

# 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

更新日期：2019年12月03日

楊婉萍 高雄市立大同醫院(高醫經營) 院務顧問

張曉雲 輔英科技大學護理學院 院長

陳怡蒨 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

李秀花 成功大學附設醫院 督導長

蕭佳莉 高雄市立大同醫院附設居家護理所 負責人

陳玉鳳 台灣護師醫療產業工會 理事長

劉芊葳 高雄醫學大學護理系 博士生

宋聖芬 高雄市立小港醫院(高醫經營)護理部 護理長

張秀禎 高雄醫學大學附設醫院護理部 護理師

陳淑娟 屏東基督教醫院 居家護理師

劉瓔宜 高雄民總醫院護理部 護理師

林士峰 高雄市立大同醫院(高醫經營) 物理治療師

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 成功大學附設醫院緣恩病房 副護理長



Total Pain

衛生福利部107年度護理及健康照護司



# 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 .....	2
壹、引言 .....	2
貳、指引發展過程 .....	9
第二章、「疼痛照護整體症狀照護及指導」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 .....	15
貳、「疼痛照護整體症狀照護及指導」主題背景與重要性 .....	21
第三章 疼痛評估與照護 .....	24
第一階段 整體評估，確認導因 .....	27
第二階段 個別計畫，配合治療 .....	36
第三階段 多元輔療，疼痛照護 .....	39
第四階段 追蹤管理，轉介溝通 .....	56
第四章 疼痛照顧團隊與各職類角色 .....	58
第五章 特殊疼痛照顧措施計畫 .....	62
壹、周邊肢體水腫導致疼痛 .....	63
貳、失智症與表達困難案主的疼痛評估 .....	65
參、瀕死臨終病人的疼痛評估與照護 .....	67
第六章 照顧成效評值與結論 .....	68

## 圖目錄

圖 1 疼痛指引特色 .....	3
圖 2 PICO 四面向 .....	4
圖 3 實證指引發展參考用書 .....	5
圖 4 疼痛照護教育需求調查形成過程 .....	7
圖 5 護理機構與居家護理人員疼痛教學需求調查(N=617) .....	8
圖 6 護理機構與居家護理實證指引發展組織運作結構示意圖 .....	9
圖 7 實證文獻檢索與整理過程 .....	10
圖 8 JBI 證據強度標準 .....	12
圖 9 整體疼痛症狀照護及指導實證指引 課程模組 .....	13
圖 11 疼痛種類 .....	17
圖 12 不同疼痛種類適用的治療處置 .....	17

圖 13 對疼痛治療與藥物常見的八大害怕.....	22
圖 14 疼痛評估與照護四階段.....	27
圖 15 疼痛評估的 2 主 2 全.....	28
圖 16 疼痛評估 5 時機 .....	31
圖 17 好的疼痛工具特性 .....	32
圖 18 PQRST 誘質放強時 疼痛評估口訣 .....	32
圖 19 無法表達者的疼痛評估 .....	33
圖 20 長者疼痛評估貼心小提醒 .....	34
圖 21 發炎反應的機轉 .....	40
圖 22 冷療與熱療的生理效果.....	41
圖 23 不同冷療方式效果評比.....	43
圖 24 正確的冷敷冰袋做法.....	43
圖 25 熱敷五大禁忌 .....	45
圖 26 正確的熱冰袋做法.....	46
圖 27 冷敷與熱敷要點 .....	47
圖 28 疼痛與運動的關係.....	49
圖 29 門閘理論的機轉意示圖.....	52
圖 30 按摩功效 .....	53
圖 31 醫療行為三大範疇 .....	60
圖 32 護理人員可執行之醫療輔助行為 .....	61
圖 33 失智患者/認知障礙老人的疼痛評估線索 .....	66

## 表目錄

表 1 本指引之 PICO 內容.....	4
表 2 十大實證指引主題與負責教練.....	5
表 3 證據強度分級 .....	12
表 4 指引文獻評讀標註表單 .....	13
表 5 疼痛評估第一階段之建議摘要表 .....	25

# 第一章

## 護理機構及居家 疼痛實證指引簡介



疼痛整體症狀  
照護及指導

楊婉萍 高雄市立大同醫院 院務顧問  
劉芊葳 高雄醫學大學護理系 博士生

# 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

### 壹、引言

#### 一、指引目的

本文旨在探討對護理機構與居家常見的疼痛問題，及適切的疼痛評估和疼痛照護，提高護理機構與居家護理人員對此護理照護中相當核心但常被忽視的問題之照護知能。



偶而治癒疾病，時常減輕症狀及總能讓病人舒適

*to cure sometimes, to relieve often, to comfort always*



Albert Schweitzer ( 1953 ) 曾經提到：「痛苦是人生裡最可怕，甚至凌駕於死亡本身的.....我們都必須死，但如果若能將他從折磨的日子中拯救出來，那就是我覺得這是我偉大而又新的特權」以及另一句 Trudeau 閣述醫療照護的精髓名言：「偶而治癒疾病，時常減輕症狀及總能讓病人舒適(*to cure sometimes, to relieve often, to comfort always*)」。疼痛問題攸關生活品質與生命尊嚴，我們希望閱讀完此實證指引，能讓讀者能對疼痛議題有整體性的理解，亦能利用書中內容與所列資源，進行個別性評估，並提供個別性照護。

2012 年衛生福利部於第二次全國護理之家評鑑首次將疼痛處置納入長期照護機構整合式評鑑指標，要求各機構將疼痛評估、處置辦法及流程納入照護品質指標項目之一 (衛生福利部, 2012)。顯見我國已開始關注機構提供住民疼痛相關評估與照護議題。然而，許多機構在制定與實施疼痛評估本指引發展目的是以整體性疼痛照護觀點，根據最新和最可靠的證據，提供長期照護機構住民或居家照護居家個案疼痛問題最佳及有效的照護建議，進而能提供疼痛問題之預防與管理。希冀能對護理機構與居家中銀髮長輩評估其疼痛問題，進而提供適切、多元、安全、有效之照護措施以緩解其疼痛。

老年人口發生疼痛的盛行率(Prevalence)相當高，估計社區長者有 35-48%，養老院住民則有 45-85% 受持續性疼痛之苦。然而相當多的疼痛未獲得良好診斷與治療照護，以至於造成痛苦，並降低生活品質 (National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2006)  
(證據等級 IV ; B 級建議)

本指引期待達到下列目標：

- 建立臨床評估標準，以確定疼痛的症狀並辨識個別性導因，更有效評估進行評估與照護。
- 在評估照護療效和安全性後，建議進行適當的疼痛照護，維護案主的生活品質及生命尊嚴。
- 建立案主與病人轉診給最合適的健康專業人員的參考。
- 建置共享記錄，以有效進行疼痛管理，並鼓勵案主與家屬及專業團隊彼此間的溝通。

指引與相關培訓課程希望能夠落實有效疼痛照護的教育，培育出具下列知能的護理機構與居家護理人員：

- 培育能獨立執行居家疼痛護理的居家護理師與機構護理師
- 能夠整體性評估病人疼痛導因、個別性解決病人疼痛問題
- 具教與學能力，能有效衛教案主自我疼痛紀錄、管理與照護
- 能溝通協調能力，適時適切諮詢、導入與轉介多元照護專業



圖 1 疼痛指引特色

除了答覆上述目標，奠基於國內外為數眾多的疼痛指引基礎上，在調查護理機構與居家護理所線上人員之經驗、意見與建議後，本指引希望能以：接地氣、本土化、實用性、專業度四大特色予以定位。以第一線照護實務需求為導向，期待指引能簡化後精要呈現，並且有具體策略能答覆照護現場需求。並能引用更多本土化的疼痛迷思、評估與照護經驗之闡述，並以本土性案例貫串指引，以強化本土化之特色。為符應實際需求，本指引除了發展之嚴謹度外，更強化內容之實用性，於內容中呈現方便實用之評估工具、簡易圖表、導引評估問題、照護 SOP、技術清單等，強化技術操作與照護實務。並藉由文獻證據之彙整，呈現疼痛照護之護理專業性與獨立性功能。

## 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



獨立專業



適時適切



完整個別



安全有效

## 二、指引範圍(PICO)

本指引之適用對象為接受疼痛照護相關教育訓練之長期照護機構或居家照護機構之負責人或護理人員，以及從事長期護理機構或居家照護之其他醫療團隊成員。照護對象為入住在長期護理機構內長期臥床或肢體活動障礙者之成年住民，擬定長期護理機構或居家照護住民疼痛照護之最佳臨床照護指引，期望建構成一套疼痛照護模組，並經由模組教育的推行導入機構介入應用，尊重案主的個別性狀況、獨特需求以及可用資源，進而主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以緩解改善住民與病人疼痛的嚴重度，增進生命尊嚴及生活品質。以此最佳照護實踐指南，以提供基於證據的建議，幫助護理機構與居家護理師提供精準的評估與適切的疼痛照護。

此外，專家團隊擬定疼痛照護之核心能力（知識、技能與態度），導引疼痛教育，指引護理人員能有效評估、管理、甚至預防疼痛。逐步教育護理之家與居家護理的護理師能具備足夠的教育和經驗，在照顧任何類型疼痛的存在或風險的人時，能自信、自在和幹練的提供照護。而且能與其他專業人員攜手跨專業團隊良好溝通合作，共同為案主的疼痛緩解一起工作。據此，得以獨立進行照護、提供諮詢、並進行臨床照護之管理與教育。

本「疼痛照護整體症狀照護及指導」實證指引聚焦 PICO 列出關鍵字進行文獻檢索，並針對本指引欲錨定的臨床問題範圍具體界定。

表 1 本指引之 PICO 內容

群體/問題(P)	介入措施(I)	對照 C	照顧成效評值 (O)
護理機構 與居家護理病人的 疼痛問題	1.正確安全用熱與用冷 2.拉筋與肌肉放鬆按摩 3.經絡穴位按摩與 TENS 4.一般與淋巴水腫按摩	一般常規 性疼痛照護：配合 醫囑給藥、轉移 注意力等	1.能夠辨識影響案主疼痛的導因 2.案主疼痛可以改善緩解或解除 3.因疼痛所影響導致的身心社靈困擾(不敢動、社交隔離、憂鬱、無望等)獲改善 4.案主的生活品質獲得改善



圖 2 PICO 四面向

### 三、指引背景

本計畫係由衛生福利部的護理及健康照護司發起統籌，由國立陽明大學穆佩芬教授主導整體計畫，邀集各界專家，剖析護理機構與居家護理照護場域第一線護理人員常遇到的照護困境與教育需求，針對十個護理機構與居家護理常見及重要的主題（見表 4）建構本土化的照護實證指引。計畫為期一年，從 2018/07/10 到 2019/07/09，針對護理機構及居家護理負責人，以穆教授等學者撰寫之「實證護理」一書作為導引（穆佩芬等，2018）。研製具實證基礎，有本土性且以實務導向的實證指引，並發展有效的教育訓練。此十主題由照護司與穆教授邀集全台各領域專家擔綱教練，各組由種子教練推薦與照護司建議，產生十位種子教師名單，經報衛福部照護司核准後確認。

表 2 十大實證指引主題與負責教練

組別	教練姓名	服務機關	職位	最高學歷	方案指引主題
1	胡月娟	中臺科技大學護理學院	教授	英國歐斯特大學護理學院 博士	進食、吞嚥困難照護及指導
2	周矢綾	社團法人臺灣護理之家協會	理事長	國立台北護理健康大學長期照護所 碩士	護理機構個案鼻胃管和導尿管的置放評估與衛教
3	楊婉萍	高雄市立大同醫院護理部	顧問	國立成功大學健康照護科學 博士	整體疼痛症狀照護及指導
4	呂東武	國立臺灣大學醫學工程學系	教授	英國牛津大學醫學工程工程科學系博士	平衡能力評估與跌倒預防、照護及指導
5	穆佩芬	國立陽明大學臨床護理研究所臺灣實證卓越中心	教授暨主任	美國明尼蘇達大學護理學院 博士	再創中風個案主要照顧者的契機照顧與指導

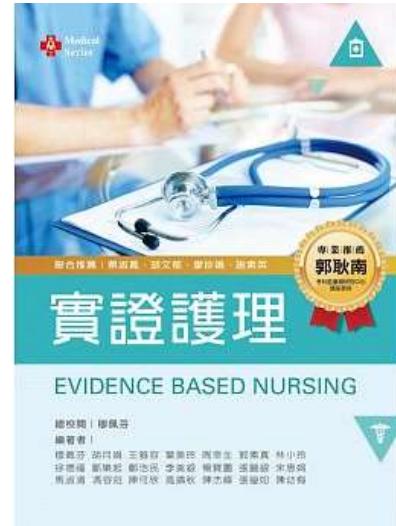


圖 3 實證指引發展參考用書

		JBI 亞洲區	主席		
6	陳玉枝	台北榮民總醫院 護理部	顧問	美國南卡羅萊納大學 醫療管理 博士	照護品質指標監測 及持續改進
7	蔡新中	衛生福利部 台中醫院外科部	主任	國立中興大學 生命科學系博士班候選人	護理機構中壓力性 損傷危險族群的預 防與處置
8	馮明珠	高雄市立 大同醫院護理部	主任	國立成功大學 護理研究所 碩士	感染預防控制照護 及指導
9	呂郁芳	社團法人臺中市居 家護理聯盟協會	理事長	逢甲大學 經營管理 碩士	足部全人護理
10	蘇純縉	國立雲林科技大學	教授暨 副校長	美國德州大學阿靈頓分校 工業工程 博士	護理機構失智照護 與指導—失智友 善環境設計

護理機構與居家護理的護理人員往往教育資源不若醫院體系來的豐富，因而缺乏足夠的學習資源與資源，來獲取並進行具實證基礎的複雜疼痛照護與管理。因此，本指引在專家小組針對疼痛的實證收集與彙整後，將奠基於實證研究文獻，提供了基於實證證據的護理建議，護理機構與居家的護理師及其他醫療照護專業人員可以酌情為其案主使用。在護理機構的護理人員可以藉由此實證指引的引導，其中的最佳照護建議可供提升自身疼痛照護專業知能。進而積極評估病人/住民/案主的疼痛問題，適切媒合轉介跨領域專業，提供多元照護，管理並改善疼痛狀況，提高生活品質。

為答覆線上護理人員之實際需求，因此本指引發展之初，先以個別訪談訪談護理機構與居家護理之資深線上護理師，再回頭邀集種子教師進行焦點團體聚焦討論。藉由質性訪談與焦點團體的質性分析與歸納，設計調查問卷，並建置 google 線上表單，對外宣傳邀請護理師進行填答(圖 4)。經由完成的調查，探索與理解線上人員之教育需求。填答份數  $N=617$ ，受訪者平均年齡為 36.8 歲(介於 25-64 歲間)，護理工作平均年資為 13.6 年(最高甚至長達 42 年)，而受訪者學歷八成為大學以上(80.4%)。參與調查的對象中，共有 387 位目前仍在護理機構與居家護理工作，95% 曾在居家照護/護理機構中處理過疼痛問題( $N=617$ )。

他們除了高度肯定疼痛議題在護理機構與居家照護的重要性，給了平均 4.66 分(選項 1-5 分，滿分 5 分)，並肯定在此議題上護理師的重要性，給了平均 4.62 分(選項 1-5 分，滿分 5 分)。但對於「居家照護/護理機構中護理師是否能緩解病人疼痛」一題，仍有 188 份回覆 $\leq 3$  分，進一步分析探討發現護理人員對於疼痛照護內容項目與角色定位仍相當模糊。因此找到機構與居家中護理人員緩解病人疼痛的獨立性角色功能，擺脫「by order」實有其重要之處!

針對此調查中「護理機構與居家疼痛照護之教學需求調查」結果(圖 5)，進一步架構本指引大綱，並發展概念圖，進一步模組化發展課程。目前搜尋到的中英文成人癌症疼痛指引(共 12 篇)，內容多著重於「疼痛評估與藥物治療」之闡述，且已具實證資料。然對於護理照護介入措施，包括「非藥物治療與持續照護」

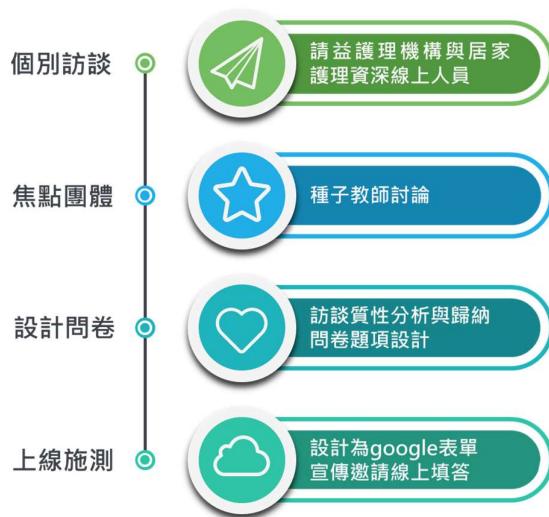


圖 4 疼痛照護教育需求調查形成過程

著墨較少，且實證資料不足並缺乏具體細節。因此在本指引中針對已完善發展的部分，直接參考採用現有指引。但對於多元疼痛照護介入措施，為了顧及臨床護理人員在有限的護理照顧時數，能夠有效率 (efficient) 地執行可近性佳 (不需依賴太多外在資源) 且具實證效果 (effective) 的止痛方法，選擇四項技術：

1. 正確安全用熱與用冷、2. 拉筋與肌肉放鬆按摩、3. 經絡穴位按摩與 TENS、4. 一般與淋巴水腫按摩，進行整理，以供臨床護理人員參考。

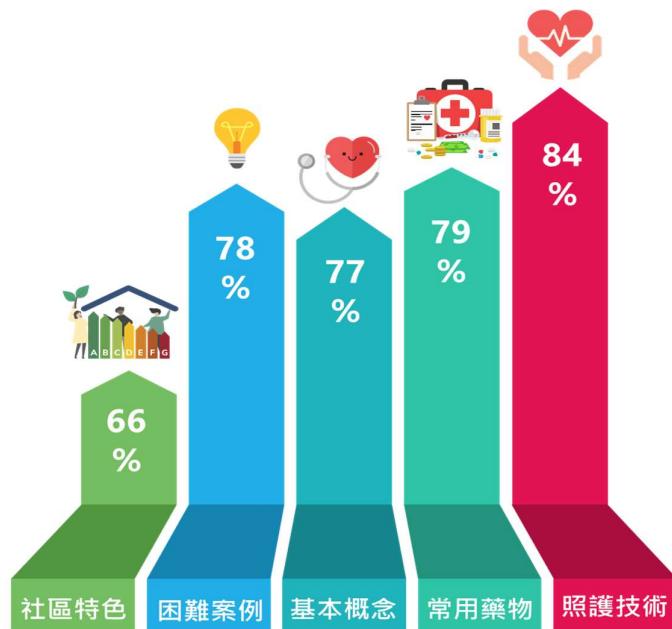


圖 5 護理機構與居家護理人員疼痛教學需求調查(N=617)



