

胸痛的 的痛胸 評估

胸痛的 的痛胸

內科護士藍淑鳳

前言：

“胸痛”是相當令人害怕的，由於發作後常引起猝死的恐懼，使得它遠比其他徵兆來得令人焦慮。當病人主訴胸痛時，妳首先要讓病人知道妳已掌握了情況，不要讓他感覺到你很害怕，因為那會使他更加焦慮！

下表告訴你，如何來減低病人的焦慮：

1. 進入病房後，在作評估前先給予心理支持，那將有助於使病人平靜並減少焦慮。
2. 病人拉紅燈後能儘快趕到並且向他保證你會在此協助他。
3. 維持眼對眼之接觸：讓病人知道妳在傾聽他的主訴，用平靜的眼神看著他，以減少其焦慮。
4. 不要只以專業的態度來看病人，迴避眼對眼之接觸，或者自己跑出去拿藥，留病人獨自在房裏面對恐懼和焦慮。
5. 注意病人的心理感受，無論作什麼，如量生命徵象、打點滴等，儘可能告知病人給予解釋，勿讓病人自己妄自猜測自己的病情。
6. 病人焦慮時，妳便無法正確地評估胸痛的來源，所以你須讓病人知道：妳已掌握住情況，使他安心。

當你
等措施，
便可以
病人舒
以及給
如
主觀因
“走捷
來評估
舉例來
：現在
瘍在痛
來。病
痛，那
士亦常
他自己
在痛嗎
應當

主

項特
，你
為當
疼痛
幾位

作
人

當你已藉著測量生命徵象及觀察膚色等措施，確定病人已無立即性的危險時，便可以進行評估了，但記住，儘可能的讓病人舒適。（例如可給 O₂ 或抬高床頭，以及給予 p.r.n 的止痛藥物等。）

如果病人情況允許的話，可開始進行主觀因素方面的收集；但要小心，不要有“走捷徑”的想法，不可以希望病人自己來評估他的胸痛，而要護士親自來評估。舉例來講，我們曾聽過護士這樣的問病人：「現在是你的心臟在痛呢？還是你的胃潰瘍在痛？」這便是犯了這個錯誤。如此一來。病人會想：「她問的第一句是心臟在痛，那我大概就是心在痛吧！」而此時護士亦常作下錯誤的結論：「病人是最了解他自己的，他說是心臟，大概是心臟真的在痛吧！結果，便造成了誤判，所以我們應當特別注意這一點。

主觀因素評估的導引

當你在收集主觀因素時，以下的十一項特徵可作為你的指引；但值得注意的是，你不必針對這十一項逐一的問病人，因為當你走到床邊時，病人必會向你陳述他疼痛的特徵，你只要在當他說完後，針對幾個特點來詢問他即可。

這十一項特徵是：

1.發作（on set）：病人胸痛的發作是突然的或漸近的？例如心肌梗塞的病人、心包炎的病人，其疼痛便是突發的，

又如肺肋膜不適以及胃不舒服的則有時是突發的，有時是漸近的。

2.誘因（precipitating）：疼痛的誘因是什麼？例如呼吸道方面的疼痛常有咳嗽之誘因。

3和4.位置和 Location & Radiation：疼痛的位置在那裏？有無放射痛？病人常會用其身體語言來表達疼痛的程度，例如病人用手指著上胃部，然後又順著方向指向肚臍，則我們可發現這疼痛的位置，並發現這疼痛會放射到特定的部位，例子中顯示了胃部不適的特徵。（通常能用一個手指頭來表示痛的位置的，較不可能是心肌梗塞引起的）。

又如另一個病人，緊握著拳頭按在上胃部，假設他是心臟問題所引起的不適，則這疼痛將會放射到左臂，但無論如何，身體語言仍須與病人之描述詳加比較才是，在曾有此疼痛經驗的病人中，此類疼痛還常常會放射到下顎及兩肩胛骨處。

值得注意的是，當你在問病人有無放射痛時，不要使用有誘導性的問句；不要問：「疼痛會不會跑到左臂？」而要問：「你有沒有感覺到其他部位痛？」或者「疼痛會不會跑到別的地方？」，其原則即是使用開放的問法。

5.性質（Quality）：疼痛的性質如何？讓病人自己來形容痛的性質，不要暗示病人疼痛的種類，否則病人會任作選擇而造成誤判。

6.強度（Intensity）：強度如何，我們可以定義一下疼痛的程度為十級；讓病人來說明其疼痛的程度。例如：病人形容，在走路時疼痛的程度是8，在夜間休息時是3，則這樣的陳述便具有其判斷的價值。

