

照護一位嚴重創傷合併 雙下肢截肢個案之護理經驗

陳靜怡 謝春金*

中文摘要

本文是描述一位44歲女性遭受車禍創傷造成開放性骨折，接受雙下肢截肢之護理經驗。自2012年5月5日至2012年6月20日，運用會談、溝通及觀察等技巧進行資料收集，依個案生理、心理、社會及靈性層面進行整體性評估，顯示個案有急性疼痛、焦慮及身體心像紊亂等健康問題。護理過程中與個案及家屬建立良好的護病關係，提供傷口照護及疼痛護理，運用耐心、傾聽及真誠的陪伴，協助身體照顧及鼓勵表達和宣洩情緒，瞭解個案心中感受，以漸進式引導用手觸摸患肢，讓其能正視截肢部位，並偕同家屬共同參與照護活動，使其能面對身體外觀上的改變重新適應生活。希望藉此護理經驗分享，提供日後臨床照護之參考。(志為護理，2014; 13:2, 81-90)

關鍵詞：創傷截肢、焦慮、身體心像紊亂

前言

依據行政院衛生署統計資料顯示，2012年臺灣地區的意外事故佔十大死因的前六名(行政院衛生署，2013)，其中交通事故是最主要的原因，常造成患者死亡或殘障(葉、林、吳、陳，2007)。根據研究統計，交通意外事故中，以人體下肢為最容易受傷之部位，常見之傷

害為骨折、軟組織損傷；因肢體受到強烈的壓傷，執行下肢截肢者佔所有截肢的87%(余，2012)。面對突如其來且不可逆的改變，常造成身體上極大的衝擊，心理創傷更是難以抹滅，所以照護此類手術患者除了提供治療指導外，身心靈的照護更不可漠視。

本文個案主要因車禍導致雙下肢開放性骨折及傷口組織壞死，入院行雙下肢

基隆長庚紀念醫院手術室護理師 基隆長庚紀念醫院手術室護理長*

接受刊載：2013 年6月29日

通訊作者地址：謝春金 20401基隆市安樂區麥金路222號

電話：886-2-2431-3131轉2739 電子信箱：chunchin@adm.cgmh.org.tw

截肢手術，在加護病房照護期間因接受多次手術產生傷口劇烈疼痛，對未來持有負面看法、被動的接受照護，再加上擔心身體外觀不可回復的改變而倍感壓力，引發深入探討的動機。期望提供個別性照護及透過醫療團隊引導個案正向積極面對身體疾病帶來生活上的改變，重新面對自己及適應人群。

文獻查證

一、雙下肢創傷與截肢的生理症狀及護理

創傷事件的發生通常是突發的、無法控制及預測的，創傷截肢是指：身體內、外在結構遭受外力撕裂或撞擊所造成的損傷，分為關閉及開放性創傷兩種，開放性骨折屬開放性創傷，當開放性骨折處軟組織遭受大面積撕裂，使斷骨外露與外來的細菌接觸造成傷口感染，透過清創術並配合適當抗生素治療，必要時考慮行截肢術(張、余，2007)。

在克服失去部份肢體之過程中，對病人而言是一種挑戰。生理層面中，疼痛是截肢手術後第一個面臨的問題，假若未獲得良好控制，易導致身體不良的影響且阻礙傷口癒合(吳、伍，2010)。故術後疼痛之控制問題乃刻不容緩，靳(2007)文獻指出護理人員進行疼痛評估包括：疼痛部位、性質、頻率、發生持續時間、強度、對疼痛的看法、疼痛控制的觀念及接受止痛藥的程度，將評估結果提供醫師，據以開立適當止痛藥物處方(靳，2007)。臨床上疼痛控制處理方式可分為藥物及非藥物，藥物方面包