## 貳、指引發展過程

### 一、實證指引研製組織與團隊

此計畫由衛生福利部護理及健康照護司提出構想與主導，台灣實證卓越中心的穆佩芬教授承接此計畫後邀集台灣各界專家攜手合作。相關的發展與推動組織運作結構如圖六所示。

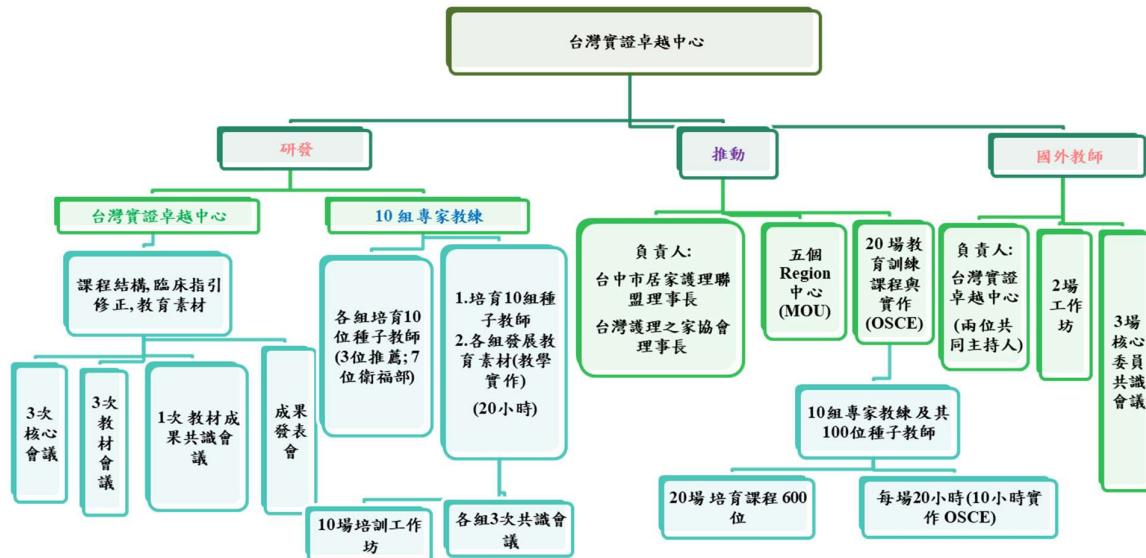


圖 6 護理機構與居家護理實證指引發展組織運作結構示意圖

本「整體疼痛症狀照護及指導」實證指引之研製，由學界與實務界眾多專家組成團隊，由楊婉萍副教授作為教練統籌協調進行。各界專家名單如下：

#### 楊婉萍(教練)

高雄市立大同醫院(高醫經營)院務顧問  
張曉雲 輔英科技大學護理學院副院長  
陳怡蒨 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 高市大同醫院附設居家護理所負責人  
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  
劉芊葳 高雄醫學大學護理系 博士生

宋聖芬 高雄市立小港醫院(高醫經營) 護理長

張秀禎 高雄醫學大學附設醫院加護病房護理師  
陳淑娟 屏東基督教醫院 居家護理師  
楊佩欣 高雄長庚醫院 護理長  
劉瓔宜 高雄榮民總醫院血液腫瘤病房護理師  
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 督導  
梁惠茹 成功大學附設醫院緣恩病房副護理長

## 二、關鍵字與檢索策略

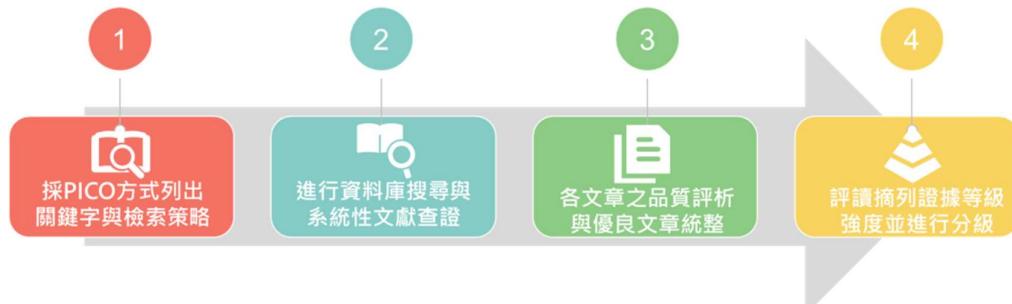


圖 7 實證文獻檢索與整理過程

本「疼痛照護整體症狀照護及指導」實證指引採PICO方式列出關鍵字與檢索策略，進行資料庫搜尋與系統性文獻查證。先參考TJBCC上網查詢可用的臨床指引或 evidence summary Joanna Briggs Institute 所發展的臨床指引 (clinical guidelines, or Evidence Summary) · 實證應用或其他系統文獻回顧結果或實證臨床指引進行建構。以關鍵字【 ( pain ) AND ( assessment OR prevention OR management OR intervention ) 】進行搜尋。在資料庫的搜尋範圍設定 · 除了以參考國內外已發展的臨床照護指引 ( clinical practice guideline, CPG ) · 並針對統合分析( meta-analysis )、系統性文獻( systematic review, SR )及隨機對照臨床試驗( randomized controlled clinical trial, RCT ) 類型之文獻進行搜尋。

運用系統性文獻查證方法 · 搜尋國內外應用系統文獻查證(meta-analysis) 發表之實證文章及臨床指引(Clinical guidelines) · 發表期間1998-2018 年間之資料庫 · ( 系統文獻查證針對PubMed, CINAHL (EBSCO), Medline, Cochrane Library, Pubmed EMBASE, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Joanna Briggs Institute, JBI CONnECT, Google scholar, Oxford Journals Digital Archive, Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Report (AHRQ)網頁查詢相關文章。臨床指引文獻經由National Guideline Clearninghouse (United State), Joanna Briggs Institute, Best Practice Guidelines (Registered Nurses Association of Ontario), EBSCO Academic Search Premier, Recommended Clinical Practice Guidelines (Guideline Advisory Committee, GAC), Clinical Practice Guideline – Alberta Medical Association, Google scholar, General Public Health, Health Professionals, American Pain Society, National Comprehensive Cancer Network網頁 ) 。

資料搜尋策略運用限制 ( limit ) 檢索功能，確立檢索範圍，包括：限定文章檢索之語言為中、英文 ( English )、以人類 ( Humans ) 為主題、年齡大於19歲、研究類型為RCT、SR 及Meta-analysis 為主、發表年限為2008年01月～2018年迄今，近二十年文獻。搜尋範圍的關鍵詞需出現於標題/摘要中 ( search field tags: Title/Abstract )，確立檢索範圍。

再由團隊中的專家們依據評估系統文獻之評估量表Critical Appraisal Skills Programme (CASP)及評估臨床指引之量表(AGREE)進行文章品質之評析，審閱每篇指引的摘要內容，儘量保留有提及「護理照顧」內容的指引。最後，接著使用AGREE臨床診療指引評估工具，依(1)指引的範圍及目的 ( scope and purpose )；(2)權益關係人的參與情形 ( stakeholder involvement )；(3)指引發展的嚴謹度 ( rigour of development )；(4)指引的清楚度及內容呈現的型式 ( clarity and presentation )；(5)指引的可應用性 ( applicability )；(6)指引發展的公正客觀性 ( editorial independence ) 品質等六大面向，作為指引的評核標準，進行全文內容評讀 ( appraisal )。並選擇品質優良之文章進行統整，確認疼痛非藥物處置照護之主要策略。

每篇文獻則以JBI文獻評讀標準進行評讀，評讀證據等級均為「I++ ( 高品質之統合分析或系統性文獻回顧之隨機控制試驗 )」、「I+ ( 執行良好之統合分析、系統性文獻回顧之隨機對照試驗且其設計誤差極低 )」；「I- ( 統合分析、系統性文獻回顧之隨機對照試驗，但其設計誤差偏高 )」。最後，採用並摘列出SIGN和NICE的證據等級 ( Levels of Evidence ) 強度為「等級A」的參考文獻，做為「最佳臨床建議」，重點摘要提示護理人員注意事項之建議 (胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃瀚心、陳幼貴, 2013)。



### 三、實證證據等級判定

本實證指引之證據等級與建議強度使用 Oxford Center for Evidence-based Medicine Level of Evidence (Oxford Center for Evidence-Based Medicine, 2001)(Level I-V) · 及 Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2007)AB 二等級的臨床指引建議疼痛照護的建議強度判定。

表 3 證據強度分級

Ia	證據來自於量性系統查證(Meta-analysis)或隨機控制研究(randomized controlled trials)
Ib	證據來自至少一個設計適切之隨機控制研究。
IIa	證據來自妥善設計具控制之研究但無隨機分配。
IIb	證據並非來自隨機控制研究，而是來自至少有一個其他類型的但設計完善的類實驗研究(quasi- experimental study)。
III	證據來自設計完善的非實驗性描述性研究(non-experimental descriptive studies) · 例：相關性研究(correlation studies)、個案研究(case studies)
IV	證據來自於專家委員會的報告、意見和/或具權威性可信的臨床經驗

JBI的AB 二等級建議強度之評等標準如下 (Joanna Briggs Institute, 2014; 蔡榮美、于漱、吳育弘, 2017)：

A 級，符合下列條件即定位此為「強」的實證建議：

1. 介入措施所達效果明顯勝過不良效果;
2. 證據具充足品質與強度，支持使用;
3. 有助於資源使用或沒有影響;
4. 此證據考量病人價值觀、偏好和經驗



#### A級證據強度

- 「強」實證建議的條件：
1. 介入措施效果>>不良效果
  2. 具充足品質與強度支持使用
  3. 有助於資源使用或沒有影響
  4. 考量病人價值觀/偏好/經驗

#### B 級證據強度

- 「弱」實證建議的條件：
1. 介入效果：不明確
  2. 支持使用：品質/強度小
  3. 資源使用：沒有/最小
  4. 個別考量：或多或少

圖 8 JBI 證據強度標準

B 級，符合下列條件即定位此為「弱」的實證建議：

1. 介入措施的所達效果似乎超過不良效果策略，但並不明確;
2. 有證據支持使用，但可能品質與強度有限;
3. 有助於資源使用、沒有助益或影響最小;
4. 或多或少顧慮到病人價值觀、偏好和經驗。

#### 四、實證指引發展的嚴謹度與品質確保

本研究以系統性文獻查證及精萃證據之實證模式為架構，納入實證強度 Level I- IV 之系統性文獻回顧文章，及涵蓋 Grade A、Grade B 之臨床指引。並經過專家焦點團體進行品質與嚴謹度檢定及指引臨床可行性調查。經由完整及嚴謹的驗證過程，建立以實證為基礎，具高度本土化，符合本國國情文化且以實務實作為導向之護理機構與居家疼痛護理之臨床指引。根據關鍵字所收集而得的指引與文獻，由專家填寫表 4 進行評估，並檢視每篇指引的長處與弱點；而歸納出各篇之「推薦等級、整體結論與建議」。最後，訂定內容的「證據等級與建議強度」。

表 4 指引文獻評讀標註表單

文章標題：		
出處APA：		
P：		
I：		
C：		
O：		
證據等級：		
內容	重點摘要	對應(PI/IP)
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	

#### 五、實證指引應用- 如何使用此指引

此護理機構與居家護理之疼痛照護實證指引，是基於實證提供最佳照護建議與相關資源，並提供了疼痛照護與管理的結構性概述，提供從評估、計畫、照護介入、到評值成效各環節的最佳實務建議。並以此指引之架構，設計了四大模組的教育培訓課程。



圖 9 整體疼痛症狀照護及指導實證指引 課程模組

# 第二章

# 「疼痛照護整體症狀照護及指導」

## 理念與重要性



楊婉萍 高市大同醫院 院務顧問

劉芊葳 高雄醫學大學護理系 博士生

陳玉鳳 護師工會理事長

## 第二章 「疼痛照護整體症狀照護及指導」理念與重要性

### 壹、「疼痛照護整體症狀照護及指導」主題理念與架構

#### 一、相關概念與名詞定義

疼痛(Pain)的定義有五大特性：主觀的、多維的、負向的、損傷的、難言的。疼痛是高度主觀的，並兼具感覺、認知與情感成分，因

疼痛為原因複雜的健康問題，包含身心靈層面，其處置包含藥物與非藥物處置(Goldberg, G. R. & Morrison, R. S., 2007; Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006) **{證據等級 III；A 級建議}**

此疼痛照護需要以人為本，只要是病人說痛，就有疼痛相關的問題與照護需求，只是需要專業人員進一步評估導因與影響的程度；疼痛並具有多維度，包括生理、心理、社會、文化、精神、靈性等諸多面向都可能涉入影響。因此評估是需要全面性的完整評估案主的整體性疼痛狀況，方能找出癥結對症下藥，因此又有「整體性疼痛」一詞，具體直指疼痛不只侷限在身體/生理面向，而有多維度的彼此環環相扣；疼痛感受的描述係指與此類損傷相關的不愉快感覺和情緒經驗；而且疼痛被定義為與實際或潛在的組織損傷相關；但是並不是所有人都能清楚描述與辨識疼痛，有的因為疼痛性質的感受性問題，案主可能不是「喊痛」，而是用酸、累、脹、怪怪的、不舒服等方式描述 (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)。



# 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。總結疼痛的定義為：與實際或潛在的損傷相關的一種負向不愉快的主觀感覺、情緒和經驗，涵括生理心理及靈性層面，而且並非所有對象均會以「痛」作為表達描述的詞彙 (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)。未緩解的嚴重急性疼痛具有涉及呼吸、心血管、胃腸、免疫、神經、肌肉骨骼系統的病理生理學後果 ( Middleton , 2003 ) 並且可能引起長期疼痛 ( Kehlet , Jensen , & Woolf , 2006 )。慢性疼痛與急性疼痛的反應也有所不同(見下圖)，而影響評估。

表 5 急慢性疼痛

	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。

疼痛依據其分類，可分為感覺接受性疼痛(nociceptive pain)與神經病變性疼痛(neuropathic pain)。前者又可分為體感性疼痛(somatic pain)、內臟性疼痛(visceral pain)、肌肉痙攣痛(muscle spasm)三類，後者則分為去輸入性疼痛、交感神經相關(Sympathetically maintained)、神經遭壓迫與神經受損(nerve compression & nerve injury)三類(見圖 10)。各類的疼痛由於導因、性狀、描述，以至於用藥、處置、照護均大相逕庭。因此在疼痛評估時，應有效、完整、精確的評估出確切的疼痛導因，方能對症下藥(見圖 11)。

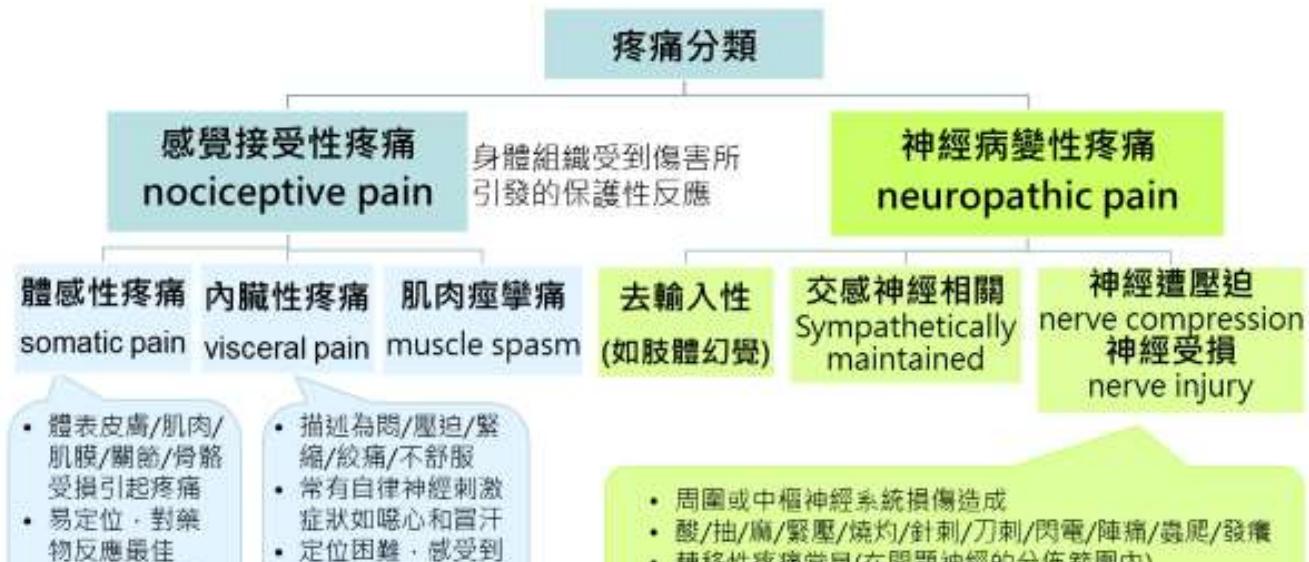


圖 10 疼痛種類

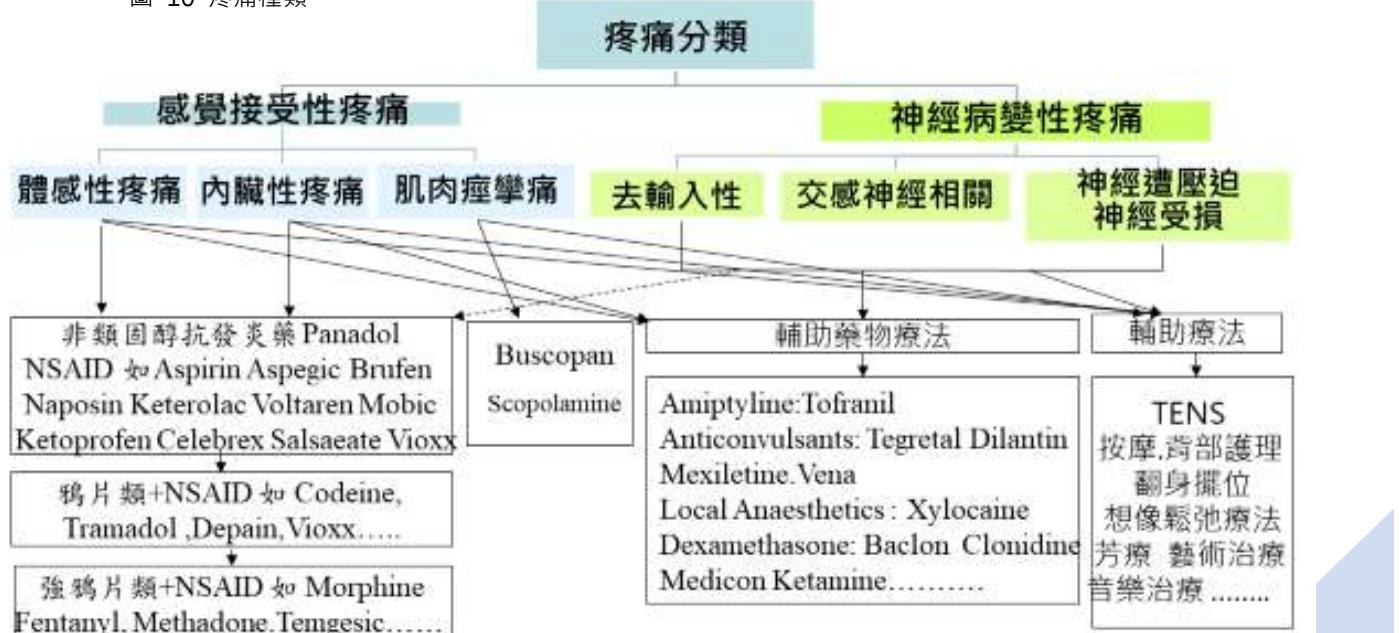


圖 11 不同疼痛種類適用的治療處置

疼痛相關名詞中英文對照與定義 (Buduhan, V., Cashman, R., & Cooper, E., 2014; 趙可式, 2001)

