

2. 確認疼痛的過程

先從疼痛評估開始。

2.1 疼痛評估目標：

2.1.1 察覺疼痛的存在

2.1.2 測量疼痛的嚴重程度

2.1.3 清除疼痛對病患的影響

2.1.4 幫助疼痛處置的決定

2.1.5 評估疼痛處置的結果

2.2 針對疼痛的評估項目：為及早察覺病人的疼痛，需為每一位來院就醫的病人進行疼痛評估，一旦確認病人有疼痛症狀，醫護人員將依序詢問病人多項有關疼痛的問題，並依據各類疼痛評估量表，例如「視覺程度量表」、「臉譜量表」、「數字量表」等，找出病患疼痛的指數，並依此作為處置的依據。因此一個完整的評估應有以下3項內容：

2.2.1 記錄病人主觀描述：病患若能清晰表達疼痛，醫護人員應進一步就以下各項內容予以詢問，並記於記錄表中。(詳見 P.15 附件)

P (precipitating or palliating factors)：加劇因素或減緩方式：例如，問病人「什麼因素造成您疼痛加劇？」、「什麼因素可以減輕疼痛？」。

Q (quality)：疼痛性質：例如，問病人「請您描述一下您的疼痛感覺，是酸酸的？刺刺的？觸電一般？刀割一般？鈍痛？悶痛？抽痛？壓痛？燒灼痛？感覺異常？戳痛？」等。

R (region or radiation)：疼痛部位及有無擴散現象：例如，問病人「請問您疼痛的部位？有沒有傳到遠處的感覺？」。

S (severity)：疼痛強度：例如，問病人「請問您在1至10分的評分中，0代表都不痛、10代表非常的痛疼，您現在的疼痛有幾分？」。

T (temporal nature)：疼痛持續方式及發作時間：例如，問病人「請問您疼痛發作的時間，是一陣一陣？持續一整天？是上午，下午還是晚上較不舒服？」。

U (impact on you)：對日常生活的影響：例如，問病人「請問您的疼痛對日常生活有沒有影響？有沒有辦法睡覺？有沒有辦法走路？有沒有辦法工作？有沒有辦法與人相處？」等。

2.2.2 記錄病人生命徵象的改變，如心跳、呼吸、血壓、體溫之變化。

2.2.3 評估疼痛程度(第五生命徵象之評估)：無論病人能否清晰表達，皆應以有效度、易執行的評估量表來判斷病人之疼痛強度。

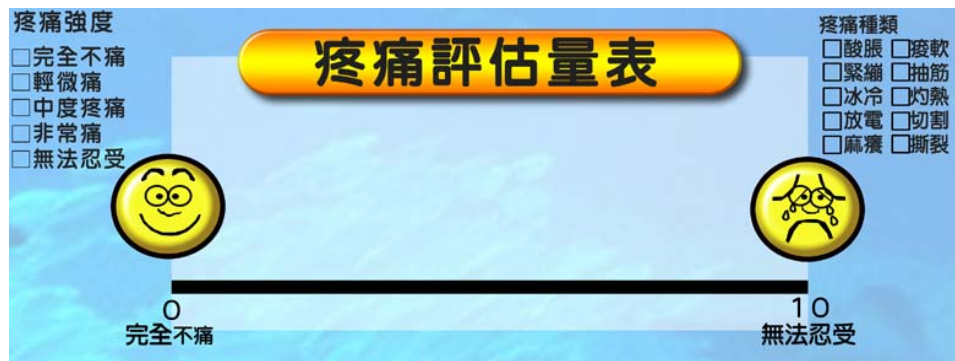
2.2.1 評估病人疼痛程度：無論病患能否清晰表達，皆應以有效度、易執行的評估量表來判斷病患之疼痛強度。

2.3 疼痛評估量表：針對所有來院就醫的病患，應依不同年齡、不同情境予以有效且經科學驗證的疼痛評估工具，予以評估。

2.3.1 對象 1：意識清楚且具溝通能力之成年病患。例如，門診、一般病房及一些在加護病房正在使用呼吸器的病患。

a. 視覺類比量表(Visual Analogue Scale: VAS)

