

癌末病人的疲倦控制

蔡兆勳 邱泰源 鄭逸如 胡文郁* 陳慶餘

摘 要

雖然醫療科技日新月異，癌症末期病人並沒有因為現代醫學的進步而減少，反而有增加的趨勢。因為末期病人對治癒性的治療已經沒有反應，病人會因癌症的持續進展及抗癌治療過程產生的副作用，使整體器官功能逐漸衰退，除了身體的痛苦外，更有心理、社會及靈性上的痛苦與需求。因此發展整體性的照顧模式，給予癌末病人身、心、靈的全人照顧，全力提昇癌末病人的生活品質實為當務之急。根據過去的研究，疲倦是癌末病人最常見的症狀。疲倦是一種主觀的症狀，其原因是多方面的，包括身體、心理、社會、文化、靈性等因素。所以要改善癌末病人的疲倦症狀，必須對其相關因素、形成機轉及評估方法有深入的瞭解，才能給予病人藥物及非藥物的整體照顧，讓病人即使在器官功能逐漸衰退的情況下，也能擺脫疲倦的困擾，獲得生活品質的提昇。

(安寧療護 2002; 7: 33-43)

Key Words: fatigue, terminal cancer patient, hospice palliative care, quality of life

台大醫院家庭醫學部 *台大醫學院護理系
聯絡人：陳慶餘 台北市中山南路七號 台大醫院家庭醫學部

疲倦的盛行率

癌末病人飽受身心靈的整體痛苦，生活品質深受影響。疲倦更是癌末病人最常見的症狀，不僅嚴重影響生活品質，甚至增加病人自殺的傾向^[1]。根據過去不同的研究，正在接受化學治療的癌症病患大概有75-96%、正在接受放射線治療的癌症病患有75-100%、末期癌症病患則33-89%有疲倦的症狀。尤其是正在接受抗癌治療的、身體功能較差的、疾病程度較重的，疲倦程度會越嚴重，臨床上也經常因此終止治癒性的治療計畫^[2]。

臨床表現及定義

臨床上我們可以客觀地觀察到疲倦患者在語言方面反應較慢、不太喜歡講話、講話聲音低沈、身體及心智活動減少、臉部表情笑容減少、臉色蒼白、呼吸短促等現象^[3]。病人主觀的抱怨包括沒有體力、身體重著感、容易睡著等。其行為上會表現出想臥床睡覺、興趣及動機減少、容易生氣、容易忽略事情、傷心流淚等。病人也有注意力無法集中、思考緩慢或感覺遲鈍的現象^[2]。

在心理學方面對疲倦的主要定義包括三方面：(1)繼續工作一段時間後產生的工作效能減低現象；(2)長時間工作或情緒緊張之後，個體在主觀上感受到的勞累現象；(3)長

時間接受刺激之後，感官（如視覺、聽覺）敏銳度減低的現象。將這三方面的定義應用在癌末病人的主觀疲倦時，所指的意義則為：(1)持續經歷與因應癌症與死亡一段時間後，所產生主觀因應效能減低的現象；(2)長時間生病，不斷經歷症狀與治療的痛苦，以及負向情緒的負擔，造成主觀上覺得疲累無力；(3)長期生病的過程中，大量、不斷的相關訊息湧來，症狀對身體產生各種刺激感受，治療對身體施以各種干擾與侵入，過度的負荷造成病人對於周邊各種刺激敏銳度降低，缺少興趣。

在靈性方面，靈性是一種內在生命力及心智成熟的表現。靈性照顧的目標是透過對此方向的實作，提升病人的內在力量（生命力），幫助病人即使在身心極度不適的狀況下，仍能顯現生命力^{[10][13][25][26]}。因此，就靈性層面對疲倦定義為：「病人的內在力量（生命力）不足以應付逐日變化的病情，而產生身心靈整體性的疲憊」。