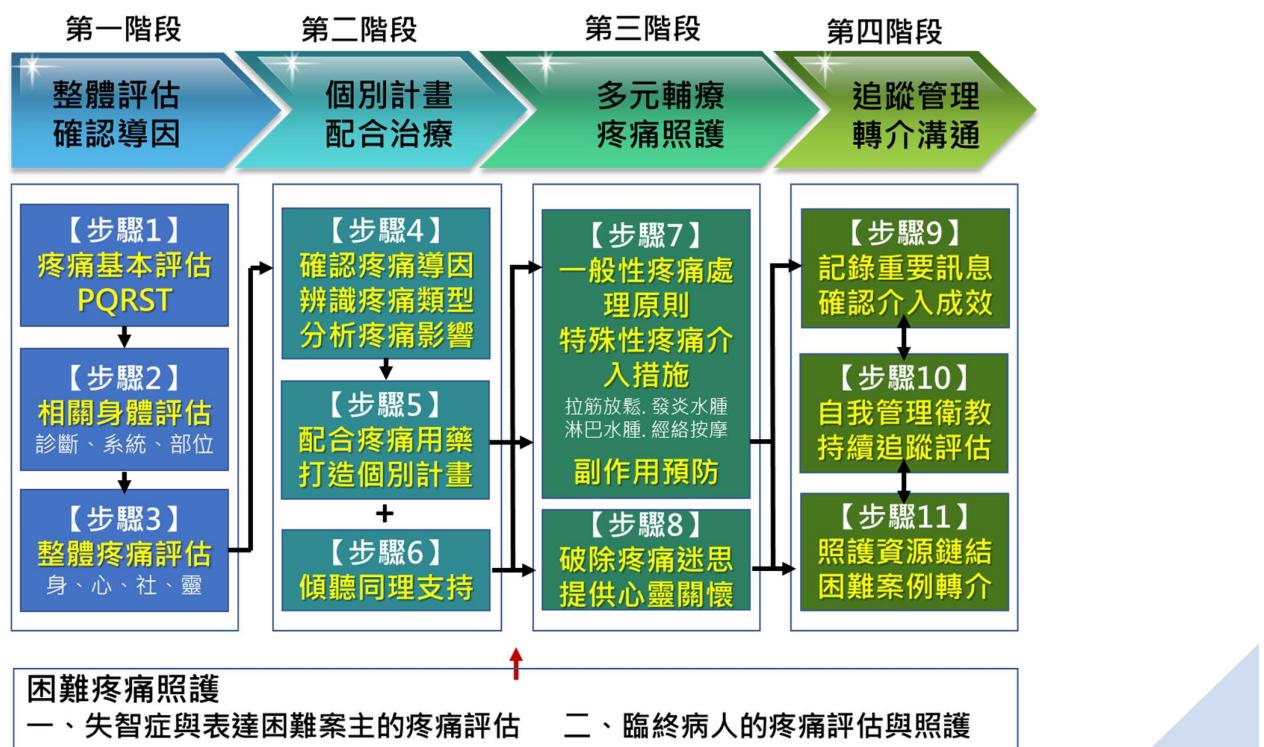
中文	英文	定義
<b>疼痛</b>	pain	主觀的急性或慢性身心的不適
<b>整體性疼痛</b>	total pain	含括生理、心理情緒、社會(人際或/經濟)、靈性各面向的疼痛
<b>神經性疼痛</b>	neuropathic pain	神經因受損/壓迫/功能不良造成體感覺神經系統(somatosensory nervous system)受影響，引發疼痛，隨著神經的分布產生，常被描述為尖銳、刀刺痛、灼熱、絞痛、電擊痛或針刺。常見的有帶狀皰疹後神經痛(postherpetic neuralgia)、三叉神經痛(trigeminal neuralgia)與中風後疼痛(post-stroke pain)等。一般止痛藥治療效果不好，常需使用疼痛輔佐劑
<b>感覺接受性疼痛</b>	nociceptive pain	感覺接受性疼痛是對於身體組織受到傷害所引發的保護性反應，來自週邊傷害感受體(nociceptor)的刺激，這些受體已被損壞或參與炎症反應過程，例如癌症或癌症的治療
<b>體感性疼痛</b>	somatic pain	體表皮膚、肌肉、肌膜、關節和骨骼受損引起的疼痛，可以明確指出痛處，疼痛描述為尖銳動、刀刺痛、搏動性疼痛。此類對藥物反應最佳。
<b>內臟性疼痛</b>	visceral pain	內臟或器官(骨盆腔內臟為主)因受損/阻塞、平滑肌肉痙攣而造成疼痛，主要通過交感神經傳入，定位困難，描述含糊。疼痛描述為悶痛、隱隱作痛、絞、脹、痙攣、緊和尖銳痛或其他部位的反射痛，有時合併自主神經障礙(噁心嘔吐、低血壓、心搏過緩、盜汗等)
<b>觸感痛</b>	allodynia	由刺激(如輕拂、涼風、衣服接觸等)引起的疼痛，而正常狀況下，這類刺激一般來說是不會引發疼痛的
<b>疼痛閾值</b>	pain threshold	當刺激達到某個程度即會引發，或是被感知疼痛感覺的那個點/門檻
<b>不悅異常感</b>	dysesthesia	可能是自發或由通常不會引起疼痛的活動引發，產生的不愉快異常感覺(過度痛覺、觸感痛、灼燒感、刺痛感)
<b>疼痛過度敏感</b>	hyperesthesia	對刺激的敏感增加，包括閾值降低或對刺激反應增強

痛覺遲鈍	hypoalgesia	對正常疼痛刺激反應較差/輕，感覺遲鈍，敏感度較差
轉移性疼痛 反射痛	referred pain	內臟受到刺激後，在同脊髓分節的皮膚範圍(dermatomal rule)，會引起異常出汗、血管收縮、肌肉痙攣、皮膚過敏等自律神經異常現象。如：椎間盤突出導致下肢痛；心絞痛會傳達至左手臂；膽結石的絞痛會傳至肩膀等。
突發痛	incident pain/ breakthrough pain	突發性疼痛，由負重、排便或呼吸/咳嗽等動作引起
表淺疼痛	superficial pain	來自皮膚、黏膜等表層部位的疼痛，描述為銳痛，通常有明確範圍。
深部疼痛	deep pain	是伴有持續不適感的疼痛，部位不明確，往往伴有牽涉痛。
忍痛度	pain tolerance	可以忍耐疼痛的程度
耐受性	drug tolerance	重複使用某一藥物後，同一劑量的藥物已失去效力，導致增加劑量的止痛劑以達到相同的舒適/不痛
生理依賴	physical dependence	重複使用某一藥物後，由於大腦中的受體產生的化學作用，突然停藥會引起身體反應。因此長期使用後不再需要此類藥物時，需要在較長時間內緩慢減少劑量，以防止戒斷症狀
成癮	substance abuse addiction	/ 重複使用某藥物後，強烈的在沒有疼痛的情況下，其精神上的作用(psychic effects)依舊渴望此藥物
止痛劑	analgesia	能緩解痛的藥物。此字彙源於希臘語中的"an"(意即「沒有」)和"algos"(意即「痛」)。止痛藥以不同的藥理作用與生理機轉，作用於中樞和周圍神經系統，選擇性抑制痛覺中樞，但對其他感覺中樞較少影響。
疼痛輔佐劑	adjuvant analgesia	原本是有其他功用而非用在疼痛控制之藥物，但已被發現可以單獨或是與其他止痛藥物一併使用，來有效控制疼痛
疼痛滴定	pain titration	合理且安全的有依基本止痛藥劑量，密集評估並逐步增量，以控制疼痛的加重。如果疼痛在同樣劑量下能穩定能被控制幾天，劑量則可慢慢降低，以達到病人的需要。

## 二、照護指引概念構圖

國外實證文獻已證實多種非藥物介入措施處理癌症疼痛之有效性與重要性，且在許多癌症疼痛照護指引中將非藥物處置列為必要項目 (Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al., 2010)。國內 (國家衛生研究院, 2007)國家衛生研究院(2007)編撰之「癌症疼痛處理指引」，主要為提供醫師治療癌痛時之參考，雖對癌症疼痛評估與藥物治療有非常清楚之描述，但在非藥物處置上著墨較少，故本指引以實證模式所發展之癌症病人疼痛非藥物處置臨床指引，例如支持療法：透過陪伴、情感支持及與病人分享經驗；按摩及接觸療法：緩解疼痛提供病人撫慰，並藉由帶領家屬共同參與，促進病人與家屬互動，主要為提供護理人員參考，著重於護理人員獨特功能之身心策略。

本指引包含四個構面，在綜論構面，分一般、病人及專業人員措施，因癌症疼痛原因複雜，有臨床指引提及身心靈層面因素，建議疼痛處置必須含括藥物與非藥物處置 (National Comprehensive Cancer Network, 2010)



## 貳、「疼痛照護整體症狀照護及指導」主題背景與重要性

尤其是理解在華人文化下，民眾家屬常見的疼痛迷思，以便更精準掌握護理機構與居家疼痛處理實況中，破除常有的障礙。

### 一、疼痛議題的影響與重要性

老年人口發生疼痛的盛行率(Prevalence)相當高，然而相當多的疼痛未獲得良好診斷與治療照護，以至於造成痛苦，並降低生活品質 (National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2006)。

對於急性疼痛，生理反應將會看到心率增加、血壓增加、呼吸率和肺容量減少、減少血液流向皮膚和內臟、血糖值升高、胃分泌增加、腸道蠕動減少、噁心和嘔吐增加、鈉和水瀦留等 (Hamil, 1994)。對急性和持續性疼痛，可以看到各類的行為反應或言語報告，包括喊痛、哭泣、尋求醫療建議、皺眉、跛行、護住疼痛的部分、保護/退縮不安、身體呈某些姿勢的僵硬等(Watt-Watson, 1992; Feldt, K. S. et al, 1998)。心理面向可以看到為了要逃避痛苦與疼痛，恐懼焦慮等負面情緒將隨之而起，另有其他的負向情緒包括：煩躁、攻擊性、無助無望、憂鬱失去生存意志、自殺念頭等(McCaffery, M. & Pasero, C., 1999)。案主對於對急性和持續性的疼痛，在社會與經濟面向，將會反應出：社交隔離、活動受限、睡眠模式中斷、工作與生活功能低落或喪失，社會角色和關係因而產生變化 (McCaffery, M. & Pasero, C., 1999; Bendelow, 2000)

然而疼痛處理的過程有許多影響因素，不論在病人及專業人員，對於癌症疼痛處理仍有許多障礙，例如：病人擔心藥物成癮、止痛藥副作用與不願意表達疼痛，專業人員不適當的評估或對疼痛處置知識不足，將不利於專業人員提供病人足夠疼痛處置使病人接受有效疼痛治療 (Canadian Pain Society, 2005)



## 二、民眾與病人家屬對疼痛照護之相關迷思

受疼痛之苦的人，過去的疼痛與止痛經驗、年齡、性別、教育程度、文化背景或種族、疼痛信念等均會影響他們是否會尋求幫助以及他們採取何種策略去面對因應、接受或忍受、管理與照護疼痛 (Curry Narayan, 2010; Cornally, N. & McCarthy, G, 2011)。當病人與家屬對疼痛與藥物缺乏理解時，更會形成錯誤信念造成障礙，並困難作決定，影響有效地評估和控制疼痛。因此進行疼痛評估與照護時，應特別評估病人及家屬的疼痛信念、知識、理解程度與相關顧慮(證據等級 III ; B 級建議)。

過去研究發現，病人、家屬與民眾對疼痛治療/藥物感到害怕與擔憂的相關信念和關注點可彙整出以下八點(Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J., 2006; Al-Atiyat, N.M.H, 2008) (證據等級 I ; A 級建議) (見圖 12)：

1. 怕染毒癮：認為鴉片類藥物就等於是吸毒藥物，擔心導致成癮，認為止痛就會成為毒癮犯。
2. 怕藥失效：擔心藥物會有耐受性，會越打越多，到最後沒有藥物可用。
3. 怕副作用：認為止痛藥都會有可怕、致命的、或是相當難處理的副作用。對止痛藥物的不良反應比疼痛本身更害怕擔憂。
4. 怕是宿命：在某些宗教文化上，認為會有疼痛是來自於上輩子欠債、命中注定、一種懲罰、或是詛咒。因此應該要忍受以還清前世債務，若是止痛(疼痛緩解)那下輩子還會更痛。



圖 12 對疼痛治療與藥物常見的八大害怕

5. 怕被討厭：相信「好」的病人不會抱怨疼痛，喊痛好像是給醫護人員或家屬添麻煩，因此要盡量忍耐，才是表現良好。
6. 怕治療失焦：擔心疼痛治療分散醫生的注意力，如果醫護人員評估治療疼痛，可能就會忽略疾病本身的治療。
7. 怕病情惡化：認為疼痛意味著疾病進展，越痛恐是疾病進展到末期臨終。
8. 怕打針：對注射有所恐懼，看到針頭就腳軟。

人們及其家人或看護人需要幫助才能理解未緩解的嚴重急性疼痛可能導致長期影響身體功能的疼痛問題（全身，荷爾蒙，代謝，免疫，生理，心血管和肺功能反應）(Oakes, L. L., 2011; Meeker, M. A., Finnell, D., & Othman, A. K., 2011)。例如，假設當人進行手術時會經歷疼痛。期待一定程度的不適將經常導致人們不要求醫療保健提供者進行疼痛管理例如鎮痛藥的處方 (Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, D., & David, T., 2004)。需要鼓勵人們適度溝通嚴重的疼痛，因為它會干擾深呼吸並限制運動，這可能導致其他肺炎和延遲恢復等健康問題惡化。人們痛苦的報告不足會導致醫療保健專業人士低估它 (Schofield, P., O' Mahony, S., Collett, B., & Potter, J., 2008)。

探索患者對疼痛和疼痛管理的信念，知識和理解水平。

**{證據等級 III ; B 級建議}**

應向案主/病人/家屬多次重申澄清，讓他們理解大部分的疼痛是可以被安全、迅速及有效控制的 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)

**{證據等級 I ; A 級建議}**

此外，案主/病人的疼痛衛教相當重要！正確有效的疼痛照護與管理應該先提供良好的疼痛衛教。教育介入措施可提升案主/病人對疼痛的知識，並減少疼痛照護的迷思及障礙 (Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J., 2006; Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., & Beaton, R. D., 2008; Deschner, 2005) **{證據等級 I ; A 級建議}**

除了疼痛的案主與病人外，他們的家人和看護者也應該進行評估與教育，確保他們對於疼痛管理與照護策略有正確的理解，而無迷思和誤解 (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013) **{證據等級 Ib ; B 級建議}**

# 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

表 6 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于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; DeVestry, 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, G., & Morrison, R., 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、關豔麗、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

3.1.7	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。	A
3.1.8	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。	A
3.1.9	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，藉由強化其專業知識，可提升評估與處理疼痛之能力與成效(Level 1)	A
3.1.10	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	B

### 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，有好的疼痛評估和管理，方能有效控制和/或緩解疼痛 (DeVestry, G. & Karakashian, A. L., 2018)。然而在高齡人口中，我們常誤認老化就理所當然地這裡痛那裡痛，因此長者的疼痛常被認為是理所當然，以致於未被正視。除了長者未主動揭露表達疼痛，再加上長者的疼痛常由多重因素引起，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，高齡長者經常是未被充分疼痛評估的一個族群，罹患失智症的長者更加容易受到忽略。

圖 13 疼痛評估與照護四階段



#### 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、個別性疼痛評估。

**最佳臨床實務建議**



良好的疼痛處理須  
奠基于完整有系統性的  
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)

評估的目的是為了建立「疼痛診斷」和個別性的疼痛治療計畫 (黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012) **{證據等級 IV ; B 級建議}**

## 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/個案/住民本身的主訴來衡量。評估的主要目的是為了確定此時此刻的疼痛經歷對病人/住民/個案意味著什麼，根據所提供的訊息，就可以更精準的判斷疼痛的導因與影響因子，進而有效提供適切的治療，並可有效追蹤評值 (Briggs, 2002)。然而有些長者因認知或生理原因無法藉由言說、書寫或是其他肢體動作等(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篩檢評估現存疼痛狀況，而非消極等待病人/住民/個案自己開口喊痛，或是仰賴家屬與照顧者代言揭露疼痛。(American Medical Directors Association (AMDA), 2012)。定時疼痛評估可增加護理人員的疼痛知識及病人疼痛處理滿意度 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)。

#### 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。(Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006) **{證據等級 A ; Level 1}**



圖 14 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能 (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，都應進行篩檢，並積極、全面及有系統的進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 (DeVestey, G. & Karakashian, A. L., 2018)。

疼痛評估應包含生理、心理、社會層面及個人病史 (Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al., 2010) (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006) **{證據等級 II ; A 級建議}**