一條實際為 100 mm 的直線，最左邊標出 0 mm，最右邊標出 100 mm，兩端並畫上兩個臉譜(左邊為笑臉、右邊為哭臉)，向病患解釋 0 mm 代表不痛、100 mm 代表非常非常的痛，由左端往右移表示愈來愈痛，拿一隻筆讓病患在這條直線上垂直畫一短線，代表他疼痛的位置，在將測量 cm 值記錄下來。



b. 10 cm 數字疼痛量表(Numerical Rating Scale)或口述疼痛量表 (verbal rating scale):

一條實際為 10 cm 的直線，在最左邊標出 0，最右邊標出 10 cm，向病患解釋 0 代表都不痛、10 代表非常的痛，由左到右疼痛程度增加，讓病患以筆垂直畫出疼痛的感覺在幾公分處，以所測量的 cm 值記錄下來。也可單純以口述方式向病人解是由 0 到 10 代表的意義，讓病人評分 (verbal rating)。

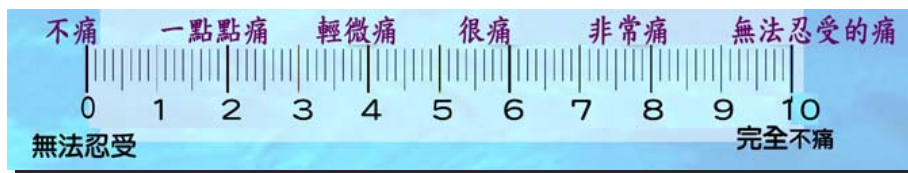


Fig. Numerical rating scale

c. 臉譜量表(Wong-Baker Face Pain Rating Scale)：

用於具溝通能力但因使用語言不同，不易理解問題之病患。例如，說外語或方言的患者。在一張紙上畫了 6 個卡通臉譜，由左到右是：很愉快的笑臉(0)、微微笑的臉

(2)、有些不舒服(4)、更多些不舒服(6)、想哭(8)、到流眼淚大哭(10)，臉譜下方標出 0~10，讓病患選出最能代表他疼痛感覺的臉譜，以 0~10 分別記錄所選擇的臉譜。



Fig. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

以上 3 種評估量表皆可得到病患介於 1 至 10 分的疼痛分數，分數 1-3 分表輕微疼痛；4-6 分表中度疼痛；7-10 分表嚴重疼痛。

2.3.2 對象 2：意識模糊或正在使用鎮靜劑、呼吸器而無法正常表達之成年病人，如護理之家、安寧病房、呼吸照護中心及加護病房之患者，由於病情進展或醫療處置而無法自我表達，對於疼痛的評估需要仰賴客觀的行為觀察模式，可以就患者在臉部表情、身體移動、肌肉緊張度、與呼吸器配合度(用於正在使用呼吸器之患者)或發聲狀態(用於已拔除氣管內管之患者)等四個項目予以 0 或 2 的記分。總分 0 分代表沒有疼痛發生；8 分代表有嚴重的疼痛產生，需要止痛藥物或更有效的處置，如表一。

表一 行為疼痛評估表

評估內容/分數	0	1	2
臉部表情	輕鬆自然	憂愁、皺眉	痛苦狀，咬緊牙關
肢體語言及張力	放鬆自然	偶而不自主運動或略僵硬	掙扎、扭動或極僵硬
呼吸	自然平順	偶爾快或費力	持續快或費力
發聲	沒有異常的聲音	偶而呻吟	大聲呻吟、哭泣
安撫	不需要	需要	無法安撫

對於一些正在使用肌肉鬆弛劑的病患則不易由單純的行為表現，評估病患是否有疼痛情況發生。此時則需依賴護理人員就多項生理指標的變化作專業的判斷，以決定病患是否有疼痛的情形及其對現有止痛處置的反應。例如，平均動脈壓是否變化、心率是否變化、呼吸速率是否變化、血氧飽和度或二氧化碳是否變化、及是否盜汗等。

2.3.3 對象 3：意識清晰且具理解、溝通能力之兒童病患

可採取與成年病患一樣的評估方式，如 Visual analog scale, Numeric rating scale, Face rating scale 等。但考慮到兒童病患的語言技巧未臻成熟，建議在 3 到 18 歲之兒童病患

