

一位肺氣腫引發氣胸併行 多次肋膜黏合術個案之護理經驗

邱瑞敏 賴芊孝*

中文摘要

本文為一位肺氣腫併發氣胸病人，接受胸腔鏡內視鏡影像輔助手術後因肺擴張不全歷經三次肋膜黏合術之護理經驗。護理期間為2013年3月4日至3月28日，依Gordon十一項功能性健康形態為護理評估架構，透過觀察、會談及身體評估收集資料，歸納主要健康問題：1.低效性呼吸型態-血氧偏低／與氣胸疾病有關，2.活動無耐力／與氣體交換及氧氣供應失衡有關，3.焦慮／因對疾病治療與經濟的不確定感導致有關。針對低效性呼吸型態導致活動無耐力，提供行Triflow訓練等個別性護理措施。另因疾病重複性治療，擔心費用的不確定感而引起焦慮，藉由醫療團隊合作予病情解釋；會診社工予經濟上的協助讓個案安心治療。藉此經驗提供同仁日後照護相關個案之參考。(志為護理，2016; 15:3, 123-132)

關鍵詞：肺氣腫、肋膜黏合術、焦慮

前言

慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是慢性發炎所造成呼吸道阻塞疾病，此病會大幅降低病人的工作能力及生活品質，嚴重會導致合併症須住院治療，造成病人及家

庭沉重之負擔。慢性阻塞性肺病的致死率亦不容忽視，多年來一直位居臺灣地區十大死因之中，根據統計，慢性呼吸道阻塞死亡率在2012年為每10萬人口27.2人，居十大死因第七位(衛生福利部，2013)。由於疾病造成肺功能逐漸惡化，患者反覆入院，疾病末期常伴隨

壠新醫院外科病房代理副護理長 壠新醫院護理部護理長*

接受刊載：2016年1月19日

通訊作者地址：賴芊孝 324桃園市平鎮區廣泰路77號

電話：886-3-494-1234 #2984 電子信箱：laisy@landseed.com.tw

有呼吸困難、肺高壓、肺心症和活動耐受度下降，甚至出現負向情緒，進而影響生活品質(林、黃，2010)。

個案罹患肺氣腫多年，經胸部電腦斷層報告診斷為氣胸併含巨大肺泡，入院行胸腔內視鏡微創手術(video-assisted thoracic surgery, VATS)及肋膜黏合術，術後因插置氣管內管留置加護病房，拔除後轉普通病房。於普通病房住院期間因肺擴張不全行三次肋膜黏合術治療，重複手術讓個案對疾病治療過程及住院費用產生不確定感而焦慮，引發筆者介入之動機。住院過程中，除照護個案因肺部手術產生的疼痛及肺部復建之外，對於心裡所擔心的重複性治療及經濟問題的說明，藉由跨團隊合作予以解決，希望能提供同儕分享及照護之參考。

文獻查證

一、肺部阻塞性疾病及其合併症

COPD是指肺部呼氣氣流量受限、進行式、不可逆的漸進惡化，這種氣流受限制常伴隨著不正常的發炎反應(張、邱、王、蘇、駱，2013)。病人出現呼吸困難、慢性咳嗽、痰量增加、膿痰、哮鳴、呼吸困難等症狀，且可能伴有發燒(張等，2013)。肺氣腫是指肺部氣體交換表面(肺泡)的破壞，合併症包括：自發性氣胸、肺炎、肺高壓症等(王，2010)。原發性氣胸患者，約72-80%在肺尖處發現一到多個囊泡，有肋膜下肺氣腫病變，胸部X光可以正確診斷氣胸且是重要檢查(林、郭，2009)。胸部電腦斷層則可根據氣泡位置大小、範圍等作出正確評估與預測(李、黃、陸，

