

前言

根據 2021 年十大死因統計，肺炎高居第三位，每 10 萬人口中就有 57.7 人因肺炎死亡，僅次於惡性腫瘤及心臟疾病(衛生福利部,2023)。肺炎導致氣體交換障礙，肺功能無法提供足夠的氣體交換即稱為呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭為入住重症加護病房最常見原因之一，任何疾病都可能導致呼吸衰竭 (Villgran et al., 2022)。近年來高流量氧氣鼻導管 (High-flow nasal cannulae, HFNC) 經常使用於進展性呼吸衰竭個案之預期插管、拒絕插管或拔管後避免再插管 (蔡怡棠等, 2018)，面對呼吸衰竭個案，不僅要正確處理疾病種種症狀及併發症，針對心理支持、情緒抒發與家庭支持系統運作之協調於照護過程也是重要一環。

本文個案因延誤就醫，導致肺炎快速進展引發急性呼吸衰竭入住加護病房治療，照護期間因各項管路留置、陌生隔絕的環境、身體活動受限、呼吸喘導致無法完整表達、面對疾病快速變化帶來生理上種種不適，造成心理出現恐懼、焦慮等負向情緒之問題，引發筆者撰寫動機，期望透過團隊合作，建立個案及家屬信心，提供照護資源運用，給予個別性、整體性、連續性照護，改善疾病種種不適，增強對疾病的認知，進而促進健康提升生活品質。

文獻查證

一、肺炎併急性呼吸衰竭臨床症狀與處置

肺炎常見症狀包括咳嗽有痰、胸痛、發熱及呼吸困難，嚴重時可

能出現缺氧和呼吸性酸中毒引發呼吸衰竭，當造成氣體交換障礙，導致呼吸做功、速率增加及組織氧合下降時，會出現呼吸困難、低血氧、低血壓，甚至出現休克及昏迷，進而需插管使用呼吸器治療（劉等，2017；廖等，2019）。目前國內重症單位開始使用高流量氧氣鼻導管治療（High-flow nasal cannula, HFNC）以下簡稱；HFNC，藉此改善個案舒適度、呼吸頻率及氧合情形，減少個案的不安與焦慮，提供加溫潮濕後的高流量氧氣（20-60L/min），因可控制溫度（31-37°C）及濕度，能降低對呼吸道的傷害，增加氣道防禦力及減少支氣管收縮反應誘發的氣喘，維持呼吸道纖毛清除功能，有利於清除分泌物和減少肺擴張不全，提高組織灌注穩定氧氣濃度改善低血氧症、增加舒適度延長使用時間及生活品質，與非侵襲性正壓呼吸器（NIPPV）相比，更可減少皮膚受壓、幽閉恐懼、脹氣等缺點，增加照護的安全性，且個案可由口進食、不影響交談（陳等，2017、張、毛，2021）。Ferreyro et al. (2020) 指出針對急性呼吸衰竭個案使用 HFNC 治療，比單獨的氧氣療法更有治療效果。

二、急性呼吸衰竭個案照護要點

呼吸衰竭個案使用 HFNC 治療時應注意氣胸、皮下氣腫及縱膈腔氣腫等症狀，氧氣濃度及流量的調整需要更加謹慎，避免肺部更多傷害（陳等，2017）。每日評估呼吸型態、呼吸音、血氧濃度變化及痰液量、色、性質，必要時運用胸腔物理治療或高頻震波拍痰器幫助分泌

物排出(王等, 2020)。呼吸衰竭會造成個案呼吸肌疲憊, 需要配合飲食計畫, 提供適當熱量、蛋白質、脂肪及碳水化合物, 為避免肌肉耗損, 建議減少高碳水化合物食物, 增加膳食纖維、維生素 C 攝取, 可抑制巨噬細胞和中性粒細胞活化同時降低發炎指數(蔡毓真等, 2021)。更重要的是遵守手部衛生、落實執行各項照護準則並減少各類管路留置時間, 降低感染風險, 減少個案因感染增加住院天數。

三、急性呼吸衰竭個案入住加護病房心理問題與護理

重症個案住加護病房期間由於因疾病或症狀導致無法有效溝通、對疾病認知不足失去控制感、身處於陌生環境、限制臥床、探病時間受限導致與家人分離的孤獨感, 易出現擔憂、焦慮、畏懼及負向情緒造成個案心理上的衝擊(Alasad et al., 2015)。賴、陳(2021)指出音樂治療確實可以改善個案焦慮程度達到安撫效果, 護理人員若能及早察覺個案焦慮情緒給予適當音樂治療, 能降低焦慮帶來的不良影響。