還是以較易理解的 Face Rating Pain Scale 為主。

2.3.4 對象 4：意識清晰且無發展遲滯，年齡超過 1 歲之學齡前兒童病患

對於學齡前無法明確表達之兒童病患，應採用簡易可靠的行為觀察方式，來評估疼痛狀況。可以就臉部表情、腿部姿態、身體活動、哭泣程度、及是否易安撫等 5 項指標分別予以 0 至 2 分之記分。總分 0 = 無疼痛；1-3 = 輕度疼痛；4-6 = 中度疼痛；7-10 = 嚴重疼痛。

FLACC 量表	評分		
	0	1	2
<u>F</u> ACE (面部表情)	無異常表情或微笑	偶而面露痛苦或皺眉、沉默、冷漠	持續面露痛苦或皺眉、下巴顫抖、緊閉嘴唇
<u>L</u> EGS (雙腳)	姿勢正常或放鬆	無法放鬆、不時移動、緊繃	蹣跚、屈腿
<u>A</u> CTIVITY (活力)	安靜平躺、姿勢正確、活動自如	扭動、轉體、緊繃	軀體如弓、僵硬或抽動
<u>C</u> RY (哭泣)	清醒不哭、安睡	呻吟或啜泣、偶有哭訴	持續哭泣、尖叫、哭訴頻繁
<u>C</u> ONSOLABILITY (撫慰)	安穩、放鬆	撫觸、擁抱或言語可安撫	無法安撫

FLACC 是透過觀察行為來評估無法言語表達疼痛者的疼痛指標。
用法：

1. 評估受評者五個分項的分數
2. 將五分項分數相加
3. 紀錄總分：總分 0 = 無疼痛；1-3 = 輕度疼痛；4-6 = 中度疼痛；7-10 = 嚴重疼痛。

at C.S. Mott Children's Hospital University of Michigan Medical Center, Ann Arbor, MI.

Table: FLACC scale

2.3.5 對象 5：小於 1 歲之兒童(含新生兒)，如住於 SBR 及一般兒童病房之病童。

此類病童考慮到其生理發展特性，可以就面部表情、哭泣程度、呼吸型態、上肢活動、下肢活動及清醒或睡眠情況等 6 項指標，分別予以 0 至 2 分之記分。最少 0 分，最多 7 分；總分 3 以上則表示有疼痛發生。

項目	評分標準	分數
臉部表情	放鬆	<input type="checkbox"/> 0 分
	皺眉	<input type="checkbox"/> 1 分
哭泣程度	無哭泣	<input type="checkbox"/> 0 分
	嗚咽	<input type="checkbox"/> 1 分
	強而有力的哭聲	<input type="checkbox"/> 2 分
呼吸型態	平順	<input type="checkbox"/> 0 分
	呼吸型態改變	<input type="checkbox"/> 1 分
手臂姿勢	放鬆	<input type="checkbox"/> 0 分
	屈曲	<input type="checkbox"/> 1 分
腳步姿勢	放鬆	<input type="checkbox"/> 0 分
	屈曲或伸張	<input type="checkbox"/> 1 分
清醒狀態	睡覺或清醒	<input type="checkbox"/> 0 分
	哭鬧或尖叫	<input type="checkbox"/> 1 分

：疼痛指數：_____分 ：疼痛部位：_____

Table: Neonatal Infants Pain Scale

2.3.6 對象 6：意識障礙或發展遲滯，但年齡大於 1 歲之兒童病患

對於有意識障礙或發展遲滯之兒童病患，如身心障礙之兒童，由於與其溝通不易及疾病所造成先天的肢體僵硬或體態不正常等現象，導致疼痛觀察不易，較會被忽略。對此我們可採用改良式 FLACC Scale 之行為觀察模式予以評估。同樣以臉部表情、腿部姿態、身體活動、哭泣程度、及是否易安撫等 5 項指標予以 0 至 2 分之記分。總分 0= 無疼痛; 1-3= 輕度疼痛; 4-6= 中度疼痛; 7-10= 嚴重疼痛。