括全身性藥物投與及局部性給藥，其中以病患自控式止痛方式(patient-controlled analgesia, PCA)是術後止痛的優良方法。PCA的主要目標是使病人在接受最初負載劑量後，除連續給藥外，也可以在兩劑量間由病人根據需求自行按壓給藥鈕，輸出固定的藥劑，使體內的止痛藥能維持穩定有效的血中濃度，又不容易超過最高的安全劑量，亦可減少藥物的使用劑量及護理人員重複肌肉注射的施打(林、甘，2011)。非藥物方面，包括改變姿勢、移轉注意力、抬高患肢或冰敷(李、陳、洪，2008)。此外，幻肢痛是截肢常有的現象，常會意識失去肢體的疼痛，當觸摸到失去的肢體才會驚覺肢體已不存在，此時可教導其用手輕拍、來回按摩肢體周圍，轉移疼痛及增加現實感(劉、蔡、龔、周，2008)。

二、截肢者心理衝擊及護理

截肢手術除了造成身體行動不便和病痛外，對於心理衝擊影響也相當大，面對突如其來截肢後的身體改變，患者會擔心自己的角色、地位受威脅，選擇逃避或拒看肢體，更害怕外界異樣的眼光，患者會選擇不與社會接觸，與家人、親友的感情疏離，又害怕成為別人的負擔，容易引發焦慮、失落及哀傷，所以感到痛苦、睡不著、退縮與無助，對未來感到不知所措(李、陳、洪，2008)。

焦慮是住院病人常見的情緒反應，從指出焦慮時會出現害怕、困擾、躁動、不確定感、心跳加速、呼吸加快、血壓上升、肌肉緊張及心神不定等症狀(王、

王、湯，2007)。若調適不當易出現語言及非語言的負向情緒，常見哭泣、易怒等，甚而影響個人健康及手術後恢復(黃、劉，2009)。改善焦慮之護理措施，包括1.建立有效溝通方式，向病人解釋手術及後續治療過程；2.鼓勵病人說出感覺或看法；3.同理感受及尊重並接受病人情緒反應；4.減少環境噪音，給予適當感覺與知覺刺激；5.教導深呼吸及放鬆技巧；6.尋求社會支持系統，減低無助感(吳、伍，2010)。在臨床上對焦慮程度的評量，最常使用情境-特質焦慮量表(statetrait anxiety inventory, STAI)中的情境量表。STAI被廣泛用於手術前後期焦慮的研究，量表中評分結果，評分越高代表焦慮程度越高，最低為20分，最高達80分。20-39分表示輕度焦慮、40-59分表示中度焦慮、60-80分表示重度焦慮(鍾、龍，1984)。

三、身體心像紊亂定義及護理措施

身體心像是一個人對自己身體的想法與感覺，形成開始觀察及比較自己與他人，會因身體結構、功能或外觀改變而產生干擾，(張、余，2007)。當個體身體界線發生破壞改變或失去身體的一部份時，包括截肢病人，進而導致身體心像紊亂的狀態(劉、蔡、龔、周，2008；Coffey, Gallagher, Horgan, Desmond, & MacLachlan, 2009)。病人在調適過程可能會有挫折、失望、憤怒、自尊心受損等行為表現，此時，護理人員應協助其認清身體存在價值，漸進方式鼓勵其表達外觀、結構及功能改變的看法，訴說事實的情境使病人了解，鼓勵採取

正向的態度接受改變，提供社交接觸的機會，經由觀察、觸摸術後改變的部位、利用自我照顧衛教單張增進學習(靳，2007)。引導個案及家屬共同參與治療計劃，當達到目標時立即給予稱讚及肯定，藉此增加其自我控制感(曾，2007)。同時，介紹有類似經驗的病友分享彼此心路歷程，藉此建立正向的身體心像，進而能正視與面對截肢事實，並重新調整生活，改善身體心像紊亂(Radhakrishnan & Masand, 2007)。