綜合上述身體、心理、靈性各方面的探討，疲倦可以定義為身體能量減少的主觀感覺。臨床表現包括身體的、情感的、認知的主觀感覺及身體心理活動功能減退的客觀徵兆，以及尚須考慮非主觀客觀因素所能說明的生命力表現。

生活品質

癌末病人因為腫瘤的持續進展及抗癌治療對身體器官功能的影響，整體身體狀況持續衰退，營養狀況低下，肌肉組織消瘦，會讓病人疲倦而沒有體力，常常想臥床休息。而且疲倦和疼痛、呼吸困難等其他末期症狀有關，會限制日常活動，影響自我照顧的能力。在心理上疲倦還會讓病人感受到病情持續在惡化，尤其當身體器官功能衰退到獨立自主能力喪失時，會覺的自己沒有用，注意力不能集中，反應遲鈍，焦慮，憂鬱及沒有希望等心理情緒反應。除此疲倦將使病人無法從事社交娛樂活動，甚至影響工作，無法扮演家庭或社會的角色，得不到情感的支持，不僅本人有疏離失落的感覺，更造成家庭經濟的障礙與照顧者的負擔^[29]。隨著疲倦日益嚴重會讓病人感到死亡的威脅，會有死亡的恐懼、不捨與不願、對未完成的心願有急迫感等靈性痛苦與需求^[4]。因此疲倦嚴重影響癌末病人的生活品質^[22]。

原 因

目前關於疲倦原因的研究大多強調生理因素，但是疲倦的原因如同疼痛一樣不能單獨從生理機轉解釋，必須從病人的身體、心理、社會、靈性等方面加以探討，才能對疲倦的原因有全面的瞭解^{[2][1]}。身體的痛苦，心

理情緒的壓力，社會人際關係的改變，追求生命目的與意義的靈性需求，都是造成疲倦的可能原因^{[27][28][30]}，但在疾病的的不同階段各因素的影響程度不同。分述如下：

一、生理因素

1. 腫瘤本身引起的包括

(1) 惡病質

目前認為惡病質是由腫瘤本身產生的及免疫系統與腫瘤間交互作用產生的細胞激素(cytokines)對體內物質能量代謝的影響；特別是TNF- α ，IL-1，IFN- γ 等所引起的生理及生化代謝反應失衡，使得體內醣類、蛋白質、脂肪代謝發生異常，臨床上出現體重減輕、噁心、嘔吐、虛弱、肌肉及脂肪組織明顯退化的現象^[5]。特別是胃癌、胰臟癌、肺癌及大腸癌的病人最常表現惡病質(cachexia)的症狀^[6]。其嚴重程度不但影響癌症的治療效果、預後及存活時間，更關係著病人的生活品質^[7]。

(2) 腫瘤的骨骼轉移

腫瘤所造成的骨骼轉移或神經病變會有疼痛、肌力減退或麻痺等症狀，繼而又有疲倦的感覺。

(3) 腫瘤造成身體的負荷

如肺部腫瘤造成呼吸困難及疲倦，腹部

腫瘤造成腰部負荷過重讓病人有腰酸不想動的疲倦感。

(4) 腫瘤引起的發燒
造成代謝速率加快，體質日漸消耗，容易想睡覺休息。

(5) 肝功能異常
肝臟因腫瘤浸潤或膽道阻塞等因素，膽汁無法排泄，肝功能會發生障礙，病人產生疲倦的感覺。

(6) 腎功能異常
因腫瘤阻塞泌尿系統，或敗血性休克會影響腎功能，病人也會產生疲倦的感覺。

2. 腫瘤相關因素引起的包括

- (1) 感染
- (2) 貧血
- (3) 代謝及內分泌異常
- (4) 電解質不平衡
- (5) 長期臥床
- (6) 疼痛
- (7) 呼吸困難
- (8) 脫水
- (9) 神經系統異常

3. 抗癌治療引起的包括(8)

