion) 在不同病人變異很大，輪替時建議減量 25-50% 以避免不完全交叉耐受 (incomplete cross-tolerance) 造成過量。

從疼痛評估到加佐藥的標準流程

評估：NRS 0–10 與疼痛性質

至少記錄 NRS 數字評分、疼痛位置、性質（鈍痛 / 灼熱 / 電擊樣 / 抽痛）、誘發因素與睡眠影響。神經病理痛常以「灼熱感、麻木、電擊樣」呈現，提示需提早加入佐藥。

分階：依強度選 Step 1 / 2 / 3

NRS 1–3 從 Step 1 開始；NRS 4–6 直接 Step 2 或低劑量強鴉片；NRS ≥ 7 直接跳 Step 3。癌痛指引允許依嚴重度跳階，不必逐階加量。

Breakthrough rescue：背景劑量 10–20%

開立長效背景處方時，同時開即時釋放 (IR) 劑型作 breakthrough，劑量為每日總量的 10–20%，每 1–2 小時可重複。常用：morphine IR 5–10 mg、oxycodone IR 5–10 mg、fentanyl buccal / sublingual / nasal（用於快速 onset 的爆痛）。

預防性軟便藥：與鴉片同一張處方

開立鴉片類藥物時直接處方 senna 7.5–15 mg HS ± polyethylene glycol 17 g QD。若 48–72 小時無排便再加 bisacodyl 或 PAMORA。

加佐藥與調整

神經病理痛加 gabapentin 100–300 mg TID 起始（緩慢上滴定至 900–3600 mg/day）或 duloxetine 30–60 mg QD；骨轉移痛考慮 dexamethasone、bisphosphonate 或 denosumab；情緒共病一併處理。

副作用預防：便秘是常規處方，不是例外

鴉片類副作用幾乎都會耐受 (tolerance)，唯獨**便秘不會耐受**——只要藥物還在用，腸蠕動抑制就持續。臨床原則：

- **預防性處方**：開立鴉片類藥物的同一張處方就要加軟便藥。常用組合：senna 7.5–15 mg HS（刺激性）+ polyethylene glycol 17 g QD（滲透壓型）。
- **無效再升階**：72 小時無排便、或伴隨腹脹噁心，加 bisacodyl 5–10 mg 或啟用 PAMORA（methylnaltrexone 12 mg SC、naldemedine 0.2 mg PO QD）。PAMORA 不會穿過血腦屏障，不會影響中樞鎮痛。
- **避免膨脹性軟便藥**：psyllium 等纖維製劑在脫水或進食量低的癌症病人可能加重糞便嵌塞。

其他常見副作用處置：

副作用	處置
噁心嘔吐	通常 3–5 天耐受；可短期加 metoclopramide 10 mg TID 或 ondansetron
嗜睡	通常 5–7 天耐受；若持續可減量 25% 或輪替不同鴉片
瘙癢	抗組織胺；嚴重者考慮輪替（fentanyl 較少）
尿滯留	男性、攝護腺肥大病人多見；必要時導尿、減量
口乾	唾液替代品、含糖無酒漱口；注意口腔黴菌感染

Breakthrough pain：背景治療之外的「爆痛」處方

Breakthrough pain (BTP) 指的是在固定背景止痛達穩定後，仍出現的短時間 (< 30 min)、高強度疼痛。發生率癌症病人約 40–80%。處方原則：

- **劑量**：每日嗎啡當量 (morphine equivalent daily dose, MEDD) 的 10–20%，每 1–2 小時可重複。
- **劑型**：口服 IR 起效約 30–60 分鐘；transmucosal fentanyl（含舌下、口頰、鼻噴）起效 5–15 分鐘，適合快速 onset 的爆痛。
- **記錄**：每天 BTP 次數 ≥ 4 次表示背景劑量不足，應上調 25–50%。

神經病理痛：別只加嗎啡

神經病理痛（化療誘發、神經叢侵犯、術後）對純鴉片類反應較差。Caraceni 2004 JCO 試驗顯示：在已用嗎啡的癌症神經病理痛病人加 gabapentin，疼痛 NRS 從 6.4 降到 4.6（vs. 安慰劑組 6.4 → 5.4，P = 0.0250）。[5]

佐藥	起始劑量	注意事項
Gabapentin	100–300 mg TID，每 3 天加 300 mg	腎功能調整；嗜睡、頭暈
Pregabalin	75 mg BID	體重增加、水腫
Duloxetine	30 mg QD ×1 週 → 60 mg QD	化療誘發神經病變的首選 SNRI（ASCO 2014）
Dexamethasone	4–8 mg QD	神經壓迫、骨轉移；長期注意血糖、骨密度

適應症、禁忌症與謹慎使用

強鴉片類藥物的適應症

- 中重度癌症疼痛（NRS ≥ 4，或影響睡眠、進食、活動）
- 對非鴉片類藥物反應不足
- 末期病人之症狀緩和（含呼吸困難 dyspnea，低劑量 morphine 5–10 mg PO 已有實證）

