

# 一位燒傷患者急性疼痛之 照顧經驗

林雅娟、張峰玉\*

## 中文摘要

本文為一位燒傷患者因長期面臨反覆急性疼痛壓力，產生害怕、恐懼、失眠，甚至焦慮情緒之照顧經驗。筆者於2014年2月24日到2014年3月19日照護期間，藉由觀察、會談、身體評估及持續性照護收集資料，並運用羅氏適應模式評估主要及重要健康問題：急性疼痛、組織完整性受損和焦慮；運用藥物及非藥物疼痛控制，讓患者配合換藥過程並使疼痛獲得緩解；提供個別性換藥流程、傷口照護與營養攝取，促使傷口癒合；透過語言和非語言，了解內心害怕及不安感受，使其渡過疾病治療過程，勇於面對身、心及社會問題。建議可運用手機通訊軟體與親朋好友建立支持網絡，手機遊戲轉移疼痛感受，以及完善照護模式，提供完整療護。(志為護理，2018; 17:3, 112-122)

關鍵詞：燒傷、急性疼痛

## 前言

衛生福利部2015年統計，燒傷在醫院門診及住院人數統計每十萬人口就有890人，其中死亡率為0.5%(衛生福利部，2017)；燒傷治療及復健最耗時且複雜，受傷後當受損程度在真皮層或深至皮下組織時，會使神經末梢暴露，延長癒合時間，故癒合期間或癒合後會有

疼痛、疤痕、外觀改變及關節活動障礙，此時患者無法有效自我調適或應對疾病過程時，會產生恐懼、焦慮及退化性行為(Klinge, Chamberlain, Redden, & King, 2009)。疼痛一直是燒傷患者最感到身心煎熬問題，研究顯示燒傷患者長期急性疼痛，會產生焦慮、憂鬱、延長住院天數、降低身體活動功能及延遲重返工作時間(Dalal, Saha, & Agarwal,

臺中榮民總醫院護理部護士暨弘光科技大學研究所學生、臺中榮民總醫院護理部護理長\*

接受刊載：2017年3月25日

通訊作者地址：張峰玉 40705臺中市西屯區臺灣大道四段1650號

電話：886-4-23592525 轉6262 電子信箱：li.n212121@msa.hinet.net

2010)，因此減輕患者疼痛很重要。本文描述一位被鞭炮炸傷的31歲男性，燒傷呈深二度至三度，佔15%體表面積 (total body surface area, TBSA)，於住院期間，因長期反覆面臨傷口水療、換藥及復健等治療活動時強烈疼痛，使其產生恐懼、失眠，甚至焦慮情緒，進而延遲疾病治療與復原的過程，因此引發撰寫動機，期望以完善的疼痛照護，減輕患者面臨治療過程的害怕、恐懼，早日渡過疾病治療過程，並能重返社會。

## 文獻查證

### 一、燒傷照護簡介

燒傷是指皮膚接觸高溫液體、氣體及固體所導致的損傷，受創深度可分表皮淺層受損的一度傷、傷及真皮層的二度傷、以及傷及全皮層與皮下組織的三度傷。其嚴重度依受傷範圍大小來判斷，常以九分法則估算全身體表面積 (Butcher & Swales, 2012)。燒傷治療分為緊急期、急性期和復健期，緊急期治療首重輸液灌注，密切監測每小時給液量及尿量；急性期治療著重於傷口照護，傷口處理原則除了換藥外還須配合外科清創及植皮手術，以及提供高蛋白營養、預防感染與疼痛控制也是照護重點；復健期著重居家照護指導及延續關節復健活動 (Daigeler, Kapalschinski, & Lehnhardt, 2015)。

#### (一) 燒傷傷口處理

燒傷後表皮組織受損，使體內水分、蛋白質及電解質流失造成血液動力學改變與繼發性的感染危機。因此，燒傷傷口外科處理原則，首重儘早的覆蓋傷

口，亦即清創及植皮。過程中每日傷口照護尤其重要，原則包括：傷口評估、採用無菌換藥技術及選擇適當換藥方式，如：生物性敷料、抗生素藥膏和水療等 (羅, 2015; Daigeler et al., 2015)。此外，水療也是傷口處理重要的一環，可去除傷口分泌物、壞死組織及軟化痂皮，若無法去除的焦痂，須藉由清創手術清除，而深及二度至三度傷口，自癒能力差，需植皮使傷口癒合。silver sulfadiazine是傳統燒傷首選藥膏，為廣效水溶性抗生素，具有穿透、軟化焦痂與殺菌功能 (Dalal et al., 2010; Rowley-Conwy, 2013)。