2010)。超過90%病人可在電腦斷層中正確判斷氣泡產生之病理變化，初次發病者若已使用胸腔內視鏡微創手術(VATS)，氣胸復發率約為25~50%；進行氣泡切除以及肋膜沾粘術後的復發率小於5%(丁等，2011)。氣胸治療方式可依病情輕重使用保守觀察、氧氣補給、針刺抽吸、細導管，或pig-tail配合真空瓶或水封瓶引流、胸管引流以及外科治療等方式(李等，2010)。手術有傳統的開胸及胸腔鏡肺楔葉切除方式，目前胸腔鏡手術被視為主流治療方式，因危險性低、傷口小、疼痛較輕，再加上肋膜粘連術可使復發率降至2-3%(陳、顧、董，2012)。肋膜黏合術(pleurodesis)乃是使用化學性黏合劑(如tetracycline derivative)經由胸管注入肋膜腔，以引發肋膜發炎反應，使兩層肋膜彼此黏合阻止空氣漏出(林、郭，2009)。

二、肺部阻塞性疾病病人的症狀困擾及護理

COPD病人常因疾病特性會出現呼吸阻力增加、肺擴張受限及呼吸肌功能不良，導致低效性呼吸型態，照護重點為維持呼吸道通暢、改善肺擴張受限情形及改善呼吸肌功能(陳、李、王，2011)。護理措施包括：評估各類症狀困擾的嚴重程度、與病人討論治療的相關訊息、教導治療的相關知識、將病人納入治療計畫討論都有助於減輕病人各類症狀困擾的影響(蘇，2007)。針對維持呼吸道通暢護理措施：術後維持適當的氣體交換，包括：監測呼吸次數、型態和深度，以及氧飽和度，觀察吸氣時

是否使用呼吸輔助肌或橫膈呼吸，依醫囑給與氧氣療法、支氣管擴張劑、祛痰劑、化痰劑、抗生素、皮質類固醇等藥物；改變生活型態包括戒菸及避免吸入二手菸，教導正確的噘嘴式呼吸、橫膈式呼吸、Triflow深呼吸器具與咳嗽，以促進有效通氣、減少呼吸工作量及分泌物的移除(王，2010)。COPD病人呼吸肌功能不良，且易因過度呼吸作功而造成呼吸肌疲憊。要改善呼吸肌功能除補充適當營養外，亦可利用呼吸肌訓練的方式，以增加病人呼吸肌的耐受力(陳等，2011)。教導個案做有效性深呼吸，協助翻身側臥或採坐臥姿深吸氣至最大量，利用腹肌增加胸內壓及腹內壓咳出痰液、予胸腔物理治療、提供足夠體液補充以及肺部復健運動訓練，包括增加肌肉張力的教導(Walgaard et al., 2010)。持續性肺部復健運動，可以減輕病人呼吸之不適，增加肌肉耐受力及身體活動力(莊、馬、林，2011)。

三、肺部阻塞性疾病對個案身心的影響

因COPD病人必須終身與疾病共存，長久下來易造成生理、心理與行為的改變，更可能影響個體之情緒、活動及生活品質(陳等，2011)。不確定感是一種認知感受，意指個體因訊息不足，而對某事件無法適當地預測結果而產生的感覺(Mishel, 1988)。疾病不確定感常源自於疾病症狀模糊不清、治療照護計畫過於繁雜、無法預測病程進展及預後、缺乏資訊或資訊接收不當等(劉、田、劉，2011)。不確定感造成病患極大的心理壓力，卻容易被忽略，及早發現病

人介入護理措施，以免阻礙治療進展，配偶和家人的情緒支持對是最有效的方法(劉、施、陳，2012)。針對焦慮引起不確定感護理措施：護理人員給予適當的心理支持、鼓勵和主動關心，且有一會談過程以協助患者瞭解不確定感的來源，進而給予清楚、明確的訊息(簡、黃、韓、郭、余，2005)。