禁忌與謹慎使用

- **絕對禁忌**：嚴重呼吸抑制、嚴重未控制氣喘、消化道阻塞（部分藥物如 codeine）、對藥物成分過敏
- **謹慎使用**：嚴重慢阻肺、睡眠呼吸中止、肝腎功能異常（劑量調整）、合併苯二氮平類 (benzodiazepine) 或酒精（呼吸抑制風險倍增）
- **Methadone 特別注意**：QTc 延長、藥物半衰期長且個體差異大；建議由有經驗的疼痛或安寧科醫師處方並監測 ECG。Bruera 2004 的隨機試驗顯示 methadone 與 morphine 鎮痛效果相當，但需要更長時間達穩定。[6]
- **妊娠**：類別 C，需評估利弊；長期使用胎兒可能出現新生兒戒斷症候群 (NAS)

過量處置：naloxone 反轉

呼吸抑制與意識改變是紅旗

若病人出現呼吸頻率 < 8/min、針點瞳孔 (pinpoint pupils)、叫不醒，或合併紫紺，應立即啟動：

1. **呼救**：撥 119、放平側躺以維持呼吸道通暢
2. **Naloxone**：靜脈或肌肉 0.04–0.4 mg，必要時每 2–3 分鐘重複至呼吸恢復；居家可用鼻噴式 4 mg/dose
3. **送醫**：naloxone 半衰期 (30–90 min) 短於多數鴉片類，可能再次陷入意識不清，必須觀察至少 4–6 小時
4. **不要過量反轉**：完全清醒可能誘發劇痛與戒斷；癌痛病人目標是「呼吸恢復」即可，不是「完全清醒」

家中有強鴉片處方的病人，建議：(1) 教導同住家屬辨識呼吸抑制徵兆；(2) 居家備鼻噴式 naloxone；(3) 不與苯二氮平類、酒精、其他鎮靜藥併用；(4) 用完藥盒不要保留剩餘藥物（鎖箱或回收）。

常見迷思快問快答

- 「嗎啡是末期才用的」：錯。WHO 階梯允許依疼痛強度直接從 Step 3 起步，不必等末期。
- 「天然 / 中藥比較不會上癮」：錯。鴉片類成癮風險與『是否在醫療監督下使用、有無高風險因子』有關，不是『天然 vs. 合成』。
- 「打止痛會掩蓋病情」：1980–90 年代外科觀念，現已被 WHO、ASCO、ESMO 全面否定。控制疼痛反而能提早活動、降低肺炎與深部靜脈栓塞風險。
- 「fentanyl 貼片比較安全」：在已用過鴉片類、穩定背景痛的病人較方便；對未用過鴉片類 (opioid-naïve) 的病人是高危險，可能猝死，**不建議作為起始劑型**。

對病人與家屬的實務建議

紀錄疼痛日記

每天記錄 NRS、用藥時間、breakthrough 次數、副作用。回診帶給主治醫師，是最快調整劑量的依據。

主動詢問軟便藥

若處方鴉片類但醫師沒附軟便藥，請主動提醒。便秘嚴重者甚至會回頭加重疼痛、噁心、食慾差。

不要自行停藥或減量

生理依賴會出現戒斷症狀；想減量請與主治醫師討論逐量遞減（每次 10–25%）。

安全保管與處置

上鎖收納、避開兒童與寵物；過期或剩餘藥物送至醫院或藥局回收，不要沖入馬桶或丟一般垃圾。



參考文獻

1. Porter J, Jick H. **Addiction rare in patients treated with narcotics.** *N Engl J Med.* 1980;302(2):123. doi:10.1056/NEJM198001103020221
2. Minozzi S, Amato L, Davoli M. **Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review.** *Addiction.* 2013;108(4):688-698. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x
3. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al. **Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: ASCO Clinical Practice Guideline.** *J Clin Oncol.* 2016;34(27):3325-3345. doi:10.1200/JCO.2016.68.5206
4. Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. **Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.** *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl 4):iv166-iv191. doi:10.1093/annonc/mdy152
5. Caraceni A, Zecca E, Bonezzi C, et al. **Gabapentin for neuropathic cancer pain: a randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group.** *J Clin Oncol.* 2004;22(14):2909-2917. doi:10.1200/JCO.2004.10.176
6. Bruera E, Palmer JL, Bosnjak S, et al. **Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study.** *Pain.* 2004;109(3):349-357. doi:10.1016/j.pain.2004.01.013
7. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. **WHO Analgesic Ladder.** *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435

引用整理協力：OpenEvidence (Ask OpenEvidence Light, 2026/05/11 查詢)。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/opioid-cancer-pain-myths-ladder>

CITATION 林協霆. 嗎啡與鴉片類止痛：成癮迷思與三階段止痛階梯. 林協霆·臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20112719

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。