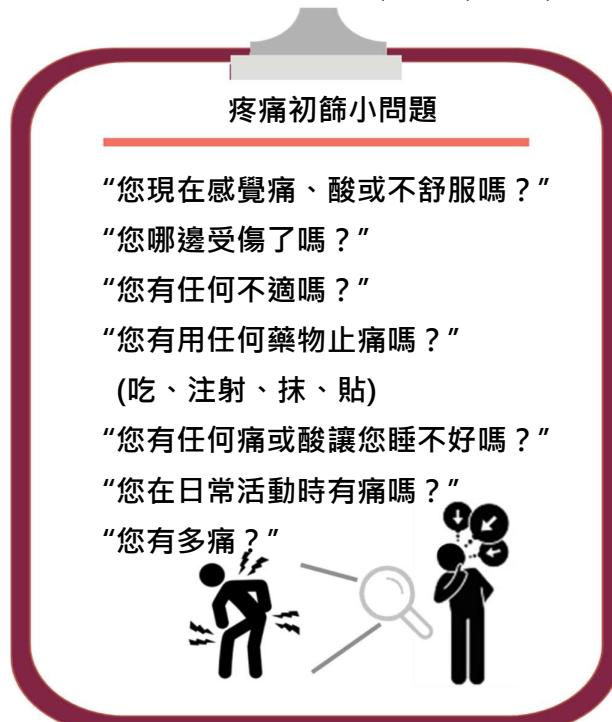
評估應包含身體檢查、相關的實驗室檢驗與影像學檢查以瞭解疾病進展 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006) **{證據等級 II ; A 級建議}**



建議運用多面向策略的評估，除了病人主訴，醫護人員需深入評估如生理檢查、實驗室檢驗與影像學檢查，家屬和照護者亦可提供相關訊息，若疼痛困難緩解，則須由複雜性疼痛專門評估團隊進行評估 (Canadian Pain Society, 2005)。此外，疼痛訊息的蒐集須包括直接觀察、家屬和照護者提供的資訊、評值表達障礙病人對藥物及非藥物處置的反應 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006; Deschner, 2005; Goldberg, G., & Morrison, R., 2007) **{證據等級 IV ; B 級建議}**



健康照護專業人員照護病人/住民/個案時，可用簡單的問題初篩是否疼痛如下 ( American Medical Directors Association (AMDA), 2012) :



急性照護機構每班至少評估一次，疼痛治療前、中及後都要評估，當疼痛變化或出現新的疼痛，應再進行完整的評估，而突然發作的劇烈疼痛應立即評估 (Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al., 2010)。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；A 級建議}**：

#### (1) 新入院/收案或醫護人員訪視時：

每次收案進入機構 (急慢性醫療或長期照護) 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。{B級建議}
- ◆ 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。{ A級建議}
- ◆ 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。{ A級建議}
- ◆ 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{A級建議}
- ◆ 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 { B級建議}。

## (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)。

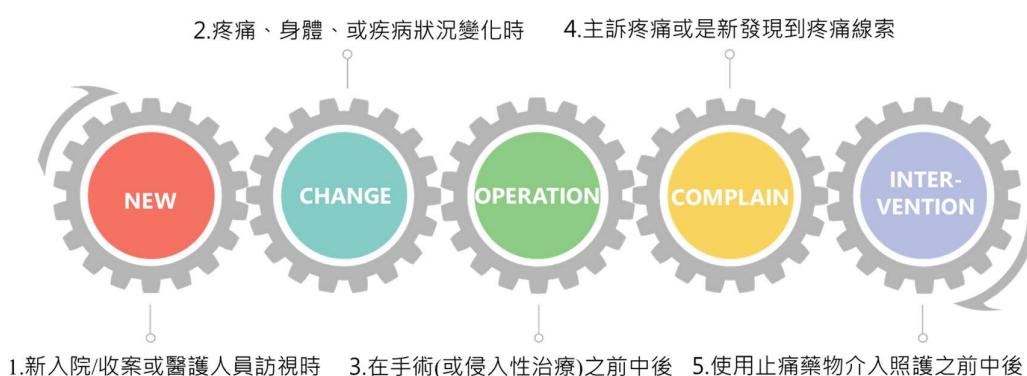
## (3) 在手術(或侵入性治療)之前中後：

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



(6) 圖 15 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 = Ib}

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。

首先，一般在臨牀上常以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 16 好的疼痛工具特性



圖 17 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

### 3. 疼痛評估特殊面向

長者的疼痛評估除了與一般成人相近外，另須注意一些特殊的評估要項 (Briggs, 2002)，長者在表達其疼痛狀況時，常以「酸痛」或「不適」等語彙呈現 (Australian Pain Society, 2005) ( Level 5 )。面對無法表達的病人/個案/住民更需費心從日常照護中找到疼痛的蛛絲馬跡。

#### 無法表達者的疼痛評估 (The Joanna Briggs Institute, 2017; Herr, K., Coyne, P.,

McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S., 2011; Alzheimer's Australia, 2017) :

- 應該盡可能找尋微小的疼痛線索，即使是一個簡單的是/否，或手抓、眨眼等手勢。
- 在病歷紀錄中應註記病人/個案/住民疼痛的表達受限程度。
- 身體評估可能的疼痛導因，例：可能造成持續疼痛的病史：骨關節炎(osteoarthritis)、骨質疏鬆症(osteoporosis)、頭痛、牙齒問題、傷口或壓傷(pressure sores)、翻身擺位和復健運動，以及感染、便秘、最近跌倒或皮膚撕裂造成的傷害等。
- 觀察長者行為，包括下述線索：面部做鬼臉、呻吟、在更衣時哭泣，摩擦或保護身體部位、特定身體部位的運動範圍受限，不願移動或活動減緩。其他不那麼明顯的行為包括躁動、煩躁不安、精神狀態改變和混亂、食慾或社交行為的變化（例：退縮，減少或增加的發聲）、嗜睡或睡眠增加、睡眠中斷或不安、活動模式或習慣改變。
- 允許家庭成員和熟悉病人/個案/住民的人積極參與疼痛評估。
- 如果懷疑疼痛，請及時轉介資深護理師、專科護理師或醫生，以考慮疼痛控制與進一步介入照護。

圖 18 無法表達者的疼痛評估

## 長者疼痛評估的貼心小提醒 (DeVesty, G. &

Karakashian, A. L., 2018) :

- 急性疼痛的病人/住民/個案通常會出現明顯的生理徵象變化；然而，那些經歷慢性疼痛的長者往往看不出來(表現很輕微或甚至沒有跡象)。
- 老年人可能會不太會主訴疼痛，尤其有認知功能障礙的長者，因為難以與健康照護專業團隊有效溝通，疼痛評估更加複雜困難。
- 需要花更多時間來向長者解釋疼痛評估工具
- 失智症長者的疼痛評估，除了要有標準化工具，更需要持續性定期的進行評估
- 環境(例如照明和環境噪聲)也可以使長者的更覺疼痛
- 不是老了就會痛，不應將長者的疼痛視為正常和理所當然
- 常引起長者疼痛的病症：包括週邊血管疾病、骨關節炎、心絞痛、骨質疏鬆症、癌症和週邊神經病變等。
- 文化背景、社會心理情緒、與精神狀態均會影響疼痛的表現與表達揭露。
- 在疼痛評估與管理照護應該是以病人/住民/個案為中心，含括藥物與非藥物的疼痛照護策略
- 除了評估疼痛強度外，還應評估疼痛對住民/病人/個案的影響程度、痛苦程度、功能狀態和生活品質影響。



圖 19 長者疼痛評估貼心小提醒

#### 4. 整體疼痛評估- 身、心、社、靈

**整體性疼痛概念** 跨專業共同多管齊下，整體性的含括病人/住民/個案的生理、心理、社會、與靈性層面進行介入照護，這比單指做一般的物理治療更具效果 (Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & Van Tulder, M. W., 2014)。

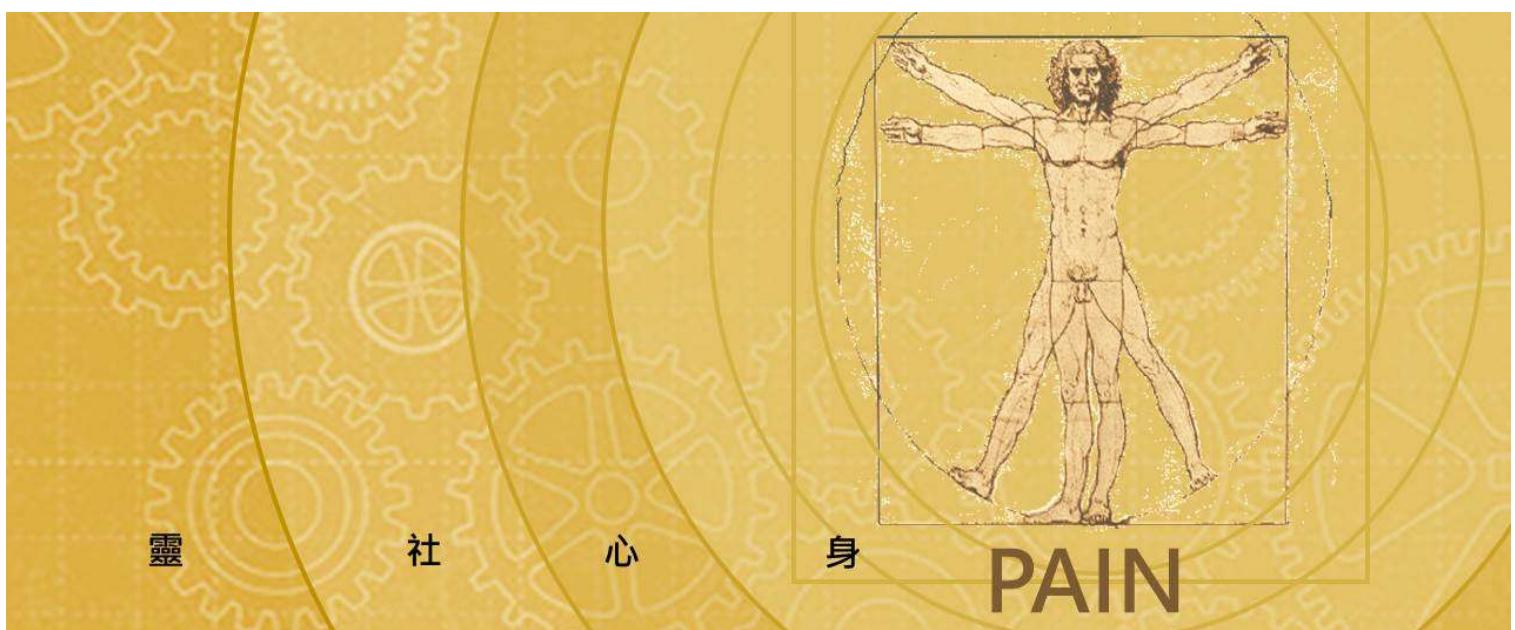
評估疼痛時的其他考慮因素：

個別屬性：為了提供個別性疼痛評估、計畫與治療照護，應更深入了解病人/住民/個案的屬性或特徵 (McAuliffe, L., Nay, R., O' Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D., 2009)。

社心狀況：護理人員在進行全面性整體性的疼痛評估時，必須敏感並意識到是否有其他多重因素的影響。包括當事者的疾病或殘疾程度、年齡、發展階段、教育程度、認知狀態、溝通表達能力、文化、種族、往昔疼痛經驗、導致不願報告疼痛的經歷 (Curry Narayan, M., 2010; Shepherd, E., Woodgate, R.L., & Sawatzky, J., 2010)。

靈性信念：靈性、價值信念、與宗教信仰都將會影響一個人面對痛苦的信念和行為表現。護理人員必須評估這些因素是否會影響病人/住民/個案如何揭露表達疼痛，以及他們會尋求幫助抑或壓抑隱忍 (Curry Narayan, M., 2010)。

人們及其家人或照顧者需要幫助才能理解未緩解的嚴重急性疼痛會導致影響身體功能的長期疼痛問題 (全身，荷爾蒙，代謝，免疫，生理，心血管和肺功能反應) (Oakes, 2011; Meeker, Finnell, & Othman, 2011)。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 (DeVestry, G. & Karakashian, A. L., 2018)。



## 第二階段 個別計畫，配合治療

積極的疼痛處理與照護相當重要，因為未緩解的疼痛可導致→睡眠障礙和疲勞→活動減少→慢性疼痛→憂鬱→焦慮→活動與社交降低→營養不良→認知變差等惡性循環 (DeVest, G. & Karakashian, A. L., 2018)。當病人持續疼痛沒有緩解，護理人員告知醫師後，醫師常會開出更高劑量的鎮痛藥或者只是添加另一組止痛藥。高劑量的鎮痛藥物將帶來更高風險的副作用與危險性。(如鴉片類藥物，可能會帶來眩暈、噁心、嘔吐和呼吸抑制等)。因此，胃口不好、營養狀況低、呼吸淺、缺乏活動等，因為嚴重的疼痛，而導致病人的免疫力較低，肌肉力量不足、血液循環不好、傷口就難癒合，肺部往往也缺乏良好的擴張與等，最終發展成肺部擴張不全與肺炎，就需要更長的住院時間，讓整體身體狀況持續捲入負向循環 (Cogan, J., 2010)。

所有病人應有疼痛控制治療計畫，同時教育病人及家屬，鼓勵其主動參與疼痛管理計畫**{證據等級 Ib；A 級建議}** (Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J., 2006; Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., & Beaton, R. D., 2008)

疼痛處置應先經由完整的評估，找出正確導因並對症下藥介入照護措施，以達到最佳效果**{證據等級 Ia；A 級建議}**(Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J., 2006; Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)



## 步驟五：配合疼痛用藥，打造個別計畫

打造病人的疼痛照護計畫應具備下列特性：

基於評估結果打造：疼痛管理計劃必須基於該人的評估結果納入人的目標和有效和適當的疼痛管理策略 (American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (AGS), 2009)。

多方合作擬訂計畫：與團隊及病人合作，確定疼痛管理目標和適當的策略，以確保有效的進行整體性與個別性疼痛管理與照護計劃(證據等級 Ib；A 級建議} (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013)。在選擇疼痛控制的方法時，需與病人及家屬共同討論，並將所需的費用及便利性一併納入考量，規劃出個別化之疼痛非藥物處置(證據等級 IIb；A 級建議} (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007; Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al., 2010)

對症下藥緩解疼痛：所有疼痛病人應先評估其疼痛屬於急性或慢性疼痛，並了解導致疼痛之潛在機轉，再依此選擇適合的處方(證據等級 Ib；A 級建議} (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)。

緩解疼痛提升品質：盡可能預防，預測和控制疼痛很重要。疼痛管理干預應該旨在減輕疼痛的嚴重程度，旨在改善功能，睡眠和整體生活質量 (LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M., & Jeans, M. E., 1998)。

量身訂作個別計畫：有任何類型疼痛存在或風險的人必須參與有關所提出的干預措施的決定管理他們的痛苦，並且必須根據個人的目標量身定製護理計劃所採用的策略（需求和優先事項）和偏好 (Schofield, 2006)。

整合全面管理計畫：當護理人員、跨專業團隊和個人及其家人和照顧者合作開發一個整體全面的疼痛管理方法結合藥理學(多元鎮痛方法)和非藥物方法物理治療和心理(認知行為治療)等介入照護措施，有助於病人的疼痛照護(LeFort et. al., 1998; Moulin et. al., 2007; National Institute of Clinical Evidence (NICE) · 2010)。

開始止痛藥治療，應篩選病人及家屬對於疼痛和止痛的誤解，並透過明確的建議和訊息解決這些誤解{證據等級 Ib ; A 級建議} (Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., & Beaton, R. D., 2008)。疼痛症狀應先以藥物控制到中度程度以下，再施以非藥物處置輔助疼痛處置 (黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)。所有病人應有書面疼痛控制計畫，建立一個的全面護理計劃其中資訊應包含：



要讓疼痛管理的效力最大化，並讓鴉片類止痛藥物副作用最小化的疼痛管理計畫措施包括{證據等級 Ib ; A 級建議}：

- 多元模式鎮痛方法；
- 必要時改變鴉片類藥物（劑量或途徑）；
- 預防、評估和管理期間的不良反應阿片類鎮痛藥的治療；和
- 預防、評估和管理鴉片類藥物風險。
- 評估任何非藥理學（身體和心理）措施的有效性
- 評估可能造成相互作用的藥物影響。

## 第三階段 多元輔療，疼痛照護

在完成了完整的評估後，進而就是針對其個別性問題及需求，在第三階段介入多元輔療疼痛照護。

疼痛照護除了完整疼痛評估確認導因，配合給藥提供個別性規畫外，最重要的就是要「作」什麼。疼痛的多元輔療與照護介入策略甚多，可運用的方法尚包含冷熱的應用、按摩、接觸療法、肌肉放鬆、中醫經絡按摩、拉筋、運動、經皮電神經刺激 TENS、藝術、音樂、想像療法、催眠、認知行為、支持療法。按摩是目前有益於緩解癌症病人症狀之療法 (胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃瀚心、陳幼貴., 2013)。

本階段中，將先介紹一般最廣泛應用的用冷、用熱與活動如何緩解疼痛，進一步針對特殊的疼痛多元輔療，如按摩等，介紹相關實證導引實作，在疼痛照護技術的實證指引部分，本指引聚焦四大技術：1. 正確與安全用冷與用熱；2. 放鬆按摩；3. TENS；3. 一般水腫與淋巴水腫按摩。



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TENS

擺脫肢體腫歪歪  
一般水腫  
與淋巴水腫按摩

### 步驟七-1：一般疼痛處理原則-用冷、用熱、活動

在急性疼痛與慢性疼痛的管理與照護措施中，廣泛使用不同類型的冷熱策略，以熱療或冷療方式來緩解疼痛。然而究竟是用冷還是用熱，往往淪為經驗談而缺乏確切的科學實證支持其安全性、生理機轉與效用 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015)。要談論用冷或用熱的相關機轉，就應該先了解炎性反應 (inflammation)的相關機轉。