個案簡介

一、基本資料：

黃先生，63歲，初中畢業，採國、臺語，2003年離婚後，與前妻及二個兒子未再聯繫。打零工生活，收入不穩定，主要經濟來源為現同居女友。

二、發病及治療處置經過

個案有一天兩包的抽菸習慣已30年，現已戒菸約一年。本身有慢性阻塞性肺部疾病約兩年、前列腺肥大約一年多，皆於本院門診追蹤治療。2013年2月5日於本院門診行胸部電腦斷層報告為肺氣腫及有約5個巨大肺泡。2月27日主訴因活動時呼吸喘症狀次數增加且醫師表示保守治療效果不佳，建議入院手術。主訴：「想說一直保守治療也不知道要治療到何時，動手術可能會好得快」。2月28日行胸腔鏡肺楔狀部分切除術，右胸置放28號胸管固定15公分入住加護病房，3月4日轉普通病房。3月5日追蹤CXR顯示右側肺泡仍有5-6個小肺泡漏氣，3月6日行第一次右側肋膜黏合術；術後個案表示活動時呼吸仍會感到上氣不接下氣，3月8日追蹤CXR顯示小肺泡仍有4-5個，肋膜粘黏情形未達效果，

3月9日行第二次右側肋膜黏合術，觀察10天後於3月21日追蹤CXR顯示肺泡剩2-3小個，故再行第三次右側肋膜黏合術，3月27日CXR顯示兩側肺部已擴張、無漏氣及肺浸潤情形，呼吸情況已改善明顯，於3月28日辦理出院。

三、護理評估

個案於2013年3月4日由加護病房轉至普通病房，筆者於3月4日至3月28日護理期間運用Gordon十一項健康型態為評估工具，運用觀察、會談等方式進行資料收集與分析，結果分述如下：

(一)健康認知與健康處理型態：

表示以前愛抽煙，直到近二年因爬樓梯爬不到2樓就覺得喘，尤其是活動時最明顯，且咳嗽、有痰都不會好，發覺自己不能再抽菸才決心戒菸。身體不舒服都會忍，除非真的發燒不退或沒辦法才會到大醫院治療，主訴：「因為自己的經濟也不是說很好，住院會花很多錢，盡量不來醫院就不要來」。

(二)營養代謝型態

主訴兩年間體重維持55kg，身高：156公分，標準體重：53.1KG，BMI值22.60，平時進食量七至八分飽；住院期間訂醫院普通餐，可吃完三分之二餐盒，且規律進食，albumin：4.0g/dl、cholesterol：156mg/dl、sugar AC：89mg/dl、Hb:13.8g/dl。無水腫及皮膚乾燥脫屑情形。

(三)排泄型態

平均每兩到三天解一次成形褐色軟便，腹部叩診呈實音，無腹脹情形，腸蠕動音約10-12下/min。住院期間無使

用軟便劑。主訴：「一年前先剛開始感覺尿不太出來，看醫生才發現是前列腺肥大，還好只要吃藥不用開刀，若未服藥，解尿常有尿不出來的感覺」。目前規律性於睡前服用藥物(harnalidge)，解尿顏色正常。術後導尿管留置，3月5日轉至病房後即移除尿管，移除後四小時內自解尿液，每次尿量約350 ml。

(四)活動-運動型態

意識清楚，四肢肌肉張力皆為五分，無運動習慣，有時爬樓梯後呼吸會較喘且咳嗽有痰，痰液呈白稠量中。平時只是走路散步，沒有激烈運動。入院後痰液呈白稠量中，呼吸速率約22-25下/分，呼吸淺快，胸部呈對稱擴張，呼吸音呈喘鳴音，無使用氧氣狀態下，血氧濃度約85-88%。因CXR顯示右側巨大肺泡，依醫囑給予一天四次蒸氣吸入性支氣管擴張氣藥物(combivent)，2月28日行胸腔鏡肺楔狀或部分切除術。3月4日監測呼吸次數約24-26下/分，呼吸淺快但無使用呼吸輔助肌，依醫囑予氧氣鼻導管2 l下/分使用，血氧濃度可達90-92%。3月5日表示因胸管留存，下床時會感覺吸不到氣而不敢下床活動，會要求氧氣開大一點。氧氣鼻導管2 l下/分使用的動脈血氧分析顯示SO₂:95.3%、PH:7.388、PCO₂:66.4mmHg、PO₂:79.8mmHg、HCO₃:39.2mmol/L、TCO₂:41.2 mmol/L、BE:11.1 mmol/L。評估個案有低效性呼吸型態-血氧偏低/與慢性阻塞性肺部疾病有關及活動無耐力/與氣體交換及氧氣供應失衡有關之健康問題。

