

長照專業服務-CD02居家護理指導與諮詢照護操作指導手冊說明



整體疼痛症狀 照護及指導實證指引

實證導向 護理指引

衛生福利部護理及健康照護司

107年度「護理機構實證應用
之臨床照護及指導培訓計畫」

實證教練：楊婉萍副教授

種子師資：陳怡蓓、張淑蘭、蕭佳莉、張曉雲、李秀花、
劉芊蕙、陳玉鳳、楊珮欣、劉瓊宜、張秀禎、
宋聖芬、陳淑娟、余尚儒、簡淑慧、邱智鈴、梁惠茹



楊婉萍

學歷：

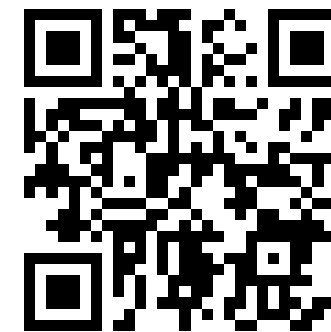
- 國立成功大學醫學院健康照護研究所博士
- 國立高雄大學法學院政治法律碩士生

現職：

- 高雄市立大同醫院(委託高醫經營)
國際醫療中心組長/護理師
- 美和科技大學護理系兼任副教授

經歷：

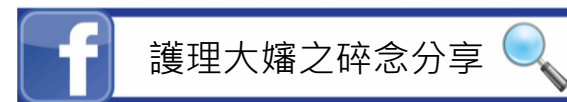
- 高雄市立大同醫院院務顧問
- 輔英科技大學副教務長/教卓中心主任/副教授/助理教授
- 美和科技大學護理系 兼任副教授
- 安寧緩和護理學會 秘書長/理事/委員
- 國健署跨院際安寧共照臨床指導專家
- 國立成大醫院腫瘤/安寧護理師
- 護理之家評鑑委員/督考委員
- 元培科技大學兼任助理教授
- 安寧緩和醫學會/護理學會 講師
- 腫瘤護理學會訓練課程講師



E-mail : Wpy.penny@gmail.com

LINE : hospice

TEL : 0970031713



劉芊葳

學歷：

- 輔英科技大學護理系成人組碩士
- 高雄醫學大學護理系博士生

現職：

- 美和科技大學護理系兼任講師

經歷：

- 國立臺南護理專科學校/臨床實習教師
- 樹人醫護管理專科學校/護理科講師
- 高雄醫學大學附設醫院/口腔外科個管師
- 屏東基督教醫院/內科專科護理師(心臟/神內)
- 高雄義大醫院護理部/護理長
- 嘉義基督教醫院/急診護理師
- 高雄健仁醫院/急診護理師
- 台灣省工礦安全衛生技師公會附設高雄職業訓練中心/急救課程講師



E-mail : 6612joyce@gmail.com



大綱



一、指引使用介紹



二、指引內容綱要





Diagnosis:

PAIN

疼痛實證指引





疼痛指引特色定位



接地氣：符應現場需求



本土化：融入本土經驗



實用性：強調技術操作



專業度：展現護理專業





本土化：融入本土經驗

實證導向 護理指引

第三章 疼痛評估與照護

好的疼痛評估工具必須要兼具可靠、有效、具區辨力、有可行性、能實際運用 (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013)。以下列舉目前國際上廣泛使用並已有完善的信效度檢測支持的疼痛評估工具。

- 可靠** 無論何時、何地或是何人，評估結果都能一致且值得信賴。
- 有效** 能真正評估到病人的疼痛程度，並有證據和理論支持。
- 區辨** 能夠檢測出疼痛處理與照護介入後的疼痛變化。
- 可行** 簡單便捷好用，培訓時間短，易於管理和使用。
- 實用** 適用於廣泛評估不同類型的疼痛。

首先，一般在臨床常以PQRST的首字母縮寫，幫助健康照護專業人員更簡單且有系統的篩檢與評估病人/住民/個案的疼痛細節，以「又、值、放、槍、時」作為口訣 (Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC), 2010)。

圖 4 好的疼痛工具特性



圖 5 PQRST 誘質放強時 疼痛評估口訣 (證據等級 A)

- 除了上述五面向的系統性評估外，尚可進一步評估：
- 以前的疼痛史；
 - 疼痛的感覺特徵 (嚴重程度、質量、時間特徵、位置以及疼痛的好壞)；
 - 疼痛對日常活動的影響 (工作、睡眠、體驗享受的能力)；
 - 疼痛對自己或他人的心理社會影響 (抑鬱、經濟)；和過去曾被用來有效控制疼痛的干預措施

疼痛評估- PQRST 又值放槍時



疼痛評估的2主2全

主動評估

潛在疼痛主動評
疾病診斷是線索
表情肢體露訊息

病人為主

疼痛是主觀感受
病人說痛就是痛
其次才家屬代言

全人評估

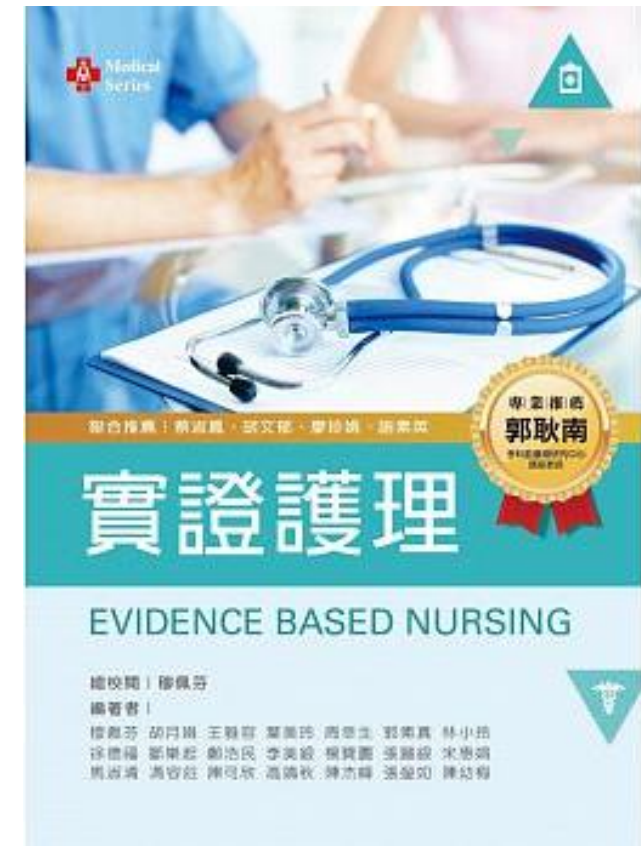
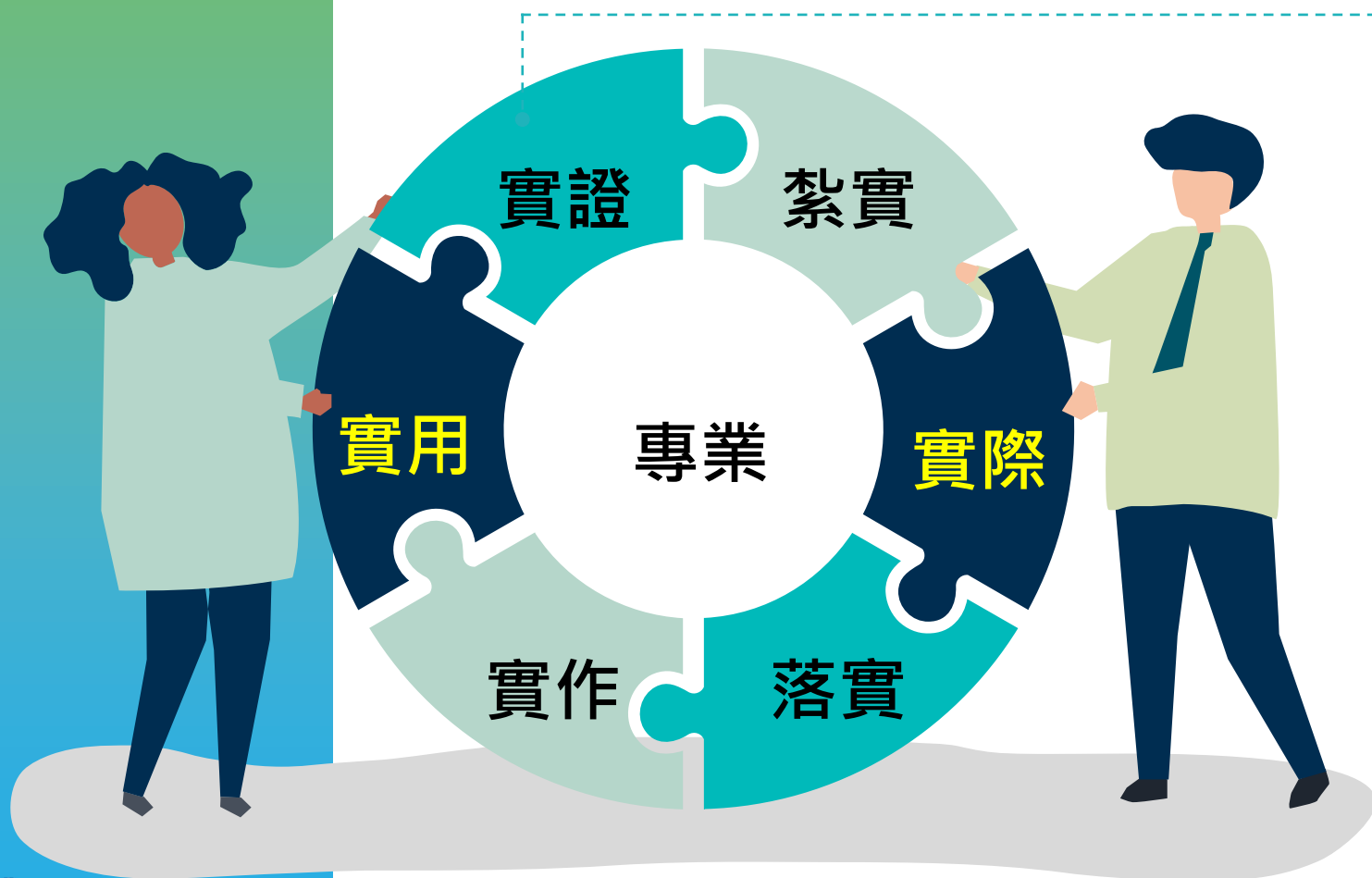
疾病老化均影響
從頭到腳全身評
身心社靈全人觀

