

# 疼痛控制的探討

林嶸慈 北醫護理系畢  
台大護研所研究生

## 一、前言：

疼痛是身體的一種警告系統，也是自衛機轉，當身體的任一組織受到傷害，就會產生痛覺，而促使個體產生反射，或採取適當的措施（戰或逃），以去除痛覺刺激，避免組織受到更大的傷害。

Maslow 認為避免疼痛是人類最基本的需要之一，McCaffery（1979）亦認為病人享有疼痛被減輕的權利。事實上，疼痛不但是種令人感到不舒服的感覺，也會影響個人的行為反應。戴氏（民國68年）探討「手術後病人首次下床情形」中顯示病人不敢下床最主要的原因是由於「怕傷口痛」（約44%）。而由於痛覺是無法產生適應性，它會持續的刺激個人，黃氏（民國71年）研究的結果顯示，當止痛藥物失效時，病人會陷入無助的狀態。因此，減輕或控制疼痛，就是對護士的一大挑戰。

## 二、疼痛的性質與評估：

Meinhart 及 McCaffery（1983）急性痛是突然發生的，有不同的強度，且持續6個月以內。

Stevnbach（1968）從許多觀念來定義疼痛，她認為疼痛是一種抽象概念，伴隨有(1)個人感覺到受傷(2)一個現存的或是將發生組織損傷的有害刺激(3)是種保護

Foley（1985）指出急性痛的特徵是有明確的發作型式，並伴有主觀的徵象，和客觀的生理症狀。

Bockrath（1985）說：雖然急性痛是很折磨人的，但通常短暫而有目的的，在於提醒個體保護受傷部位，並鼓勵在癒合期間採取不動。

Janet M. Walker（1989）利用焦慮、適應的概念模式，來區分急、慢性疼痛。她認為生理上與心理上的威脅會造成焦慮，令個體感受到疼痛經驗，若無法適當的採取因應，會轉變成慢性疼痛。

因此，綜合以上各人所描述，可將急性痛的性質，歸納如下：

- ①開始：突然發生的（因突發組織受損）
- ②持續時間：短暫；少於六個月
- ③位置：可高度定位疼痛源
- ④痛的性質：尖銳的，可能會有輻射痛，經常依病程而變化
- ⑤痛的意義：有目的的警告個體，是種保護反應，在於指出身體某一部份受到損害
- ⑥行為強度：強烈、明顯，且各人反應方式大多相同。
- ⑦臨床症狀：伴有自主神經系統的反應。（心跳加速、血壓

上升、出汗、呼吸速率改變，皮膚顏色改變、瞳孔放大、胃腸不適…等)

⑧影響：較沒有長期的影響，當疼痛發生時，可能會暫時的限制了活動，但當疼痛緩解時，活動可恢復正常，不會引起社會退縮的合併症。

⑨癒後：會隨癒合過程而逐漸減輕痛苦，達到緩解。

⑩病人期望：希望達到解除疼痛的措施。

#### 1. 評估工具：

由於疼痛是種主觀的感受，所以痛的評估是種很大的挑戰。Baer 發現醫療工作小組中以醫護人員對病人疼痛的敏感性最低。Bondestam 研究 AMI 的病人，也發現護士對病人的評估，有 23% 評估不足，20% 評估過度。Julia 等也認為護士本身疼痛的主觀看法往往會影響對疼痛的評估。因此，痛的評估除了客觀的測量和觀察病人的生理變化、行為反應，還要同時根據個人主觀的描述，才能正確的評估。

評估原則：可利用 Loeser's 的概念模式來評估：

①疼痛源：是指引起疼痛的來源，在急性痛通常都有組織受損的情形，不難判斷，引起疼痛的因子是什麼？疼痛的部位在那裏？

②疼痛：是病人對疼痛本質的描述（可依 PQRST 來收集資料）以及因疼痛引起的生理變化（包括自主神經的反應和骨骼肌的反應。因此，此項評估包括了：P (provocative/palliative) → 引起疼痛的因素或減輕疼痛的方法為何？Q (quality/quantity) → 疼痛的性質，強