- (1) 長期的藥物治療
- (2) 化學治療
- (3) 放射線治療
- (4) 開刀

4. 身體其他疾病引起的包括

- (1) 內分泌疾病如糖尿病、甲狀腺機能亢進或低下、腦下垂體功能低下、腎上腺功能低下
- (2) 睡眠不足、失眠
- (3) 心臟疾病
- (4) 肺疾病
- (5) 中樞或周圍神經疾病
- (6) 結締組織疾病

二、心理因素

長時間生病的過程中，大量、不斷的相關訊息湧來，不斷經歷症狀與治療的痛苦，以及負向情緒的負擔，造成主觀上覺得疲累無力因應效能減低，對於周邊各種刺激敏銳度降低，缺少興趣等疲倦的症狀^[8]。

三、家庭社會因素

癌末病人的家庭及社會角色因身體功能的衰退而發生變化。個人的角色執行、家庭的支持度不佳或社會人際關係的疏離，均會造成疲倦^{[9][18][19]}。

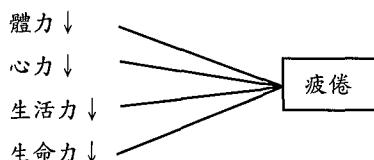
四、靈性因素

當病人的內在力量不足以應付逐日變化的病情，即會產生疲倦。如長時間抗癌治療的失敗或因症狀控制不佳產生的無望感或絕望感；因病情變化或需依賴他人照顧產生的自我尊嚴的喪失或自我放棄；因不能接受死亡、心願未了，或不能肯定生命意義產生的

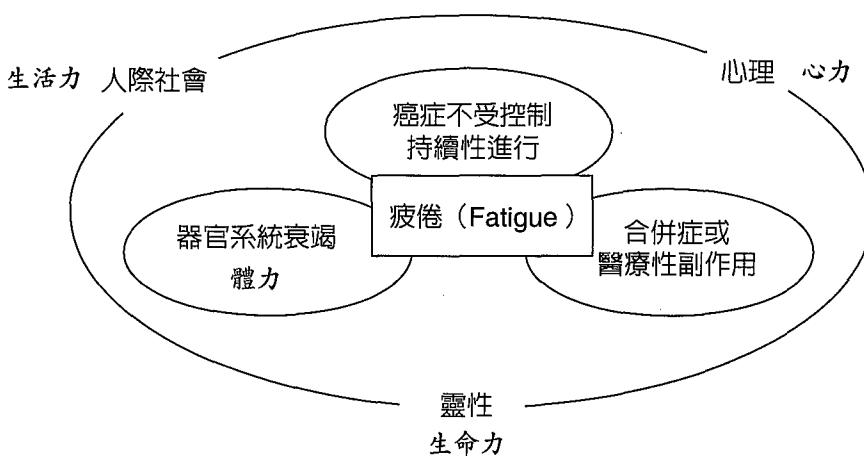
不捨（含不甘願，不放心，放不下）與死亡恐懼；沒有適當的生死觀引導他面對即將發生的變化，或對死亡持負面看法，認為自己在等死，因被動接受產生的無奈感^[10]。

因此，癌末病人的痛苦是整體的痛苦 (total suffering)。任何症狀都可能來自身體（體力）、心理（心力）、社會（生活力）、靈性（生命力）等因素的結合，疲倦當然也不例外。

建構於這樣身心社會靈性的模式，疲倦的解釋是當體力、心力、生活力或生命力降低時即會產生疲倦的現象如圖一。



圖一 疲倦之成因



圖二 癌末病人疲倦症狀之機轉

因為癌末病人的疲倦可能導源於身體、心理、社會、靈性的種種原因（圖二）。所以要有適當的介入方法來改善病人的疲倦，除先瞭解疲倦的原因或相關因素外，對其嚴重度應有適當的評估方法。疲倦的評估工具必須具備簡單方便、可自我評估等優點。因為疲倦是主觀的症狀，對生活品質的影響是