全面篩檢





專業度：展現護理專業



感謝總主持人**穆佩芬**教授
及其團隊的指導與協助





實證導向 護理指引

表 1 疼痛評估第一階段之建議摘要表

編碼	指引項目	建議等級
3.1.1	良好的疼痛處理須奠基在完整有系統性的評估上，才能找出關鍵導因，對症下藥，有效緩解(Level 1)。(黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012; DeVesty, G. & Karakashian, A. L., 2018; Briggs, 2002; American Medical Directors Association (AMDA), 2012; Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC), 2010; Oldenmenger, 2009; National Comprehensive Cancer Network, 2010; 國家衛生研究院, 2007)	A
3.1.2	全面性進行疼痛評估將有助於病人與健康照護團隊雙方對疼痛管理的滿意度均增加，定時疼痛評估亦能增加健康照護人員的疼痛知能(Level 1) (Goldberg, G. R. & Morrison, R. S., 2007; 黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012; Goldberg, 2007; Oldenmenger, 2009)	A
3.1.3	疼痛評估應以案主之身、心、社、靈之全人面向進行評估 (黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012; 臺灣癌症臨床研究合作組織, 2007; 黃安年、孫維仁、胡新實、簡志誠、洪志仁、葉宏軒、關燧麗、梁子安, 2007; National Comprehensive Cancer Network, 2010; Oncology Nursing Society, 2009; Thompson, 1995; National Comprehensive Cancer Network, 2010; 國家衛生研究院, 2007)	A
3.1.4	疼痛評估五時機：1.新收案或訪視時；2.變化時；3.侵入式治療前中後；4.主訴疼痛或發現線索；5.使用止痛藥物與照護 (Level 1b) (American Medical Directors Association (AMDA), 2012; Cancer Care Ontario, 2008; Centre for Effective Practice, 2017; Cornally, N. & McCarthy, G, 2011; Herr, K., Bursch, H., Miller, L. L., & Swafford, K., 2010)	A
3.1.5	應依據病人/個案/住民的溝通水平、認知與意識狀態，使用適切的疼痛評估工具。(National Comprehensive Cancer Network, 2010)	B

每個章節都匯聚
國內外眾多文獻
與指引資料

第三章 疼痛評估與照護

楊婉萍 高雄市立大同醫院(高醫經營)院務顧問
陳怡蒨 國軍高雄總醫院護理部 副主任
張曉雲 輔英科技大學護理系 副教授



整體疼痛症狀 照護及指導

護理機構實證應用之臨床照護培訓計畫

實證導向 護理指引

- 楊婉萍** 高雄市立大同醫院(高醫經營)院務顧問
陳怡蓓 國軍高雄總醫院護理部副主任
張淑蘭 蘭嶼雅布書卡嫩居家護理所負責人
蕭佳莉 高雄市立大同醫院附設居家護理所負責人
張曉雲 輔英科技大學護理學院院長
余尚儒 台灣在宅醫療學會理事長
簡淑慧 長庚科技大學護理系主任/教授
邱智鈴 成功大學附設醫院安寧居家暨社區護理長
梁惠茹 成功大學附設醫院綠恩病房副護理長
李秀花 成功大學附設醫院督導長
陳玉鳳 台灣護師醫療產業工會理事長



實證導向 護理指引

第三章 疼痛評估與照護

目錄

第一章、護理機構及居家「疼痛照護整體症狀照護及指導」實證指引簡介	4
壹、引言	4
一、指引目的	4
二、指引範圍(PICO)	4
三、指引背景	6
貳、指引發展過程	7
一、實證指引研擬組織與團隊	7
二、關鍵字與檢索策略	9
三、實證證據等級判定	10
四、權益關係人的參與情形	11
五、實證指引發展的嚴謹度與品質確保	12
六、實證指引應用	13
第二章、「疼痛照護整體症狀照護及指導」主題理念與重要性	14
壹、「疼痛照護整體症狀照護及指導」主題理念與架構	14
一、主要概念與名詞定義	14
二、照護指引概念構圖	17
貳、「疼痛照護整體症狀照護及指導」主題背景與重要性	18
一、民眾與病人家屬對疼痛照護之相關迷思	18
二、醫療健康照護人員對於疼痛照護之障礙	22
參、「疼痛照護整體症狀照護及指導」教育推廣	32
一、護理機構與居家護理師之疼痛照護核心職能	32
二、「疼痛照護整體症狀照護及指導」之護理角色	33
三、護理機構與居家疼痛照護之特殊角色與困境	34
第三章 疼痛評估與照護	35
第一階段 整體評估、確認導因	41
步驟一：疼痛基本評估-PQRST	42
步驟二：相關身體評估-診斷、系統、部位	50
步驟三：整體疼痛評估-身、心、社、靈	51
步驟四：確認疼痛導因、辨識疼痛類型、與分析疼痛影響因子	52
第二階段 個別計畫、配合治療	53

護理機構實證應用之臨床照護培訓計畫 | 整體疼痛症狀照護及指導 | ii

實證導向 護理指引

第三章 疼痛評估與照護

步驟五：配合疼痛用藥，打這個別計畫	53
步驟六：傾聽同理支持	59
第二階段 多元轉介、疼痛照護	62
步驟七-1：一般疼痛處理原則-給藥、冷熱、活動	62
步驟七-2：特殊疼痛介入措施-按摩、TENs、放鬆、多元轉介	71
步驟七-3：副作用預防-便秘	81
步驟八：破除疼痛迷思，提供心靈關懷	84
第四階段 追蹤管理、轉介溝通	87
步驟九：記錄重要訊息，確認介入成效	87
步驟十：自我管理衛教，持續追蹤評估	90
步驟十一：照護資源鏈結，困難案例轉介	93
第四章 常見照護問題及其目標	95
壹、周邊肢體水腫導致疼痛	95
一、生理病理學機轉	95
二、徵兆與評估工具	96
三、照護目標	97
四、照護措施與步驟	98
五、水腫照護之最佳實證建議	100
六、成效評估	101
貳、淋巴水腫導致疼痛	102
一、生理病理學機轉	102
二、徵兆與評估工具	103
三、照護目標	105
四、照護措施與步驟	106
五、水腫照護之最佳實證建議	108
六、成效評估	109
參、痙攣與姿勢不良導致疼痛	110
一、生理病理學機轉	110
二、徵兆與評估工具	111
三、照護目標	112
四、照護措施與步驟	113
五、水腫照護之最佳實證建議	115
六、成效評估	116