(五)睡眠-休息型態

平日睡眠時間約為7-8小時，表示住院期間因住四人一間病室會影響到休息品質，下午有1-2小時午休，無黑眼圈及精神疲倦之情形，自訴住院前後無差異。

(六)認知感受型態

意識清楚，無感覺、判斷、知覺及記憶障礙，3月6日醫師執行右側胸膜固定術，執行第一次胸膜固定術時因無心理準備，一直喊痛，故先施打過止痛針(morphine)控制疼痛情形後執行。自訴平時很能忍痛，於第二、三次施打胸膜固定術已經了疼痛心理準備，且評估是在可忍受範圍內，故無施打止痛針，術後依常規一天四次給予口服止痛藥(panadol)。

(七)自我感受-自我概念型態

個案表示自己年輕時身體不錯，只是愛抽煙，現年紀增長，體力開始變差，初期常常咳嗽，後來發現呼吸愈來愈喘，想了很久才來治療。主訴：「最近發現體力不如以前，以前也會喘，但現在走路走沒多久就開始喘，喘到怕了，也不敢抽煙，所以才想接受治療」。「也不知道這次做治療效果會如何？但總是有希望」。每次呼吸喘不過氣的時候，就像要我的命一樣，感覺在鬼門關走一回。不知道還要住院多久？什麼時候可以拔管子，我想知道我目前的住院費用？，插管的地方感覺刺刺的，是不是管子跑掉了？會不會有問題？。個案於第一次需接受胸膜固定術前出現皺眉且不安的眼神，頻頻諮詢醫師會如何執行，及呼吸情形是否會好轉？評估個案有焦慮／因對疾病治療與經濟的不確定感所導致之健康問題。

(八)角色關係型態

第一角色是63歲男性，第二角色為父親、兒子、女婿。個案離婚約10年之久，目前與女友同居，住院期間都是自己一個人，晚上由女友照顧，主訴：跟前妻離婚快10年，各過各的生活，小孩也有自己的家庭，不方便打擾，沒想過去找他們，怕會造成小孩的負擔」。個案主訴：以前經商失敗，導致現在很落魄，要靠打零工來維持生活」。第三角色為病人，因慢性阻塞性肺部疾病引起肺氣腫及氣胸。

(九)性-生殖型態

個案與前妻育有二子，目前與女友同居10年無生子。

(十)因應-壓力耐受型態

個案住院期間皆由同居人陪伴，表示跟同居人生活約10年，支持系統為同居人。個案主訴：女友白天要工作，晚上要來醫院也很辛苦」。個案表示：一年多前才搬來桃園，我們對這裡不熟，跟前妻離婚的原因很多，不方便多說，現在跟女友雖然沒辦法過的像過去豐裕的生活，但平平凡凡的也不錯，只希望病能快點好。「身體顧好才是重要的，人老了也只是要個伴」。同居人訴：「他自尊心很高，總是不喜歡讓人替他擔心，也是跟他說很久才願意接受治療，不然每次天氣一變化，只要發燒就會喘起來，住院已經兩次了」。評估個案有焦慮／因對疾病治療與經濟的不確定感導致。