多方面的，所以要有包括身體、心理、社會、靈性等方面的評估，同時要有足夠的信度和效度，才能適合癌末病人使用。目前有關疲倦的評估量表可分為三大類。第一類是把疲倦當作是評估癌末病人生活品質的一部份，如European Organization for research and treatment of cancer 所發展的生活品質評估問

卷可作為疲倦的評估工具。第二類是單一向度(unidimensional)的量表，如Rhoton Fatigue Scale。第三類是多向度(multidimensional)的量表，如 Piper Fatigue Scale。第一類因為太冗長了，較不適用於著重疲倦的研究。第二類從單一方面評估疲倦，雖然簡單但不適用於疲倦的深入研究，因為疲倦是多方面的因素造成的。因此還是以第三類，從多方面來評估疲倦較為適合癌末病人^{[1][2][14][15]}。臨床上的評估應包括下列：

1. 疲倦嚴重程度的評估：

內容包括疲倦對日常活動的影響程度、對心理情緒的影響程度、對語言動機的影響程度、對注意力集中的影響程度、對社會人際關係的影響程度、對靈性提昇的影響程度、對整體生活品質的影響程度等方面，依個人主觀的感覺，與生病前比較自我評量^{[1][4][15]}。

2. 疲倦相關因素的評估包括生理、心理、社會及靈性四方面：

生理方面

包括病人基本資料，其他系統性疾病，癌症原發部位，癌症轉移部位及嚴重程度，過去治療方式，身體功能狀態，預期存活期，最近一週內的身體症狀，最近一週內藥物使用狀況、種類、劑量、目的，生理生化指標及胃腸等器官系統衰竭的程度包括身高和最近六個月內體重變化狀況。

心理方面

可參考「自我效能量表」及「情緒狀態評估表」。「自我效能量表」^[16]是從Harter S. (1985a, 1990) 對自我概念的架構---自我概念包含能力、體能、外表、社會接納度、及符合社會規範，挑選與個人有關的前三項，加上臨床上觀察到慢性疾患對個人本來人生規畫的打擊，共四個向度。「情緒狀態評估表」^[17]是根據Hamilton Anxiety Rating Scale (Hamilton, 1959) 及Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960) 改編而來，並刪除生理症狀的部分，以避免和癌末身體症狀有所混淆。最後，「焦慮」部分採用五個評估項目，包括：擔憂、緊張、害怕膽小、睡眠障礙、認知功能減損；「憂鬱」部分採用八個評估項目，包括：憂鬱沮喪、愧疚感(或罪惡感)、自殺、睡眠障礙、活動狀況、遲滯現象、無助與無望感、無用感。

社會方面

在面對壓力時，除了個人的認知、情緒與因應行為之外，自覺有良好的社會支持也具有緩衝壓力的作用^{[18][19]}。可採用呂碧鴻等根據Cohen (1985) 與Franks (1992) 之測量方法編修而成的「社會支持量表」，內容包括實質支持 (instrumental or tangible support) 與情感支持 (expressive or emotional support)。

靈性方面

可以死亡恐懼程度從一分到五分，一分表示恐懼少，心情平靜，或者有時有喜悅；二分表示有恐懼，不需人陪伴，或者可自我調適；三分表示有恐懼，需人陪伴，或者可被安撫；四分表示極端恐懼，需人陪伴，無法閉眼睡覺；五分表示非常心神錯亂，失去自主能力，無法接受他人照顧^[20]。

處理方法

目前處理疲倦的方法包括非藥物與藥物兩大方面，分述如下：

1. 非藥物方面：

(1) 身體照顧

做好身體清潔及傷口護理，盡量減輕身體的約束與負擔。處理疼痛等相關症狀的緩解，做好化痰拍痰等胸腔照顧維持呼吸通暢。處理便秘的問題，維持腸道通暢增加進食空間。安排復健運動，增加活動機會。提供安靜舒適的環境讓病人獲得充足的休息及睡眠^[21]。