實證導向 護理指引

第三章 疼痛評估與照護

第五章 疼痛照顧團隊與各職類角色	117
第六章 疼痛照顧措施計畫	118
壹、疼痛照顧臨床情境與照顧計畫	118
一、情境一、長照機構內住民的疼痛評估與轉介	119
二、情境二、護理機構內的銜接急性醫療的疼痛處理	121
三、情境三、術後返家病人的疼痛照顧	123
四、情境四、在家臨終瀕死病人的疼痛照顧	125
貳、困難疼痛照護	126
一、失智症與表達困難案主的疼痛評估	126
二、臨終病人的疼痛評估與照護	133
第七章 照顧成效評估與結論	136
重要相關資料資源	139
參考資料	141





最佳臨床實務建議



第一階段 整體評估，確認導因

在第一階段裡，共有四個步驟，從一般性基本評估、從頭到腳的身體評估、身心社靈完整的整體性全人評估、再到具體針對個別性狀況深入釐清疼痛導因與影響因子，以此進行系統性、完整性、個別性的疼痛評估。

良好的疼痛處理須奠基在完整有系統性的評估上，才能找出關鍵導因，對症下藥，有效緩解。
{證據等級 A ; Level 1}

將實證文獻整理為【最佳臨床實務建議】並以圖框標示，方便讀者閱讀與理解

最佳臨床實務建議

全面定時疼痛評估有助疼痛照護滿意度提升，也提升照護人員知能。
{證據等級 A ; Level 1}

第三章 疼痛評估與照護

疼痛評估是規劃和提供疼痛照護的關鍵第一步。有好的疼痛評估和護理，方能有效控制和/或緩解疼痛 (DeVesty, G. & Karakashian, A. L., 2018)。然而在高齡人口中，我們常觀察到老化處理所當然地從複雜到複雜，因此改善的疼痛管理應視為護理標準，以至於未獲正確。除了原本主動照護疼痛，再加上患者的疼痛常由多因素引起。因此疼痛評估與治療更顯困難 (Fong, E., 2017)。在各年齡層的疼痛評估裡，高齡長者總是未被充分疼痛評估的一群族群，罹患失智症的長者更加容易受到忽視 (McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D., 2009)。



圖 1 疼痛評估與護理四階段

護理師因為與其他健康專業人員之間的聯繫、與病人/住民/親友及其家屬間的互動與相關資源的链接與關係的接觸都是最多的，因此在有效的疼痛評估與治療上扮演相關關鍵性的角色 (Cancer Care Ontario, 2008; Schofield, P., O' Mahony, S., Collett, B., & Potter, J., 2008)。因此在本指引中，整理了四個階段八次步驟，供護理機構與居家護理照護的資深護理人員依據此，依序進行疼痛評估與照護，期能有更有效的找出疼痛導因。

第一階段 整體評估，確認導因

在第一階段裡，共有四個步驟，從一般性基本評估、從頭到腳的身體評估、身心社靈完整的整體性全人評估、再到具體針對個別性狀況深入釐清疼痛導因與影響因子，以此進行系統性、完整性、個別性的疼痛評估。

最佳臨床實務建議

良好的疼痛處理須奠基在完整有系統性的評估上，才能找出關鍵導因，對症下藥，有效緩解。
{證據等級 A ; Level 1}

步驟一：疼痛基本評估-PQRST 等評估工具

1. 疼痛評估基本概念

疼痛是一種主觀感受，因此疼痛與否及其強度，均是由病人/親友/住民本身的主訴來定義。評估的主要目的是為了確定此類此的疼痛經驗對病人/住民/親友意味著什麼。根據所提供的訊息，就可以是精準的判斷疼痛的導因與影響因子，進而有效提供適切治療，並可有助追蹤評估 (Briggs, 2002)。然而有由長者因認知或生理原因無法藉由言語、書寫或是其他肢體動作作(如眨眼睛)表達疼痛，就難以進而有效地進行疼痛評估與治療照護。(The Joanna Briggs Institute, 2017)。

主動評估

護理人員應直接主動詢問當事者，來評估潛在性疼痛或是在評估後發現疼痛狀況，而非消極等待病人/住民/親友自己開口陳述，或是依賴家屬與照顧者代為稱述疼痛。(American Medical Directors Association (AMDA), 2012)

主動評估

還在疼痛主動評估與評估後發現疼痛狀況

病人為主

疼痛主觀感受
病人/親友/家屬
其次才家屬代述



最佳臨床實務建議

全面定時疼痛評估有助疼痛照護滿意度提升，也提升照護人員知能。
{證據等級 A ; Level 1}

全面評估

全面評估均影響
從生理到心理
身心社靈全人觀

圖 2 疼痛評估的 2 主 2 全 (證據等級 A ; Level 1)

隨機對照試驗證實，進行全面疼痛評估時，病人與跨專業團隊雙方對疼痛管理的滿意度均增加，定期疼痛評估亦能增加健康照護專業人員的疼痛照護知識 (Goldberg, G. R. & Morrison, R. S., 2007)。因此建議對任何類型的潛在或已存在的疼痛，都應進行評估，並積極、全面及有系統的第一步疼痛評估與處理照護 (Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC), 2010; American Medical Directors Association (AMDA), 2012)。後續對患者進行持續性疼痛監測，定期進行重新評估 (DeVesty, G. & Karakashian, A. L., 2018)。





實證導向 護理指引

健康照護專業人員在照護病人/住民/個案時，可以先用一些簡單的問題初篩是否有疼痛問題，如 (American Medical Directors Association (AMDA), 2012)：

疼痛初篩小問題

“您現在感覺痛、酸或不舒服嗎？”
 “您哪邊受傷了嗎？”
 “您有任何不適嗎？”
 “您有用任何藥物止痛嗎？”
 (吃、注射、抹、貼)
 “您有任何痛或酸讓您睡不好嗎？”
 “您在日常活動時有痛嗎？”
 “您有多痛？”



歸納往昔資料，疼痛評估應有五大好時機，機構與居家的健康照護專業人員應於這五大時機時，完整的重新評估病人/住民/個案的整體疼痛狀況：(證據等級= 1b)

(1) 新入院/收案或醫護人員訪視時：

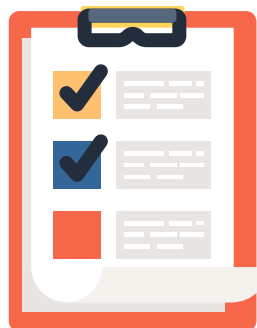
每次收案進入機構 (急性醫療或長期照護)或是居家收案進行訪視時，都應篩檢疼痛，以建立疼痛照護的基礎值(baseline) (American Medical Directors Association (AMDA), 2012; Cancer Care Ontario, 2008; Centre for Effective Practice, 2017)。

最佳臨床實務建議 (Slade, 2016)

- 應依據病人/個案/住民的溝通水平和認知狀態，使用適切的疼痛評估工具。(證據等級B)
- 證據顯示，即使是認知有障礙的病人/個案/住民，自身的主訴仍是最可靠和可信的(他說痛就是痛)。隨著認知障礙惡化甚至到無法溝通表達，就需要代理人(家屬或重要他人)代言表達。(證據等級A)
- 好的疼痛評估與照護應集跨專業團隊之力，並且納入住民/長者/病人、其家屬與主要照顧者、及健康專業照護人員。(證據等級A)
- 健康照護專業人員應定期接受疼痛評估與管理之相關繼續教育(證據等級A)
- 跨專業疼痛照護團隊的溝通討論、媒合轉介與交班相當重要，攜手打造無縫接續疼痛評估(證據等級B)。