度、影響程度？R (region/ radiation) → 是否有輻射痛？範圍？S (severity) → 是否干擾睡眠？嚴重度？有無變化？轉移？T (time) → 發作的時間？間隔？持續多久。以及血壓、心跳、呼吸速率的改變、蒼白、出汗、肌肉僵硬…等生理變化。

③折磨：是指一些伴隨疼痛而來的情緒反應，如：憂傷、害怕、生氣、抑鬱、伴隨疼痛的失落感（如：喪失工作、缺乏安全感、失去身體部份）、身心煎熬、或知覺改變。

④痛的行為：包括語言和非語言的表現，如呻吟、抱怨、拒絕參與活動、要求吃止痛藥…等。

根據以上原則，發展出疼痛測量工具，可分類成：(McGuire, 1984)

① Scales : A. Verbal descriptor Scale (VDS)

B. Visual analogue Scale (VAS)

② Physiologic / Behavioral Measures :

A. Rating Scale for pain (flanken & McDowell, 1964)

B. Pain rating Scale (chambecs & price 1967)

③ Multidimensional measure :

A. Two-component Scale (Johnson, 1973)

B. McGill pain questionair (Melzack 1975)

C. Card Sort Method (Reading & Newton 1978)

McGuire 研究以上各項測量工具，將之比較，根據比較可以看出，測量工具中以 VAS 及 MPO 兩者的信度與效度較好，VDA 因較簡單，不予細述。

(1) VAS：由 Maxwell 首創（1978），為一從“不痛”到“最嚴重的痛”連續長 10 cm 的直線或弧線，而由病人選出其感受到的疼痛長度。如此，可測出其疼痛的量，同一個人反覆測量敏感性高，但個別差異使得沒有標準長度，所以，信度高，而效度稍有疑問。Dixon & Bird（1981）及 Huskisson（1983）等人曾作研究證實 VAS 的信、效度。

(2) MPQ：由 Melzack 在 1975 年，於 McGill University 首先提出，內容分為疼痛的感覺、情感與評價，及其各個影響強度。Torgerson & Ben Debba（1983）認為 MPQ 可能是臨床上測量疼痛的質與量，最有用的工具。Melzack（1975）自行對癌症病人的測定發現一致性為 70%，而 Reading（1983）則比較產科和婦科的病人，發現一致性約 75%，且經歷到急性痛的病人較傾向於使用感覺方面的描述，這與 Melzack 的發現“慢性痛比急性痛較易使用情感字眼，且為有意義的增多”是相似的。Prieto（1980）更證實 MPQ 中評價與情感部份是相互不同的。以上研究皆顯示 MPQ 的信度與效度都很好。

MPQ 問卷表由護士逐字提出詢問病人，在每組中至多可選一句，也可不選，由此來評估病人“現在”疼痛經驗的感覺、情感、強度、型度及評價。會談時間約 10～30 分，對急性與慢性痛皆可適用。

## 2. 影響疼痛的因素：

(1) 生物性：如疾病、發炎、缺血、缺氧、血管痙攣、肌肉緊張、代謝產物堆積、異常細胞生長

等。由於內在細胞傷害、外在的細菌、微生物等引起的組織損傷及正常的生命過程受干擾或破壞時，引起痛覺

(2) 化學性：如藥物、毒物（硫酸、砒霜、殺蟲劑）、重金屬（鉛、鉍、鎘）。以上化學成份大多是人工合成的細胞毒性物質，會刺激痛的傳導或造成組織損傷。

(3) 物理性：如：創傷、高壓電、溫度傷害、壓迫、放射線。以強烈的外力破壞組織結構，造成物理性損傷而引起疼痛。

(4) 心理性：如緊張、焦慮、害怕、壓力、憤怒、憂鬱、心理性疾病。因痛覺牽涉到大腦皮質對痛刺激的解釋和反應，因此，情緒和情感會影響痛覺。Hill et al 1952, Kornetsky 1954, Weisenbery et al 1984 等人的研究指出，減輕焦慮可減輕個人認為痛苦的程度。