而建立良好護病關係, 予以同理心傾聽、關懷, 使用肢體語言、讓個案抒發內心感受, 協助個案與家屬建立信心, 並鼓勵家屬參與照護, 適時提供相關衛教單張、書籍或圖片, 給予完整照護資訊, 可讓個案感受到被愛與安全感, 並增加對疾病瞭解降低焦慮, 使用焦慮視覺類比量表(Visual Analog Score)評估焦慮程度, 分數越高焦慮程度越高(Berning et al., 2016)。鼓勵個案與家屬透過視訊、寫卡片、錄音、

錄影等方式維持互動，增強個案配合治療意願，紓解因社交隔離產生焦慮，建立信心以提升適應能力（王等，2020）。

護理評估

一、個案簡介

莊女士，54歲，已婚，育有3女，職業為自耕農，教育程度為專科，與丈夫及大女兒同住，住院前與丈夫一起耕種農田，住院期間主要照顧者為二女兒，經濟來源為丈夫，慣用國語及台語，無宗教信仰。

二、過去病史及治療過程

個案無過去病史，案女表示：「曾發現媽媽使用過的護墊上有螞蟻，且有吃多喝多情形，懷疑有糖尿病但未就醫」。

三、此次入院經過及治療經過

個案於2022年11月2日因咳嗽、呼吸喘至本院求治，生命徵象：體溫：36.4°C、心跳：131次/分、呼吸：33次/分、血氧：51%，胸部X光：右側肺炎、左側疑似氣胸，胸部電腦斷層檢查：右側肺炎、左側膿胸，因呼吸喘情形未改善，11/3入住加護病房，12/5病況穩定，轉普通病房，照護期間為2022年11月3日至2022年12月5日。

護理評估

護理期間自2022年11月3日至12月5日止。筆者運用Gordon十一項功能性健康評估模式以直接照護、觀察、身體評估、會談及病歷查閱方式收集資料分析如下：

一、健康認知及健康處理型態

個案意識清楚，無住院病史及抽菸喝酒習慣，未曾進行身體健檢，平時會吃鈣片和B群保養身體。11/2WBC:3392/ul、HsCRP:340.98mg/L，11/3 胸部 X 光及胸部電腦斷層：右側肺炎、左側膿胸，放置左側胸管32 號，固定於 16 公分，接 emerson suction -5cmH₂O，11/3 主訴：「因為疫情不想到醫院看病，覺得是感冒沒有好才會一直咳」、「覺得我過胖，近 3 個月有吃減肥代餐」，11/3 個案體溫：38.2°C、心跳：135 次/分、呼吸：32 次/分，頸部發紅、四肢皮膚溫熱、臉潮紅，2 件棉被及烤燈使用身體仍寒顫，11/3 案夫表示：「她一直抖是不是很冷?」、「她平時在家就只會叮嚀我身體要照顧好，都沒在注意自己的身體」，11/6 左側胸管入針處周圍皮膚發紅、無腫脹，11/10 痰液培養為 *Klebsiella pneumoniae*，評估個案有現存性感染的健康問題。

二、營養代謝型態

個案身高 165 公分，體重 60 公斤，理想體重為 59.9 公斤，BMI 為 22.0 kg/m²（標準值 18.5~24），屬正常範圍，個案主訴：「因為工作關係平常胃口很好，沒有飲食禁忌，都自己煮比較多，也喝很多水，約 4500~6000 毫升/每日，有時候會喝無糖飲料」，11/2 於急診因呼吸喘，放置鼻胃管 16Fr 預防進食時嗆咳造成吸入性肺炎，Hb:15.6g/dl、Alb:2.8g/dl、Na:134mmol/L、K:4.4mmol/L、Glucose:529mg/dl，11/3 個案主訴：「醫生說我血糖很高，我不知道我有糖尿病，很嚴重嗎?」

管灌牛奶糖尿病配方使用 1600 卡/日，消化情形佳，每日攝入量為 2973 毫升/天，排出量為 2030 毫升/天，皮膚乾燥，四肢末梢冰冷，指甲及下眼瞼蒼白，頭髮乾燥無異常掉髮，口腔黏膜及嘴唇平滑、粉紅，舌頭粉紅，牙齦飽滿無水腫，11/3 左側胸管引流液量 380ml 黃色混濁胸水，外觀乾淨無滲液。

三、排泄型態

個案住院前排尿正常，無灼熱感及解尿困難情形，尿量多，顏色為淡黃色，無異味及沉澱物；大便正常，沒有便秘情形，顏色為深咖啡色軟便。11/2 個案導尿管留置，尿液檢查報告：蛋白質：2+、葡萄糖：3+、Ketone：1+，11/3 尿量 1650 毫升/天，顏色為黃色，有沉澱物，11/6 開始有腹瀉情形，4 次/天，量 820 克/天，顏色黃色稀糊便，糞便有酸臭味，導致會陰部及肛門口有約 5*5 公分發紅浸潤及零星點狀破皮情形，個案表示：「我皮膚本來就比較敏感」、「拉肚子拉到屁股好痛」，評估腸蠕動 40 次/分，扣診為鼓音，糞便檢查困難梭狀桿菌呈現陽性反應，評估個案有現存性感染的健康問題。