#### (二) 疼痛護理

燒傷後皮膚受損，神經末梢暴露，一旦外在刺激因素，會產生敏感、強烈疼痛感受，此外換藥過程中，紗布來回刷洗傷口與水流刺激，更是造成劇烈疼痛，也是患者焦慮和恐懼來源。而長時間強烈疼痛刺激會引發害怕及焦慮問題，甚至治療意願降低 (Alencar de Castro, Leal, & Sakata, 2013; Dalal et al., 2010)。因此，疼痛的緩解與控制非常重要。藥物方面以強效鴉片類止痛劑，可有效緩解疼痛。當治療期間出現短暫強烈疼痛，可單次給予中強效鴉片類及非類固醇類止痛藥物緩解 (Rowley-Conwy, 2013)。除此之外，換藥及復健活動前止痛藥物使用、水療過程維持適宜的水溫及輕柔的動作、疼痛評估、治療前的充分說明、轉移注意力、Parker等 (2016) 研究指出使用多媒體 (如：網路遊戲)、提供心理支持及鼓勵參與疼痛處置和決策 (de Jong, Middelkoop, Faber,

& Van Loey, 2007; Dalal et al., 2010; Rowley-Conwy, 2013; Parker et al., 2016)。

### (三)營養支持

燒傷後身體會迅速呈高代謝狀態，故早期由腸道提供營養，可降低高代謝反應、減少感染風險及促進傷口癒合。因此，護理照護原則包含，提供高蛋白質和高熱量飲食攝取、補充適當維生素、胺基酸及礦物質及鼓勵參與食物的選擇，以提高飲食意願(謝，2016)。

## 二、心理照護

焦慮及憂鬱是燒傷最常見的心理困擾，原因複雜與燒燙事件、身體損傷、疼痛、反覆經歷強烈疼痛及陌生的環境有關。然而短時間心理困擾會影響睡眠、產生焦慮及憤怒，而長時間則會導致憂鬱甚至引發創傷後壓力症候群。因此，可藉由跨團隊領域，如：精神科醫師的藥物使用及心理諮詢或其他專業治療師的藝術治療，來改善心理困擾，解決睡眠及情緒問題。此外，護理原則需主動關心、傾聽、陪伴、鼓勵說出內心感受、尋找並解決問題根源及提供社會心理支持團體(Dalal et al., 2010; Klinge et al., 2009)。

## 護理過程

### 一、患者簡介與就醫治療經過

林先生，31歲、未婚，高中畢業，與父母同住，於卡車維修廠工作，慣用國語及臺語溝通，信奉一般名間信仰，每個月會參與兩次廟會活動，有交往10年的女友。

無疾病史，2/3因參與廟會活動時，雙下肢被鞭炮炸傷，當下冰敷後自行至急診就醫，2/4入手術室行雙下肢清創手術，評估傷口呈深二度至三度共15%TBSA，術後入住燒傷中心治療；3/4行雙下肢清創手術；3/19轉普通病房；3/31出院。

## 護理評估

護理期間自2014年2月24日到2014年3月19日，運用會談及身體評估收集各項資料，以羅氏適應模式架構進行第一層次和第二層次護理評估，結果如下：

### 一、生理適應層面

#### (一)氧合作用

住院期間呼吸音正常，指尖血氧濃度100%，肢體末梢呈溫暖、指甲床顏色粉紅，此評估為適應。

#### (二)營養

患者身高164cm、體重66.2kg，BMI：24.6；2/26營養師評估熱量需求為2,591大卡/天；2/27情緒淡漠表示「傷口很痛、沒胃口，不想吃」，全日由口進食量847大卡；綜合以上患者因疼痛而有營養少於身體所需護理問題，此評估結果為不適應。

#### (三)排泄

住院前排便正常。住院期間腹部柔軟，無脹氣，每日排黃軟便一次。住院前解尿正常。住院期間雙下肢燒傷傷口，活動受限制，2/24導尿管存留，尿液引流通暢呈淡黃色、清澈、無異常分泌物，每日尿量約2,000mL，3/17移除導尿管，自解小便順暢，呈淡黃色、清