(5) 社會文化性：如：家庭、社經地位、職業、種族、文化。

① 家庭—生長在過份注意痛的家庭成員，易將不舒服的刺激解釋成痛。

② 社經地位—地位較低者，疼痛忍受度較低。Sternbach（1978）認為工人階級較常出現情緒困擾和身體不適的衝突。

③ 職業—高度壓力的職業使人易得疾病和疼痛。下背疼痛與經常舉重物等曲身職業有關。

④ 種族—美國黑人的健康照護與白人

差極多，易產生疼痛。不同的種族有不同的疼痛表現與疼痛耐力，中國人較義大利人有更高的忍耐度。

⑤文化—日本人對痛的語言表達上易使用情緒的描述；英國人在語言表達上易使用疼痛性質的描述。

6) 個別差異—如先前的疼痛經驗、宗教信仰、疼痛部位、意義、健康信念。

①先前的疼痛經驗：若先前的疼痛經驗不好，則個人會產生預期疼痛的情形，對痛較敏感，反應也較劇烈。

②宗教信仰：認為疼痛是神的處罰；或相信宿命論，不能改變命運，都會使病人對減輕疼痛的措施採取消極被動的態度，或藉其他的宗教行為，如：禱告、唸經，來掩飾疼痛的行為反應。

③疼痛部位：當疼痛發生在身體較隱私部位，如：肛門、生殖器，則較難表示疼痛。

④意義：若疼痛暗示病情惡化，則較難忍受，反應較激烈。若疼痛暗示病情好轉，則易忍受，反應較平和。Beecher (1946) 發現在戰場上受傷的士兵，因疼痛的意義是代表離開戰場，免於焦慮，因此，疼痛反應較低。

⑤記憶：對痛的記憶會產生預期疼痛，而 Copp (1974) 認為預期疼痛比痛本身更重要。

⑥健康信念：個人對其健康認知及所採取的因應措施，受到個人價值觀的影響。

三、控制疼痛的方法：

Silman (1979) 及 McCafferg (1983) 提到病人疼痛未能有效處理，部份是醫師、護士之減痛知識不足。DiBlasi (1979) 發現護士對 p.r.n. 止痛劑給予太少，甚至未予治療。曹氏 (民國72年) 研究發現有 44.62% 非常疼痛的病人未接受止痛劑。而賀氏 (民國77年) 研究指出對手術後第一天病人，護士能給予“近於完整”的護理措施的，僅佔 47.69%，而知識愈豐富者愈能給予立即減痛的措施。Johnson 說手術前給予有關疼痛及運動方面指導的病人，會比其他病人縮短住院日程 1.3 天，也會減少止痛劑使用，可見減輕疼痛相當重要。

(一) 止痛藥：

在控制急性痛或慢性痛，藥物治療是最主要的方法 (Coyle, 1987)。止痛藥的選擇應依病人的身體狀況、年齡、疼痛的性質和疼痛的原因，等方面來判斷，選擇最合適的止痛藥。Brown, Sherman, Rohillard 等人發現年齡愈大者對疼痛的敏感度越低，且易以止痛劑減輕其疼痛。Keatr, Pappec, 及 Parkhous 等的研究則發現手術部位不同，則使用止痛劑的比率也不同。因此，在使用止痛藥前應評估病人的疼痛程度？何時最劇烈？上一次用藥時間？劑量？疼痛緩解多久 (Baird, 1985) 病人的生命徵象？身體狀況？用藥的反應？藥物的作用與副作用？ (Burokas, 1985)。

止痛藥根據其作用在疼痛路徑上的不同位置可分類成：非麻醉性 (noncortic)，麻醉性 (narcotic) 和輔助性藥物 (adjuvant analgesics)。

### 1. 非麻醉性止痛藥：

此類藥物對輕到中度的疼痛較有效，雖然抗炎症的效果強弱不一，但都具有解熱鎮痛的效果。其作用機轉是抑制前列腺素的合成，減少刺激疼痛接受器。

### 2. 麻醉性止痛藥：

此藥作用在中樞及周邊神經系統會改變痛的知覺而達到止痛效果。對中到重度的疼痛有效，對內臟痛、鈍痛也有效。由於作用在嗎啡接受器，具有麻醉的效果，可提高疼痛閾值及抑制 substance P 之釋放。