7.期間（Duration）：疼痛的持續時間有多長？心絞痛的時間通常少於十五

分鐘，而心肌梗塞及肺肋膜方面引起的胸痛則可能持續的久些。

8.和9.緩解因素和促進因素 (Relieving Factor & Aggravating Factors) : 緩解因素及促進因素為何? 有什麼因素可使疼痛好些? 又有什麼會使疼痛變的更糟? 這些都是相當重要的訊息。例如: 心包炎引起的胸痛可因採淺式的呼吸而告緩解, 身體向前傾亦可使其較不痛, 但是如果咳嗽或躺到左邊時, 則會使疼痛加劇。

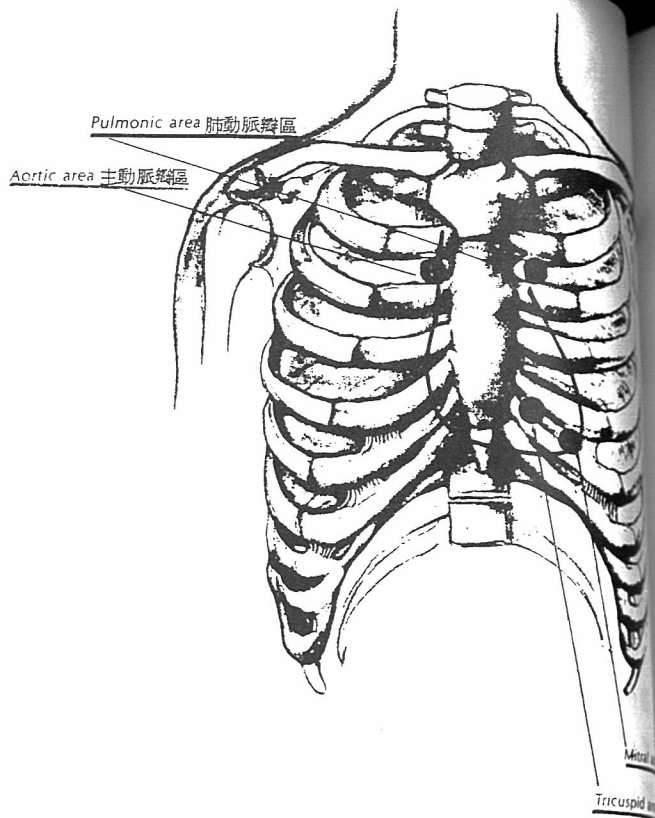
10.相關的症狀 (Associated symptoms) : 例如心肌梗塞者, 便常有冒冷汗, 蒼白及噁心的情形, 而胃部不適也有類似情形, 但沒有膚色上的改變。

11.情緒反應 (Emotional Response) : 觀察病人的情緒反應也有助於了解病人的疼痛程度如何? 最好的問法是: 「這疼痛讓你覺得如何?」注意傾聽並注意觀察病人的身體語言, 能使你評估的更詳細。

收集客觀因素的導引

當你已收集完主觀因素後, 便可以開始收集客觀因素以作身體評估。首先你可以測量病人的生命徵象, 聽診心尖脈是否規則, 並和桡動脈率作比較觀察有無心率不整現象, 如果病人身上安置有心臟監視器時, 則可檢查其心律有無不規則, S-T段有無變化。

其次聽診心臟幾個瓣膜的聲音有無異常, 以下是其詳細的部位:



- 1.左鎖骨中線第五肋間—可聽到僧帽瓣的聲音。
- 2.左胸骨緣第四、第五肋間—乃三尖瓣的聲音。
- 3.右胸骨緣第二肋間—可聽到主動脈瓣關閉的聲音。
- 4.左胸骨緣第二肋間—可聽到肺動脈瓣關閉的聲音。

聽診完後可利用震顫法來觸診, 通常左心室收縮時可觸及一個震動的搏動, 而左心室增生肥大時, 心前區觸於時此區域較大又在某些病人身上, 你偶爾會感覺到二個顫動。

其次聽聽各區的第一心者 (S₁) 和第二心室 (S₂), 心音有無雜音? 尤其注意異常的第三心室 (S₃) 及第四心室 (S₄) 的出現。當以上步驟皆完成後, 再觀察一下病人有無周圍或中央發紺情形? 有無組織水腫?