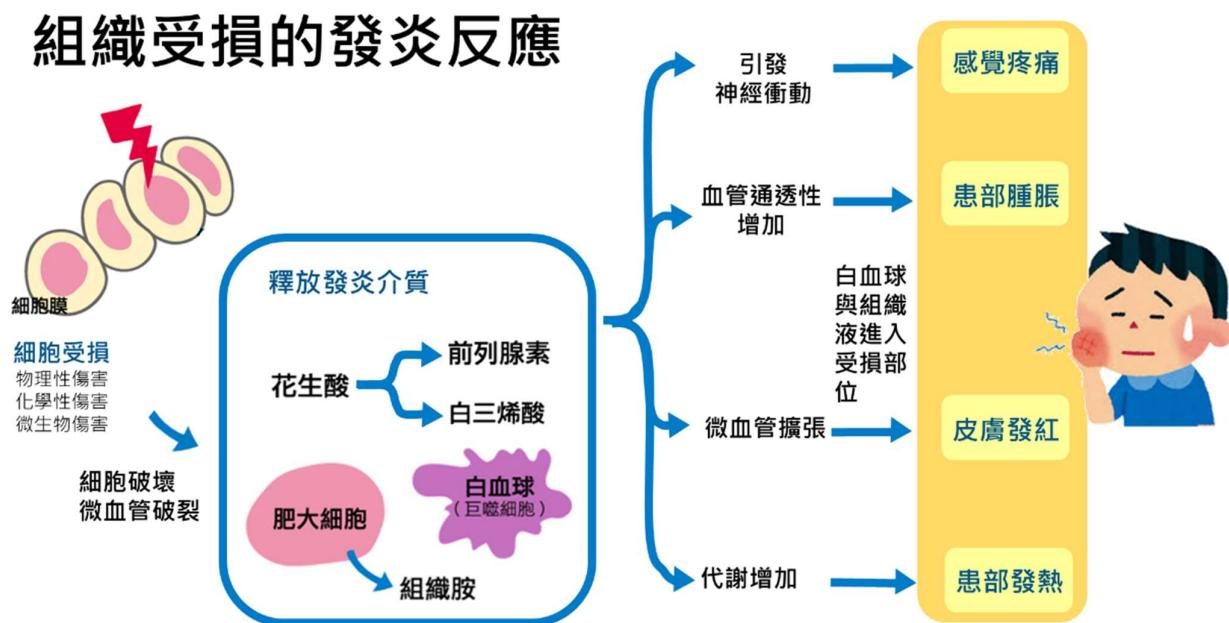


圖 20 發炎反應的機轉

正確適時適切的用冷、用熱與活動將有助於減輕疼痛和相關的水腫，同時還促進肌肉癒合以促進恢復正常功能和活動，使得舒適度與生活品質大增(詳見下圖)。因此在下文中，整理了科學實證中對於的支持證據，以助更精準了解何時適合使用熱療或冷療方式 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015)。對此機制的了解將更精準的正確知道如何以冷療法或熱療法(或是兩者交替)緩解病人損傷、腫脹、疼痛的嚴重度，進而改善病人的疼痛、活動度、柔軟度等。

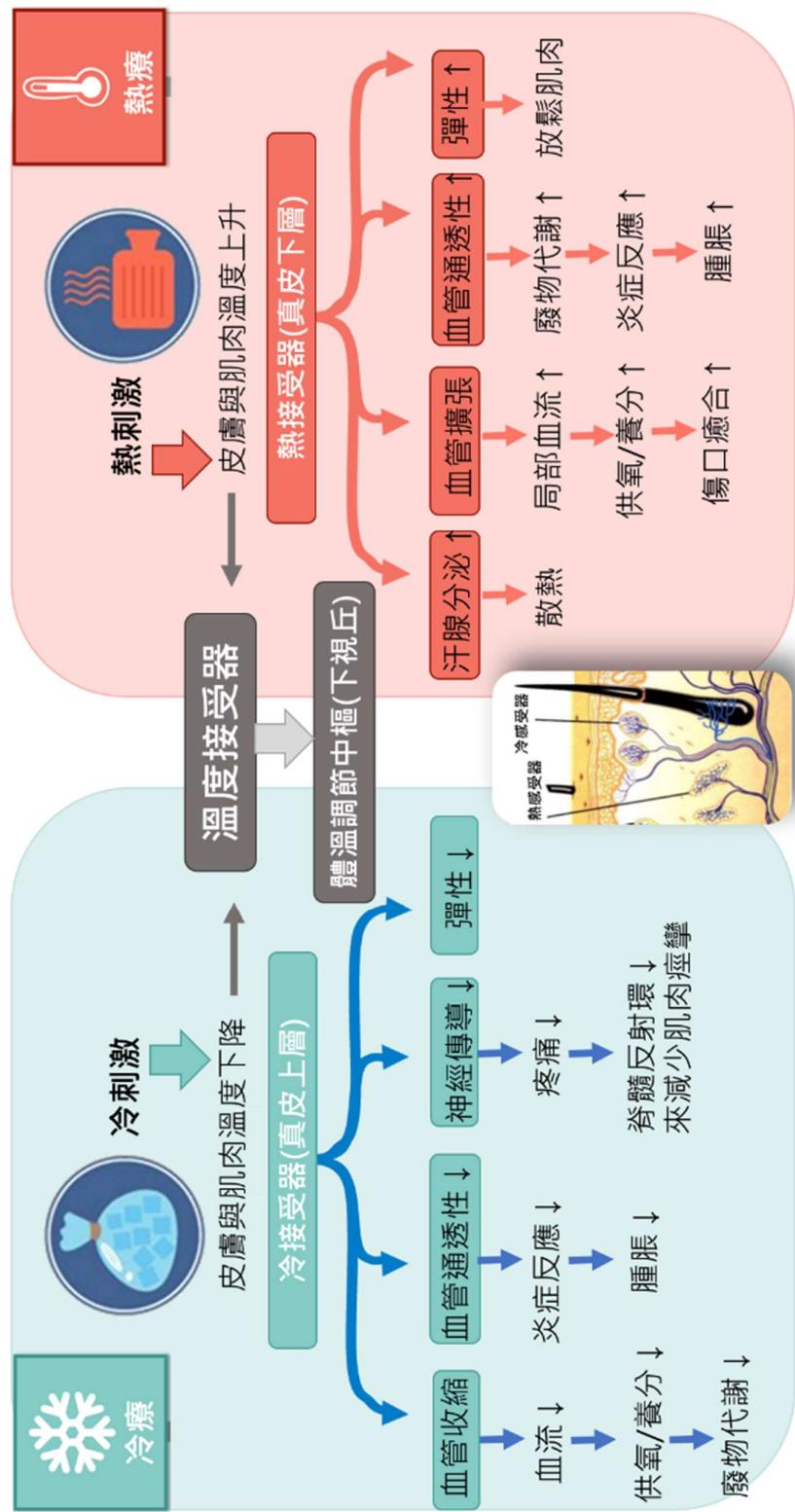


圖 21 冷療與熱療的生理效果 (Nadler, S.F., Weingand, K., & Kruse, R. J., 2004)

## 一、用冷

冷療法，也稱為冷凍療法，是指任何物質或物理介質在身體上的應用，可以消除熱量，降低接觸區域和鄰近組織的溫度 (Nadler, S.F., Weingand, K., & Kruse, R. J. , 2004)。

冷療的生理效應包括減少疼痛、血流量、水腫、炎症反應、與肌肉痙攣。 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015)。透過降低皮膚和肌肉的溫度可通過激活交感神經血管收縮反射來減少血液流向冷卻組織。藉此機轉，冷誘導的血流減少可減輕水腫，減緩炎症介質 (如白細胞) 的輸送，減少受影響區域的炎症反應，達到減少疼痛、血流量、與水腫等功效。

降低組織溫度也會降低組織的氧化代謝需求，從而可能預防受損組織中的繼發性缺氧損傷。冷療法通過降低組織傷害感受器的激活閾值和傳遞疼痛的神經信號的傳導速度來誘導局部麻醉效應。降低肌肉溫度還可通過抑制脊髓反射環來減少肌肉痙攣。感覺神經元多對溫度有所反應，而能藉此觸發感覺神經元中的動作電位 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015)。



冰敷冷療有相當多工具，包括：冰枕/袋、市售的冰、冰敷墊、保冰劑、保冰磚、降溫噴劑等。每種工具的冷療方式，對深層和表面組織內的溫度降低的功效也有所不同。

冰袋應密封，以防止漏水，並應符合身體輪廓，強度應為舒適、安全為主，且應充分包裝(外面套上一層毛巾或枕套)，以防皮膚過敏 (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007) *{證據等級 IIa ; A 級建議}*

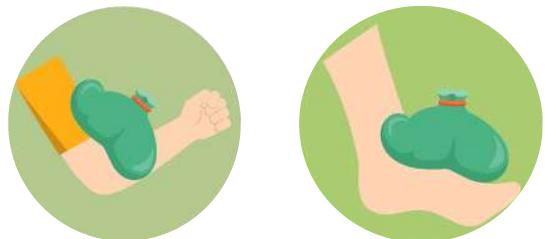


圖 22 不同冷療方式效果評比

降低皮膚表面溫度和肌內溫度效果：

**濕冰(冰 + 水) > 低溫冰 > 碎冰**

(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)

*{證據等級 Ia ; A 級建議}*

#### 【溫馨小提醒】

在冰敷時最有效合適的方式應以**冰+水，且水能覆蓋過冰**，以避免冰塊的銳角在冷敷時造成不適，並且達到最佳的降溫效果。

有些冷噴劑或涼膚膏，因為成分含有薄荷或薄荷腦(薄荷醇)，這種成分會通過瞬時受體電位( TRP )離子通道激活而產生冷卻和鎮痛感，但是並沒有實際冷卻皮膚，降低肌肉和皮膚的溫度。因此，雖然可能是對疼痛感的緩解有效，但卻對於冷卻皮膚和皮下組織是無效的。因此若是希望與冷療使血管收縮，降低血液循環，緩解腫脹等機轉，那仍是需要以濕冰進行冰敷方能達到療效。

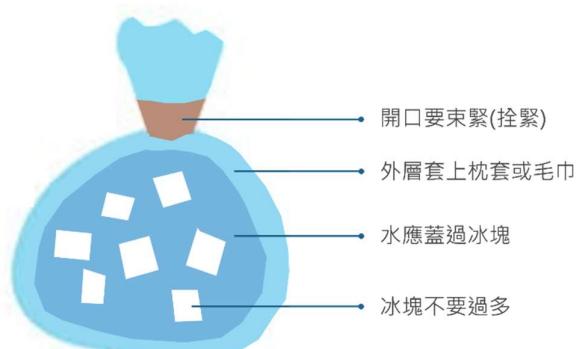


圖 23 正確的冷敷冰袋做法

冷敷的治療時間應比熱敷短，一般不超過 15分鐘。

(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)

{證據等級 Ia；A 級建議}



冷療法是重要的基礎療法，用於治療急性損傷/創傷、慢性疼痛、肌肉痙攣、DOMS、發炎反應和水腫 (Nadler, S.F., Weingand, K., & Kruse, R. J. , 2004; Paine, 2010)。急性損傷時，常以冷療法進行冰敷，合併壓迫和抬高 ( RICE )。對於癌症的病人，冷敷更可廣泛應用在骨頭痛、神經痛、腫脹的不舒服感、肝癌病人的燥熱、發炎性疼痛、頭頸部癌症病人的疼痛，及放射線治療之後的灼熱痛等 (黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)。但僵硬與活動度受限的關節應避免冰敷。

急性肌肉骨骼損傷和遲發性肌肉酸痛 ( DOMS ) 未有充分的證據，未證實使用冷療能有效改善 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015)。{證據等級 IIb；A 級建議}

如果使用不當，冷療可能會使患者面臨局部受凍引起的併發症傷害，例如凍傷、過敏反應、不耐受、神經麻痺和疼痛。在治療期間要經常監控皮膚狀況，確保為能造成組織損傷(熱療亦同)，如：發紅、起泡、皮疹、斑點或浸潤等。患有高血壓、精神障礙、周邊血液循環不佳或感覺遲鈍退化的患者(如糖尿病的周邊肢體、失智長者等)，應謹慎使用冷療。對於冷過敏、冷不耐受或雷諾氏病或血管受損區域的患者，則不應使用冷療法。冷敷的冷療因為機轉上會降低血液循環，使肌肉軟組織彈性變差，因此將會對關節活動、肌肉力量和神經肌肉表現等，在短時間內有不良變化。因此冷敷後若進行活動與運動，應審慎評估小心操作 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015; Walsh, K. & Woten, M., 2018)。

## 二、用熱

熱療的生理效應可藉由血管擴張、血液通透性增加，達到緩解疼痛、增加血流量、提高新陳代謝和改善結締組織的彈性等功能 (Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J., 2015)。



熱敷/熱療應小心避免灼燙傷：

- 應由專業護理人員/復健人員執行
- 所有類型的熱敷應包裝好，防止直接接觸
- 老人等特殊族群應時間及溫度上宜特別小心  
(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007; 黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)

{證據等級 IV; B 級建議}

除了熱敷使用時應避免灼燙傷之外，熱敷的使用有五大禁忌症。包括：1. 皮膚不完整：若是有開放性傷口或者縫線等皮膚破損狀況，避免熱敷；2. 急性發炎期不適合使用熱敷，因為會使炎症反應惡化，加速紅腫熱痛狀況，使之更加嚴重；3. 淋巴水腫的肢體避免熱敷：在淋巴水腫的病理性因素未移除前，過多的組織間液均難以順利排出而會造成腫脹。熱敷使血管通透性增加，將造成熱敷處的腫脹加劇並難以排除；4. 热敷不適用於已暴露在輻射治療的組織：在接受放射線治療(R/T)的病人，患處會有紅、腫、熱、痛、緊等不適感，應採冰敷而非熱敷加重受損狀況；5. 禁止在藥物貼片上進行熱敷或冷敷。熱敷可能會導致藥物立即釋放(例如在 Fentanyl 止痛貼片上熱敷)；在藥物

貼片上冰敷

可能影響吸收

並阻礙治療

(Goldberg, G.

& Morrison,

R., 2007;

Walsh, K. &

Woten, M.,

2018)。



- 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}

圖 24 热敷五大禁忌

熱敷的方式常見有乾熱敷與濕熱敷。乾熱會讓皮膚更乾燥、但可以使用的時間較長。通常熱源移除後，熱療的效用就會終止，但應注意不能讓乾熱裝置直接放在病人身體上，因為恐因不能散熱，而使燒灼傷風險大增。濕熱則能更有效的滲透皮膚，但是可能造成皮膚浸潤、因為水分熱氣蒸散而迅速冷卻、燒燙風險較大。當熱敷溫度 $>37.8$ 度時，應要小心組織損傷的風險大增。表面熱療受限約在2cm的皮下組織深度。因此某些深層熱療的方式(如：超音波、遠紅外線等熱敷)對肌肉僵硬與痠痛具有療效，但應避免用於癌症腫瘤的位置(Smith, S. F., Duell, D. J., Martin, B. C., Aebersold, M. L., & Gonzalez, L., 2017; Walsh, K. & Woten, M., 2018; Goldberg, G., & Morrison, R., 2007)。



圖 25 正確的熱冰袋做法

熱水袋的使用上亦有需要注意之處。除了拴緊開口，外層套一層塑膠袋確保熱水不會外漏燙傷病人外，最外面再套上一層毛巾或枕套更能增加舒適，也具有某些隔離保護，預防燙傷之效。為了讓熱水袋能順著熱敷處的身體曲線貼合熱敷，最好是薄薄的一層，才具效力與舒適。在裝熱水袋時，不宜直接把熱水裝到滿(鼓鼓的)。應該倒入部分熱水後，將熱水袋平放讓開口微向上(避免自己被過多流出熱水燙傷)，將空氣排出，讓熱水量剛好到開口處附近，再拴上蓋子。拴緊後，將熱水袋倒置並輕甩，以檢查確保熱水不會外漏。

亦能直接使用溫水進行熱療(如溫水坐浴、泡手、泡腳、泡澡等)。泡腳的方式除了暖和身體、促進新陳代謝、刺激足部穴道、改善疲憊感等。藉著泡腳與病人互動的過程之中，病人的身心也可以達到放鬆(黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)。冷熱敷交替泡/敷足部，可以改善足部功能，但是並沒有證據能夠減輕疼痛 (Arankalle, D., Wardle, J., & Nair, P M., 2016)。

綜合上述，冰敷與熱敷應注意適用時機、注意事項與相關禁忌，避免疼痛緩解不成，反而造成病人的傷害與不適，相關比較整理如下。

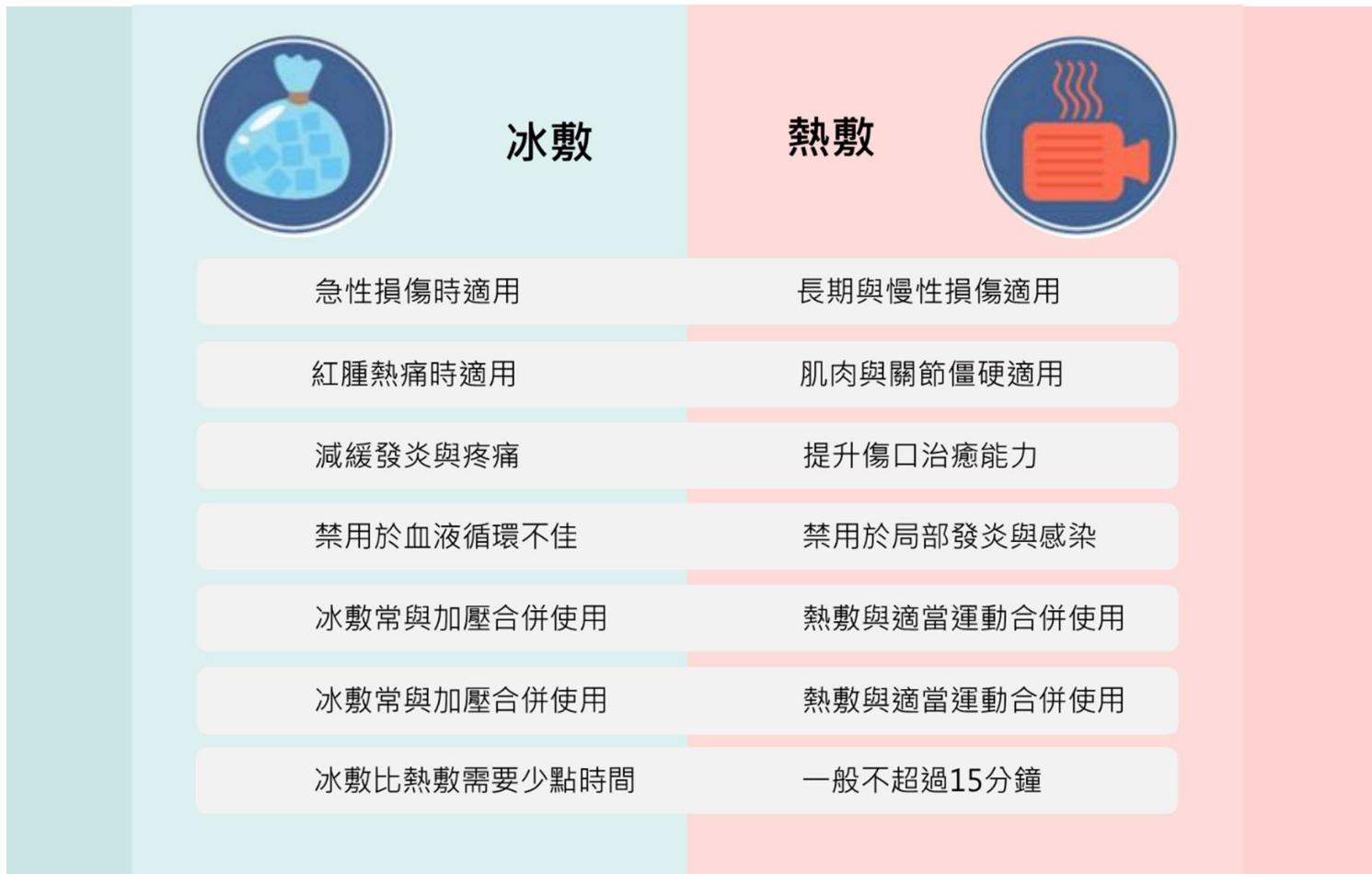


圖 26 冷敷與熱敷要點

雖然冰熱敷/冷熱療是相當廣泛使用且深具成效的照顧治療方式，然而應具備相關專業的知識及技術，在治療前進行完整與個別性的評估確認，並與醫師及復健師討論，方能適切的選擇冷敷或是熱敷，以達緩解疼痛不適的效果，並避免反而讓病人狀況更加惡化嚴重，甚至造成其他問題。以骨關節肌肉不同原因造成的疼痛，需要對症下藥選擇適切的冷熱敷治療 (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2010)。