使用此類藥物時，應考慮病人的代謝狀況。當非麻醉性止痛藥無法控制疼痛時，才考慮弱性麻醉性止痛藥，兩者都無效，才選用強效麻醉性止痛藥（WHO 規定）。

此類藥物雖止痛效果良好，但副作用也多，如：呼吸抑制、鎮靜及思睡、噁心嘔吐、便秘、泌尿道及膽道痙攣、感覺異常、欣快感等。且長期使用後會有藥物依賴性、耐受性、和成癮性。Marks & Sachen (1973) 指出護士對治療劑量的麻醉性止痛藥的知識不足，及副作用的危險不了解，使得病人沒有得到完全的疼痛緩解。曹氏（民國72年）的研究中因護士對麻醉性止痛藥的錯誤知識而延遲病人注射止痛藥的達 45.95%，因此，對於急性疼痛，有以下的給藥原則：

①先使用非麻醉藥，到弱麻醉藥，到強麻醉藥。

②應以最快的方式達到止痛，如靜脈注射。

③當病人可由口進食時，可逐漸由注射給藥改成口服。

由於急性痛發生時（如手術、腸胃炎…）可能會限制由口進食，當病人逐漸恢復時，則可改成口服，避免注射之苦。

④給藥方式為 p.r.n. 但必須在疼痛開始前就給。

Heidrich (1982) 認為使用止痛藥最有效期間是在病人疼痛程度未達嚴重之前，並強調手術後疼痛（急性痛）病人因使用止痛藥而成癮者不常見。賀氏（民國77年）的研究中指出，只有當護士本身也有疼痛經驗，才能了解病人需要，而立即給予止痛藥。此外，由於急性痛會隨癒合過程而改變，因此，止痛藥的給予則依病情需要而給，不須定時給予。

⑤麻醉性與非麻醉性藥物可合併使用，增加藥效。

同時給予 10 mg 之 morphine 與 aspirin 時，其止痛效果比單給 morphine 強而長。

⑥應考慮副作用對病人的影響：

如 morphine 有抑制呼吸作用，對胸腹手術的病人則使用應注意。aspirin 有腸胃刺激作用，有出血傾向，或腸胃潰瘍者禁用。

⑦現有方法無法完全止痛時，先考慮增加劑量和縮短給藥間隔，再考慮改變給藥途徑或藥物。（Baird, 1985）

⑧給藥前後應詳細評估病人狀況。

### 3. 輔助性藥物：

此類藥物作用機轉不甚明白，主要是用來增加其他藥物的止痛效果，和預防副作用。主要有：

①抗組織胺劑（antihistamine）：止吐、輕微鎮定。

②類固醇（steroids）：抑制前列腺素之分泌及炎症反應，刺激食慾。

③抗痙攣劑（Anticonvulsants）：抗痙攣、止痛、肌肉放鬆。

④抗憂鬱劑（Tricyclic）：阻斷中樞神經吸收 serotonin，抑制前列腺素形成，可安眠、止痛。

二) 刺激療法：

在 gate control 理論中，刺激粗神經纖維可關閉柵門，而抑制痛的傳導。此法如局部或全身冷敷、熱敷，局部塗擦藥膏（如 menthol），及按摩、加壓、振動和使用 TENS（Transcutaneous electric

nerve stimulation）。手術後使用 TENS，確能降低疼痛（Hargreave, 1989）而熱療、冷療更是物理治療最常見的方法，對減輕疼痛有效（楊岑福，1966）。根據其作用機轉、方法、副作用，說明如下：