實用小工具

- 簡單，實用
- 方便線上工作者直接使用



疼痛初篩小問題

“您現在感覺痛、酸或不舒服嗎？”
 “您哪邊受傷了嗎？”
 “您有任何不適嗎？”
 “您有用任何藥物止痛嗎？”
 (吃、注射、抹、貼)
 “您有任何痛或酸讓您睡不好嗎？”
 “您在日常活動時有痛嗎？”
 “您有多痛？”





實證導向 護理指引

第三章 疼痛評估與照護

(2) 疼痛、身體、或疾病狀況變化時：

隨著健康狀況和醫療狀況的變化，病人/住民/個案的疼痛狀況和疼痛程度會隨著時間的推移而變動。特別是對於癌症、持續性非癌症疼痛、骨關節炎等慢性健康狀況，或因年齡增長老化與退化所造成的疼痛問題。（American Medical Directors Association (AMDA), 2012; Cancer Care Ontario, 2008; Cornally, N. & McCarthy, G, 2011）。

(3) 在手術(或侵入性治療)之前中後：

如果人們接受已知的引起急性疼痛的程序，例如皮膚破損程序、免疫接種、手術或引流管插入或移除 (Herr, K., Bursch, H., Miller, L. L., & Swafford, K., 2010)。

(4) 主訴疼痛或是新發現到疼痛線索：

疼痛線索包括面部表情、呻吟、哭泣、肢體語言、特定身體部位的運動範圍受限、不願移動或活動減緩，或是精神狀態改變和混亂等。

(5) 使用止痛藥物介入照護之前中後



圖 3 疼痛評估 5 時機 (證據等級 A; Level 1)

2. 疼痛評估工具

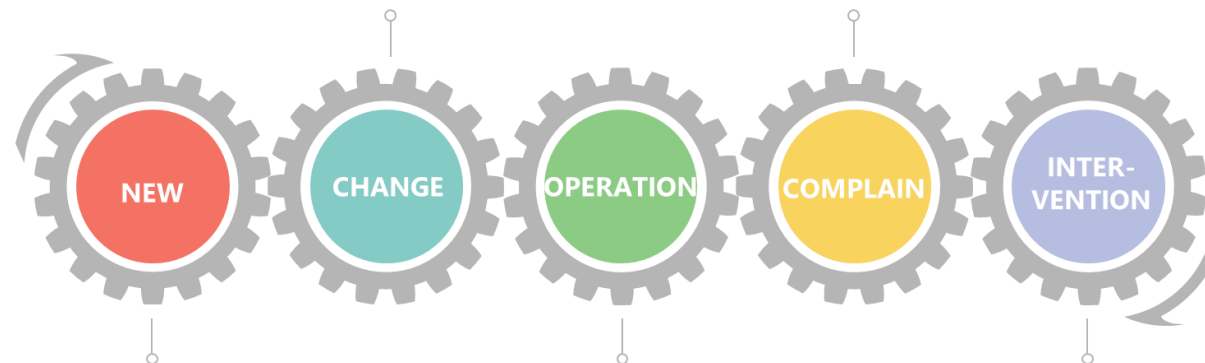
疼痛是一種多面向而且主觀的經驗感受，護理人員應用一致、系統的方法來篩檢與評估疼痛 (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013)。健康照護專業人員使用相關的疼痛評估工具，將有助於有效理解、評估進而管理疼痛 (5 級) (Australian Pain Society, 2005)。

運用系統性的方法，與適當且經過信效度驗證的工具，將有助於全面評估任何類型的潛在或現存的疼痛狀況。(證據水平= 1b)

除了舊有的文獻知識，更試圖創新整理，方便線上人員記憶

疼痛評估五時機

2.疼痛、身體、或疾病狀況變化時 4.主訴疼痛或是新發現到疼痛線索



1.新入院/收案或醫護人員訪視時 3.在手術(或侵入性治療)之前中後 5.使用止痛藥物介入照護之前中後



四大實用技術



冷與熱的冰火五重奏
正確與安全
用熱與用冷



告別身體硬梆梆
拉筋與
肌肉放鬆按摩



龍爪手抓龍秘技
經絡按摩、
穴位刺激與TENSs



擺脫肢體腫歪歪
一般水腫
與淋巴水腫按摩



容易被忽略的疼痛!

2018年國人最困擾健康問題

 No.1	肩頸腰背痠痛	33%
No.2	代謝變差(肥胖、水腫)	31%
No.3	眼睛乾澀、飛蚊症	22%
No.4	過敏、氣喘、蕁麻疹	20%
No.5	胃食道逆流、胃痛	17%
No.6	失眠	12%

<https://news.tvbs.com.tw/focus/979709>

根據臺灣疼痛醫學會調查，國人約有**70萬人**深受慢性疼痛的折磨。

比較癌症與非癌末期病人症狀發生比率（%）

症狀	癌症	AIDS	心衰竭	慢性阻塞性肺病	腎臟病
疼痛	35-96	63-80	41-77	34-77	47-50
憂鬱	3-77	10-82	9-36	37-71	5-60
焦慮感	13-79	8-34	49	51-75	39-70
意識昏沉	6-93	30-65	18-32	18-33	?
疲累感	32-90	54-85	69-82	68-80	73-87
呼吸急促	10-70	11-62	60-88	90-95	11-62
失眠	9-69	74	36-48	55-65	31-71
噁心感	6-68	43-49	17-48	?	30-43
便秘	23-65	34-35	38-42	27-44	29-70
腹瀉	3-29	30-90	12	?	21
食慾不振	30-92	51	21-41	35-67	25-64



PAIN!



Solano JP et al. Journal of Pain and Symptom Management. 2005.

· 圖表提供：蔡宏斌醫師



【貼心小提醒】

持續性疼痛已被證明可導致憂鬱、焦慮與睡眠障礙，或使之惡化。有這些問題的老年患者應定期接受慢性疼痛評估，儘可能的整合資源導入多元疼痛照護策略

(DeVesty, G. & Karakashian, A. L., 2018)

{證據等級I；A級建議}

*未受良好控制的疼痛，將衍生更多心社靈的困難與障礙。



to cure sometimes 時能治癒
to relieve often 常能緩解
to comfort always 總能舒適

Edward Livingston Trudeau

疼痛(pain)的定義



- “ • 疼痛與實際或潛在的損傷相關
- 疼痛是一種主觀感受
- 負向不愉快的感覺、情緒和經驗
- 不是所有人都會喊痛(用酸、緊、脹、怪怪的、不舒服等方式描述)
- 涵蓋生理心理及靈性層面 ”

(International Association for the Study of Pain (IASP), 2012; 趙可式, 2001; 胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃瀚心、陳幼貴., 2013; Slade, 2016 ; Twycross, 1997; Woodruff, 1999)

疼痛的五大特性



痛是主觀的



病人說痛
就是痛!

疼痛的感覺易受過去背景經驗、當下情緒/心理狀態、社會文化、心靈安適等影響
尤其疼痛和死亡有關聯時，病人的疼痛就被染上更多複雜的色彩

急慢性疼痛

戰或逃

淡漠與植物化

	急性痛	慢性痛
開始時間	容易被描述	不易被描述
時間過程	過渡性 (transient)	持續性 (persistent)
持續時間	可被預測、有限度的	無法預測、無限度的
導致原因	急性損傷或疾病	慢性過程
治療	治療損傷或疾病，暫時性的使用止痛劑。	治療潛在原因，規則的使用止痛藥物預防疼痛，心理社會支持。

疼痛分類

感覺接受性疼痛 nociceptive pain

身體組織受到傷害所引發的保護性反應

神經病變性疼痛 neuropathic pain

體感性疼痛

somatic pain

內臟性疼痛

visceral pain

肌肉痙攣痛

muscle spasm

去輸入性

(如肢體幻覺)

交感神經相關

Sympathetically maintained

神經遭壓迫

nerve compression
神經受損
nerve injury

- 體表皮膚/肌肉/肌膜/關節/骨骼受損引起疼痛
- 易定位，對藥物反應最佳
- 按壓受影響區域會感到酸疼

- 描述為悶/壓迫/緊縮/絞痛/不舒服
- 常有自律神經刺激症狀如噁心和冒汗
- 定位困難，感受到的常不是患部，是轉移性疼痛

- 周圍或中樞神經系統損傷造成
- 酸/抽/麻/緊壓/燒灼/針刺/刀刺/閃電/陣痛/蟲爬/發癢
- 轉移性疼痛常見(在問題神經的分佈範圍內)

疼痛評估真的比身體檢察與評估課室教的難多的

疼痛分類

感覺接受性疼痛

神經病變性疼痛

體感性疼痛

內臟性疼痛

肌肉痙攣痛

去輸入性

交感神經相關

神經遭壓迫
神經受損

非類固醇抗發炎藥 Panadol
NSAID 如 Aspirin Aspegic Brufen
Naposin Keterolac Voltaren Mobic
Ketoprofen Celebrex Salsaeate Vioxx

鴉片類+NSAID 如 Codeine,
Tramadol ,Depain,Vioxx.....