表 7 對症下藥選擇適切的冷熱療範例

主訴	狀況	冷熱療
頭痛	緊張性頭痛，頸部肌肉痙攣，頭部/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。

### 三、活動運動

活動、運動與擺位是疼痛照護及預防過程中的重要措施。病人往往因受到損傷而感到疼痛，害怕疼痛加劇而限制部分或全身的活動。滯動以致血液循環變差，除了讓原本的疼痛不適難以改善，甚至可能導致其他問題(水腫、痠痛\_而加重疼痛不適。相反的，若是有正確適度的運動，將可以強化肌力，改善血液循環，此為亞急性和慢性疼痛的重要治療。但要避免負重運動，癌症病人(尤其是骨轉移)、老人與久病臥床病人的運動應更小心評估病人個別狀況，避免反而造成其他傷害。為避免長時間固定不動，正確的擺位可以防止關節攀縮、肌肉萎縮、皮膚發紅破損(壓傷/褥瘡)、心血管失調等後續問題。可促進舒適、防止或減輕痛苦，進而預防後續合併症的發生與疼痛(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)。

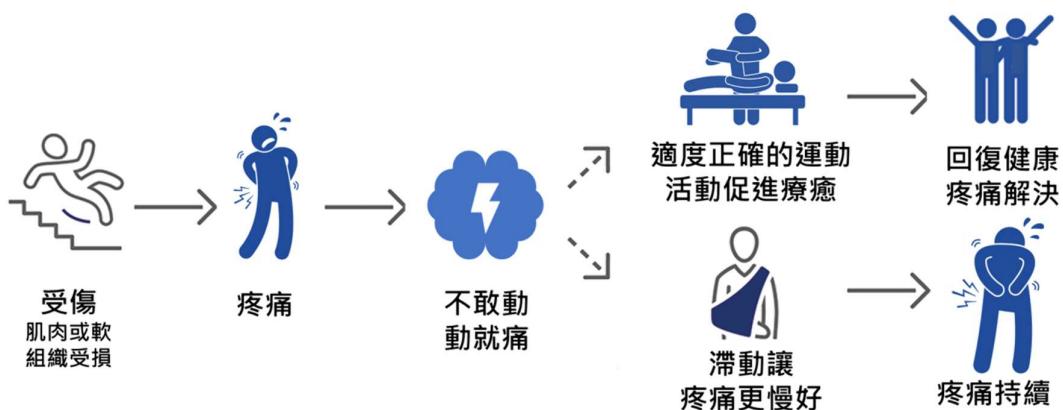


圖 27 疼痛與運動的關係

- 運動強化肌力：運動可強化肌力，活化關節，促進新陳代謝。
- 正確擺位姿勢：避免關節僵硬攀縮與皮膚壓傷，促進舒適，緩解疼痛。

(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007) {證據等級 IIb ; A 級建議}

## 步驟七-2：特殊疼痛介入措施-按摩、TENS、拉筋放鬆多元輔療

疼痛照護介入的方式與策略相當多，相關的多元輔療在各國也發展出不同的理論、手法、與步驟。這些療法雖然安全性相當高，但依舊有其禁忌、適用狀況、作用機轉及應注意事項。因此清楚相關的學理機轉，適切適時的提供多元方法將會讓疼痛照護更具成效，亦能拉近與病人及家屬的信任及親善關係。

疼痛處置可使用單一措施，也可併用多種措施 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006; Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al., 2010)。{證據等級III；A級建議}

### 一、接觸療法與按摩

觸摸治療是一種歷史悠久的有效性療法，有不同的派別與機轉論述，但藉由徒手按摩的過程中，雙手接觸案主而有肢體接觸，由觸覺傳達關懷感，這是很一個支持的力量，能撫慰案主身心靈，並幫助其在身心靈方面獲得療癒，改善護病、病家間人際關係

(Martorella, G., Boitor, M., Michaud, C., & Gelinas, C., 2014; Rodgers, N. J., Cutshall, S. M., Dion, L. J., Dreyer, N. E., Hauschulz, J. L., Ristau, C. R., ... Bauer, B. A., 2015; 黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)。

接觸療法沒有副作用

(Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al., 2009)

{證據等級III；A級建議}

#### 接觸療法對疼痛緩解

有效，而且可以減少止痛藥

使用量(Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al., 2009)

{證據等級III；A級建議}



有一種溫暖，是來自手心的溫度傳遞

## 【定義】

治療性按摩定義為：「處理全身區域的軟組織，改善整體性的健康狀況 (Vickers, A., & Zollman, C., 1999)」。

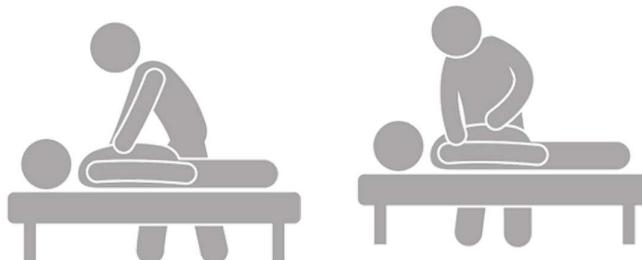


## 【成效】

按摩療法已證實可以促進身心健康預防疾病，並對各種患者緩解疼痛有積極的作用 (Wang, A. T., Sundt, T. M., Cutshall, S. M., & Bauer, B. A., 2010)。按摩療法歷史悠久，可以追溯到遠古時代眾所周知，透過改善案主的血液循環和患部範圍壓力，以減少和消除疼痛 (Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F., 2012)。在不同階段與診斷各類病人 (例如：不同階段癌症病人、分娩婦女、外科術後病人等)，均有研究證實能作為疼痛處理的有效輔助療法，緩解疼痛甚至能降低再入院率和死亡率，因此為非藥物輔助治療適合與藥物疼痛控制搭配，有效緩解病人疼痛問題 (Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F., 2012)。研究也已被證實觸摸加上按摩療法能協助案主放鬆，並讓心靈整體平靜平安 (Martorella, G., Boitor, M., Michaud, C., & Gelinas, C., 2014; Rodgers, N. J., Cutshall, S. M., Dion, L. J., Dreyer, N. E., Hauschulz, J. L., Ristau, C. R., ... Bauer, B. A., 2015)。

按摩是舒適放鬆的措施，可幫助緩解一般疼痛，也可因增加血循而減少特定區域的疼痛 (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)。

{證據等級I；A級建議}



## 【機轉】

疼痛的門閘理論 ( gate-control theory ) 提出：人的脊髓中的一些細胞就像閘門一樣，可以阻斷某些痛覺訊號進入大腦，如此大腦便接受不到訊號也就不會感受到痛覺。所以在感受到物理刺激(如冷或熱)時，這種競爭性刺激在神經系統的路徑傳導速度比「痛」快。所以在疼痛訊息進入大腦被接收處理之前，就「關閉接收痛苦的大門」，而達到減輕疼痛壓力的效果 (Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W., 2004; Melzack, R., & Wall, P. D., 1965)。在此理論的基礎上，有的研究者相信按摩因為引起疼痛區域肌肉的緊張與刺激訊號，而競爭阻斷疼痛訊息傳達到大腦，進而有助於緩解案主的疼痛。

門閘理論的機轉意示圖如下圖，在沒有任何刺激的情況下，大、小神經纖維束都是沒有動靜，「抑制性中間神經元」阻擋連接到大腦「投射神經元」的信號，因此沒有疼痛。隨著疼痛刺激，小神經纖維活躍，進而激活「投射神經元」，並阻斷「抑制性中間神經元」。因為抑制性中間神經元的活動受阻，所以它不能阻止與大腦連接的「投射神經元」的輸出，導致「門閘大開」，痛！但若是透過非疼痛的物理性刺激，激活大神經纖維。這將同時激活投射神經元與抑制性中間神經元，然後抑制性中間神經元將阻斷連接到大腦的投射神經元中的信號，以至於「門閘關閉」，因此不感覺疼痛。

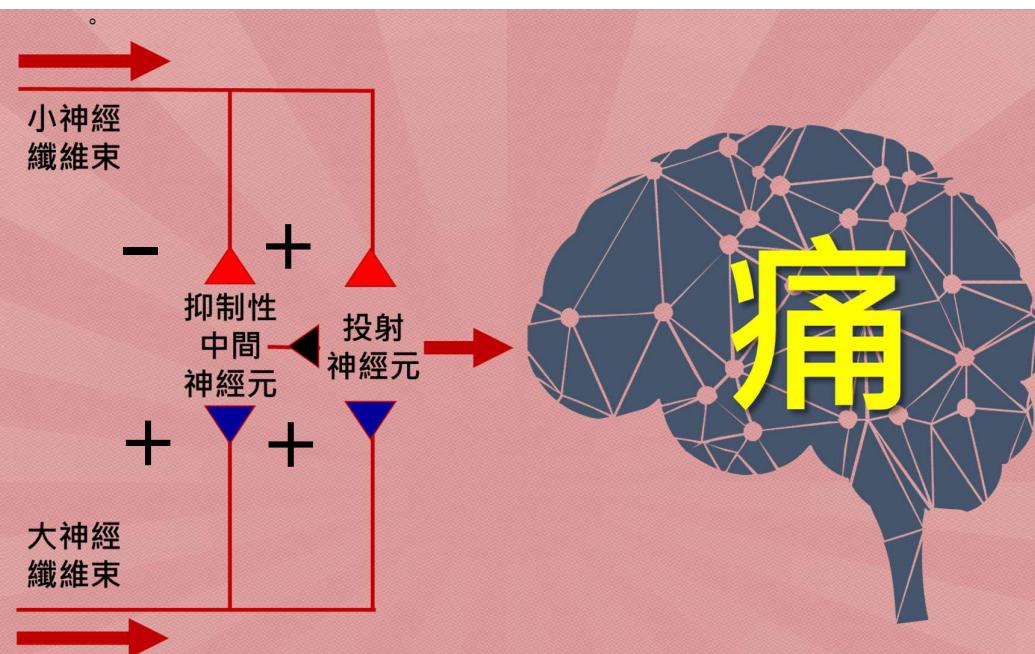


圖 28 門閘理論的機轉意示圖

另有學說支持，認為按摩療法也可以影響自主神經系統，讓交感神經反應，導致心率和血壓降低，減緩呼吸並釋放放鬆激素(如：內啡肽) (Anderson, P. G., & Cutshall, S. M., 2007)。這一連串的反應有助於減少心血管活動與壓力荷爾蒙，進而讓案主放鬆與恢復平靜，因此焦、恐懼甚至是憂鬱程度也可望獲得降低。

在身體症狀上，按摩可能對減少炎症和腫脹、改善血液循環、減緩肌肉酸痛、與降低血液中的壓力荷爾蒙水平各面向有所助益。研究實證則強而有力的證實：按摩可以明顯降低減輕案主的疼痛程度、降低他們的焦慮程度，也降低他們按摩部位的肌肉張力與痙攣緊張程度，藉此也提高了案主對引入的照護的滿意度，也可以增強案主的活動能力，減少肌肉骨骼疼痛。(Julian, L. J., 2011; Albert, N. M., Gillinov, A. M., Lytle, B. W., Feng, J., Cwynar, R., & Blackstone, E. H. , 2009; Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F. , 2012; Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., ... Sundt, T. M., 2010; Ritz, T., Meuret, A. E., Bhaskara, L., & Petersen, S., 2013)。

在操作實務面，按摩的手法很重要，配合溫暖的說話語調可給予病人撫慰(黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)。按摩效果最好的部位是雙下肢跟腰部(黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)。而按摩方式包含肌肉放鬆按摩、穴位按摩、淋巴引流、精油按摩、接觸療法等；部位則涵蓋全身、頭、頸、肩、背、手、腿、肌筋膜觸痛點(Myofascial trigger points)；按摩時塗抹低過敏性霜或乳液 (Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F. , 2012)或精油 (Najafi, 2014)或甚至赤手空拳甚麼都不塗 ( Bauer et al . . 2010 )。每次時間介於3-60分鐘，療程從1次至5週，各研究對象、按摩類型、劑量、強度和持續時間等歧異甚大，雖對緩解疼痛有顯著成效，但難以固定一致性按摩步驟 (胡文郁、陳宛榆 、 羅淑芬、 陳書毓、黃瀚心、陳幼貴., 2013)。

常見按摩技術有撫摸、揉捏及劃圓等，採具節奏方法進行並從遠端到近端執行 (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007) **{證據等級IIb；A級建議}**



圖 29 按摩功效

### 按摩有效緩解疼痛

按摩療程以提供20 - 30分鐘 · 術後第3天 · 疼痛強度降低最多 (Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F., 2012; Najafi, 2014)。若是以按摩來作為傳統疼痛管理與照護的輔助療法 · 將可減少止痛藥物的使用劑量 · 尤其鴉片類藥物更為明顯 (Rodgers, N. J., Cutshall, S. M., Dion, L. J., Dreyer, N. E., Hauschulz, J. L., Ristau, C. R., ... Bauer, B. A., 2015)。

### 按摩沒有風險與壞處

沒有任何相關風險或不良事件的治療 (Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., ... Sundt, T. M., 2010; Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F., 2012; Albert, N. M., Gillinov, A. M., Lytle, B. W., Feng, J., Cwynar, R., & Blackstone, E. H., 2009; Rodgers, N. J., Cutshall, S. M., Dion, L. J., Dreyer, N. E., Hauschulz, J. L., Ristau, C. R., ... Bauer, B. A., 2015)。

### 按摩可以局部或全身

按摩治療應根據患者的選擇進行位置和按摩區域 · 以提高患者的舒適度。兩項研究支持患者在選擇職位時的自主權按摩區域 · 以促進患者的放鬆和舒適。按摩患者不利的位置或按摩區域可能會造成甚至傷害和不適按摩治療後疼痛水平增加 (Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., ... Sundt, T. M., 2010; Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F., 2012)。按摩全身 (Najafi, S. S., Rast, F., Momennasab, M., Ghazinoor, M., Dehghanrad, F., & Mousavizadeh, S. A., 2014) · 或是允許患者選擇自己的按摩區域 (Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F., 2012)即可提高按摩療法的功效。

## 二、 經皮電神經刺激(TENS)

TENS是一種應用低電壓，藉由控制皮膚電極的刺激傳輸以減輕疼痛的方法 (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)。因為此一方式在西醫來說將會活化內啡肽分泌和干擾疼痛纖維的傳輸；在中醫來說，將刺激穴位以達到緩解疼痛之效 (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)。

TENS治療至少需執行6次，一個穴位每次約30分鐘左右方能達到效果(黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012)

TENS措施的有效性，雖1篇Cochrane的系統性文獻回顧，但僅納入2個隨機對照試驗，其中1個研究TENS對乳癌病人之慢性疼痛成效；另1研究針灸TENS對安寧療護病人疼痛成效，結果都顯示無差異 (Robb, K., Bennett, M., Johnson, M., Simpson, K., & Oxberry, S., 2008)。針灸為中國傳統醫學，本研究納入1篇系統性文獻回顧探討其對癌症疼痛效果，共收錄7個研究，有4個研究採傳統針灸，2個用耳穴針灸，1個為電刺激針灸，結果僅耳穴針灸能顯著緩解疼痛 (Lee, H., Schmidt, K., & Ernst, E., 2005)。1篇臨床指引強烈建議針灸作為疼痛控制不佳之補充療法，在國外已廣為用於慢性或癌症疼痛病人，唯此措施只能由合格的醫師執行，且具侵入性，有出血傾向病人應謹慎地使用 (Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al., 2009)，臨床應用時建議轉介中西醫整合醫療評估與處置。

TENS對輕度疼痛有減緩效果(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007){證據等級Ib；A級建議}，尤其是神經痛的病人效果良好 (黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生, 2012){證據等級IIb；B級建議}。



## 第四階段 追蹤管理，轉介溝通

### 步驟九：記錄重要訊息，確認介入成效

重複的教導病人及家屬，用他們可理解的方式教導紀錄下有關疼痛管理相關的訊息，例如：使用止痛藥物、緩解疼痛的其他方法、以及如何有效地與醫生溝通未被緩解的疼痛(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007; Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)。

應教導確認病人及家屬能正確使用疼痛管理日記，溝通並記錄患者對疼痛的反應，以便疼痛強度發生變化時幫助紀錄止痛藥物劑量的調整，並有助醫師與照護團隊能更精準的評值照顧成效，進而調整疼痛用藥，訂定疼痛管理計畫，進行個別性疼痛照護計畫修正(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007){證據等級Ib；A級建議}。在衛教病人及家屬紀錄之前，應評估病人和家屬讀寫能力，確保能了解所提供之教育(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007; Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al., 2009){證據等級Ib；A級建議}。照顧癌症疼痛的病人時，應定期提供病人和/或家屬的教育服務，以提高疼痛處理和止痛的知識(Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., & Beaton, R. D., 2008){證據等級Ib；A級建議}。

重新評估病人的疼痛管理成效與反應，應始終如一地使用相同的重新評估工具、使用方式與頻率。重新評估將由以下因素決定：

- 存在疼痛
- 疼痛強度
- 疼痛類型
- 健康狀況
- 介入成效 (Registered

Nurses' Association of Ontario, 2013)