四、活動與運動

個案平常生活起居可自理，住院前早上 4 點起床後及下午 3 點會到田裡工作，其餘時間則返家休息，無特殊休閒活動，大多在家看電視或跟鄰居聊天。11/2 因咳嗽、呼吸喘至急診求治，因發燒、意識混亂、呼吸 32 次/分，使用呼吸輔助肌，於急診使用 100%純氧面罩無改

善後改 HFNC 使用，設定 Flow：60L、O₂：20L、Temp：37°C，11/3 意識清楚主訴：「覺得喘不過氣」，關節活動度可，呼吸：38 次/分、血氧：84%。痰液呈量多黃白稀，11/4 個案主訴：「胸管插著我都不太能動」、「為什麼覺得呼吸很累」，11/5 個案主訴：「好喘吸不到氣」，評估個案鼻翼扇動、頸部冒汗皺眉表情緊張，呼吸：28 次/分、SpaO₂：88%，動脈血液氣體分析結果 pH：7.231、HCO₃：25.7mmol/L、PCO₂：56mmHg、O₂ SAT：83.3%、PO₂：54.8mmHg，HFNC 調整為 Flow：60L、O₂：40L、Temp：37°C，評估個案有自主換氣失能的健康問題。

五、睡眠與休息型態

個案住院前無睡眠障礙，睡眠時間約 6 小時，睡醒後精神很好。住院期間，11/3 個案表示：「身上一堆管子實在是很不舒服」、「常常來翻身，而且一直覺得口渴，睡覺斷斷續續的，覺得好累」，11/4 治療時觀察個案精神倦怠，交談時注意力及眼神無法集中，並有打哈欠情形，夜間觀察個案於治療空檔時段及鎮靜安眠藥物輔助下可以進入睡眠，11/5 表示：「有好好睡一覺有差」。

六、認知感受型態：

個案表示：「住院前雙眼模糊，會影響看書，有看過眼科，醫生說是白內障，平常有點眼藥水」，住院期間意識清楚，對於人、時、地、物回應正確，視、聽、觸、嗅覺正常，能自行取用床旁衛生紙擦拭雙手，11/3 因胸管留置導致疼痛，以疼痛視覺類比量表評估疼痛指數 2

分，協助翻身時可配合翻身動作憋氣，表示：「醫生說這管子很重要是救命的，所以這個痛我可以忍受不用吃止痛藥」。

七、自我領悟與自我概念型態

個案自覺脾氣很好，為人和善，覺得不會因為這次住院會影響對自己的看法，如果遇到無法處理的情緒會和丈夫討論，11/4 個案主訴：「是不是我太疏忽了，會不會來不及補救?」，11/5 個案於抽痰時表情痛苦，猛搖頭眼角泛淚，主訴：「我很想要把痰咳出來，不想抽痰了好痛苦」、「我會變成家人的負擔」、「是不是不會好了你們老實告訴我」、「我不想要一輩子都躺著」，以焦慮視覺類比量表 (Visual Analog Score) 評估個案焦慮程度為 8 分，11/6 會客時間個案看到先生不停流淚，緊抓住先生的手，對先生說：「我好怕我睡了就醒不來了」、「會不會明天你來我就不省人事了」。11/6 治療時間會看著護理人員要做什麼，護理人員碰到身上管路時表情緊張皺眉，11/7 協助身體清潔過程，個案雙手握緊拳頭，臉部表情僵硬，評估個案有焦慮的健康問題。

八、角色關係型態：

個案與丈夫一起務農（種植小黃瓜及檸檬）、大女兒 30 歲、二女兒 28 歲、小女兒 25 歲，經濟小康，個案主訴：「家庭互動良好，遇到困難或高興的事第一個會跟丈夫說，一起討論並解決問題，重要的事還是由丈夫決定，家裡沒有特別分工，誰看到誰做，與附近鄰居感情很好會一起相約出去玩」，照護期間丈夫及女兒每天前來會客。

九、性與生殖

個案初經約 12-13 歲，過去經期規則，現已停經，停經後無不適情形，與丈夫感情良好，仍有性生活，育有 3 女，表示：「沒有特別去拼兒子，過去公婆也沒有給壓力，覺得生小孩就順其自然就好」，有做過子宮頸抹片檢查，但因為農作繁忙，無定期追蹤。

十、適應與壓力耐受型態

個案生活圈單純，個性內斂穩重，有自己的想法及主見，11/4 主訴：「平常沒有什麼壓力，如果有心煩或困擾的事會找丈夫、嫂嫂或好友聊聊，現在只擔心我是不是能好起來，其他的都不重要了」、「以為是感冒而已怎麼那麼嚴重」、「我一定會乖乖配合治療」，案女表示：「媽媽更年期後脾氣變得比較奇怪、易怒，但我們可以理解，這次等她好起來，一定會持續追蹤」。