強鴉片類+NSAID 如 Morphine
Fentanyl, Methadone.Temgesic.....

Buscopan
Scopolamine

輔助藥物療法

Amiptyline:Tofranil
Anticonvulsants: Tegretal Dilantin
Mexiletine.Vena
Local Anaesthetics : Xylocaine
Dexamethasone: Baclon Clonidine
Medicon Ketamine.....

輔助療法

TENS
按摩.背部護理
翻身擺位
想像鬆弛療法
芳療、藝術治療
音樂治療

多維

整體性疼痛(total pain)

身心社靈彼此環環相扣

疼痛的原因複雜，含身心社靈
層面，處置包含藥物與非藥物

(Goldberg, G. R. & Morrison, R. S., 2007; Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)

{證據等級III；A級建議}

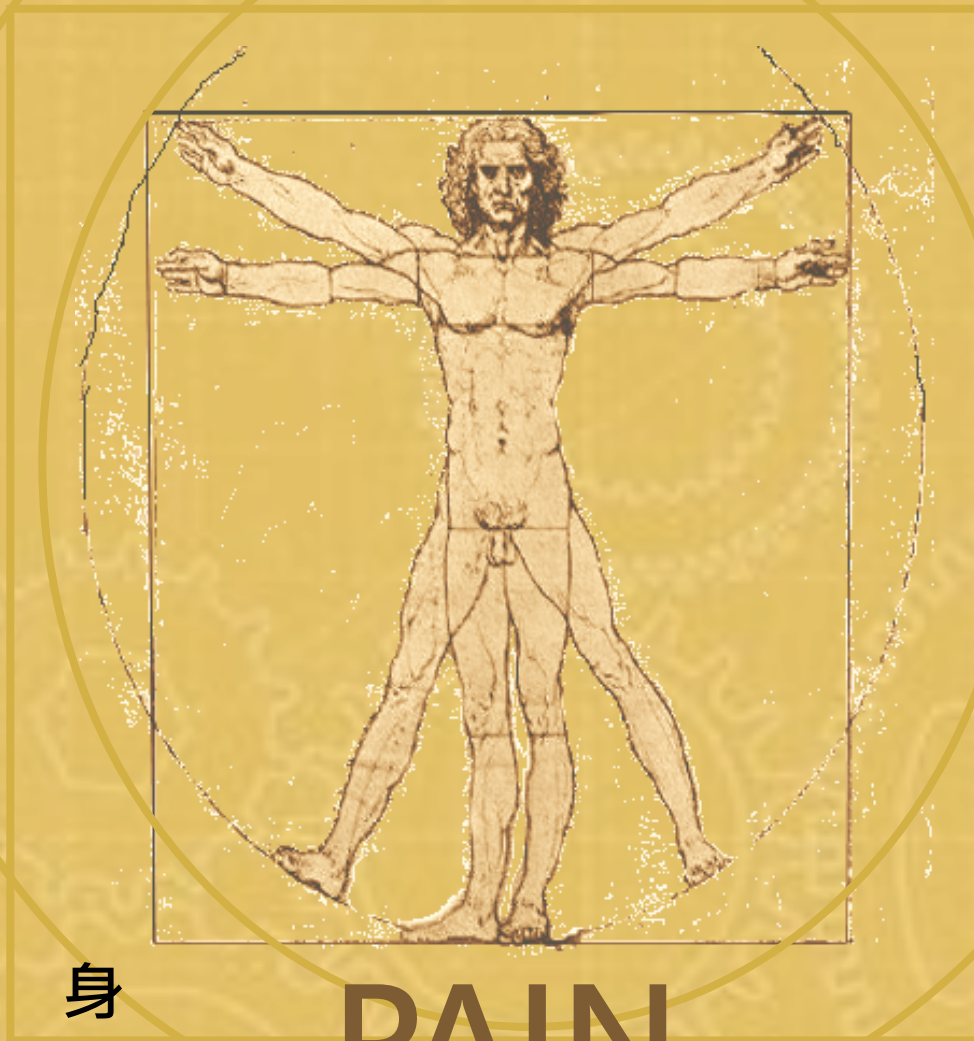
靈

社

心

身

PAIN





對疼痛治療/藥物感到害怕與擔憂：

- **怕染毒癮**：尤其擔心鴉片類藥物導致成癮
- **怕藥失效**：擔心藥物耐受性，要越打越多
- **怕副作用**：認為止痛藥的不良反應會致命
- **怕是宿命**：認為疼痛是懲罰和詛咒，應忍受
- **怕被討厭**：相信「好」的病人不會抱怨疼痛
- **怕打針痛**：對注射動作有所恐懼
- **怕治療失焦**：擔心疼痛治療分散醫師注意力
- **怕病情惡化**：認為疼痛意味著疾病進展



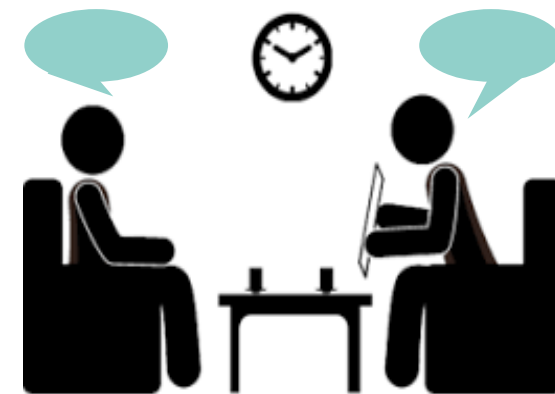
第一階段



第二階段



第三階段



第四階段

整體評估
確認導因

個別計畫
配合治療

多元輔療
疼痛照護

追蹤管理
轉介溝通

良好的疼痛處理須奠基在完整有系統性的評估上，才能找出關鍵導因，對症下藥，有效緩解。

完整的疼痛評估

- 應包括：
 - 周詳的疼痛病史
 - 病人心理狀態的評估
 - 身體檢查，重點是儘可能去查明疼痛的來源
 - 適當的診斷檢查，來釐清疼痛的來源，或者會影響治療計劃會根據檢查的結果而改變



疼痛評估的2主2全

主動評估

潛在疼痛主動評
疾病診斷是線索
表情肢體露訊息

病人為主

疼痛是主觀感受
病人說痛就是痛
其次才家屬代言

全面定時疼痛評估有助疼痛照護滿意度提升，也提升照護人員知能。
(Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)