{證據等級Ib；B級建議}



## 步驟十：自我管理衛教，持續追蹤評估

在心理策略構面上，病人教育是疼痛控制的基石。完整、有效、適切的疼痛教育訓練（PEP）深具重要性。疼痛教育訓練內容旨在提供並澄清病人或家屬有關止痛藥物的觀念、用藥原則以及對嗎啡及其副作用的迷思（Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., & Lin, C. C., 2002; Lai, 2004）探索他們對疼痛、相關藥物與疼痛管理的信念、知識和理解程度，藉由穩定具信效度的評估工具，持續追蹤評估病人對疼痛管理的反應及成效，評估面向包括：持續存在的疼痛、疼痛強度、疼痛類型、與整體身心靈健康狀況等（Registered Nurses' Association of Ontario, 2013）。對於自我表達敘述困難的病人，臨床人員亦應持續研發有效評估策略與工具進行測量（Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006）。

病人教育對疼痛控制之成效，在文獻中可見護理人員提供15-60分鐘、面對面的疼痛指導課程，有助提升癌症病人知識和疼痛成效（Bennett, M. I., Bagnall, A. M., & Closs, S. J., 2009），其它由護理人員提供30-60分鐘、一對一指導每日疼痛記錄與如何溝通疼痛問題，及每日10-15分鐘共5天疼痛課程提供衛教手冊，皆顯著改善疼痛知識與降低疼痛強度（Goldberg, G., & Morrison, R., 2007）。



EDUCATION

病人疼痛教育訓練能降低疼痛指數與提高疼痛滿意度（Anderson, K. O., Mendoza, T. R., Payne, R., Valero, V., Palos, G. R., Nazario, A., Richman, S. P., Hurley, J., Gning, I., Lynch, G. R., Kalish, D., & Cleeland, C. S., 2004; Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., & Lin, C. C., 2002）{證據等級IIa；B級建議}。

疼痛教育訓練方式可以採多元化教學，包括使用投影片、手冊、光碟做說明。鼓勵病人提問或參與討論。訓練環境需注意隱密、獨立、不受打擾的空間，並以電話追蹤進行返家後續照護。（Anderson, K. O., Mendoza, T. R., Payne, R., Valero, V., Palos, G. R., Nazario, A., Richman, S. P., Hurley, J., Gning, I., Lynch, G. R., Kalish, D., & Cleeland, C. S., 2004; Lai, 2004; Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., & Lin, C. C., 2002; Lai, 2004）

# 第四章

## 疼痛照顧團隊與各職類角色



IPAIN

楊婉萍 高市大同醫院 院務顧問

陳玉鳳 護師工會理事長

## 第四章 疼痛照顧團隊與各職類角色

對於無法溝通表達的長者和失智長者，應導入多元專科進行疼痛評估，包括受疼痛之苦的長輩、家人與醫療照護團隊。不同的角色將會提供不同疼痛症狀和導因的線索、評估與訊息 (Fong, E., 2017)。教育病人和家屬，與其一起協力處理疼痛是需團隊共同努力方可達成。團隊成員可能包括：診斷本科醫師、護理師、疼痛專家、緩和照護醫護人員、神經科醫師、社工、心理師、精神科醫師、物理治療/職能治療師 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)。醫師、護理師、心理學家及社工可以幫助尋找資源、情感支持及與病人分享經驗，對病人的疼痛減少有部分影響(Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)。

護理人員須適時評估追蹤病人的主訴、發展狀況與治療成效等，並作為訊息整合、溝通轉介平台，與病人、家屬及團隊成員合作以控制疼痛。因此需要具備有良好的疼痛評估與管理能力，甚至包括溝通會談的知識與技巧，更能從蛛絲馬跡評估意識障礙無法清楚表達病人的疼痛狀況 (Herr, K., Coyne, P., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S., 2011; Wilson-Smith, E. M., 2011)。

要有效的處理疼痛需要團隊合作，由於癌症或各種慢性疼痛將嚴重影響病人，致使病人情緒低落、憂鬱、無望等 (Bennett, M. I., Bagnall, A. M., & Closs, S. J., 2009)。因此不同專業人員如社工、心理師的介入共同處理實有其重要之處 (Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al., 2010)。國內外的臨床疼痛照護指引亦強調處理疼痛需要跨領域團隊共同努力 (國家衛生研究院, 2007; National Comprehensive Cancer Network, 2010)。



教育病人和家屬處理疼痛是需團隊共同努力達成，團隊成員可包括：多科醫師、護理師、疼痛專家、緩和照護醫護人員、神經科醫師、社工、心理師、心理醫師、物理治療師、心靈輔導員等{證據等級IIa；B級建議}

(Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)



醫療行為包括：1.醫療主要行為、2.醫療輔助行為、3.不列入醫療管理之行為。

對的人(職類)作對的事與應該作的事，在疼痛實務照護面向，法規對各職類的執行/職業範圍有所規範，法律上規範了不同職類成員能作、不能作的事，但實務上仍有非常多模糊難以界定的範疇。



圖 30 醫療行為三大範疇

護理人員法第 24 條說明護理人員之業務如下：一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。由相關法規可見，護理人員相當重要的角色在於針對疼痛問題進行完整、個別性的護理評估，並可針對疼痛預防介入護理措施(前)，給予疼痛照護的教育指導與諮詢(中)，並進行成效評估與追蹤管理(後)。**然在疼痛藥物的給予，若有相關之侵入性檢查治療與處置、心理行為相關治療、生命徵象之測量與評估等均需要基於醫師醫囑的指示。**

90 年 3 月 12 日衛署醫 0900017655 號修正公告：

**護理人員法第 24 條所稱醫療輔助行為：**

- (1)輔助施行侵入性檢查
- (2)輔助施行侵入性治療、處置
- (3)輔助各項手術
- (4)輔助分娩
- (5)輔助施行放射線檢查、治療
- (6)輔助施行化學治療
- (7)輔助施行氧氣療法(含吸入療法)光線療法
- (8)輔助藥物之投與
- (9)輔助心理、行為相關治療
- (10)病人生命徵象之測量與評估**
- (11)其他經中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為。
- (12)針灸療法之取針與灸法、耳穴埋豆法、中藥超聲霧吸入法、中藥保留灌腸、坐藥法等之輔助施行。

護理人員除執行上開醫療輔助行為外，對於住院病人仍應依病人病情需要，提供適當之護理服務。



圖 31 護理人員可執行之醫療輔助行為

醫師、護理師、心理學家及社工可以幫助尋找資源、情感支持及與病人分享經驗，對病人的疼痛減少將有所影響**{證據等級IIb；A級建議}** (Goldberg, G. & Morrison, R., 2007)

# 第五章 特殊疼痛照顧措施計畫

楊婉萍 高雄市立大同醫院(高醫經營) 院務顧問

劉芊葳 高雄醫學大學護理系 博士生

宋聖芬 高雄市立小港醫院(高醫經營) 護理長

張秀禎 高雄醫學大學附設醫院 心臟科加護病房護理師

陳淑娟 屏東基督教醫院 居家護理師

劉瓔宜 高雄榮民總醫院 血液腫瘤科病房護理師



## 第五章 特殊疼痛照顧措施計畫

### 壹、周邊肢體水腫導致疼痛

水腫是間質空間積聚的液體，當毛細血管過濾超過淋巴引流限制時，會產生明顯的臨床症狀和外觀改變。因全身性疾病所造成的相關廣泛性凹陷性水腫，對於其快速發展需要及時的診斷、照護與管理。否則水腫造成的腫脹疼痛不適，以及因為皮膚照護不善以致於衍生諸多的皮膚問題間接產生疼痛不適(將使水腫問題更加惡化複雜)，抑或是因水腫而造成肢體活動不便而長期滯動與姿勢不良造成血栓或其他種類疼痛。一開始未積極照護管理的水腫問題，將負向問題越滾越大，最終身心靈問題複雜糾結在一起將更難處理解決。一個或兩個下肢的水腫慢性累積通常表明靜脈功能不全，此用乳液或乳霜進行皮膚護理，這對於預防皮膚破損和靜脈潰瘍相當重要。患有深靜脈血栓形成的患者應穿壓力襪以預防血栓後症候群。一側或雙側上下肢腫脹肥大的皮膚表現可能為淋巴水腫。淋巴水腫的可能繼發原因包括腫瘤，創傷，既往盆腔手術，腹股溝淋巴結切除術和既往放射治療。在這些情況下，使用氣動壓縮裝置或壓力襪可能會有所幫助 (Trayes, K., Studdiford, J. S., Pickle, S., & Tully, A. S. Am Fam Physician., 2013)。

一般性水腫與淋巴水腫之鑑別分辨有其重要性！因為一般性水腫能使用熱敷、泡熱水、按摩、運動等方式，增加末梢血液循環，有效改善周邊肢體水腫。然淋巴水腫因其生理機轉之不同，上述方法將加重淋巴水腫之嚴重度。



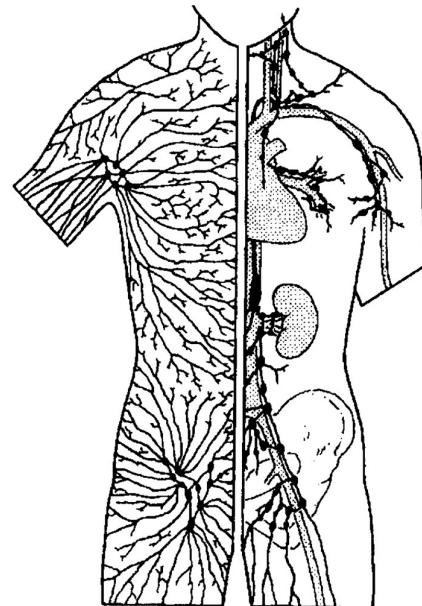
表 8 一般水腫與淋巴水腫之鑑別

	凹陷性水腫 pitting edema	淋巴水腫 lymphedema	深層靜脈栓塞 DVT
給予施壓	凹陷型	早期凹陷，多為非凹陷	非凹陷
皮膚外觀	光亮、皮膚薄、緊繃	皮膚角質化	紅、腫、熱
肢體腫脹	雙側水腫	單側或雙側水腫	單側水腫

淋巴水腫對生活品質的影響甚大，包括持續性的感受到緊繃感、感覺異常、僵硬感、癢、感染、疼痛等多重不舒服，並有焦慮、憂鬱、身體心像改變、就業/執業困難、生活適應困難、家庭社會與心理靈性問題 (Andersen, Hojris, Erlandsen & Andersen, 2000; Rockson, 2001; Cohen, Payne & Tunkel, 2001)。半數淋巴水腫病人有疼痛問題{證據等級IIb；A級建議}，因此需要積極處理與緩解。

淋巴水腫的治療照顧方式如下(Casley-Smith, Judith R. & Casley-Smith, J. R., 1997；Cohen, Payne & Tunkel, 2001; Susan, Maria, Ivo & Mark 2001)：

- 藥物治療：利尿劑效果不彰
- 手術治療：以淋巴管與靜脈、或淋巴管與淋巴管吻合術，引流阻塞區域的淋巴液，或是將阻塞區域皮膚與皮下組織摘除，消除水腫空間
- 運動：{證據等級IIa；A級建議}
  - 伸展運動：主要目的是增加組織間淋巴回流的通道。
  - 呼吸運動：吸氣時胸內壓(Intra-thoracic pressure)降低，有助於淋巴回流。
  - 有氧運動時應避免病人的肌肉疲乏(muscle fatigue)，因為肌肉疲乏容易造成淋巴液堆積。
- 血循機 (Circulator)：壓力以不超過60mmHg為原則，另心肺功能不佳者需謹慎使用，有按摩禁忌者(如感染、栓塞等)不能使用。{證據等級Ib；B級建議}
- 徒手淋巴按摩：表面淋巴管在皮下不到0.1公分，按摩時需輕柔，太大力會增加血液循環，使更多淋巴液滲入組織。{證據等級IIb；A級建議}
- 壓力衣襪：以外力之壓力促使淋巴液回流，壓力為20-60mmHg，通常半年換新一次，以免重覆使用失去彈性。{證據等級Ib；A級建議}



## 貳、失智症與表達困難案主的疼痛評估

病人因生理或認知因素而無法以言語溝通疼痛強度，是疼痛評估和處理的一個重要障礙 (Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J., 2006; Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)  
**{證據等級 I；A 級建議}**

對於認知功能受損的老年人，無法評估疼痛。患有輕度至中度認知障礙的老年人能夠使用適合其需要的量表，例如分類數值量表 (Herr 等，2011; McAuliffe 等，2009; Schofield 等，2008)。嚴重的失智患者因無法以清楚的語言表達疼痛需求，因此疼痛問題不易確認，常受到忽略與低估，以致生活品質受影響，行為更加躁動。認知障礙程度越高者，疼痛越不易被確認，也越容易被低估或忽視。失智患者躁動行為與疼痛/不舒適程度具有正相關性，失智患者處於疼痛狀態時，傾向以非攻擊性躁動行為，尤其是口語躁動行為(如：抱怨、呻吟)來傳達以及排除疼痛感 (Ahn, H. & Hargas, A., 2013)。若提供個別化的疼痛治療措施，失智老人躁動行為將明顯減少。 (Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D., 2011)。



**【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。**

65

失智患者/認知障礙老人的疼痛行為指標可見下圖 (American Pain Society, 2012; Ahn,H. & Hargas, A., 2013; 蔡佩紋、施燕華、蘇恩平、王靜枝, 2015) :

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 生活常規改變 ( Changes in activity patters 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。
6. 心理狀態改變 ( Mental status changes ): 哭泣、流淚、增加混亂情形、易怒與悲傷。

以上疼痛行為與問題行為線索中，在失智症病人疼痛問題未被緩解或加劇時，遊走、躁動與攻擊等不適當與危險的干擾行為將會加重。日常生活常規接受的照護與活動，也可能突然遭到拒絕反抗。

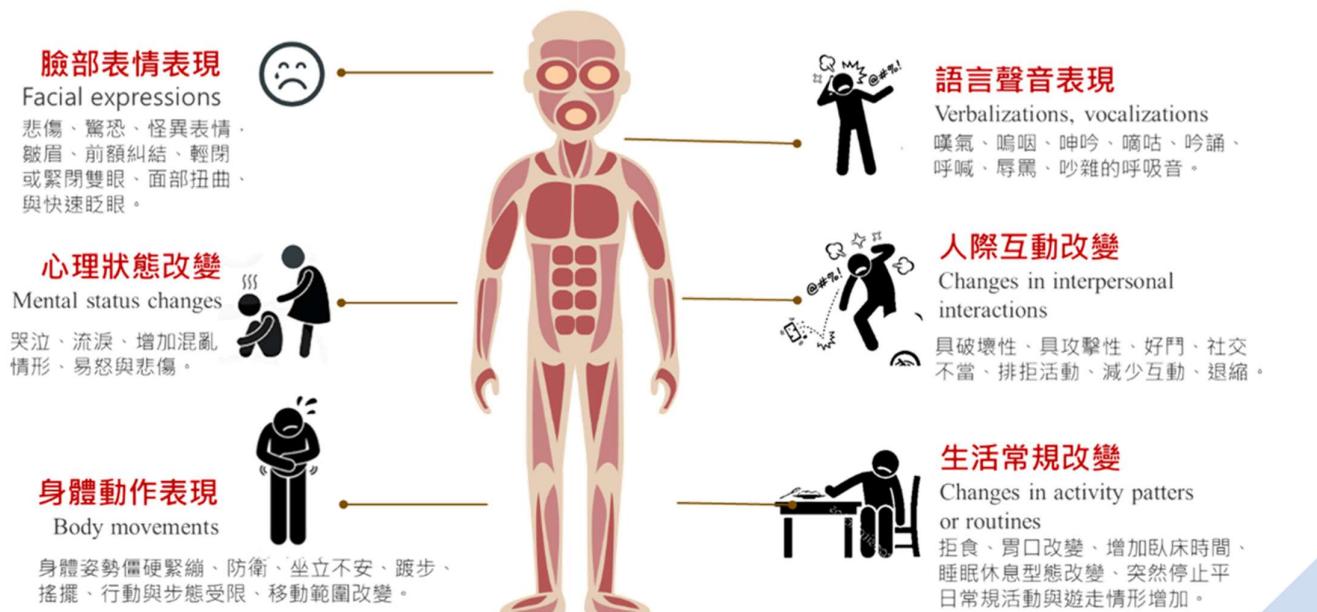
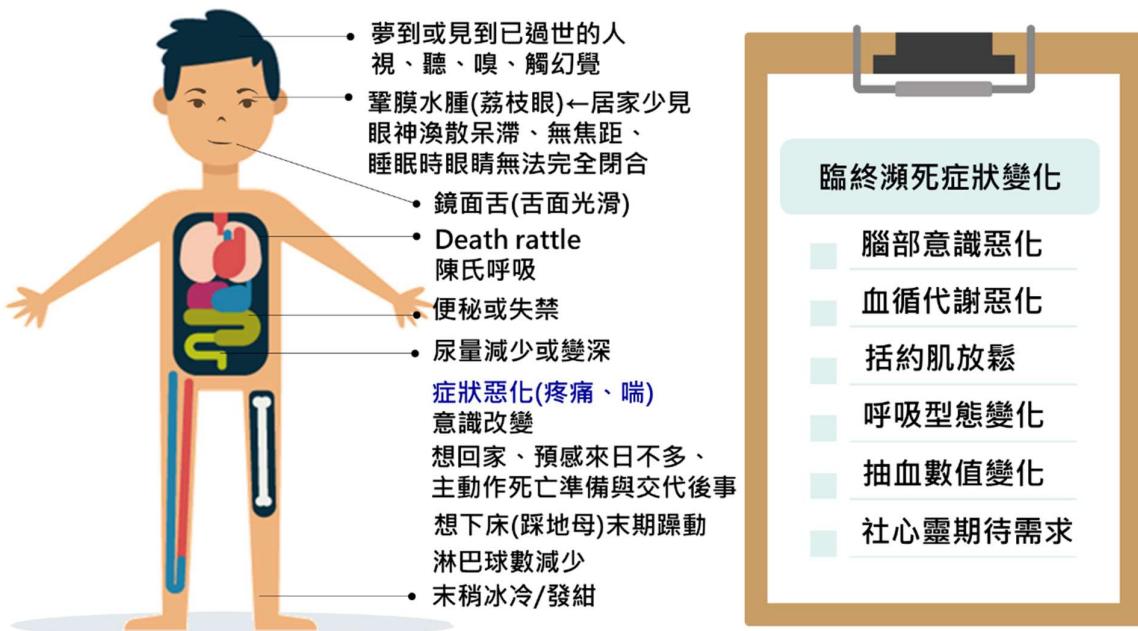