(十一)價值-信念型態

個案表示偶會與女友去上香拜拜，希望人生平平順順度過就好。

護理措施與評估

經以上護理評估之資料整理及分析後，確認目前主要護理問題為低效性呼吸型態-血氧偏低／與慢性阻塞性肺部

疾病有關、活動無耐力／氣體交換及氧氣供應失衡、焦慮／因對疾病治療與經濟的不確定感導致。提供各項護理計畫如下：

一、低效性呼吸型態-血氧偏低／與慢性阻塞性肺部疾病有關(2013/03/04擬定)

主客觀資料	<p>S1：2/5胸部電腦斷層報告為肺氣腫及巨大肺泡約5顆，2/28行胸腔鏡肺楔狀或部分切除術，右胸置放28號胸管固定15公分</p> <p>S2：3/5「我感覺胸口很悶，吸不到氣，氧氣可以開大一點嗎？」。</p> <p>O1：3/4咳嗽時吐出痰液呈白色、黏稠、量中。</p>
護理目標	<p>1.住院期間無呼吸喘及費力的徵象。</p> <p>2.休息時呼吸速率維持在12-20次/分鐘，採自呼血氧維持93-95 %。</p>
護理措施	<p>1-1.依醫囑給予氧氣鼻導管2 L/min使用並保持管路通暢。</p> <p>1-2.每四小時評估呼吸次數、型態及生命徵象變化，並以血氧分析儀監測個案氧合狀況。</p> <p>1-3.協助採高坐臥姿勢獲得適當休息，採集中護理以避免過度消耗氧氣，減少氧需求量。</p> <p>1-4.教導並協助個案下床時採漸進式下床活動，以增加換氣及通氣量。</p> <p>1-5.依醫囑給予氣管擴張劑aminophylline 100mg 口服一天四次使用、combivent一天四次蒸氣吸入。</p> <p>1-6.依醫囑給予抗生素augmentin 1g口服一天兩次，並記錄用藥成效，有助於改善通氣狀態。</p> <p>1-7.依醫囑給予panadol 1# po qid，減少肺擴張時之疼痛感。</p> <p>1-8.教導握住傷口處，採深呼吸方式以利肺部擴張。</p> <p>1-9.依醫囑每週二、五追蹤CXR，以監測肺氣腫改善情形及擴張程度。</p> <p>2-1.依醫囑監測生命徵象及監測血氧濃度，有助了解身體的氧化狀態。</p> <p>2-2.監測血氧過低的徵象，包括心智狀態改變，躁動不安、心跳過速、異常呼吸音，易怒及發紺。</p> <p>2-3.協助執行穿衣、床邊使用尿壺及便盆使用，以保留體力及能量。</p>
護理評估	<p>3/25個案白天呼吸速率維持16-20次/分鐘，未使用氧氣，血氧濃度93-96%。</p> <p>3/26個案於睡眠時呼吸平順及呼吸速率18-20下/分鐘。</p> <p>3/27主訴：「現在不帶氧氣活動也不會喘了」。</p> <p>3/27胸部X光片顯示兩側肺部已擴張，無肺浸潤情形。</p>

二、活動無耐力／氣體交換及氧氣供應失衡(2013/03/04擬定)

主客觀資料	<p>S1：3/5主訴：「這麼喘怎麼下來上廁所」。</p> <p>S2：3/6主訴：「活動時呼吸仍會上氣不接下氣」。</p> <p>O1：3/4右胸置放28號胸管固定14公分，周圍無紅腫情形，且管路通暢。</p> <p>O2：3/9診視個案下床活動每走2-3分鐘就要停下來休息，呼吸約21-23下/分，呼吸淺快但無使用呼吸輔助肌。</p>
目標	<p>1.3月10日前個案可以坐於床緣30分鐘，呼吸無喘鳴聲及費力情形。</p> <p>2.3月15日triflow深呼吸器具個案能達三顆球之程度。</p>