{證據等級A ; Level 1}

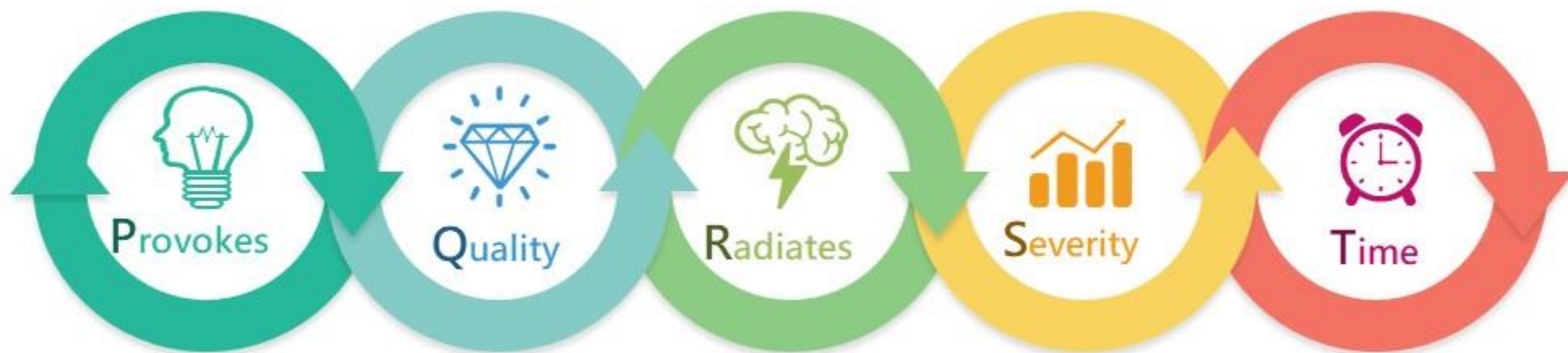
全人評估

疾病老化均影響
從頭到腳全身評
身心社靈全人觀

全面篩檢

疼痛評估- PQRST 又值放槍時

以PQRST進行評估，以「又、值、放、槍、時」作為口訣



誘因

疼痛誘因為何？
如何緩解疼痛？
怎樣導致加重？

性質

疼痛什麼性質？
痛感覺像什麼？
病人如何描述？

放射

疼痛的部位？
放射到何處？

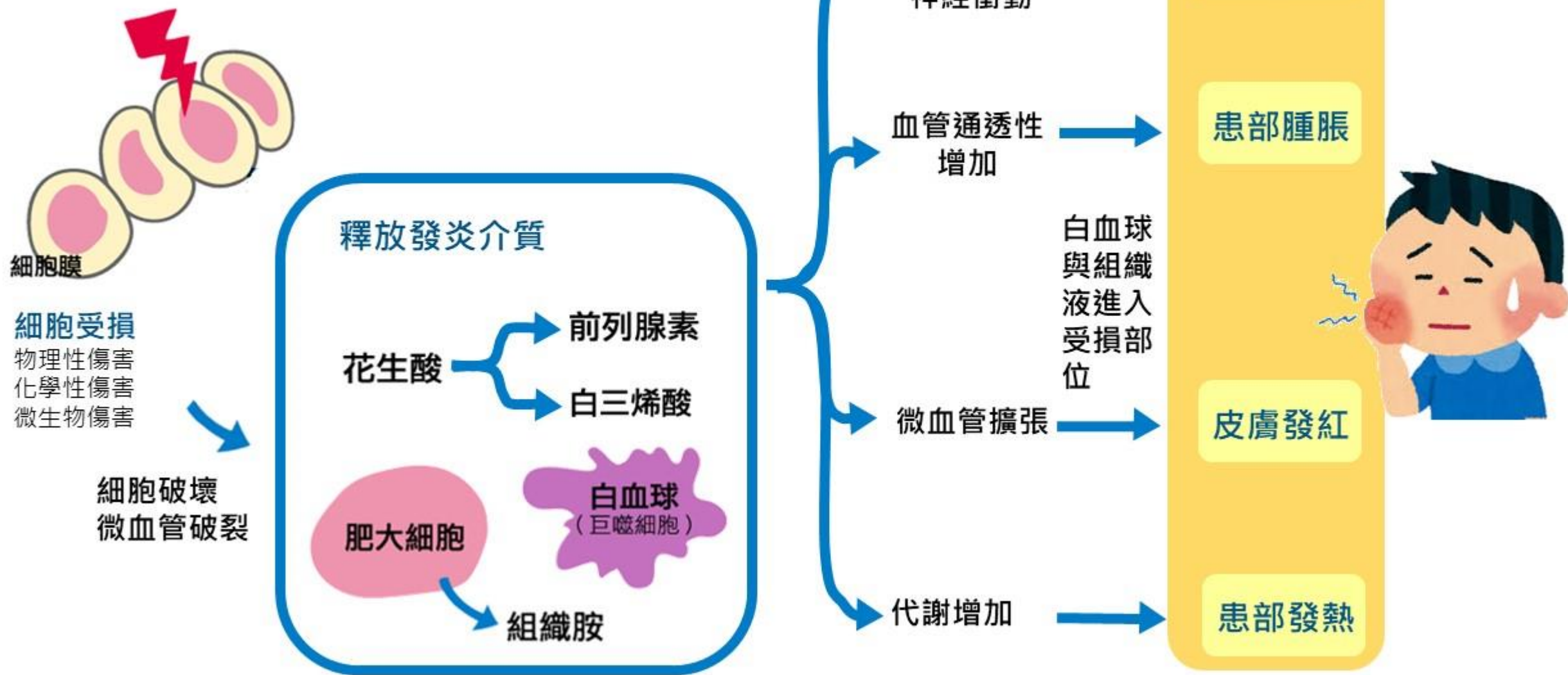
強度

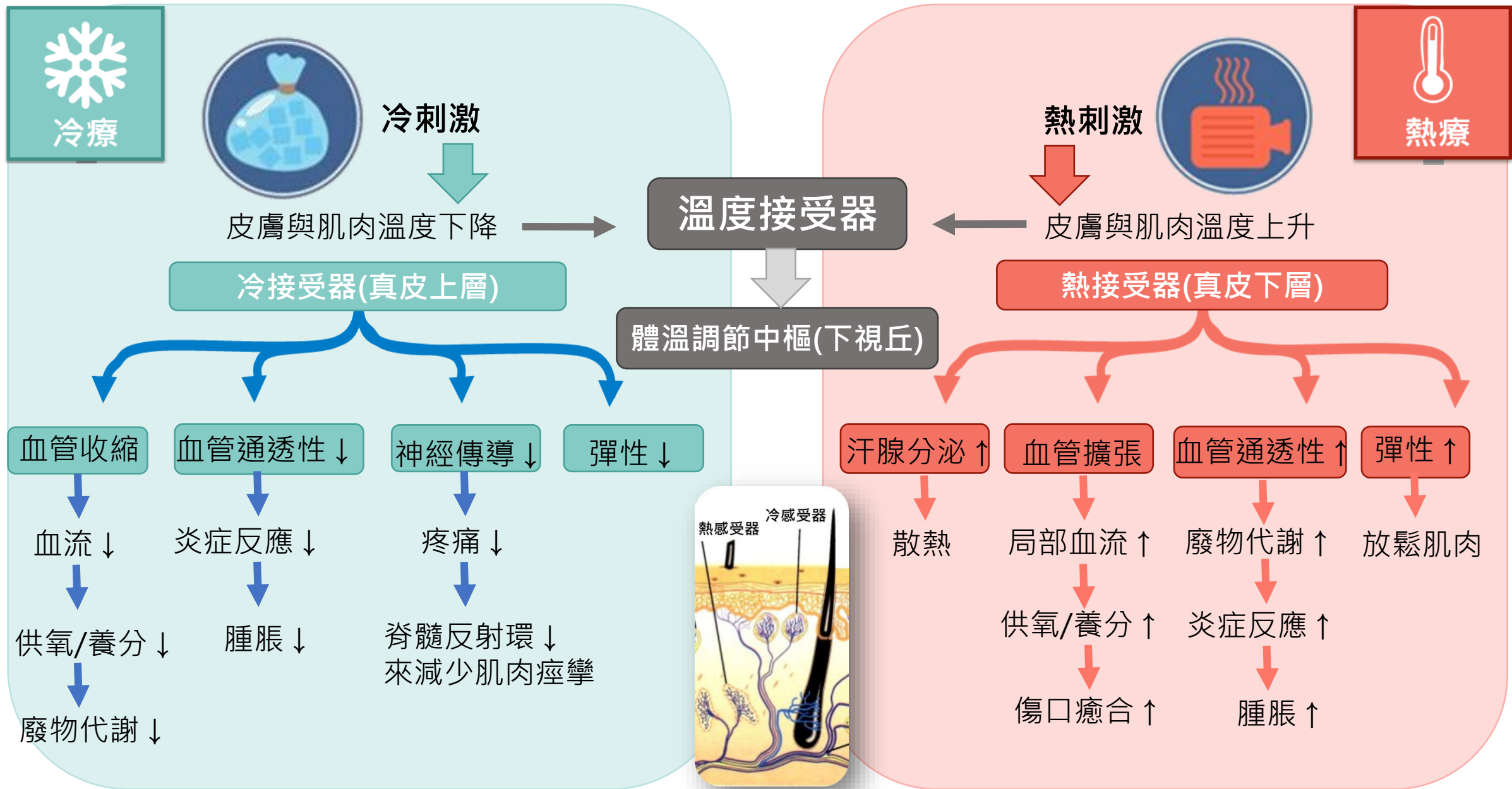
疼痛程度如何？
0-10分痛幾分？
治療後的強度？

時間

何時開始疼痛？
何時終止疼痛？
疼痛維持多久？
頻率多常發生？

組織受損的發炎反應







冰敷

急性損傷時適用

紅腫熱痛時適用

減緩發炎與疼痛

禁用於血液循環不佳

冰敷常與加壓合併使用

冰敷常與加壓合併使用

冰敷比熱敷需要少點時間



熱敷

長期與慢性損傷適用

肌肉與關節僵硬適用

提升傷口治癒能力

禁用於局部發炎與感染

熱敷與適當運動合併使用

熱敷與適當運動合併使用

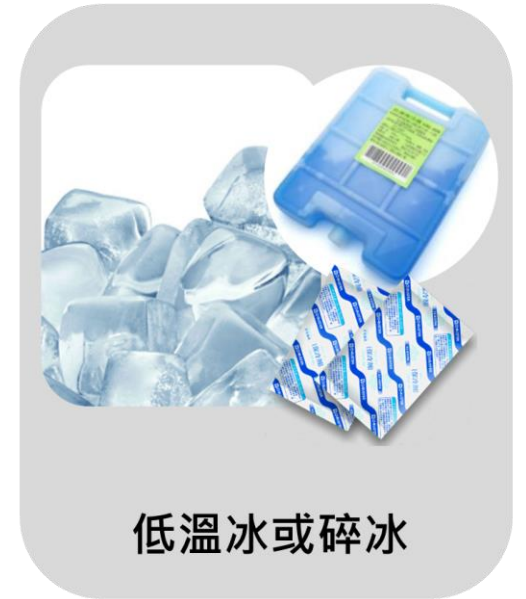