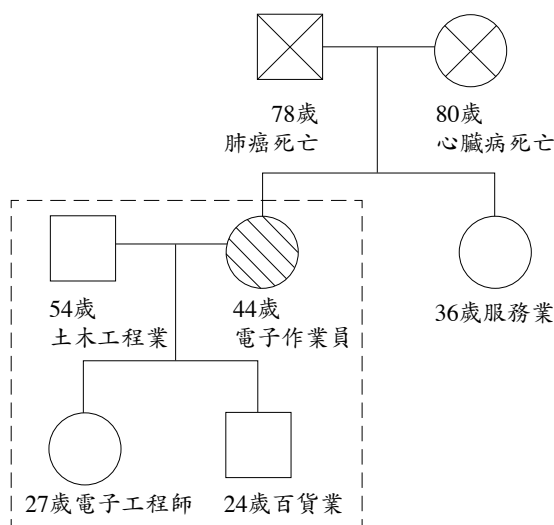
護理評估

一、個案簡介

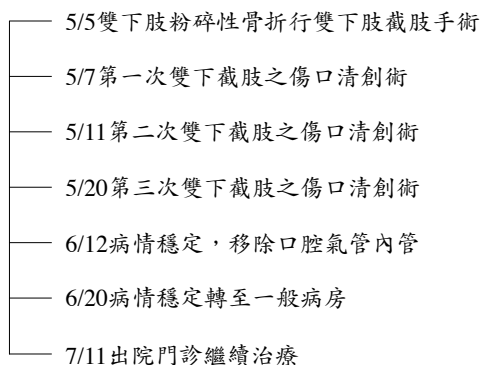
李女士，44歲，已婚，國中畢業，信仰道教，是家中主要決策者，從事電子作業員，個性隨和及樂觀，於17歲時與案夫結婚育有一雙兒女，案子女分別任職於百貨業及電子業，案夫為主要經濟來源，互動氣氛良好，每天晚餐飯後會聚在一起，分享彼此工作點點滴滴，鮮少有爭執發生(家族樹見圖一)。

二、過去病史及求醫過程

於2012年5月5日早上發生車禍，造成雙下肢開放性骨折，入院時意識GCS：E2V1M5，5月5日緊急手術行雙下肢截肢及口腔氣管內插管，術後住加護病房以持續性照護，期間因傷口組織壞死，分別於5月7日、5月11日、5月20日入開刀房行傷口清創及縫合手術，於6月12日移除口腔氣管內插管，於6月20日病情穩定轉至一般病房，7月11日辦理出院、門診追蹤治療(如圖二)。



圖一 家族樹



圖二 治療經過

三、護理評估

筆者於2012年5月5日至6月20日護理期間，運用生理、心理、社會及靈性方面進行整體性評估，藉由觀察、傾聽、會談及支持性陪伴等方式進行資料收集，經分析整理如下：

(一)生理層面

1. 外觀及身體心像：個案除了雙下肢開刀傷口外，其餘皮膚完整，自認個性隨和及樂觀。住院後因失去雙腳，深怕其他親屬及友人發現她的缺陷，因

而以異樣眼光看待，術後5月12日執行傷口換藥時，觀察到個案總是把頭轉向另一邊，雙眼緊閉，不願意正視截肢傷口；5月5日~6月12日口腔氣管內插管留置期間，用文字向家屬發脾氣，並用顫抖的雙手在留言板寫著「腳沒了，站不穩，又不能走路，跟廢人一樣。」、「傷口好像一大坨的肉擠在一起，我看了都會怕，更何況是別人！」、5月13日寫著「我出去後，被鄰居、朋友看到我這樣，該怎麼辦？」；5月13日利用換藥時間對個案及案夫進行衛教時，觀察其表情愁苦，頭轉向對側，不敢正視及接觸截肢傷口；5月14日親友探訪前，個案會要求用衣服及棉被遮掩腿部。評估顯示有身體心像改變的健康問題。

2. 營養：住院前三餐主食類為一碗白飯或五穀飯，兩盤青菜或青菜炒肉片，一份水果，一天飲水量約1,500-2,000c.c./天。5月5日血紅素13.3gm/dl，白蛋白3.9gm/dl，身高165公分，體重70公斤，身體質量指數(body mass index, BMI)為26 kg/m²，理想體重為53.55 ~ 65.45公斤，5月5日術後鼻胃管留置並且禁食，給予靜脈輸液(2,600c.c./天，1,920 kcal/天)，6月13日移除鼻胃管開始進食米湯1,000kcal/天，5月16日與營養師共同討論後加上低渣飲食，每日攝取熱量約1,500-1,700kcal/天，每日輸入量/輸出量(±500c.c.)，出院體重為65公斤，個案於住院期間臉色紅潤，四肢無水腫情形，檢驗報告無明顯異常，評估後無營養的健康問題。