十一、價值與信念型態

個案無宗教信仰，只有拜祖先，覺得遇到困難就與家人、朋友討論就好，不迷信，11/6 表示：「現在這種狀況我只能求所有認識我的神明，能幫助我度過這次的難關」。

問題確立

經由以上評估確立個案有：(一) 自主換氣失能、(二) 現存性感染、(三) 焦慮健康問題。經文獻搜尋訂定相關照護措施如下：

(一) 自主換氣失能/與感染引發肺擴張功能不全有關 (11/3~11/23)

主觀資料	<p>1.11/3 個案主訴：「覺得喘不過氣」。</p> <p>2.11/4 個案主訴：「胸管插著我都不太能動」、「為什麼覺得呼吸很累」。</p> <p>3.11/5 個案主訴：「好喘吸不到氣」。</p>
客觀資料	<p>1.11/2 胸部 X 光：右側肺炎、左側疑似氣胸，胸部電腦斷層檢查：右側肺炎、左側膿胸。</p> <p>2.11/3 呼吸：38 次/分、血氧：84-95%，痰液呈量多黃白稀。</p> <p>3.11/5 評估個案鼻翼扇動、頸部冒汗皺眉表情緊張，呼吸：28 次/分、血氧：88%，動脈氣體分析結果 pH：7.231、HCO₃：25.7mmol/L、PCO₂：56mmHg、O₂ SAT：83.3%、PO₂：54.8mmHg。</p> <p>4.11/5 HFNC 調整為 Flow：60L、O₂：40L、Temp：37°C。</p>
目標	<p>1.11/8 個案能了解 HFNC 治療目的，呼吸速率可維持<20 次/分，血氧維持>95%。</p> <p>2.11 /16 前個案動脈血液氣體分析值達正常範圍，HFNC 設定之 Flow 可降至 40L 以下、O₂ 可降至 10L 以下。</p> <p>3.11/25 個案能順利脫離高流量氧氣鼻導管，氧氣使用條件降至鼻導管使用。</p>
護理措施	<p>1.11/3 評估個案休息及清醒時段呼吸狀態及干擾因素。</p> <p>2.11/3 治療時間，運用行動護理車之網路媒體資訊，給予個案說明目前 HFNC 在肺部疾病的運用，以增強疾病認知。</p> <p>3.11/4 透過醫療團隊整體之評估，調整訓練機制，使個案有足夠之休息，以利後續呼吸訓練時能有足夠之體力。</p> <p>4.11/4 主動協助每兩小時翻身、胸腔護理、必要時協助抽痰，觀察痰液顏色、性狀及量，並協助個案抬高床頭 30 度以上。</p> <p>5.11/5 與呼吸治療師共同討論並與個案說明調整適當 HFNC 設定，並給予高濃度氧氣使用，維持足夠氣體交換，密切觀察生命徵象變化。</p> <p>6.11/6 與個案會談溝通，說明造成 HFNC 呼吸器警報可能原因，若感到不適或呼吸困難時使用床旁鈴鐺告知醫療團隊調整機器設定。</p> <p>8.11/6 每班聽診雙側呼吸音，並給予背部叩擊及姿位引流，促進痰液排出，並隨時觀察個案呼吸次數、型態、痰液顏色、量、性質及監測血氧濃度。</p> <p>9.11/7 醫療團隊(醫師、護理師、呼吸治療師、營養師、復健師)與個案及家屬開家庭會議討論治療計畫，為個案設計呼吸訓練計劃之營養配方及復健肢體運動。</p> <p>10.11/8 協助個案於執行上、下肢關節運動、負重運動、腹式呼吸、有效咳痰等技巧練習。</p> <p>11.11/8 每日會客時於家屬面前肯定個案配合度及成效，給予適時的鼓勵及支持，並讓家屬了解每日狀況給予個案支持。</p> <p>12.11/8 與醫師、呼吸治療師、營養師討論個案營養、肺部及呼吸狀態，以訂定適當 HFNC 脫離時機，監測個案的呼吸型態、生命徵象及血氧飽和度。</p> <p>13.11/11 實際運用 1 公斤沙袋置於腹部上方，並教導使用深呼吸咳嗽方式將痰咳至喉嚨處，以利痰液排出並訓練腹部肌肉加強咳嗽力量。</p> <p>14.11/12 依醫囑予 Besmate lamp Q6H inhalation，每次執行後協助背部叩擊以利痰液排出。</p> <p>15.11/12 依醫囑追蹤動脈血液分析報告，與醫師及呼吸治療師討論並調整 HFNC 設定。</p>
評值	<p>1.11/8 評估個案且呼吸平順，呼吸：24 次/分，依醫囑予暫停 Emerson 使用，並調整 HFNC Flow：60L、O₂：40L、Temp：37°C→Flow：55L、O₂：25L、Temp：37°C。</p> <p>2.11/15 動脈血液氣體分析 pH：7.41、HCO₃：25.49mmol/L、PCO₂：40.2mmHg、PO₂：112.7 mmHg、O₂ SAT：98.5%，HFNC Flow：55L、O₂：8L、Temp：37°C。</p> <p>3.11/20 於床上配合執行被動運動 15-20 分/次，觀察個案呼吸平順。</p> <p>4.11/23 醫師評估後，11:20 予移除 HFNC 改氧氣鼻導管 3L/min 使用，個案主訴：「這樣輕鬆多了」。</p> <p>5.11/23 個案主訴：「這次有嚇到不知道這麼嚴重，差點連命都沒了」、「若是能好起來，我</p>