一般不超過15分鐘

熱敷的禁忌

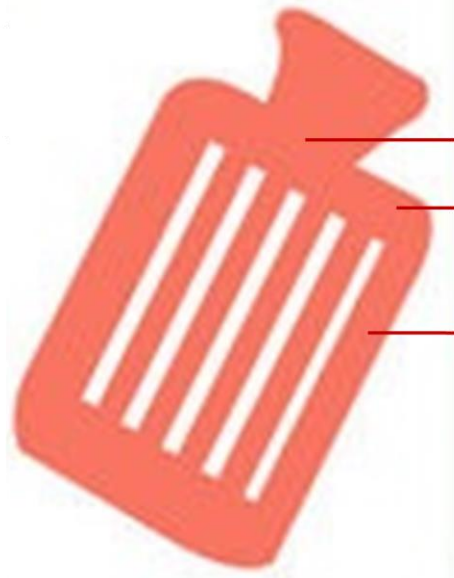


- 皮膚不完整：有開放性傷口、有縫線
- 炎症急性期：還有紅、腫、熱、痛
- 淋巴水腫肢體：會造成嚴重腫脹
- 輻射治療部位：接受放射線治療(R/T)
- 藥物貼片上面：導致藥物立即釋放

{證據等級Ib；A級建議}

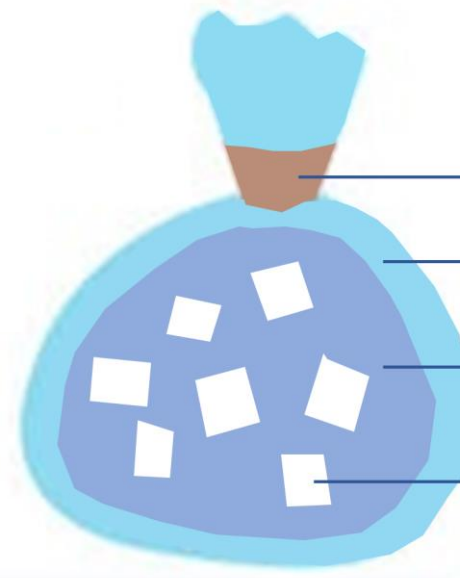


好的熱敷袋



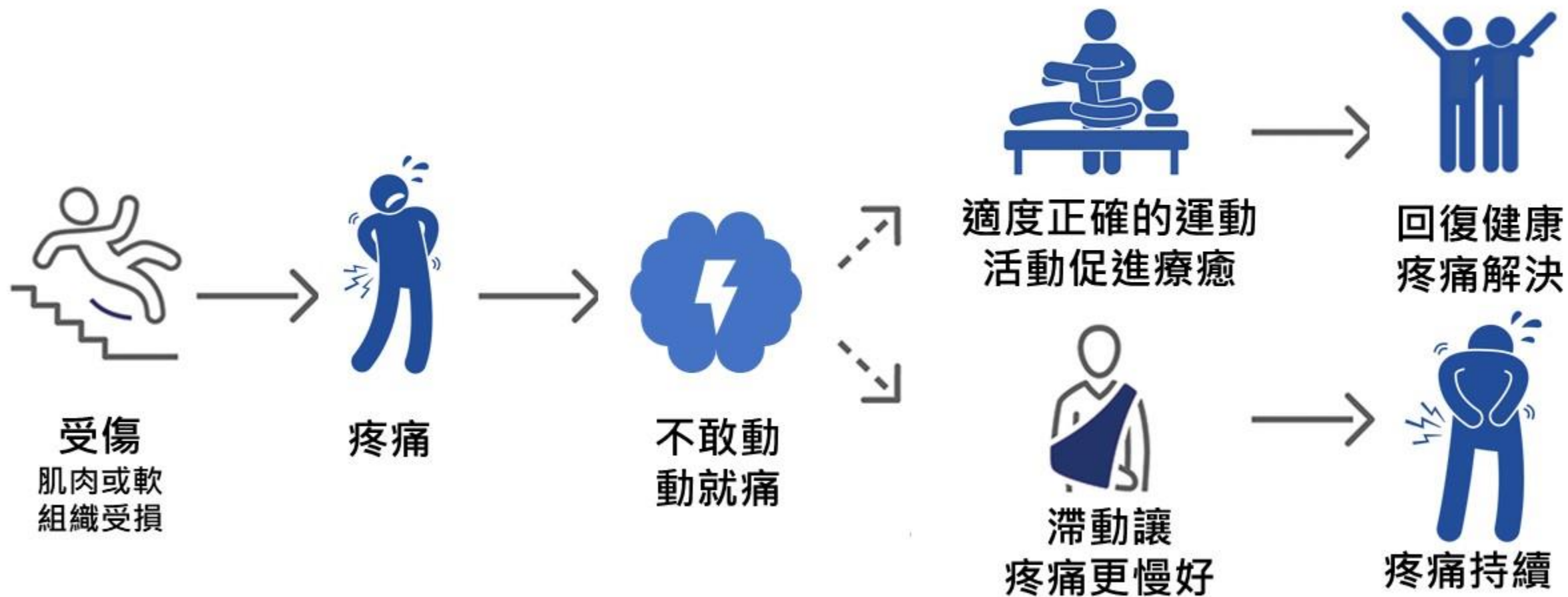
- 開口務必要拴緊(預防燙傷)
- 外層套上一層塑膠袋(避免熱水外溢)再套上枕套或毛巾(增加舒適)
- 熱水不應裝到滿(鼓鼓的)應該薄薄的一層即可
在裝入部分熱水後，將熱敷袋平放(開口微朝上)將空氣排出(熱水量剛好到開口)再拴上蓋子

好的冰袋



- 開口要束緊(拴緊)
- 外層套上枕套或毛巾
- 水應蓋過冰塊
- 冰塊不要過多

運動與活動處理疼痛問題



For more information about how pain works, movement and safe options for relief, [download the Safer Pain Relief guide](#).