FLACC 量表	評分		
	0	1	2
<u>F</u> ACE (面部表情)	無異常表情或微笑	偶而面露痛苦或皺眉、沉默、冷漠；顯得悲傷或擔憂	持續面露痛苦或皺眉、下巴顫抖、緊閉嘴唇；顯得痛苦；顯得害怕或驚恐
<u>L</u> EGS (雙腳)	姿勢正常或放鬆	無法放鬆、不時移動、緊繃；偶而顫抖	蹣跚、屈腿；明顯增加緊繃；持續顫抖或痙攣
<u>A</u> CTIVITY (活力)	安靜平躺、姿勢正確、活動自如；平穩規律的呼吸	扭動、轉體、緊繃或自我保護的動作；略顯激動；淺快且伴隨偶而的深呼吸	軀體如弓、僵硬或抽動；過度激動；撞頭；顫抖；呼吸暫停、大口喘氣或完全不敢呼吸
<u>C</u> RY (哭泣)	清醒不哭、安睡	呻吟或啜泣，偶有哭訴；突發性出聲或呻吟	持續哭泣、尖叫、哭訴頻繁；重複大哭大叫
<u>C</u> ONSOLABILITY (撫慰)	安穩、放鬆	撫觸、擁抱或言語可安撫	無法安撫
改良式 FLACC 是透過觀察行為來評估無法言語表達疼痛者的疼痛指標。 用法： 1. 評估受評者五個分項的分數 2. 將五分項分數相加 3. 紀錄總分：總分 0 = 無疼痛; 1-3 = 輕度疼痛; 4-6 = 中度疼痛; 7-10 = 嚴重疼痛。			

Table: Revised FLACC scale

2.3.7 對象 7：加護病房之病童

可以分別就病童本身警覺程度、安寧程度、呼吸反應(用於正在用呼吸器)或哭泣反應(用於沒有使用呼吸器)、身體移動情形、肌肉緊張度及面部緊繃度等 6 項指標觀察 2 分鐘後，分別予以 1 至 5 分之記分。最少 6 分，最多 30 分；同時加上護理人員專業判斷，決定 VAS 程度。總分 17 以上則表示有疼痛發生或現有處置需要調整。若病患正在接受肌肉鬆弛劑，則無法由行為表現，評估病童疼痛情況。此時則需依賴護理人員就多項生理指標的變化作專業判斷，以決定病童是否有疼痛的情形及其對現有止痛處置的反應。例如，發生血氧飽和度下降 5% 以上、胃脹氣、平均動脈壓增加 30% 以上、無法配合呼吸器、皮膚蒼白、發紺、盜汗等。

項目	評分標準	分數
警覺程度	雙眼閉合熟睡對周遭環境改變無反應	<input type="checkbox"/> 1 分
	淺睡雙眼大部分時間閉合偶睜眼	<input type="checkbox"/> 2 分
	昏昏欲睡，雙眼閉合對環境改變無反應	<input type="checkbox"/> 3 分
	對周遭環境警覺	<input type="checkbox"/> 4 分
	對周遭環境高度警覺	<input type="checkbox"/> 5 分
安靜程度	平靜、安詳	<input type="checkbox"/> 1 分
	輕度焦慮	<input type="checkbox"/> 2 分
	焦慮（表現激動，但大部分可控制）	<input type="checkbox"/> 3 分
	非常焦慮（表現非常激動，但還可控制）	<input type="checkbox"/> 4 分
	驚慌（表現非常驚恐，失去控制）	<input type="checkbox"/> 5 分
呼吸反應（用於正在用呼吸器）	無自發性呼吸	<input type="checkbox"/> 1 分
	有自發性和呼吸器帶動呼吸	<input type="checkbox"/> 2 分
	對呼吸器產生阻力，坐立不安	<input type="checkbox"/> 3 分
	主動呼吸對抗呼吸器或經常咳嗽	<input type="checkbox"/> 4 分
	激烈對抗呼吸器	<input type="checkbox"/> 5 分
哭泣反應（用於沒有使用呼吸器）	安靜呼吸無哭泣	<input type="checkbox"/> 1 分
	偶爾哭泣、呻吟	<input type="checkbox"/> 2 分
	抱怨單調	<input type="checkbox"/> 3 分
	嚎啕大哭	<input type="checkbox"/> 4 分
	尖叫	<input type="checkbox"/> 5 分
身體移動	不動	<input type="checkbox"/> 1 分
	偶爾（少於3次）的輕微身體移動	<input type="checkbox"/> 2 分
	頻繁（少於3次）的輕微身體移動	<input type="checkbox"/> 3 分
	僅限於四肢的劇烈運動	<input type="checkbox"/> 4 分
	頭部軀幹的劇烈運動	<input type="checkbox"/> 5 分
肌肉緊張度	肌肉完全放鬆，沒有肌肉張力	<input type="checkbox"/> 1 分
	肌張力降低，抗正常阻力減少	<input type="checkbox"/> 2 分
	正常的肌肉張力	<input type="checkbox"/> 3 分
	肌張力增加，手指緊握	<input type="checkbox"/> 4 分
	極端肌肉僵硬，手指緊握	<input type="checkbox"/> 5 分
臉部緊繃度	臉部肌肉完全放鬆	<input type="checkbox"/> 1 分
	正常的臉部表情	<input type="checkbox"/> 2 分
	面部肌肉顯得有些緊張，但不持久	<input type="checkbox"/> 3 分
	面部肌肉明顯且持續性緊繃	<input type="checkbox"/> 4 分
	面部肌肉扭曲和扮鬼臉	<input type="checkbox"/> 5 分