<p>一定會多注意自己的身體不會再拖了」。</p> <p>6.11/24 呼吸平順，動脈血液氣體分析 pH: 7.41、HCO₃: 25.49mmol/L、PCO₂: 40.2mmHg、PO₂: 112.7 mmHg、O₂ SAT: 98.5%，改氧氣鼻導管 2L/min 使用。</p> <p>7.12/5 出院時，個案已無使用氧氣由家屬陪伴步行離開。</p>

(二)現存性感染/與疾病進展有關 (11/2~12/3)

主觀資料	<p>1.11/3 案女表示：「曾發現媽媽使用過的護墊上有螞蟻，且有吃多喝多情形，懷疑有糖尿病但未就醫確診」。</p> <p>2.11/3 案夫表示：「她一直抖是不是很冷?」、「她平時在家就只會叮嚀身體要照顧好，都沒有注意自己的身體」。</p> <p>3.11/3 個案主訴：「因為疫情不想到醫院看病，覺得是感冒沒有好才會一直咳」。</p> <p>4.11/3 個案主訴：「醫生說我血糖很高，我都不知道我有糖尿病，很嚴重嗎?」。</p> <p>5.11/6 個案表示：「我皮膚本來就比較敏感」、「拉肚子拉到屁股好痛」。</p>
客觀資料	<p>1.11/2 抽血 WBC: 33.92×10³/UI、HsCRP: 340.98mg/L、Glucose: 529mg/dl。</p> <p>2.11/2 個案導尿管留置，尿液檢查報告：蛋白質：2+、葡萄糖：3+、Ketone：1+。</p> <p>3.11/3 胸部 X 光及胸部電腦斷層：右側肺炎、左側膿胸，放置左側胸管 32 號，固定於 16 公分，接 emerson suction -5cmH₂O。</p> <p>4.11/3 尿量 1650 毫升/天，顏色為黃色，有沉澱物。</p> <p>5.11/3 個案體溫：38.2°C、心跳：135 次/分、呼吸：32 次/分，頸部發紅、四肢皮膚溫熱、臉潮紅，2 件棉被及烤燈使用身體仍寒顫。</p> <p>6.11/6 左側胸管放置入針處周圍皮膚有發紅、無腫脹情形。</p> <p>7.11/6 開始有腹瀉情形，4 次/天，量 820 克/天，顏色黃色稀糊便，糞便有酸臭味。</p> <p>8.11/6 會陰部及肛門口有約 5*5 公分發紅浸潤及零星點狀破皮情形。</p> <p>9.11/6 評估腸蠕動 40 次/分，扣診為鼓音，糞便檢查困難梭狀桿菌呈現陽性反應。</p> <p>10. 11/10 痰液培養為 Klebsiella pneumoniae。</p>
目標	<p>1.11/6 前個案可了解目前感染的風險，並說出至少二項體溫高處置方式。</p> <p>2.11/16 前維持體溫 < 37.5°C。</p> <p>3.11/19 前無腹瀉情形，並肛門會陰部皮膚無浸潤情況產生。</p> <p>3.12/5 前無其他感染發生，並能清楚糖尿病與感染之關聯性，了解控制原則至少三項。</p>
護理措施	<p>1.11/3 發燒時給予說明協助調整室溫 24°C、減少被蓋及冰枕使用，如遇寒顫則提供烤燈使用直到寒顫停止，因退燒流汗時盡快擦乾更換衣服以保持舒適。</p> <p>2.11/3 確實加強檢視並執行管路照護，觀察置入處是否紅、腫、熱、痛或異常分泌物，胸瓶應低於胸管置放處，尿袋低於膀胱。</p> <p>3.11/3 檢視管路功能請個案配合呼氣、吸氣及咳嗽，以確認胸管是否阻塞及功能完整性。</p> <p>4.11/4 持續監測血糖變化 QID，並依醫囑追蹤 HbA_{1C} 的數值。</p> <p>5.11/4 於護理照護時，會談了解個案對糖尿病的認知、是否察覺自己有糖尿病之問題、對疾病認知及處理態度等。</p> <p>6.11/4 運用行動護理車網路資源，提供糖尿病的症狀及可能引起之風險，於床邊進行疾病認知衛教，檢視疾病歷程。</p> <p>7.11/4 依醫囑予胰島素 RI 100u+N/S 100ml keep 6ml/hr、解熱鎮痛劑 Paracetamol 1/1 QID PO 及抗生素 Betamycin 3.375gm 1/1 Q6H IVD 使用，並觀察用藥反應。</p> <p>8.11/4 主動協助每兩小時翻身並檢視皮膚外觀、鼓勵深呼吸咳嗽並抬高床頭 30 度以上。</p> <p>9.11/5 協助以含 2% chlorhexidine 之漱口水口腔護理兩次/天及使用護唇膏，維持口腔舒適減少口乾及嘴唇乾燥等情形。</p> <p>10.11/5 與營養師及家屬討論個案飲食習慣，提供糖尿病飲食注意事項，提醒減少蛋糕、</p>