主客觀資料	<p>S1：3/5主訴：「這麼喘怎麼下來上廁所」。</p> <p>S2：3/6主訴：「活動時呼吸仍會上氣不接下氣」。</p> <p>O1：3/4右胸置放28號胸管固定14公分，周圍無紅腫情形，且管路通暢。</p> <p>O2：3/9診視個案下床活動每走2-3分鐘就要停下來休息，呼吸約21-23下/分，呼吸淺快但無使用呼吸輔助肌。</p>
目標	<p>1.3月10日前個案可以坐於床緣30分鐘，呼吸無喘鳴聲及費力情形。</p> <p>2.3月15日triflow深呼吸器具個案能達三顆球之程度。</p>
護理措施	<p>1-1協助個案每半小時至一小時調整床頭高度，由30度調整至90度，維持適當及舒適臥位，例如：坐姿、半坐臥式，給予右側患部適當支撐；指導個案在變換位置、咳嗽或深呼吸時，可用手或枕頭予以右側制動，以促進舒適，讓個案漸進式坐起，有助胸廓膨脹及促進通氣。</p> <p>1-2解釋並讓個案了解管路安全重要性及胸管注意事項，依個案活動範圍確認個案管路適當於床上，避免拉扯造成不適之感覺。</p> <p>1-3藉由不定時探視，運用溝通技巧去引導及鼓勵個案表達姿位改變導致呼吸是否有困難之感受，並給予心理支持。</p> <p>2-1教導並鼓勵個案使用triflow深呼吸器具，一天四次做肺活量訓練，讓個案將嘴中氣體吐盡後含住triflow咬嘴，做一次慢且深的吸氣使球達到最頂端，然後憋氣數到三，移開咬嘴，正常吐氣，可評估個案的吸氣容積，以促進肺部膨脹及預防發生肺部合併症。</p> <p>2-2教導個案活動時採用噘嘴式及橫膈式呼吸，有助發揮最大的呼吸功能，預防呼吸道早期塌陷。</p> <p>2-3鼓勵及陪伴個案下床活動，提醒個案活動時小心注意勿拉扯到管路，並定時檢查固定情況；協助挑選無損壞且有胸瓶鐵架及易推之活動式點滴架，增加活動安全性及以防胸瓶打翻，破壞胸瓶密閉系統。</p> <p>2-4教導並協助至少每2小時更換個案姿勢，以促進痰液排出，使肺部充分的換氣。</p>
護理評估	<p>3/14探視個案自行坐起於床緣邊看報紙，無呼吸喘之情形。</p> <p>3/16主訴：「你教我蹶嘴巴這樣呼吸我已經會了，這個辦法很好，可以調節一下呼吸」。</p> <p>3/19因個案歷經三次手術，於3月19日使用triflow深呼吸器具吸氣使3顆球達到最頂端。</p> <p>3/25主訴：「走完病房一圈不會感覺呼吸喘，感覺很好」。</p>

三、焦慮／因對疾病治療與經濟的不確定感導致(2013/03/04擬定)

主客觀資料	<p>S1:3/4這樣活動會不會去拉到管子，我真的可以下床嗎？</p> <p>S2:3/4插管的地方感覺刺刺的，是不是管子跑掉了？會不會有問題？</p> <p>S3:3/6打這個藥真的會好嗎？</p> <p>S4:3/20還沒治療前會感覺吸不到氣，快死掉的感覺</p> <p>S5:3/20不知道要打幾次藥才會好轉？</p> <p>S6:3/20知道還要住多久？什麼時候可以拔管子</p> <p>S7:3/20我想知道我目前的住院費用</p> <p>O1:3/6與個案會談期間，個案神情無精打采，若有所思，常有「不知會不會又喘起來」的類似話語在言談中。</p> <p>O2:3/9住院期間，個案經常兩眼無神，沈默觀望窗戶，表情淡默。</p> <p>O3:3/9觀察個案幾乎都在床上休息、活動量極少。</p> <p>O4:3/15談話時，個案不時會眼神放空看窗外。</p>
目標	<p>1.主訴疾病治療引起焦慮程度降低。</p> <p>2.個案能說出疾病治療的感受及經濟壓力獲得協助。</p>