項目	作用機轉	方法	適應症	禁忌症	副作用
冷	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 減緩神經衝動傳導</li> <li>2. 冷較痛更易被感受到</li> <li>3. 收縮周邊血管，降低炎症反應</li> </ol>	冰袋：10° ~ 26.6°C 使用 20 ~ 30 分鐘。 冰水：4.4 °C 使用 5 分鐘。	燙傷、頭痛、扭傷、骨科手術後	肥胖、風濕性疾病、Raynaud's 疾病	凍傷
熱	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促進受傷部位血流，移除疼痛物質</li> <li>2. 關閉柵門</li> <li>3. 促進肌肉放鬆及睡眠，減輕壓力及焦慮</li> </ol>	成人：46.1° ~ 51.6 °C 小孩：40.5° ~ 46.1 °C 使用 20 ~ 30 分鐘。	瘀傷、肌肉痙攣、下背疼痛	現存組織腫脹及發炎、凝血機轉障礙、不可在腫瘤上方直接用熱	燙傷
Menthol	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 刺激 endorphine 分泌</li> <li>2. 關閉柵門</li> </ol>	局部塗擦	肌肉痙攣、腸蠕動降低之脹痛	不可用在粘膜及破損皮膚	皮膚過敏氣味不適
按摩	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 刺激觸覺的粗神經纖維關閉柵門</li> <li>2. 放鬆肌肉，產生鎮靜作用。</li> </ol>	背部四分鐘以上。 四肢：由遠向心按摩（除腓腸肌外）	肌肉緊張、頭痛、脖子痛	背部手術後肋骨骨折、最近曾有心臟發作	
TENS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 刺激低閾值之粗神經纖維，關閉柵門</li> <li>2. 刺激 endorphine 之分泌</li> </ol>		急慢性疼痛皆有效	心律不整、有心律調整器的病人	皮膚刺激、癢、電燒傷

由表可看出，刺激療法副作用少，不具侵犯性，大部份是不需醫囑可由護理人員從事的減輕疼痛的措施，因此，除了給予適當的止痛藥外，還可運用刺激療法，及以下各種方法來減輕病人的疼痛，促進舒適。

### (三)轉移注意力

Copp ( 1974 ) 對因急性疼痛而住院之病人進行調查，發現病人使用各種分散注意力的方法減輕疼痛。這是根據 gate control 理論，利用改變認知過程，達到減輕疼痛的方法。Standley ( 1986 ) 說到“聽覺的刺激可以直接抑制疼痛的神經衝動傳導”。許多研究便針對此項分別研究：感覺轉移 ( Barder & Hahn, 1962 )、注意力焦點 ( Blitz & Dinnerstein, 1971 )、音樂 ( Sammons, 1984, Geden, 1989 )、節律性呼吸 ( Egbert et al, 1964, Levin, 1987 )，對疼痛經驗的影響。

轉移注意力的方法有很多，如：規律的呼吸（將注意力集中在感覺呼吸的型態、過程）；唱歌或哼唱（可同時注意歌曲中歌詞的意義），聽音樂（依個人喜好不同，Farnsworth 認為對病人越有意義的音樂，減輕疼痛的效果越好）；大聲的數東西、閱讀（輕鬆的文章），看電視、交談、下棋…等。使用轉移注意力的方法有以下原則：

#### ①同時與其他止痛方法合用。

研究指出，轉移注意力只是修飾疼痛經驗，並不能達到完全的止痛，因此，必須與其他止痛方法，如藥物、合用，才能有效的控制疼痛。

#### ②轉移的方法造成節律性。

如規律的呼吸、唱歌，造成節律性後病人可習慣性的跟隨，較易達到注意力轉移的目的。

#### ③避免注視疼痛部位。

可鼓勵病人數天花板的洞，看窗外的天氣，或室外的彩色海報等，但不要注視疼痛部位，否則易將感覺及注意力反而集中在疼痛。

#### ④同時轉移較多的感覺。

如可同時聽音樂及閱讀（同時轉移聽覺及視覺），效果會比只單用一項好。

#### ⑤疼痛較劇烈時，應採取較複雜，需集中思考的轉移法。

因疼痛較劇烈時，須轉移較多的認知過程，故應採取較複雜，如：下棋、猜字謎…等需集中思考的方法。

#### ⑥協助病人選擇適合的方法。

疼痛是種主觀的經驗，每個人都不相同，因此，合適的轉移注意力方法也隨個人認知而有差異，減痛效果也與病人臨床狀況有關係，只有病人才能評估何種方法最好。

### (四)放鬆技巧：

例如：漸進式肌肉放鬆、深呼吸、冥想、瑜珈等。其作用在於可以減輕焦慮，及其所引起的自主神經系統的反應 ( Beson 1975 )，改變大腦對疼痛的認知；減低肌肉之張力 ( Levin, 1987 )，使心智免於壓力，而達到減輕疼痛的效果。肌肉放鬆技巧對進行性的疼痛及急性疼痛（如手術痛）效果相當好。（McCafferg 1979, Faherty & Fitzpatrick, 1978 梁氏，民國70年）經由肌肉放鬆，可使病人對疼痛產生自我控制，可減少止痛藥的使用。