	<p>水果等高碳水化合物食物，增加膳食纖維、維生素 C 攝取。</p> <p>11.11/6 針對個案飲食喜好討論建立共識，日後可取代之食物，將其喜歡之勾芡食物調整為水煮食材、米食改為糙米之後再漸進性調整到合適自己的口味。</p> <p>12.11/6 協助個案床頭高於 30 度，依醫囑給予支氣管擴張劑及祛痰劑(Besmate 及 Actein)，每班聽診雙側呼吸音，給予背部扣擊及姿位引流，促進痰液排出，並隨時觀察個案呼吸次數、型態、痰液顏色、量、性質及監測血氧濃度。</p> <p>13.11/6 依醫囑予止瀉藥物 Smecta 1/1 TID AC、Loperamide 1/1 TID AC 使用及 Spersin 使用於破皮及浸潤處，並協助保持臀部乾燥。</p> <p>14.11/6 針對困難縮狀桿菌感染，依醫囑予 Vanlyo 500mg 1/4 TID PO 使用。</p> <p>15.11/7 每日查房時與醫師討論胸管移除時機，減少管路留置引發之風險。</p> <p>16.11/8 與家屬討論先預備血糖機，以利出院後監測血糖值作為醫師調整藥物之參考。</p> <p>17.11/8 依醫囑調整暫停 RI pump 使用，加開胰島素 Toujeo 24u HS SC 使用。</p> <p>18.11/9 運用網路教學讓個案清楚，糖尿病控制原則如：三餐定時定量、規則服藥、規律運動、理想體重等。</p>
<p>評 值</p>	<p>1.11/6 個案可說出體溫高的處置方式：「減少被子、用冰枕」。</p> <p>2.11/6 胸部 X 光：右側肺炎及左側膿胸改善。</p> <p>3.11/12 個案膿胸改善，胸管無引流液，依醫囑關閉 emerson suction 使用。</p> <p>4.11/16 血糖值 188mg/dl，留取導管(CVC)細菌培養報告正常。</p> <p>5.11/18 腹瀉情形改善，成形黃軟便 1 次/天，量 150-300 克/天，會陰部及肛門口浸潤破皮傷口癒合，個案表示：「沒有拉肚子後破皮好了，屁股就不痛了」。</p> <p>6.11/20 血糖值 150mg/dl，胸管外觀無感染徵象引流量 30cc，醫師評估移除胸管。</p> <p>7.12/5 轉出病房時體溫 36.3°C，個案表示：「我會好好吃藥控制血糖、不會亂吃，回家要好好運動不要太胖血糖才會穩定，這些都會引起感染的問題」。</p> <p>8.12/12 電訪個案表示：「我很好，女兒每天早晚幫我量血糖都 100-110 之間，回診醫師時說很不錯還要再努力，我會加油!因為我的命是撿回來的」，並持續於新陳代謝科門診追蹤。</p>

(三) 焦慮/與身體健康受威脅有關(11/5~11/25)