Table: COMFORT Behavior Scale

2.4 疼痛評估的注意事項及層面 疼痛評估應先掌握 3 項原則，並含蓋以下層面：

2.4.1 相信病人主訴的疼痛

2.4.2 開始討論疼痛

2.4.3 收集詳細的疼痛病史

2.5 初始疼痛評估的注意事項：

2.5.1 評估疼痛強度及特性：

2.5.2 起始時間及型態

2.5.3 疼痛部位

2.5.4 疼痛性質

2.5.5 疼痛強度

2.6 整體之系統性生理評估：

2.6.1. 詢問病史及醫療史，包括病史藥物史及治療經過。

2.6.2 依系統性生理評估及身體檢查，並依序進行「視、聽、觸、叩」評估。

2.6.3 影像及實驗室數據評估及參考。

2.7 心理、社會及靈性之評估：

2.7.1. 關懷及詢問病人有關身體疼痛對於心理、情緒、精神狀態、睡眠及壓力感方面的影響，如詢問: 會不會因疼痛感到不安？緊張？憂鬱、心情低落？生氣？無法入睡或易醒？

2.7.2 了解並詢問有無家屬陪伴或其他陪伴及支持者，如詢問: 病人及家屬是否瞭解病情或疼痛的原因，並請病人或家屬說出當疼痛發生時的行為表現及處理方式，以及對於疼痛處理的看法及期望；若已經接受疼痛處置則可以進一步了解病人及家屬對止痛藥物及處置的疑慮。

2.7.3 瞭解疼痛治療對於家庭經濟的影響或困擾，並視需要提供諮詢。

2.7.4 伴隨疾病治療及疼痛控制之歷程，病人可能會出現生命意義與價值的困惑，也可能感到無力感及無助，需評估其宗教信仰及需求，並瞭解病人最需要及最有意義的人、事、物，以適時提供資源及協助。

2.8 身體及神經學檢查:

2.8.1 檢視疼痛的部位, 並注意有無轉移痛的情形

2.8.2 進行相關的神經學檢查

2.9 診斷性檢查:

2.9.1 瞭解疾病復發或疾病進展情形:

2.9.2 腫瘤標誌或相關血液學檢查

2.9.3 放射線檢查

2.10 神經生理檢查

2.10.1 確認診斷性檢查的限制:

2.10.2 骨骼掃描: 可能會出現假陰性的結果

2.10.3 電腦斷層: 無法清楚檢視全部脊椎

2.10.4 核磁共振: 對骨頭的檢視沒電腦斷層好

2.11 疼痛的持續評估：

2.11.1 開始疼痛治療後,規則定時評估

2.11.2 在每個新疼痛報告之後

2.11.3 在每個侵襲性檢查之後