3. 睡眠：住院前平日睡眠時間約7小時，一覺到天亮，睡眠品質良好，住院期間觀察到個案夜眠淺，僅睡4-5小時就醒了，主訴傷口疼痛無法安眠，睡前使用裝置自控式止痛藥物後，夜間睡眠約6小時，偶有午睡情形，評估後無睡眠的健康問題。
4. 排泄：住院前每日解尿5-6次，尿液外觀黃色，無解尿困難情形，解便情形正常，約一天一次。住院後，手術時需導尿管留置外，平日是尿布使用，每二小時進行翻身並協助更換尿布，經由秤重及記錄得知小便自解量1,800-2,000ml/day，聽診腸音10-12次/分，約兩天解一次呈黃色軟便於尿布上，評估後無排泄方面問題。
5. 氧氣：個案5月5日~6月12日口腔氣管內插管留置期間，常有緊張、焦慮及不安的情緒，主動告知抽痰步驟及給予正向鼓勵及回饋，6月12日經由醫師評估後移除氣管內插管後，能正確執行深呼吸，鼻導管氧氣3公升/分使用中，末稍血氧飽和度98-100%，評估後無呼吸的健康問題。
6. 感覺神經：個案意識清楚，無聽力、視力及記憶障礙，以國、臺溝通，表達順暢。5月5日行雙下肢截肢術，雙下肢傷口為20*24公分，且深度10公分，因傷口組織壞死，分別於5月7日、5月11日及5月20日入手術室傷口清創術及縫合傷口，5月5日主訴「身上管子太多，不小心拉到，就像被刀割般的刺痛」、5月7日「當護士幫我翻身、擦澡、換衣及抽痰時，我會緊張，雙腳一用力就好像爆炸般的

刺痛」、「打的止痛藥有比較不痛，時間過了，還是會痛」、「使用自費的止痛藥後，翻身或用力都要按這個止痛鈕才敢移動」等感受；5月6日使用疼痛指數量表0-10分評估表評估，翻身、傷口換藥及擦澡時，其疼痛指數8分，心跳約90-95次/分，呼吸26次/分，血壓148/88 mmHg，5月7日-5月13日使用自控式止痛(PCA)，記錄morphine使用量(1.2mg/次)5月7日按壓13次，5月8日按壓10次，5月10日按壓5次，顯得肌肉緊繃，5月8日翻身時主訴：「好痛啊！不要碰我！」，個案全身盜汗、眉頭雙鎖、緊閉雙眼、臉呈痛苦狀、雙手用力握緊或緊拉雙側床欄，且注意力集中於自身，經評估後有疼痛的健康問題。

7. 活動型態：個案住院前生活皆可自理，沒有固定運動習慣，住加護病房期間皆在床上活動，可使用上肢力量自行翻身，上肢肌肉張力為5分，下肢肢體截除，於轉出加護病房後可在床上自行吃飯，盥洗、穿衣及沐浴則可在家人協助下完成，評估後無活動健康問題。

(二)心理層面

案夫表示個案個性隨和及樂觀，是家中的開心果，遇到困境會與家人討論，且總是冷靜處理一切，對於遭受車禍致雙下肢截除及突然住院，5月5日~6月12日口腔氣管內插管留置期間，用文字表達內心害怕、生氣、自責等焦慮情緒，觀察到個案常不自主的流眼淚，5月10日「第一次住院，身上好多管子及一堆儀器，讓我看了好害怕！」、5月11日「自