<p>主 觀 資 料</p>	<p>1.11/4 個案主訴：「是不是我太疏忽了，會不會來不及補救?」。</p> <p>2.11/5 個案主訴：「我很想要把痰咳出來，不想抽痰了好痛苦」、「我會變成家人的負擔」、「是不是不會好了你們老實告訴我」、「我不想要一輩子都躺著」。</p> <p>3.11/6 對先生說：「我好怕我睡了就醒不來了」、「會不會明天你來我就不省人事了」。</p>
<p>客 觀 資 料</p>	<p>1.11/5 個案於抽痰時表情痛苦，猛搖頭眼角泛淚。</p> <p>2.11/5 以焦慮視覺類比量表 (Visual Analog Score) 評估個案焦慮程度為 8 分。</p> <p>3.11/6 會客時間個案看到先生不停流淚，緊抓住先生的手。</p> <p>4.11/6 治療時間會看著護理人員要做什麼，護理人員碰到身上管路時表情緊張皺眉。</p> <p>5.11/7 協助身體清潔過程，個案雙手握緊拳頭，臉部表情僵硬。</p>
<p>目 標</p>	<p>1.11/8 個案可主動表達內心感受及擔憂的事項。</p> <p>2.11/15 個案及家屬可表達出緩解焦慮的方法至少二項，焦慮程度評估<5 分。</p> <p>3.11/25 個案可清楚知道疾病進展及治療方向並積極配合疾病治療焦慮程度評估<3 分。</p>
<p>護 理 措 施</p>	<p>1.11/5 主動自我介紹建立信任感和醫病關係，並採主護護理模式建立安全感，減少因陌生人、事、物引發焦慮不安，主動關懷傾聽、了解患者不確定感的與需求，進行有效性溝通。</p>

施	<p>2.11/6 治療時段會談過程將椅子緊靠床旁，給予個案充分時間慢慢表達，並勿受其他事物干擾、催促或中斷交談。</p> <p>3.11/6 個案出現負面情緒時，同理心傾聽，眼對眼輕握手，回饋個案「我知道你緊張擔心，不要怕我們都在，家人都很關心妳」，給予支持幫助紓解情緒，安撫並鼓勵說出內心擔憂的事。</p> <p>4.11/8 會客時間教導家屬使用個案平時會用的多芬乳液協助個案四肢肢體按摩，以放鬆減輕壓力，並與家屬建立共識，於會客時間可引導病人關注平時在乎的事如；田裡農作物目前進展..等。</p> <p>5.11/9 運用會客時間讓案女以手機視訊通話，讓無法到院或入內探視的家屬，透過視訊給予個案鼓勵及關心，緩解焦慮以利紓壓。</p> <p>6.11/10 協助個案使用音樂治療安撫焦慮情緒，降低因焦慮帶來的不良影響，教導平穩而緩慢的腹式呼吸放鬆技巧，以較輕鬆、自然的呼吸方式，達到深度放鬆的狀態。</p> <p>7.11/12 團隊召開家庭會議，讓家庭成員共同參與，由主治醫師協助做後續治療解釋，並確認個案清楚其治療方向，給予發問的空間以釐清疑問。</p> <p>8.11/12 協同主治醫師於會客時間向個案及家屬解釋病情、治療方式及未來可能的合併症，減少對病情變化不確定感。</p> <p>9.11/12 每週以焦慮視覺類比量表評估焦慮程度，以利評估及調整照護措施。</p> <p>10.11/13 主動告知周邊所使用的儀器設備所顯示數據的意義，當發出警告音時，解釋並說明其意義，安撫其擔憂的情緒建立安全感。</p> <p>11.11/14 針對每一天的進步及變化，於治療過程給予個案肯定及鼓勵，並明確指出，如何配合可以讓自己舒適。</p> <p>12.11/16 穩定階段利用會客時間讓案夫、案女參與個案照護，如幫忙個案翻身、拍背，以增加肢體接觸及參與感。</p> <p>13.11/18 以行動護理工作車電腦查詢疾管署提供的多媒體網頁，於病床邊提供有關呼吸衰竭治療過程常見的問題及處理淺顯易懂之衛教單張，內容包含 HFNC 作用說明、使用時機、優缺點等，以增強疾病認知，減輕焦慮。</p> <p>14.11/19 與案夫及案女訪談，建議會客時傾聽並引導個案說出內心擔憂，並實際示範非言語關懷，如:握手、摸摸肩膀等，以正向言語回饋個案減輕壓力。</p>
評 值	<p>1.11/8 個案表示：「我真的很怕我就這樣走了，我先生怎麼辦?」「我怕成為他們的負擔」。</p> <p>2.11/12 個案焦慮程度為 5 分，個案表示：「每次會客，可以看到家人又可以視訊，我就有動力」「每次你們幫我按摩後我都很好睡，又有我熟悉的味道多芬」「你們放我喜歡的歌給我聽真的覺得心情比較放鬆，可以暫時不會想到擔心的事」。</p> <p>3.11/24 個案表示：「謝謝你們沒放棄我，讓我知道我這樣的狀況不是絕路，鼓勵我還有希望，我才能撐到可以說話，我會努力配合恢復健康」。</p> <p>4.12/5 轉出加護病房時個案表示：「等我要出院時我會回來這裡看你們」。</p>

討論與結論

本文探討一位因延誤就醫，導致肺炎併急性呼吸衰竭入住加護病房治療之個案，護理期間 HFNC 早期介入使用來維持呼吸道暢通，因疾病變化快速、對疾病認知不足導致失去自我控制感、多項管路留置限制活動、探病時間受限造成與家人分離的孤獨感，引發個案焦慮不