圖 32 失智患者/認知障礙老人的疼痛評估線索

## 叁、瀕死臨終病人的疼痛評估與照護



# 第六章

## 照顧成效評值與結論



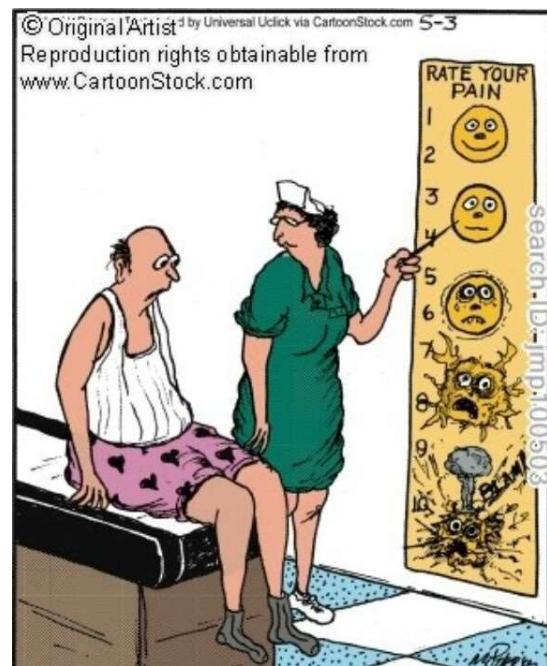
## 第六章 照顧成效評值與結論

緩解的疼痛常會導致→睡眠障礙和疲勞→活動減少→慢性疼痛→憂鬱→焦慮→活動與社交降低→營養不良→認知變差等惡性循環 (DeVesty, G. & Karakashian, A. L., 2018)。因此積極、有效、持續性的疼痛處理與照護相當重要。藉由持續性的滾動式照顧成效評值，儘可能預防、控制、照護與管理疼痛，減輕疼痛的嚴重程度，改善活動功能、睡眠和整體生活品質 (LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M., & Jeans, M. E., 1998)。疼痛照護的成效評值除了需要使用與照護過程中相同的疼痛評估工具外，以下因素的持續性評估相當重要，包括：現存性疼痛類型、給藥前後與突發痛的疼痛強度、導致的疼痛的其他健康問題與疾病狀況、預防與緩解疼痛的照護措施執行狀況、疼痛藥物服藥情形與副作用等 (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013) {證據等級 IIb；A 級建議}。有效適切的疼痛管理計劃，則依各病人的個別性評估結果，納入具可近性與可行性的目標，修正有效和適當的疼痛管理策略 (American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (AGS), 2009)。

由於疼痛屬主觀感受，因此本指引第三章所述及眾多數字化、圖像化疼痛評值工具，均有其參考之價值。照護人員應積極使用研究已發展之自我敘述困難之疼痛評估策略或工具進行評估與評值 (Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)。此外，尚有許多難以量度的痛。病人可能表示：「你問我什麼性質的痛，我就是說不出來，我就是痛，就是全身不舒服...」或是疼痛評估的分數？「痛起來就是千萬分」，由於感覺先於語言，所以有些感覺是無法或難以用言語表達的。當遇此狀況，將可參考第五章進行旁觀者從照顧細節所觀察得到的疼痛線索進行成效評值。

視覺描述符量表(Visual Descriptor Scale)是老年人最喜歡的疼痛評估工具。

(Rao, A. & Cohen, H., 2004) {證據等級 IIb；B 級建議}



資料來源：<http://mathewhawkesphysiotherapy.blogspot.com/2016/06/i-have-high-pain-threshold.html>

然而照顧成效的評值除了主觀疼痛與客觀徵象的評估外，尚可考慮以量性生理指標進行多元的評量。生物反饋(Biofeedback)利用專門的儀器來監測患者無法意識到的生物過程（例如，血壓，肌肉活動），並提供關於這些過程的即時聽覺或視覺信息，幾種類型的生物反饋用於疼痛管理，包括肌電圖(EMG)、熱、電皮、壓力和腦電圖(EEG)生物反饋。這些生物反饋涉及皮表或皮下放置在受影響的肌肉之上或之中使用電極並利用生物反饋機器來監測肌肉活動- 對部分疼痛病人亦能藉此教導嘗試減少某些部位之肌肉活動，或是進行放鬆練習，從而減少疼痛。

病人的疼痛導因可能單純也可能相當複雜，因此需要經過完整的評估，才能真正釐清導因，進而對症下藥提供正確適切的藥物治療與非藥物治療照護處置，方能達到最好的疼痛照護與管理成效，病人能減少疼痛之苦，擁有尊嚴與生活品質(Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J., 2006; Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M., 2006)。讓我們一起努力捍衛病人的「不痛權」！



## 參考文獻

- Achterberg, W. P., Pot, A. M., Scherder, E. J., & Ribbe, M. W. (2007). Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment on Different Types of Care Wards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(15), 480-487.
- Ahn, H. & Hargas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC geriatrics*, 13(1), 頁 14. doi:10.1186/1471-2318-13-14
- Al-Atiyyat, N.M.H. (2008). Patient-related barriers to effective cancer pain management. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(4), 198-204.
- Albert, N. M., Gillinov, A. M., Lytle, B. W., Feng, J., Cwynar, R., & Blackstone, E. H. (2009). A randomized trial of massage therapy after heart surgery. *Heart Lung*, 38(6), 480-490.
- Alzheimer's Australia. (2017 年 03 月 21 日). *Pain and Dementia*. 2011. 摘取自 Alzheimer's Australia:  
[https://www.fightdementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-DementiaQandA16-PainAndDementia\\_english.pdf](https://www.fightdementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-DementiaQandA16-PainAndDementia_english.pdf)
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2010). OrtholInfo: Gout. 摘取自 <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00598>
- American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (AGS). (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *The Journal of the American Geriatrics*, 57(8), 1331-1346.
- American Pain Society. (2012). The American Pain Society. Retrieved from. 摘取自 American Pain Society: <http://www.americanpainsociety.org/about-aps/Press-Room/about-aps-press-room.html>
- Anderson, K. O., Mendoza, T. R., Payne, R., Valero, V., Palos, G. R., Nazario, A., Richman, S. P., Hurley, J., Gning, I., Lynch, G. R., Kalish, D., & Cleeland, C. S. (2004). Pain education for underserved minority cancer patients: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(24), 4918-25.
- Anderson, P. G., & Cutshall, S. M. (2007). Massage therapy: a comfort intervention for cardiac surgery patients. *Clin Nurse Spec*, 21(3), 161-167.
- Arankalle, D., Wardle, J., & Nair, P. M. (2016). Alerntate hot and cold application in the management of heel pain: A pilot study. *Foot*, 29, 頁 25-28.
- Australian Pain Society. (2005). Pain in residential aged care facilities: management strategies. Australian Pain Society.
- Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J. (2006). Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving

- cancer pain: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 24(34), 5457-5464.
- Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., & Moynihan, T. J. (2006). Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 24(34), 5457-5464.
- Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., ... Sundt, T. M. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. *Complement Ther Clin Pract*, 16(2).
- BendelowG. (2000). Pain and Gender. Harlow: Pearson Education.
- Bennett, M. I., Bagnall, A. M., & Closs, S. J. . (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*, 143(3), 192-199.
- Bennett, M. I., Bagnall, A. M., & Closs, S. J. (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*, 144(3), 192-199.
- Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J., & Rosenfeldt, F. . (2012). Massage therapy for cardiac surgery patients—a randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 144(6), 1453-1459.
- BriggsE. (2002). The nursing management of pain in older people. *Nursing Older People*, 14(7), 23-29.
- Buduhan, V., Cashman, R., & Cooper, E. (2014). Symptom Management Guidelines: pain. BC Cancer Agency professionals.
- Canadian Pain Society. (2005). Accreditation pain standard; making it happen. 2018 年 11 月 摷取自 <http://www.canadianpainsociety.ca>.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1079). The periodic health examination. . *Can Med Assoc J*, 121, 1193-1254.
- Cancer Care Ontario. (2008). Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice. 摷取自 Practice Evidence-Based Series #16-2: <http://www.cancercare.on.ca>
- Centre for Effective Practice. (2017). Management of Chronic Non Cancer Pain (CNCP). Toronto, Ontario.
- Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., & Lin, C. C. (2002). Overcoming patient-related barriers to cancer pain management for home care patients. A pilot study. *Cancer Nursing*, 25(6), 470-6.
- Cogan, J. (2010). Pain management after cardiac surgery. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*, 14(3), 201-204.

- Cornally, N. & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 90-98.
- Curry NarayanM. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *American Journal of Nursing*, 110(4), 38-47.
- Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: Complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*.
- Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: Complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3), 85-120.
- Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: Complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3), 85-120.
- DeschnerW.J. (2005). Guideline for the Management of Cancer Pain in Adults and Children. *American Pain Society*.
- DeVestry, G. & Karakashian, A. L. (2018). Pain Assessment in Older Adults: Performing.
- Ellis-Smith, C., Evans, C. J., Bone, A. E., Henson, L. A., Dzingina, M., Kane, P. M., Higginson, I. J., & Daveson, B. A. (2016). Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Med*, 14:38(1).
- Feldt, K. S. et al. (1998). Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 1079-1085.
- Fong, E. (2017). The Joanna Briggs Institute EBP Database. Evidence Summary. *Dementia: Pain Assessment*, JBI1653. 摘取自 JBI@Ovid.
- Goldberg, G. & Morrison, R. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1792-1801.
- Goldberg, G. & Morrison, R. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1792-1801.
- Goldberg, G., & Morrison, R. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(3).
- Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., et al. (2010).

- Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice. *The Clinical Journal of Pain*, 26(6), 449-462.
- HamilR.J. (1994). The physiologic and metabolic response to pain and stress. 於 Management of Critical Care Pain Handbook, & HamilJ. & Rowlingson, J. C.R. (編者). New York: McGrawDraw.
- Herr, K., Bursch, H., Miller, L. L., & Swafford, K. . (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), 18-29.
- Herr, K., Coyne, P., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*, 12(4), 230-250.
- Hospital Authority. . (2016 年 January 月 12th 日). Vision, Mission and Values. 2016 摘取自 [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp)
- Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. . (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. . *British Medical Journal*, 頁 1-10.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing.
- Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., & Beaton, R. D. (2008). Systematic review of massage intervention for adult patients with cancer: a methodological perspective. *Cancer Nursing*, 31(6), E24-35.
- Joanna Briggs Institute. (2007). Topical skin care in aged care facilities . Best Practice: evidence based information sheets for health professionals. 11(3), 1-4.
- Joanna Briggs Institute. (2014). JBI levels of evidence. Retrieved from. 摘取自 <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 66(11), S467-472.
- LaiH., Guo, S. L., Keefe, F. J., Tsai, S. L., Chien, C. C., Sung, Y. C., & Chen, M. L.Y. (2004). Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. *Support Care Cancer*, 12(9), 645-52.
- Lee, H., Schmidt, K., & Ernst, E. . (2005). Acupuncture for the relief of cancer-related pain--a systematic review. *European Journal of Pain*, 9(4), 437-444.

- LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M., & Jeans, M. E. . (1998). Randomized controlled trial of a communitybased psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 297-306.
- Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J. (2015). Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury. *Postgrad Med*, 1941-9260. 摘取自 [https://www.researchgate.net/publication/269767537\\_Mechanisms\\_and\\_efficiency\\_of\\_heat\\_and\\_cold\\_therapies\\_for\\_musculoskeletal\\_injury](https://www.researchgate.net/publication/269767537_Mechanisms_and_efficiency_of_heat_and_cold_therapies_for_musculoskeletal_injury)
- Martorella, G., Boitor, M., Michaud, C., & Gelinas, C. (2014). Feasibility and acceptability of hand massage therapy for pain management of postoperative cardiac surgery patients in the intensive care unit. *Heart Lung*, 43(5), 437-444.
- MayhallG.C. (2012). Hospital Epidemiology and Infection Control (第 4th 版). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkin.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999). Pain: Clinical Manual (第 Second edition 版). St Louis: Mosby.
- Meeker, M. A., Finnell, D., & Othman, A. K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: A review. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 29-60.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971 – 979.
- Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychol Bull*, 130(1), 3-18.
- Nadler, S.F., Weingand, K., & Kruse, R. J. . (2004). The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the painpractitioner. *Pain Physician*, 7, 395 – 9.
- Najafi, S. S., Rast, F., Momennasab, M., Ghazinoor, M., Dehghanrad, F., & Mousavizadeh, S. A. (2014). The effect of massage therapy by patients' companions on severity of pain in the patients undergoing post coronary artery bypass graft surgery: a single-blind randomized clinical trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2(3), 128-135.
- National Comprehensive Cancer Network . (2010). Adult Cancer Pain. 摘取自 <http://www.nccn.org>.
- National Comprehensive Cancer Network. (2010). Adult cancer pain. *Practice Guidelines in Oncology*, 1.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2006). Guidelines for a palliative approach in residential aged care. Canberra: NHMRC.
- Oakes, L. L. (2011). Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management. An Evidence-Based Approach for Nurses. New York: Springer Publishing Company.
- OldenmengerSillevis, S., Van Dooren, S., Stoter, G., & Van Der Rijt, C.W.,. (2009). A

- systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer*, 45(8), 1370-1380.
- Oncology Nursing Society. (2009). Pain. Oncology Nursing Society.
- Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). Cancer Care Ontario' s Symptom Management Guides-to-Practice: Pain. 摘取自 Cancer Care Ontario (CCO): <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?portalId=1377&pageId=58189>
- Osborn, R., Demoncada, A., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34.
- Oxford Center for Evidence-Based Medicine. (2001). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine levels of evidence.
- PaineR. (2010). Rehabilitation and therapeutic modalities. Language of exercise and rehabilitation. . 於 DeLeeC. & Drez, D. M.J., DeLee and Drez' s Orthopaedic Sports MedicinePrinciples and Practice (第 3rd 版, 頁 221 – 33). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC). (2012). Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario In All Health Care Settings. 摘取自 Available from: [http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/BP\\_Registered\\_Nurses'\\_Association\\_of\\_Ontario](http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/BP_Registered_Nurses'_Association_of_Ontario)
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). Assessment and Management of Pain (第 3rd 版). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ritz, T., Meuret, A. E., Bhaskara, L., & Petersen, S. (2013). Respiratory muscle tension as symptom generator in individuals with high anxiety sensitivity. *Psychosom Med*, 75(2), 187-195.
- Robb, K., Bennett, M., Johnson, M., Simpson, K., & Oxberry, S. (2008). Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(3), CD006276.
- Rodgers, N. J., Cutshall, S. M., Dion, L. J., Dreyer, N. E., Hauschulz, J. L., Ristau, C. R., . . . Bauer, B. A. (2015). A decade of building massage therapy services at an academic medical center as part of a healing enhancement program. *Complement Ther Clin Pract*, 21(1), 52-56.
- Schofield& Reid, D.P., (2006). The assessment and management of pain in older people: A systematic review of the literature. *International Journal on Disability and Human Development*, 5(1), 9-15.
- Schofield, P., O' Mahony, S., Collett, B., & Potter, J. (2008). Guidance for the assessment of pain in older adults: A literature review. *British Journal of*

- Nursing, 7(14), 914-918.
- SladeS. (2016). Evidence Summary. Pain Assessment in Aged Care. 櫄取自 The Joanna Briggs Institute EBP Database.
- Smith, S. F., Duell, D. J., Martin, B. C., Aebersold, M. L., & Gonzalez, L. (2017). Heat and cold therapies. Clinical Nursing Skills & Technique, 頁 854-881.
- The Joanna Briggs Institute. (2017). Pain in .Recommended Practice. Older People: Assessment of Nonverbal Signs by Personal Care Workers. (JBI17405., 編者) 櫄取自 JBI@Ovid.
- Thompson& Regnard, C.J. (1995). Pain. 於 Regnard& Hockley, J.C., Flow Diagrams in Advanced Cancer and Other Diseases. (頁 5-10). London: Edward Arnold.
- Trayes, K., Studdiford, J. S., Pickle, S., & Tully, A. S. Am Fam Physician. (2013). Edema: Diagnosis and Management. Am Fam Physician, 88(2), 102-110.
- Vickers, A., & Zollman, C. (1999). Massage therapies. . British Medical Journal, 319, 1254-1257.
- Walsh, K. & Woten, M. (2018 年 6 月 15 日). Heat and cold therapy: Understanding rationale for use. Nursing Preactice & Skill.
- Wang, A. T., Sundt, T. M., Cutshall, S. M., & Bauer, B. A. (2010). Massage therapy after cardiac surgery. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 22(3), 225-229.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid. D., & David, T. (2004). Impact of a pain education intervention on postoperative pain management. Pain, 9, 73-85.
- Watt-WatsonH.J. (1992). Misbeliefs about pain. 於 Watt-Watson J. H. & DonovanI.M., Pain Management: Nursing Perspective. Philadelphia: Mosby.
- Wilson-Smith, E. M. (2011). Procedural pain management in neonates, infants and children. British Journal of Pain, 5(4), 4-12.
- WoolfH.S. (1992). Practice guidelines, a new reality in medicine, II: methods of developing guidelines. . Arch Intern Med, 152(5), 946-952.
- 胡文郁、陳宛榆 、 羅淑芬、 陳書毓、黃瀚心、陳幼貴. (2013). 成人癌症疼痛臨床照護指引. 腫瘤護理雜誌, 13, 87-127.
- 國家衛生研究院. (2007). 癌症疼痛處理指引. 苗栗: 國家衛生研究院癌研所.
- 陳麗系. (2010). 疼痛的認知層面評估：信念與態度. 腫瘤護理雜誌, 10(1), 1-11.
- 黃安年、孫維仁、胡新寶、簡志誠、洪志仁、葉宏軒、關豔麗、梁子安. (2007). 末期疾病疼痛治療學. 台北: 新文京開發.
- 黃惠美、郭素真、王靜慧、張議文、周幸生. (2012). 建立成人癌症病人疼痛非藥物處置之臨床照護指引. 荣總護理, 29(2).
- 臺灣癌症臨床研究合作組織. (2007). 癌症疼痛處置指引. • 國家衛生研究院.
- 趙可式. (2001). 疼痛護理研習會., (頁 99). 台灣台南.

- 蔡佩紋、施燕華、蘇恩平、王靜枝. (2015). 嚴重失智患者疼痛之定義性特徵發展. 台灣老年學論壇(25). 摘取自  
<http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF26&CID=1>
- 蔡榮美、于漱、吳育弘. (2017). 實證健康照護：概念與臨床實務應用. 於 李選, 護理研究與應用 (頁 440). 台北: 華杏.
- 衛生福利部. (2012). 102 年度護理之家評鑑程序. 摘取自 衛生福利部:  
<http://www.health.taichung.gov.tw/public/Data/108010/3617113129>
- 穆佩芬等. (2018). 實證護理. 台北: 新文京.