頸動脈的檢查

1. 觸診頸動脈脈動有無規則，聽診有無嘈聲。

2. 檢查內頸靜脈最高點或外頸靜脈最低點與胸骨角的垂直距離，以評值中心靜脈壓之值。平常時這兩條血管是平的不易被發現，所以病人須採平躺，頭部抬高 45° 的姿勢以利檢查，其值高於胸骨角3公分則被視為有意義的差異。

評值一個心肌梗塞後 (post-MI) 的病人

強森先生一星期前曾因前側區心肌梗塞而入院，他目前的情況尚稱穩定，但此次他又再主訴胸痛了。

他感覺到呼吸短促，因此你抬高其床頭以助其呼吸並減少疼痛。其次打開電話機內線並安置心電圖監視器，給予氧氣（每分鐘5ℓ的流量）並開始測量他的生命徵象。在作評值時，你可能會得到一些有用的訊息，首先你知道，他的疼痛是在醒來時發現的，所以你知道疼痛的發作是在休息的時候。

強森先生說：「這疼痛在夜間時好時壞，我一直在等它離開，但它卻一直存在，不過它還不是那麼糟，所以我想也許吃類止痛藥會有幫助的，也許還用不上打止痛針」。

在上面的陳述中，他需要一顆藥而不想打一針，已說明了疼痛的強度。他又繼續描述他的疼痛是鈍痛（這是痛的性質），而當他平躺時會更痛（這是促進因素），其次他說這種痛使他呼吸急促。此時，他注意到，當他說話時拳頭緊縮地按在胸骨下方，這表示了疼痛的位置。但他並沒有明顯的表示有無放射痛，而當你問他感覺怎樣時，他並無特殊的感覺。

當病人平躺時感覺到呼吸急促，使我們聯想到他的肺部可能有液體的鬱積，這可能乃因左心衰竭所致。又病人曾有前側區的心肌梗塞，所以左心衰竭極易導致鬱血性心臟衰竭（CHF）的危險，又平躺時的姿勢，易掠奪心肌所要的大部份氧氣，所以病人才有上述的不舒服。

當強森先生提供了這麼多的訊息後，你必須再問他有沒有咳出粉紅色的泡沫痰（如果是肺水腫的話），如果沒有痰，應看他有無濕咳（如果是鬱血性心臟衰竭的話）。

在身體評估方面，血壓由140 / 80變為126 / 90，顯示了心輸出量的減少，而脈搏增加到120次 / 分，則是為增加心輸出量的代償機轉，病人床旁備有硝酸甘油（N.T.G），所以你讓強森先生舌下含服一顆N.T.G以減輕疼痛並減少脈搏率，然後密切監視血壓的變化。

當聽診時發現有第三心音（S₃）出現，位置是在第五肋間左鎖骨中線的位置，因此你假設他有左心衰竭的情形；聽診到肺的基底部分時，又有爆裂聲，所以我們又發現此處可能有液體的積聚現象。

這時，你要求救了，但是你又不能將病人留在黑暗處，所以你要先向病人解釋，你雖不知道是什麼引起胸痛，但是你能確定並非心臟本身的問題，因此你需要他人的協助，然後你請醫師來，並告知你

所作的評估，經過胸部X光照射，安置監視器後抽血檢驗，由於N.T.G無法緩解疼痛，所以依p.r.n處方給了morphine皮下注射。

從胸部X光中發現了左心室肥大，且肺部有液體積聚現象，心電圖中，Q波升高，S-T節上升，發現有現存性心肌缺血現象並有早期心室收縮現象，所以當醫師到達時，便開醫囑送病人到心臟加護單位觀察，並作藥物調整，其中即包括了強心劑(digoxin)及利尿劑。

上述例子便是一個典型且有利的個案

，因為前側區的心肌梗塞病人即常會發展為左心衰竭，而這裏所說的護理措施實際上亦即為臨床實務中所常用，而所用的p.r.n止痛藥物及使用監視器亦是常見。上述的評值方法更有利於支持你所懷疑的實驗數值。

因為前側區心肌梗塞乃是心肌梗塞患者中最常見的例子，因此你將來會有很多機會見到像強森先生這樣的病人。別忘記了正向心理支持，病徵的評值以及小心地作好身體評估，如此在你下次面對這種胸痛病人時，你持有了良好的準備。

米譯自 (“Assessing Chest Pain”
Nursing 88, May pp.52-59)

對於胸痛病人的評估

病人

強森

診斷

心前區心肌梗塞

高危險因素 低危險因素

左心室損傷 每星期運動
3次

無心肌梗塞
之家族病史



由於繼發

1. 抬高床
2. 安置12
3. 給氧氣
4. 給止痛
5. 打上點
救藥物
6. 安置病
並禁食

資料分析(客觀資料)