### (五)治療性接觸：

其原理是利用 Rogers 的能量場理論，將能量輸入缺乏的地方，以達到 1. 減輕疼痛 ( Krieger, 1979 ) 2. 減輕焦慮 ( Heidt 1981 ) 3. 促進癒合過程 ( Goldberg & Fitzpatrick 1980 )。其方法為治療者

有意識的，用手在距離病人皮膚 6 ~ 12 吋處（疼痛區域），傳送能量至病人身上，持續約 5 分鐘。Keller & Bzdek ( 1986

) 研究證明此方法對急慢性疼痛病人都有效，對緊張性疼痛，效果更高達 90%。

圖 1 各種止痛方法的效果比較

疼痛種類 \ 止痛方法	止痛藥	刺激療法				轉移注意力	放鬆技巧	治療性接觸
		冷	熱	按摩	TENS			
急性痛	+	+	±	+	+	+	±	+
慢性痛	+	±	+	+	+	±	+	+

“+”效果較好 “±”有效

不論是使用何種減輕疼痛的方法，同時還應促進病人生理舒適及給予心理支持。研究指出，常探視病人，減輕病人的不適，陪伴病人，與病人討論問題等護理措施，都可減輕病人的疼痛（曹氏，民國 72 年；Papper, 1952；McCafferg, 1967）。

(內)其他止痛方法：

1. 針灸：用圓針頭以不同的深度和角度，插入身體特定位置，達到止痛效果。其作用機轉可能為：①刺激粗神經，關閉柵門②刺激 endorphine 的釋出。其適用對象為頭痛、肌肉骨骼痛、經前或經痛、某些神經炎、下背痛、牙痛、顏面痛及其他（高血壓、失眠、緊張等）。有些學者指出針灸對急慢性疼痛皆有效，但因需特殊知識（穴道），花時間長，經濟上亦可能無法負擔，故對慢性痛病人較少用。

2. 神經阻斷法：這是阻斷疼痛的傳導路徑，利用藥物或外科手術，造成暫時的或永久性的神經阻斷，達到止痛效

果。最常見的為 epidural block。

3. 生物回饋：其作用機轉為利用儀器的協助，顯示身體狀況，利用意識控制改變自主神經反應，逐漸至不需儀器，自己控制。其方法須先使用放鬆技巧，達到肌肉鬆弛，且集中注意力。適用對象主要為慢性痛，如：緊張肌肉痛、下背痛、偏頭痛。其優點(1)可配合止痛劑使用，以增加止痛劑效果。(2)病人可主動參與治療，增加病人的控制感。其缺點(1)需要特殊的儀器及訓練。(2)過程長、浪費時間。(3)病人必須有高度的動機和意志力。（Baird, 1985）



### 舒適情形改變：急性痛

定義：急性疼痛為強烈而突發的不適，或不舒服的感覺，可從一秒鐘接續到六個月，可因刺激的去除而解除。

高危險群：

- 組織缺氧患者，如AMI
- 結石患者，如肝、膽、腎、輸尿管結石
- 腸阻塞或胃穿孔患者
- 急性創傷患者，如骨折、外傷、手術
- 急性感染及發炎患者
- 急性發作的神經病變

定義特徵：

- 以言語或訊號表示強烈而突發的疼痛
- 疼痛表情
  - ① 眼神缺乏光澤
  - ② 筋疲力竭的眼神
  - ③ 愁眉苦臉
  - ④ 面部扭曲
  - ⑤ 咬緊牙關
- 疼痛行為
  - ① 保護性警戒行為
  - ② 哭泣
  - ③ 呻吟
  - ④ 輾轉不安，來回踱步
  - ⑤ 試圖找出緩解疼痛的姿勢和方法
  - ⑥ 肌肉張力改變（抽動、痙攣）
- 情緒反應
  - ① 易怒、憤怒
  - ② 焦慮、害怕
  - ③ 希望痛會儘快結束
- 認知過程改變
  - ① 時間感受改變
  - ② 思考過程改變
  - ③ 注意力不集中，期間變短
  - ④ 焦點窄化；自我焦點
- 社交行為改變
  - ① 暫時性的社交接觸減少
  - ② 暫時性的拒絕參與活動
- 食慾不振
- 睡眠型態改變
- 自主神經系統反應：血壓、心跳、脈搏上升，呼吸速率變快或驚氣，出汗，蒼白或潮紅，瞳孔放大，噁心，嘔吐。