護理措施	<p>1-1經常探視病人，增加其安全感，運用下班時約30分鐘與個案討論關於每日疾病進展，提供機會讓個案說出內心對疾病的感受及擔憂，以協助個案釐清內心模糊的情緒，必要時輕撫肩膀或握手，進行情緒安撫。</p> <p>1-2鼓勵個案及女友參與日常生活及醫療處置的計畫，如日常生活的安排、飲食、娛樂活動的選擇等。</p> <p>1-3會談中鼓勵說出任何的不確定心情，不論是對疾病的不安，並適時以點頭來回應、接納其情緒表達且以同理心態度接受個案的情緒反應並耐心回答問題。</p> <p>1-4讓個案了解疾病的進展及照顧計畫，並鼓勵其參與作決策。</p> <p>1-5陪同個案診視CXR於醫師解釋下讓個案了解目前病情變化，針對不了解的部分多做說明以澄清個案疑慮或矯正錯誤觀念。</p> <p>1-6每次進行肋膜黏合術治療時，採用無菌技術及協助醫師進行治療。</p> <p>1-7肋膜黏合術治療進行後，每30分鐘監測管路通暢、周圍皮膚是否有紅腫情形。</p> <p>2-1會診社工師介入，協助申請社會資源補助住院期間醫療費用補助款。</p> <p>2-2與社工師召開跨團隊聯合討論會，透過醫療團隊間合作協助個案，包括：個案未有社會福利身份，社工提供低收入戶申請資源，予個案同居人，請其至戶籍地鄉市鎮公所辦理低收入戶申請。</p> <p>2-3由社工提供急難救助金申請資源，請個案同居人至戶籍地鄉市鎮公所申請，以減輕此次醫療費用負擔。</p>
護理評估	<p>3/26主訴「看自己的X光片真的好轉很多，安心很多」。</p> <p>3/26主訴「咳嗽的痰量越來越少了」。</p> <p>3/20主訴「我都不知道原來醫院還有社工可以協助，還好有你們的幫助，不然我真的不知道要去哪找錢來付，我也很努力練習吸球」。</p> <p>4/1透過社工轉介院外慈善基金會，個案應用善心人士捐款繳納出院費用。</p>

結論與討論

個案在治療過程中歷經多次手術治療，原本對手術充滿信心也開始對治療感到不確定感而生焦慮，與個案建立信任的治療性關係後，藉由會談時引發個案說出心中對疾病的擔心，透過醫療團隊討論及合作方式協助個案解決心理的不安，參與醫師解釋治療目的及陪伴個案去面對，讓個案了解疾病是可被控制的。照護期間少見家屬在旁照顧，因此其日常生活起居及肺部復健，皆須有護理人員隨時在旁協助方得給予一完善的照護過程，對護理人員臨床業務上的時間分配是一大考驗亦是限制。另除臨床上治療及照護外，個案非常擔心經濟問題，故每一次需再接受肋膜黏合術時，個案都會因費用問題而有所考慮，筆者

也利用個案跨領域案例討論之機會，安排跨團隊會診社工同仁協助處理，讓筆者學習到運用跨團隊醫療合作之資源，讓個案得到更完善醫療團隊照護。護理人員適時的協助與支持，必要時轉向其他團隊支援及請求協助，將有助於減少個案的不適應行為，並可提升生活品質(劉等，2011)。建議護理人員應善用醫院相關跨團隊之合作及有效運用社會資源協助病人，以為病人謀得最大之醫療福利與資源。

參考文獻

- 丁元淳、吳岱穎、鄭秀玲、林光洋、黃惠娟、郭冠良(2011)·原發自發性氣胸·*家庭醫學與基層醫療*, 26(10), 429-433。
- 王桂芸(2010)·呼吸系統疾病與護理·於劉雪娥、王桂芸、馮容芬總校訂, *新編內外科護理學上冊*(8月版, 2-190頁)·臺北市: 永大。