主訴	狀況	冷熱療
頭痛	緊張性頭痛，頸部肌肉痙攣，頭部或枕骨後收縮抽痛	濕熱敷：放鬆肌肉，緩解頸部肌肉痙攣 清涼的冷敷與薄荷(腦)成分藥物塗擦：收縮擴張的血管，緩解抽痛感。
關節痛	關節痛關節軟骨和肌肉僵硬、骨關節炎造成的疼痛	以濕熱敷/泡，可緩解關節僵硬，鬆弛緊繃肌肉
	骨頭和軟骨周圍尿酸堆積引起的關節炎(痛風性關節炎)	冰敷受影響不為(大腳趾、肘部、膝蓋、手腕、腳踝等)，每次15-20分鐘，一天數次，以減少炎症反應、腫脹和麻木疼痛感。
	關節處附近韌帶拉傷/扭傷/撕裂	急性期：局部冰敷、休息、避免傷害，以減輕炎症反應和麻木疼痛。 慢性期：加熱以緩解僵硬，配合運動。
肢體痛	肌肉拉傷/肌腱損傷	急性期：局部冰敷、休息、避免傷害。 疼痛減輕後，熱敷放鬆肌肉並緩解僵硬。 慢性期：運動前進行拉筋與溫熱敷，改善血液循環。
	肌腱炎(患處疼痛與灼熱)，強度/柔軟度降低	每天冰敷患處15-20分鐘，一天數次，每次間隔至少1-2小時。

失智患者/認知障礙老人的疼痛評估線索

(American Pain Society, 2012; Ahn, H. & Horgas, A., 2013; 蔡佩紋、施燕華、蘇恩平、王靜枝, 2015)

臉部表情表現

Facial expressions

悲傷、驚恐、怪異表情、皺眉、前額糾結、輕閉或緊閉雙眼、面部扭曲、與快速眨眼。



心理狀態改變

Mental status changes

哭泣、流淚、增加混亂情形、易怒與悲傷。



身體動作表現

Body movements

身體姿勢僵硬緊繃、防衛、坐立不安、踱步、搖擺、行動與步態受限、移動範圍改變。



語言聲音表現

Verbalizations, vocalizations

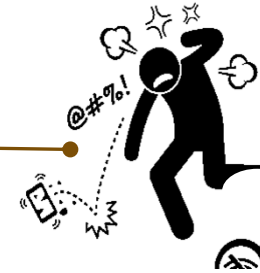
嘆氣、嗚咽、呻吟、嘀咕、吟誦、呼喊、辱罵、吵雜的呼吸音。



人際互動改變

Changes in interpersonal interactions

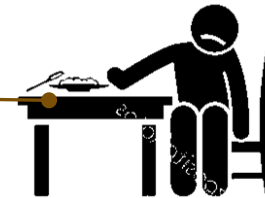
具破壞性、具攻擊性、好鬥、社交不當、排拒活動、減少互動、退縮。



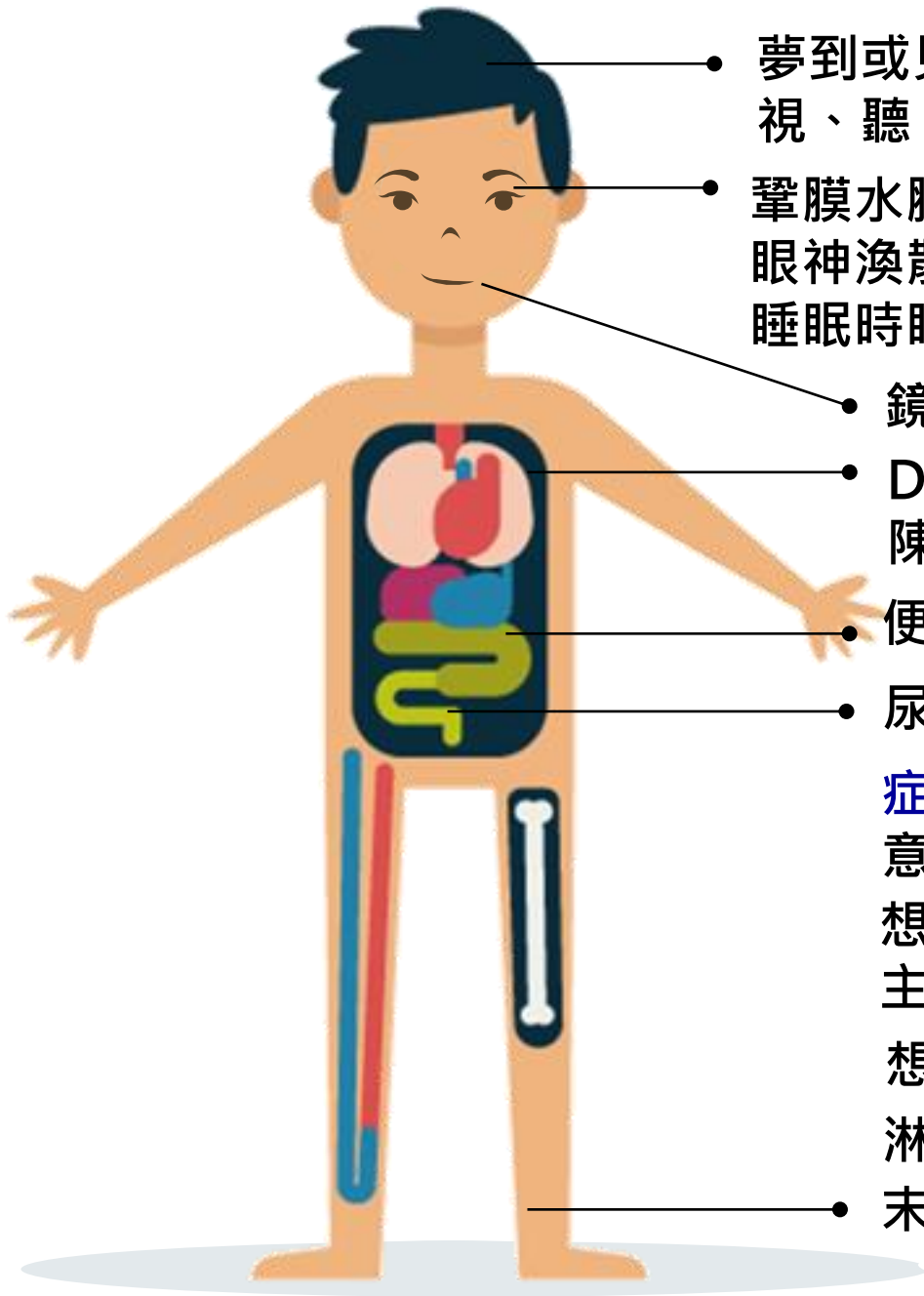
生活常規改變

Changes in activity patterns or routines

拒食、胃口改變、增加臥床時間、睡眠休息型態改變、突然停止平日常規活動與遊走情形增加。



{證據等級IIb ; A級建議} 37



- 夢到或見到已過世的人
視、聽、嗅、觸幻覺
- 鞏膜水腫(荔枝眼)←居家少見
眼神渙散呆滯、無焦距、
睡眠時眼睛無法完全閉合
- 鏡面舌(舌面光滑)
- Death rattle
陳氏呼吸
- 便秘或失禁
- 尿量減少或變深
- 症狀惡化(疼痛、喘)
意識改變
想回家、預感來日不多、
主動作死亡準備與交代後事
想下床(踩地母)末期躁動
淋巴球數減少
- 末稍冰冷/發紺

臨終瀕死症狀變化

腦部意識惡化

血循代謝惡化

括約肌放鬆

呼吸型態變化

抽血數值變化

社心靈期待需求

醫療行為三大範疇



醫療主要行為

醫療主要行為指須由（西）醫師親自執行之醫療行為」有**診斷、處方、記載病歷、手術、麻醉**五種。



醫療輔助行為

定義是「醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師指示下，由輔助人員執行」。民國 90 年 03 月 12 日衛署醫字第 0900017655 號「修訂護理人員法第二十四條第一項第四款所稱醫療輔助行為之範圍」



不列入醫療管理之行為

衛生署爰於八十二年十一月十九日以**衛署醫字第八二〇七五六五六號公告**不列入醫療管理之行為及相關事項如下：

- (一).**未涉及接骨或交付內服藥品**，以傳統之推拿方法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為。
- (二).**未使用儀器、未交付或使用藥品，或未有侵入性**，而以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為。如藉指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等方式，對人體疾病所為之處置行為。



Thank You

疼痛整體症狀照護及指導指引



107年度「護理機構實證應用之臨床照護及指導培訓計畫」