- 1.醒來時疼痛
- 2.胸骨下方鈍痛
- 3.無放射痛



身體評估

- 1.生命徵象：血壓 126 / 90 mmtg 脈博 120 次/分（心生脈和橫動脈同步）
且微不規則，呼吸 26 次/分
- 2.視診：呼吸短促，疼痛的表情，肩膀肌肉抽緊
- 3.聽診：第五肋間、左鎖骨中脈有 S₃、肺底部有爆裂音



結論

由於繼發性左心室衰竭之鬱血性心衰竭而需立即處置及進一步評估。

處置	進步評估	結果
1.抬高床頭以利舒適	1.每小時測心跳及呼吸聲	EKG 顯應：
2.安置 12 導程	2.每 30 分測血壓	1. Q 波高
3.給氧氣	3.以監視器、測心跳	2. S-T 節升高
4.給止痛藥物	4.做抽血、照 X 光等必要 的診斷檢查	3. P V C 多個
5.打上點滴（以備急 救藥物注射）		4.胸痛緩解
6.安置病人床上休息 並禁食		5.將病人送往 CCU

主要特徵疾病	心 絞 痛	心 肌 梗 塞
1.疼痛之發作	漸近的、或突發的	常是突發的
2.誘 因	(a)休息時發生 (b)身體剛用力過 (c)情緒壓力大時 (d)吃過 (e)暴露在過冷過熱之 天氣or 環境中 (f)正在解便(用力) 時	(a)休息時 (b)身體剛用力 (c)情緒壓力
3.位 置	(a)胸骨下 (b)胸前區	(a)同 左 (b)心中線區
4.放 射 部 位	(a)背頸、臂、下顎 (b)偶發于腹部&手指	(a)單側or 雙臂 (b)下顎、頸、背
5.性 質	(a)深部的 (b)緊緊的 (c)重壓感	(a)深部的灼燒感 (b)刺痛 (c)窒息感 (d)重壓感
6.強 度	中度→中重度	嚴重的
7.持 續 時 間	(a)< 15' (b)平均約3'	(a)通常為 30' (b)有時為 1 - 2 小時 (c)餘痛持續 1 - 3 天
8.緩 解 因 素	(a)休息 (b)N T G	(a)休息，但只能暫時 減輕
9.增 強 因 素	(a)身體或情緒之壓力 (b)冷的天氣	(a)身體 or 情緒壓力
10.相 關 症 狀	(a)吃不下消化不良 (b)暈眩	(a)暈眩 (b)噁心 (c)疲倦
11.情 緒 反 應	焦慮 害怕	"

心包炎	胸部、肋膜不適	胃部不適
"	漸近或突發的	"
(a)呼吸方面之活動 (b) cough ↑	(a)肺炎 (b)呼吸道感染	(a)吃飯or吃藥後發生之食道炎 胃炎 (b)身體過度傾前
(a)胸骨下(中線左側) (b)心前區	(a)肺葉區(邊線or背部) (b)胸骨內、下	(a)上胃區 (b)稍偏左
(a)背部 (b)左上鎖骨區	(a)前胸 (b)肩、頸	(a)胸骨下或放射到背部、左肩 胸椎
(a)尖銳的刺痛 (b)深部或表淺之痛感	(a)深部 (b)灼燒感 (c)刺痛感 (d)撕裂痛	(a)噬痛 (b)刺痛或灼燒感 (c)胃部脹脹的
中重度→嚴重度	中度→重度之尖銳痛	中度→重度
(a)持續的痛也許持續多日 (b)有餘痛	(a)不一定	(a)不一定
(a)淺式呼吸 (b)坐起來 (c)身體微傾前	(a)溫暖或濕潤之空氣 (b)休息 (c)加壓 (d)用熱 (e)坐起	(a)食物 (b)制酸劑 (c)站起來 (d)使 pt 打嗝
(a)平躺 (b)身體過度傾前 (c)肌肉活動 (d)吸氣 (e)大笑、咳嗽 (f)左側臥	(a)冷、乾之天氣或環境 (b)缺 O ₂ (c)CO ↑ (d)咳嗽 (e)身體用力 (f)固定不動	(a)情緒壓力 (b)咖啡 (c)便秘 (d)冷飲 (e)Aspirin (f)吸煙 (g)用力or吃過多東西
(a)呃氣 (b)呼吸急促 (c)暈眩or躁動	(a)呃氣 (b)呼吸↓ (c)躁動	(a)嘔心、嘔吐 (b)吃不下 (d)少汗 (c)躁動 (e)味覺
"	焦慮 憤怒	焦慮 畏縮