(2) 心理及行為治療

心理情緒壓力跟疲倦很有相關。經由心理治療減少壓力可明顯改善疲倦的症狀。行為治療也可改善病人注意力不集中的現象^[22]。

(3) 社會支持與關懷

給予病人及家屬的經濟支援，家庭衝突的化解，增加親友的溝通與聯繫，病人的心願的達成，可穩定情緒減緩疲倦^{[18][19]}。

(4) 靈性照顧

透過靈性照顧來提升病人內在的力量（生命力）及心智的成熟。幫助病人即使在身心極度不適的狀況下，仍能顯現生命力，以應付逐日變化的病情，緩和疲倦的症狀^{[10][21][24]}。

2. 藥物方面：

類固醇因為能促進食慾，同時讓人有較舒服感覺，所以經常給癌末病人使用。雖然類固醇可以改善生活品質，但並無直接證據可改善病人的疲倦。

黃體素雖然也能改善病人的食慾，但對於疲倦的改善也沒有定論。

其他能影響新陳代謝的固醇類化合物，如nandrolone decanoate 雖然可使肺癌病人的體重增加，但未達統計上的顯著意義，進一步研究男性荷爾蒙對疲倦的效果是必要的。

中樞神經興奮劑安非他命已被建議使用於嗜睡病人，特別是由嗎啡類止痛藥所引起的嗜睡。研究已顯示methylphenidate對改善病人的活動程度有正面的效果，但是否能改善病人疲倦的情況還需進一步的研究^[23]。

疲倦可說是所有癌末病人的共同症狀，

它的原因是多方面的。但目前的研究多局限於還在接受治癒性治療的癌症病人，而且以身體心理層面的探討為主。對於癌症末期病人的疲倦症狀尚缺乏完整的理論架構及其相關因素的探討，因此對癌末病人的疲倦沒有完整的定義，也沒有適合本土癌末病人疲倦的評估量表，當然對於癌末病人疲倦的改善也沒有整體性的照顧模式。所以讓癌末病人深受疲倦的困擾，嚴重影響他們的生活品質。由過去多年來我們在台大醫院緩和病房的臨床及研究經驗知道，要解決癌末病人的痛苦要由身體心理社會靈性等多方面著手才能奏效。將來應藉由過去多年來的臨床經驗與研究基礎，以我們照顧的癌末病人為研究對象，以症狀學及病因學為出發點建立本土癌末病人疲倦的定義及其嚴重程度的評估量表，並探討疲倦的相關因素，以癌末疲倦症狀為例提出安寧緩和醫療全人照護的理論架構。並從治療學的角度印證本土癌末病人疲倦的整體照顧模式，以解除症狀提昇生活品質。將來可將這樣的整體照顧模式推展到其他癌末症狀的照顧，彌補現代醫學的極限，讓癌末病人的照顧更周全。

參考資料

1. Toru Okuyama, Tatsuo Akechi, et al. Development and validation of the cancer
- fatigue scale: A brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 5-14
2. Stone P., Richards M., and Hardy J. Fatigue in patients with cancer. *Eur J Cancer* 1998; 34(11): 1670-1676
3. Meinir Krishnasamy. Fatigue in advanced cancer --- meaning before measurement? *International J of Nursing studies* 2000; 37: 401-414
4. Ferrell Betty R., Grant Marcia, et al. Bone tired: the experience of fatigue and its impact on quality of life. *Ferrell* 1996; 23(10): 1539-1547
5. Josep M. Argiles, et al. The role of cytokines in cancer cachexia. *Medical Research Review*. 1999; 19(3): 223-48.
6. DeWys, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am. J. Med.* 1980; 69:491.
7. Josep M. Argiles, et al. The metabolic basis of cancer cachexia . *Medcinal Research Reviews* 1997; 17(5): 477-498.
8. Maryl L. Winningham, Lillian M. Nail, et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. *Oncology Nursing Forum*. 1994; 21(1): 23-35