已運氣真差，怎麼會被撞成這樣，什麼時候才會好？以你們的經驗像我這樣，還要在床上躺多久？什麼時候可以轉出加護病房？」；5月12日「一到兩個禮拜內腳開那麼多次刀，很危險吧！」、「換藥時我都不敢看我的傷口，怕傷口癒合不好，會煩惱。」等字語，5月11日觀察到個案隨著病情變化，情緒漸低落及憂傷，表情淡漠，雙眼無神，直視上面天花板，5月12日會客期間，案夫及案兒女與其對話時雙眼緊閉，泛著淚光，不想寫字，評估有焦慮的健康問題。

(三)社會層面

1. 自我概念：家屬代訴個案是獨立自主，親力親為的人，住院期間需要護理人員協助執行更衣、身體清潔與更換臥位等日常活動，感到歉意，偶有拒絕護理活動。
2. 人際關係：案夫代訴個案個性隨和及樂觀，與大家互動良好，顯少與他人有爭執，護理期間觀察到個案與親友互動狀況少，大多以點頭打招呼。
3. 家庭狀況：個案與家屬感情融洽，小孩工作上或感情上有困擾時都會找個案商量。住院期間，個案因疾病造成內心情緒起伏大，家屬仍於每次會客入內加油及打氣，希望陪個案共同渡過難關。

(四)靈性層面

1. 人生觀：個案自訴是閒不下來的人，喜愛自由自在生活，住院期間大多臥床造成不適，藉由護理人員每2小時翻身及家屬的按摩下不適感有緩解，6月12日移除氣管內插管後，曾喜極而泣說「謝謝你們，一路陪著我渡過

一關又一關！」

2. 信仰觀：是虔誠的道教徒，深信生命輪迴，認為多做善事必有好報，除了初一，十五外，平常遇到難解時，也會到廟宇求神拜佛，心靈上獲得寄託，住院期間，個案悲傷難過時，協助配戴佛珠及播放念佛機，個案會隨著音樂誦讀，暫時遺忘內心悲傷情緒。評估無心靈方面的健康問題。

問題確立及護理措施

綜合以上整體性評估，確立個案有急性疼痛/術後傷口造成組織受損有關、焦慮/健康狀態改變有關及身體心像改變/無法接受截肢導致身體外觀改變之健康問題，分別詳述如下：

討論與結論

近年來事故傷害頻繁，交通事故造成的死亡及肢體殘障也相對的變多，突如其來的車禍導致雙下肢壓碎性損傷，身體及心理承受極大的威脅。護理過程中筆者運用整體性評估發現個案有急性疼痛、焦慮及身體心像紊亂健康問題，除提供傷口照護及疼痛護理外，並運用劉(2008)所提供的團隊照護，包括運用耐心、傾聽、真誠的陪伴、不間斷自我照護措施及醫療團隊持續追蹤關懷，使得筆者與個案及家屬建立良好的護病關係，成功解決個案健康問題，亦促使個案能以正向態度表達接受截肢的事實，照護過程中看到個案恢復以往的笑容及自信，不再擔憂別人對她的鄙視，願意與他人分享此次住院經歷。針對此報告撰寫及護理過程中，發現在個案照護上

一、急性疼痛/術後傷口造成組織受損有關(2012年5月5日至5月14日)