日期	護理診斷/原因	目標	計劃	評價
	<p>舒適情形改變： 急性痛</p> <p><input type="checkbox"/> 炎症反應</p> <p><input type="checkbox"/> 急性關節炎疼痛</p> <p><input type="checkbox"/> 頭痛</p> <p><input type="checkbox"/> 心絞痛</p> <p><input type="checkbox"/> 結石絞痛</p> <p><input type="checkbox"/> 經痛或產痛</p> <p><input type="checkbox"/> 腸絞痛</p> <p><input type="checkbox"/> 急性創傷痛（骨折、痙攣）</p> <p><input type="checkbox"/> 急性神經痛</p> <p><input type="checkbox"/> 血管收縮痛</p> <p><input type="checkbox"/> 化學灼傷痛</p> <p><input type="checkbox"/> 中毒（藥物或毒物）</p> <p><input type="checkbox"/> 燙傷疼痛</p> <p><input type="checkbox"/> 凍傷疼痛</p> <p><input type="checkbox"/> 電燒傷痛</p> <p><input type="checkbox"/> 過度壓傷或擦傷痛</p> <p><input type="checkbox"/> 切割傷痛</p>		<p><input type="checkbox"/> 在疼痛開始前就給藥，不可延遲。</p> <p><input type="checkbox"/> 監測止痛藥的副作用</p> <p>①呼吸少於10次/分，應通知醫師。</p> <p>②鼓勵深呼吸、有效咳嗽、利痰的咳出。</p> <p>③鼓勵攝取水份、纖維質，預防腸道抑制。</p> <p>④採漸進離床，動作緩慢，預防姿位性低血壓。</p> <p>⑤口服止痛藥在餐後服或與牛奶同服。</p> <p>⑥定期檢查病人的LET和RFT。</p> <p><input type="checkbox"/> 轉移病人注意力，如聽音樂、交談...</p> <p><input type="checkbox"/> 使用冷敷、熱敷、按摩、TENS</p> <p><input type="checkbox"/> 教導放鬆技巧，如深呼吸、冥想</p> <p><input type="checkbox"/> 使用治療性接觸。</p> <p><input type="checkbox"/> 以手、枕頭或毯子支持，固定疼痛部位，減少肌肉張力及牽扯。</p> <p><input type="checkbox"/> 調整適當姿勢，如放鬆痛部肌肉，維持身體正常排列，抬高患部。</p> <p><input type="checkbox"/> 根據體溫變化，予適合的保暖。</p> <p><input type="checkbox"/> 維持病人基本清潔衛生的需要。</p> <p><input type="checkbox"/> 維持皮膚完整，避免傷口分泌物浸潤皮膚。</p> <p><input type="checkbox"/> 協助 q2h 翻身，改變姿勢，拍背。</p> <p><input type="checkbox"/> 採集中護理，安排足夠休息時間。</p> <p><input type="checkbox"/> 做主動及被動 ROM。</p> <p><input type="checkbox"/> 各種引流管，予適當固定。</p> <p><input type="checkbox"/> 安排安靜、舒適的環境。</p> <p><input type="checkbox"/> 以溫和、關懷態度探視病人。</p> <p><input type="checkbox"/> 適時予病人身體接觸，如握手、輕拍。</p> <p><input type="checkbox"/> 給傾聽及同理心的支持。</p> <p><input type="checkbox"/> 鼓勵病人表達其想法與感覺。</p> <p><input type="checkbox"/> 接受病人的行為反應。</p> <p><input type="checkbox"/> 給予病人澄清、釋疑及再保證。</p>	