澈，此評估結果為適應。

#### (四)活動與休息

住院前四肢肌力及活動功能正常。住院期間因雙下肢燒傷傷口，活動時傷口會疼痛，大多臥床休息，日常生活需半協助下完成。2/27復健師及護理師協助下床復健時，雙手緊握床欄，並皺眉表示：「喔！我的兩隻腳好脹、好痛，沒辦法踩地，我要回床上去」；3/1皺眉並大聲表示「換藥完到現在傷口還是很痛，不可以再給我止痛藥嗎？我的腳痛到現在都沒辦法移動」；3/2預復健治療時，皺眉並嚴肅表示「傷口還在痛，要怎麼復健，我不要」。休息與睡眠：住院前每日睡眠8小時，無失眠。2/28換藥後疲憊，會小睡片刻，3/1夜眠期間易驚醒，驚醒後輾轉難眠，詢問下皺眉表示：「我又做惡夢了，每天到凌晨5-6點就被會驚醒，心裡想著等一下又要換藥了，之後就睡不著」；綜合以上患者有急性疼痛、身體活動障礙、以及因急性疼痛誘發之焦慮、睡眠型態紊亂；此評估結果為不適應。

#### (五)皮膚完整性

住院前皮膚完整，住院期間2/23雙下肢燒傷傷口位於膝蓋以下到足背及趾頭，全身受傷15%TBSA，住院期間體溫皆正常；2/25表示：「我這樣的傷口大概多久才會好？」、「我要怎麼做傷口會快一點好？」；3/5雙下肢傷口深度呈深二度至三度，顏色為白蠟色及部分肉紅色，傷口上有部分厚痂皮存在，分泌物呈淡黃綠色，無異常味道，但滲液量中；3/12右腳傷口細菌培養呈沙雷氏菌；2/24和3/4行雙下肢清瘡手術；3/12

行植皮手術(取雙大腿部份皮層補小腿及足背傷口)；綜合以上評估患者有組織完整性受損、知識缺失及現存性感染護理問題；此評估結果為不適應。

#### (六)感覺

住院前身體無疼痛、刺麻等異常感受；2/28水療時皺眉、雙手緊握床欄、咬緊牙根、呻吟、喘息、雙腳傷口清洗時不自主抬高及左右移動，並大聲喊叫：「啊！很痛！這樣洗傷口很痛，不要再洗了！我受不了！拜託！哇哇..！」。傷口清洗後以silver sulfadiazine藥膏塗抹時皺眉、雙手緊握床欄，大聲表示：「啊！很刺、很燙、很痛！」；3/1夜眠期間易驚醒，驚醒後輾轉難眠，詢問下皺眉表示：「可以不換藥嗎？換藥真的很痛，也不要洗傷口好不好，每次洗都痛到受不了」，於3/1神情緊張，輕握雙拳，身體不斷出現抖動的行為，表示：「怎麼辦！我現在很緊張、很害怕，因為等一下又要換藥了」；3/2拆除雙下肢傷口敷料時皺眉、雙手緊握床欄、不斷做出深呼吸動作，表示：「可以採慢一點、輕一點、小力一點嗎？紗布上再多淋一些水，不要直接拆，很痛」，水療時皺眉、大聲喊叫表示：「喔！啊！啊！啊！優碘和水淋到我的傷口了，感覺有東西一直在扎我，好痛！」，不自主抬高頭頸部、揮動雙手及雙腳，哭泣表示「啊！啊！拜託不要再洗了，我忍不住了！拜託！」、「整條腿好熱、好燙、好痛，好像正在被火燃燒，拜託不要再洗了。」；3/5表示：「我不要水療、不要換藥、不要塗藥膏，每天換藥傷口都痛

到受不了！」；綜合以上患者有急性疼痛問題；此評估結果為不適應。

### (七)體液與電解質

住院前水分攝取正常；住院期間3/11 抽血NA：140mEq/l、K：4.4mEq/l，護理期間整日輸出入量呈正平衡300ml-1,000ml；四肢皮膚顏色正常、無乾燥及脫屑；此評估結果為適應。

### (八)神經功能

燒傷時頭頸部無碰撞，意識清楚，可正確回答人、時、地及定向感，十二對腦神經評估皆正常；此評估結果為適應。

### (九)內分泌功能

住院前無內分泌相關疾病病史及家族病史；住院期間血糖正常，此評估結果為適應。

## 二、心理層面適應

### (一)自我概念

住院前非常滿意生活及工作，平日有壓力時會找長輩或女友談論，以解決壓力源。認為生活的意義是事業順利及親朋好友對自我認可。入院時對醫療人員態度尊重、說話客氣且面帶笑容；住院期間3/2情緒低落、與他人互動淡漠、多臥床閉眼休息，於3/3搖頭、皺眉表示：「我很想把我的腳剃掉，不想再受苦，死了一了百了，省著每天受苦、害怕。」、3/5皺眉、雙手揮動、情緒憤怒且大聲表示：「我真的很想從這裡往下跳(右手指往窗戶比)，不想再活、再受