主客觀資料	<u>主觀資料</u> 1.5月5日「身上管子太多，不小心拉到，就像被刀割般的刺痛。」。 2.5月7日「當護士幫我翻身、擦澡、換衣及抽痰時，我會緊張，雙腳一用力就好像爆炸般的刺痛。」；「打的止痛藥有比較不痛，時間過了，還是會痛。」；「使用自費的止痛藥後，翻身或用力都要按這個止痛鈕才敢移動。」 3.5月8日翻身時主訴：「好痛啊！不要碰我！」。 <u>客觀資料</u> 1.5月5日行雙下肢截肢手術，傷口為20及24公分，深度10公分。 2.5月6日以疼痛指數量表0-10分評估其疼痛指數為8分；心跳約90-95次/分，呼吸26次/分，148/88mmHg。 3.5月8日個案全身盜汗、眉頭雙鎖、緊閉雙眼、臉呈痛苦狀、雙手用力握緊或緊拉雙側床欄。
護理目標	1.5月10日當疼痛時可使用兩種非藥物減輕疼痛的方法 2.5月12日前主訴疼痛指數由8分降至3分。 3.5月14日前換藥及翻身時按壓自控式止痛次數減少為二次。
護理措施	1.5月6日了解個案緩解疼痛的情況，及表達疼痛目前量表分數。 2.5月6日每兩小時翻身前並注意周圍管路方向。 3.5月7日每次換藥前20分鐘，讓其自行使用自控式止痛，再進行換藥，動作輕柔，先予生理食鹽水潤濕傷口紗布，大約15秒後再慢慢移除紗布。 4.5月7日協助使用枕頭墊高雙下肢肢體，減輕傷口水腫緩解疼痛。 5.5月7日教導及示範採深而慢的腹式呼吸，轉移注意力，緩解疼痛。 6.5月8日教導減輕疼痛方法，包括播放其喜歡的佛經及廣播節目。 7.5月8日傾聽及鼓勵其說出幻肢痛，教導及協助示範按摩及輕拍肢體。 8.5月7日監測使用自控式止痛的方法，並告知可能會產生噁心、頭暈、嗜睡等不適症狀，若有不適，請按壓紅鈴告知護理人員。 9.5月7日-5月13日與醫師討論其疼痛情形及自控式止痛按壓狀況，並調整劑量。
評值	1.5月9日個案說出聽佛經及按摩傷口周圍可以減輕疼痛。 2.5月10日表示使用自控式止痛藥物後再進行換藥，其疼痛指數由8分降至5分。 3.5月13日主訴換藥前20分鐘按壓疼痛控制鈕後，疼痛指數3分。 4.5月7日-5月13日使用自控式止痛(PCA)，記錄morphine使用量(1.2mg/次)：5月7日按壓13次、5月8日10次、5月10日5次、5月13日已無按壓。

二、焦慮/健康狀態改變有關(2012年5月10日~5月24日)

主客觀資料	<u>主觀資料</u> 1.5月10日第一次住院，身上好多管子及一堆儀器，讓我看了好害怕！ 2.5月11日自己運氣真差，怎麼會被撞成這樣，什麼時候才會好？以你們的經驗像我這樣，還要在床上躺多久？什麼時候可以轉出加護病房？ 3.5月12日「一到兩個禮拜內腳開那麼多次刀，很危險吧！」、「換藥時我都不敢看我的傷口，怕傷口癒合不好，會煩惱！」。 <u>客觀資料</u> 1.5月5日~6月12日口腔氣管內插管留置期間，用文字表達害怕、生氣、自責。 2.5月11日個案雙手緊握，表情凝重，話語流露著擔心；會談中情緒漸低落及憂傷，表情淡漠，雙眼無神，直視上面天花板。 3.5月12日會客期間，案夫及案兒女與其對話時雙眼緊閉，泛著淚光，不想寫字。
-------	---

護理目標	1.5月15日前能主動表達心理感受或擔心的事。 2.5月18日前主動詢問傷口情形並參與換藥。 3.5月23日前運用兩種以上的方法減輕焦慮 4.5月24日前在衛教後情境焦慮量表分數能降低至39分以下(輕度焦慮)。
護理措施	1.5月11日運用淺顯易懂的文字，告知病人病室硬體設備，包括介紹加護病房環境、生理監視器、呼吸器及身上各種管路功能（氣管內管、中心靜脈管路），主動關閉床頭燈與窗簾維持安靜及隱密的環境。 2.5月11日於檢查治療及護理前，透過護理指導，包括協助翻身時先告知要翻向哪一側，使其有心理準備，經由衛教及事先告知，減輕焦慮和不安。 3.5月13日協助換藥時主動告知傷口大小及周圍完整性、分泌物的量。 4.5月12日會客期間，提供隱私環境，並鼓勵案夫及案兒女給予心理支持(包括拍肩、按摩及握手)，鼓勵說出困擾及感受。 5.5月12日與案夫討論幫個案配戴平安符，並將佛書及住院前家族聚餐的生活照放置身旁，讓其覺得非孤軍奮戰，重建其希望。 6.5月13日利用下午治療後與個案討論，用文字表達對截肢的感受及內心所擔心的事，當其哭泣、急躁不安時，用手輕撫肩膀，握住其手等治療性觸摸，表達關懷及靜靜陪伴著。 7.5月14日運用情境焦慮量表評估，作為個案護理指導依據。
評值	1.5月16日每日交班時，個案會主動與護理人員道早安，並詢問目前病情是否有進展，並且表示很擔心傷口一直不會好。 2.5月18日「每次開刀都會擔心，但是每次醫生都可以跟我解釋得很清楚，且傷口也有進步。」觀察個案陳述時眼露微笑。 3.5月23日個案表示「會客期間，我喜歡先生在我旁邊幫我按摩肩膀，且看看佛書我心裡平靜許多！」。 4.5月17日衛教前情境焦慮量表評估為50分。 5.5月20日衛教後進手術前情境焦慮量表測量為28分。