9. Angela Plass, Uwe Koch. Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psycho-Oncology* 2001; 10: 511-520
10. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫報告：2001。
11. Smets E.M.A, Garssen B., et al. Fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 1993; 68: 220-224
12. 張春興（1998）張氏心理學辭典。台北，東華。
13. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：「靈性」照顧模式之研究：1999。
14. Tito R. Mendoza, et al. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients. *Cancer* 1999; 85(5): 1186-1196
15. Stone P, Hardy J, et al. Fatigue in advanced cancer: a prospective controlled cross-sectional study. *British Journal of Cancer* 1999; 79(9/10): 1479-1486
16. 鄭逸如、吳英璋、呂碧鴻（1999）生物心理社會取向之壓力衡鑑與壓力調適之效果評估。應用心理研究，第三期，191-217。
17. 洪福建、鄭逸如、邱泰源、胡文郁、陳慶餘、吳英璋（1999）癌末患者的心理社會問題、因應策略與負向情緒。應用心理研究，第三期，79-104。
18. Cohen S & Wills TA. Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psycho Bull* 1985; 98 : 310-57.
19. 蕭仁釗、林耀盛、鄭逸如(1997)：健康心理學。臺北，桂冠圖書公司。（原著：Edward P. Sarafino (1994) *Health Psychology*. New York, John Wiley & Sons.)
20. 呂碧鴻、梁繼權、范姜群信、陳秀蓉（1995）社會支持、家庭互動與心理健康之關係。中華家醫誌，第5卷，第4期，173-82。
21. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：佛法在安寧療護/緩和醫療應用之研究：2000。
22. Speck P.: Spiritual issues in palliative care. In: Doyle D Hanks G and MacDonald N ed. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd edition. London: Oxford Medical Publications.1998:517-25.
23. 荷澤神會禪師：顯宗記：大正藏51冊2076經：458。
24. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：癌末病人靈性照顧模式之研究——以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討。中華家醫誌 1999 ; 9 : 20-30
25. 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘等：臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查。安寧療護雜誌2001Nov；6(4):1-12
26. 黃鳳英、宗惇法師、陳慶餘等：台灣安寧

- 病房臨床佛26.教宗教師需求調查。安寧療護雜誌2001Aug ; 6(3):16-26
27. Blesch K. S., Paice J. A., et al. Correlates of fatigue in people with breast or lung cancer. Oncology Nursing Forum. 1991; 18(1): 81-7
28. Hikok J.T. Morrow G. R., MaDanald S., Bellg A. J.Frequency and correlates of fatigue in lung cancer patients receiving radiation therapy : implications for management. J Pain Symptom Manage. 1996;11(6): 370-7
29. Kugaya A., Achechi T., OkuyamaT., Okamura H., Uchitomi Y. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. Japanese Journal of Clinical; Oncology. 1998; 28(5):333-8
30. Akechi T., Kugaya A., Okamura H., Yamawaki S., Uchitomi Y. Fatigue and its associated factors in ambulatory cancer patients: a preliminary study. British Journal of Cancer. 1999;17(1): 42-8

Fatigue Symptom Control in Terminal Cancer Patients

Jaw-Shiun Tsai, Tai-Yuan Chiu, Tih-Ru Cheng, Wen-Yu Hu*, Ching-Yu Chen

Abstract

The terminal cancer patients, refractory to curative treatment, are increasing in number, even though medical technology has made a rapid progress. During the terminal phase of cancer, not only general condition is deteriorated gradually because of advanced malignancy and side effect from anticancer treatment but also associates with psychosocial and spiritual sufferings. It is very urgent to establish a hospice palliative care model for terminal cancer patients to promote their quality of life. Fatigue is the most common symptom of terminal cancer patients. It is a subjective symptom caused by physical, psychological, social, and spiritual factors. To improve patients' fatigue, we should have a comprehensive understanding of its associated factors, mechanism, and clinical assessment. To provide terminal cancer patients with total care is the way to improve their quality of life, even if their physical performance is deteriorated gradually.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care 2002 : 7 : 33-43*)

Department of Family Medicine National Taiwan University Hospital
School of Nursing College of Medicine National Taiwan University*