安、產生對疾病不確定感，照護期間評估個案生理、心理的準備度，以提升個案面對疾病的認知及壓力調適能力。照護過程透過團隊合作加強個案呼吸訓練、落實管路照護及評估、運用資訊媒體教材提供衛教資源讓個案了解疾病相關資訊及治療計畫、連結家屬給予個案足夠的安全感及心理支持、傾聽內心需求安撫情緒、澄清對疾病的認知，透過個別性護理措施及音樂治療，減輕焦慮、增加信心面對健康問題。

照護過程最大的限制是疫情縮減會客次數改為一天一次，減少了個案外來刺激頻率，雖以增加手機視訊替代，個案仍產生失落感，建議日後院內資訊規劃於重症單位病室內可提供床邊視訊軟硬體設備，以滿足醫、病、家屬三方溝通及個案靈性之需求，透過醫療團隊、個案及家屬共同努力，運用有效溝通工具、個別性的護理措施、良好護病信任關係、返家後持續關懷，提供個案身、心、靈、社會整體性照護，提升生活品質。

參考文獻

王佑平、莊寶玉、龔淑櫻、曾紀瑩 (2020)。一位 COVID-19 重症個案合併呼吸窘迫症之加護經驗。護理雜誌，67 (6)，104-110。

[https://doi.org/10.6224/JN.202012_67\(6\).14](https://doi.org/10.6224/JN.202012_67(6).14)

陳瑜玲、陳宜貞、鍾韋嬋、楊偲漢、許端容、王嫻嫻 (2017)。高流量

氧氣治療搭配不同介面改善低血氧性呼吸衰竭之呼吸照護經驗。

呼吸治療，16 (2)，53-53。 <https://doi.org/10.6269/JRT.2017.16.2.23>

廖秀華、吳玉萍、曾瓊誼 (2019)· 一位肺炎併發呼吸衰竭成功脫離呼吸器病患之護理經驗· *安泰醫護雜誌*，25 (1)，47-60。

[https://doi.org/10.29494/LN.201603_17\(1\).0001](https://doi.org/10.29494/LN.201603_17(1).0001)

張秀吟、毛玉婷 (2021)· 以系統性回顧經鼻高流量氧氣與傳統氧氣治療於急性呼吸衰竭病人之成效· *澄清醫護管理雜誌*，17(3)，51-57。

<https://doi.org/10.30156/CCMJ>

蔡怡棠、林佩萱、黃梓齊、沈伯真、周立平 (2018)· **【論文摘要】**從實證觀點探討高流量經鼻氧氣治療運用於降低呼吸衰竭病患插管率之成效· *呼吸治療*，17 (1)，47-47。

[https://doi.org/10.6269/JRT.201807_17\(1\).0017](https://doi.org/10.6269/JRT.201807_17(1).0017)

蔡毓真、許端容、王嫻嫻、洪仁宇、蔡忠榮 (2021)· 肺復原於肺阻塞患者之應用· *內科學誌*，32 (6)，385-397。

[https://doi.org/10.6314/JIMT.202112_32\(6\).01](https://doi.org/10.6314/JIMT.202112_32(6).01)

劉心瑋、陳淑賢、謝芳貴 (2017)· 一位肺炎併急性呼吸衰竭個案之急診護理經驗· *長庚護理*，28 (2)· 336-345。

<https://doi.org/10.3966/102673012017062802013>

衛生福利部統計處 (2023, 05 月 09 日)· *111 年國人死因統計結果*。

<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5069-113.html>

賴冠文、陳詩宜 (2021)· 音樂治療是否能有效降低呼吸器使用患者的焦慮程度· *彰化護理*，28 (1)，16-28。

[https://doi.org/10.6647/CN.202103_28\(1\).0004](https://doi.org/10.6647/CN.202103_28(1).0004)

Alasad, J. A., Tabar, N. A., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30(4), 859.e7-859.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.021>

Berning, J. N., Poor, A. D., Buckley, S. M., Patel, K. R., Lederer, D. J., Goldstein, N. E., Brodie, D., & Baldwin, M. R. (2016). A novel picture guide to improve spiritual care and reduce anxiety in mechanically ventilated adults in the intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(8), 1333–1342. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201512-831OC>

Ferreyro, B. L., Angriman, F., Munshi, L., Del Sorbo, L., Ferguson, N. D., Rochweg, B., Ryu, M. J., Saskin, R., Wunsch, H., da Costa, B. R., & Scales, D. C. (2020). Association of Noninvasive Oxygenation Strategies With All-Cause Mortality in Adults With Acute Hypoxemic Respiratory Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 324(1), 57–67. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9524>

Villgran, V. D., Lyons, C., Nasrullah, A., Clarisse Abalos, C., Bihler, E., & Alhajhusain, A. (2022). Acute Respiratory Failure. *Critical care nursing quarterly*, 45(3), 233–247. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000408>