三、身體心像改變/無法接受截肢導致身體外觀改變(2012年5月12日~7月11日)

主客觀資料	<u>主觀資料</u> 1.5月12日「腳沒了，站不穩，又不能走路，跟廢人一樣。」、「傷口好像一大坨的肉擠在一起，我看了都會怕，更何況是別人！」 2.5月13日我出去後，被鄰居、朋友看到我這樣，該怎麼辦？ <u>客觀資料</u> 1.5月12日住院後因失去雙腳，深怕其他親屬及友人發現她的缺陷，因而以異樣眼光看待；執行傷口換藥時，個案總是把頭轉向另一邊，雙眼緊閉，不願意正視截肢傷口。 2.5月13日利用換藥時間對個案及案夫進行衛教時，觀察其表情愁苦，頭轉向對側，不敢正視及接觸截肢傷口。 3.5月14日親友探訪前，個案會要求用衣服及棉被遮掩腿部。
護理目標	1.6月13日前能夠主動參與傷口換藥及學習自我照護。 2.6月20日前能說出對雙下肢截肢的心中想法及正視身體失去的部位。 3.7月11日能說出身體外觀改變，並參與討論出院後生活如何調適。
護理措施	1.5月13日引導個案說出對殘肢的感覺及認知，並接受個案的想法。 2.5月14日-5月15日與主治醫師討論個案對截肢的反應，並偕同主治醫師與個案及家屬說明截肢手術的目的。 3.5月15日漸進式引導個案接受身體結構永久性改變並與其討論照護措施： (1)與個案擬定每日傷口換藥的時間，讓個案共同參與截肢傷口的照護。 (2)換藥時注意其隱私，將房門關上及圍好窗簾。

護理措施	(3)傷口照護時，協助採半坐臥姿勢，並於每次換藥後，給予充足的時間，讓個案觸碰自己的殘肢，使其能慢慢接納殘肢為身體的一部份。 4.6月12日-6月13日偕同社工師每日進行30分鐘會談，以關懷、傾聽、開放式問題鼓勵個案表達對雙下肢截肢的感受及看法。 5.6月20日與社工師共同安排個案轉入普通病房期間，安排鄰床截肢病友與其認識，分享心路歷程、如何適應義肢及居家照護經驗，引導相互鼓勵及增加生活因應技巧及自信心。 6.6月21日安排復健師一同討論復健及出院後裝置義肢之注意事項，使其有正面的思想及看法。 7.6月22日經個案及家屬同意，安排合約之義肢廠商向其解說有關義肢方面資訊。
護理評估	1.6月12日觀察到個案可正視傷口並以手碰觸截肢處。 2.6月15日會客期間，觀察其不再要求用衣服及棉被遮掩腿部。 2.6月18日表達對截肢的看法：我覺得少了它很麻煩、以後無法自由自在的走動。 3.7月11日利用門診探視個案，主訴「我的下肢雖然沒了，現在可以用電動輪椅代步了！」。 4.8月5日經由電訪中，個案主訴「雖然我的下肢殘缺，但我還有家人陪伴著我，我要加油！不要讓他們擔心。」並感謝醫護人員的協助及關懷。