- 李華鎮、黃英傑、陸希平(2010)·原發自發性氣胸：診斷與治療之文獻回顧，現況與展望·*急診危重症醫學雜誌*，21，9-19。
- 林瑞原、郭炳宏(2009)·氣胸·*當代醫學*，36(1)，15-17。
- 林韋君、黃秀梨(2010)·應用紐曼模式於一位慢性阻塞性肺疾病患者之護理經驗·*領導護理*，11(1)，63-76。
- 陳亞欣、顧雅利、董曉婷(2012)·青少年初次罹患自發性氣胸接受胸腔鏡肺楔狀切除之護理經驗·*高雄護理雜誌*，29(3)，29-39。
- 陳慧雯、李雅欣、王桂芸(2011)·慢性阻塞性肺疾病病人「低效性呼吸型態」之護理·*護理雜誌*，58(5)，95-99。
- 張適馨、邱啓潤、王金洲、蘇茂昌、駱淑惠(2013)·慢性阻塞性肺疾病病人健康內外控與呼吸困難自我管理策略之相關性研究·*護理暨健康照護研究*，9(1)，42-52。
- 莊寒玉、馬瑞菊、林宜青(2011)·運用肺部復健於脫離呼吸器病人之護理經驗·*領導護理*，12(3)，61-71。
- 劉棻、田思亭、劉雪娥(2011)·運用Mishel不確定感理論照顧一位膝下截肢患者之護理經驗·*長庚護理*，22(2)，276-287。
- 劉涵盈、施麗香、陳宥蓁(2012)·一位肺癆患者接受標靶治療不確定感之護理經驗·*澄清醫護管理雜誌*，8(4)，52-60。
- 衛生福利部(2013年，6月6日)·2012年主要死因分析·取自http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747。
- 簡淑娟、黃珊、韓彤珍、郭美玲、余芳娥(2005)·乳癌患者之不確定感及其相關因素之探討·*腫瘤護理雜誌*，5(2)，1-14。
- 蘇婉麗(2007)·乳癌·於林素琴、林麗英、顏芳慧、蘇婉麗釋·*癌症護理*(初版，213-214頁)·臺北：五南。
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Walgaard, C., Lingsma, H. F., Ruts, L., Drenthen, J., Van Koningsveld, R., Garssen, M. J., & Jacobs, B. C. (2010). Prediction of respiratory insufficiency in Guillain-Barr syndrome. *Annals of Neurology*, 67(6), 791-787. doi:10.1002/ana.21976



A Nursing Experience of a Patient with Emphysema Complicated with Pneumothorax Underwent Multiple Pleurodesis

Rui-Ming Chiu, Chien-Hsiao Lai*

ABSTRACT

The article describes the nursing experience of a patient emphysema complicated with pneumothorax, who underwent three pleurodesis due to pulmonary atelectasis after video-assisted thoracoscopic surgery (VATS). The nursing period lasted from March 4 to March 28, 2013. The author used Gordon's 11 functional health pattern as an assessment framework, collected data through observation, interview, and physical assessment, and identified the following nursing problems: ineffective breathing pattern due to pneumothorax, activity intolerance due to impaired gas exchange, and anxiety associated with uncertainty regarding treatment plan and financial status. Activity intolerance due to ineffective breathing pattern was addressed by the introduction of individualized Triflow breathing exercise; anxiety induced by repeated pleurodesis and financial uncertainty was addressed by a briefing from the medical team on the his condition and financial support provided by the social workers. The author wishes to share this nursing experience with other nurses to serve as a reference when tending patients with similar conditions. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:3, 123-132)

Keywords: anxiety, emphysema, pleurodesis

Deputy Assistant Head Nurse, Surgical Ward, Landseed Hospital; Head Nurse, Nursing Department, Landseed Hospital*

Accepted: January 19, 2016

Address correspondence to: Chien-Hsiao Lai Guangtai Rd., Pingzhen Dist., Taoyuan City 324, Taiwan

Tel: 886-3-494-1234 #2984; E-mail: laisy@landseed.com.tw