較偏重於生、心理上的照護，較忽略其在肢體截肢後返家之社會適應問題，因此，建議照護團隊於個案出院前宜轉介至創傷截肢病友會，定期追蹤及協助出院個案的後續照護，以提供持續且完整的醫療照護。

參考資料

- 王蔚芸、王桂芸、湯玉英(2007)．焦慮之概念分析．*長庚護理*，18(1)，59-67。
- 行政院衛生署(2013，6年6月)．*民國101年死亡統計年報*．取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12939&class_no=440&level_no=4。
- 余泰華(2012)．*行人與機車騎士下肢碰撞模擬及傷害評估*．未發表碩士論文，臺南：成功大學機械工程學系。
- 吳曉芸、伍碧琦(2010)．照顧一位壞死性筋膜炎患者面對截肢後之護理經驗．*長庚護理*，22(4)，518-527。
- 李需宸、陳淑卿、洪秀琴(2008)．一位骨折截肢病患接受結腸造口復位手術之護理經驗．*長庚護理*，19(2)，241-253。
- 張秀如、余玉眉(2007)．身體觀點-體現與身體心像．*護理雜誌*，54(3)，25-32。
- 曾淑怡(2007)．一位糖尿病截肢病人術後身心像改變之護理經驗．*志為護理*，6(3)，117-127。
- 黃資森、劉嘉恩(2009)．一位糖尿病足截肢患者之護理經驗．*護理雜誌*，53(1)，88-94。
- 葉兆斌、林錦源、吳舜如、陳智豪(2007)．交通意外事故造成患者嚴重腹部鈍傷及臟器出血之流行病學分析．*重症醫學雜誌*，8(4)，156-165。
- 靳燕芬(2007)．傷口換藥疼痛護理．*護理雜誌*，54(3)，87-91。
- 劉二滋、蔡麗芬、龔秀華、周嫚君(2008)．一位接受膝上截肢青少年手術後之護理經驗．*長庚護理*，19(1)，140-148。
- 鍾思嘉、龍長風(1984)．修訂情境與特質焦慮量表之研究．*中國測驗學會測驗年刊*，31，27-36。
- Coffey, L., Gallagher, P., Horgan, O., Desmond, D., & MacLachlan, M. (2009). Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation. *Diabetic Medicine*, 26(10), 1063-1067. doi: 10.1111/j.1464-5491.2009.02802.x
- Radhakrishnan, M., & Masand, P. (2007). Prevalence of PTSD following surgical amputation. *Current Psychiatry Reports*, 9(3), 215-216. doi: 10.1007/s11920-007-0021-y

A Nursing Experience of a Severe Trauma Case with Bilateral Leg Amputations

Chin-Yi Chen, Chun-Chin Hsieh*

ABSTRACT

This article described the nursing experience of a 44 year-old woman with bilateral open fractures on lower limbs from car accident and underwent bilateral leg amputations. The nursing period lasted from May 5th to June 20th, 2011. Data were collected through interviews, communications and observations. Overall physical, psychological, social and spiritual conditions were evaluated and the following major health problems were identified: Acute pain, anxiety and body-image disturbance. During the nursing process, the author established a positive relationship with the patient and family, provided appropriate wound care and pain care, and empathized the patient's emotions through patience, listening, honest companion, assisting body care, encouraging expression and emotional output. By encouraging the patient with graduated guidance to touch the amputated legs with her hands, the patient was led to confront the amputated limbs. The family was invited to participate in the nursing activities to aid the patient in re-adapting the physical alterations and return to normal life. The purpose of this article is to provide experience for future nursing care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:2, 81-90)

Keywords: amputation, anxiety, body-mental chaos, trauma

RN, Keelung Chang Gung Memorial Hospital; Head Nurse, Keelung Chang Gung Memorial Hospital*

Accepted: June 29, 2013

Address correspondence to: Chun-Chin Hsieh, No. 222, Maijin Rd., Anle District, Keelung City 20401, Taiwan

Tel: 886-2-2431-3131 ext: 2739 ; E-mail: chunchin@adm.cgmh.org.tw