苦，活著真是找罪受」；綜合以上患者因急性疼痛誘發之焦慮護理問題；此評估結果為不適應。

### (二)角色功能

第一角色：壯年期、男性；第二角色：兒子、員工、男朋友和患者，護理期間出現退化性行為，希望女友協助進食及喝水；以Erikson心理社會發展理論評估，已進入第七階段：精力充沛，但燒傷後無法維持角色，故處停滯頹廢狀態。於大卡車修配廠工作與老闆、同事和家人關係良好，現有交往10年女友，每日會和家人或女友共進晚餐，晚餐時會討論時事及心事；住院期間家人及女友十分關心，對於患者受傷非常心疼，會祈求神保佑早日康復；此評估結果為適應。

### (三)相互依賴

平日與女友情感親密，持續穩定交往，除上班外，女友會在旁相伴；住院期間親友及女友會客探視時會使用對講機溝通，給予正向鼓勵及支持，與親友互動佳；此評估結果為適應。

## 健康問題確立與護理措施

經護理評估，確立健康問題有營養少於身體所需、身體活動障礙、急性疼痛、焦慮、睡眠型態紊亂、組織完整性受損、知識缺失和現存性感染，礙於篇幅限制，內文僅呈現以下三個健康問題。



## 問題一：急性疼痛／與燒傷口、傷口處置及復健過程有關(2/24~3/17)

行為評估(第一層次評估)
S1：2/27喔!我的兩隻腳好脹、好痛，沒辦法踩地，我要回床上去。 S2：2/28啊！很痛!這樣洗傷口很痛，不要再洗了，我受不了！拜託！哇哇..! S3：3/2可以採慢一點、輕一點、小力一點嗎？紗布上再多淋一些水，不要直接拆，很痛。 S4：3/2啊！啊！拜託不要再洗了，我忍不住了！拜託。 S5：3/2整條腿好熱、好燙、好痛，好像正在被火燃燒，拜託不要再洗了。
O1：2/27復健時雙手緊握床欄，皺眉。 O2：2/28水療時皺眉、雙手緊握床欄、咬緊牙根、呻吟、喘息、雙腳傷口清洗時不自主抬高及左右移動，並大聲喊叫。 O3：3/2拆除雙下肢傷口敷料時皺眉、雙手緊握床欄、不斷做出深呼吸動作 O4：3/2不自主抬高頭頸部、揮動雙手及雙腳，哭泣。
影響因素評估(第二層次評估)
主要刺激：皮膚燒傷傷口神經曝露 次要刺激：換藥及復健過程對傷口的摩擦 剩餘刺激：過去疼痛經驗
護理目標
短期目標：3月8日可以使用降低疼痛之轉移注意力方式1項。 長期目標：3月17日能配合換藥過程，且換藥結束後疼痛指數小於5分。
護理措施
1.鼓勵以手機通訊軟體：facebook、Line，與親友互動，獲得家人、朋友鼓勵與支持。 2.鼓勵玩手機內喜愛的戰鬥及鬥智軟體遊戲，並與患者討論遊戲內容來轉移注意力。 3.換藥前後安排女友入病房陪伴，陪伴時使用喜愛薰衣草乳液，給予身體按摩及口頭讚美和鼓勵。 4.換藥前充分說明每個步驟，過程中不斷的給予正向肯定及鼓勵。 5.移除敷料前以舒適溫熱生理食鹽水潤濕敷料，再依每日其要求由小腿部位開始移除敷料，過程中動作需輕柔緩慢，並請患者配合指令深呼吸，以及藉由喜愛之聊天話題，轉移注意力。 6.水療時動作輕柔，依患者能配合的節奏進行，過程中適時給予深呼吸指令，以放鬆緊張僵硬的肌肉。 7.水療時依要求雙手握持彈力球，以宣洩疼痛壓力。 8.水療過程中，依感受調整適當室內溫度，並提供烤燈保暖，水溫維持患者自覺舒適溫度，避免傷口接觸冷空氣時提高疼痛敏感度；水療結束前依要求降低水溫，緩解傷口經紗布清洗後的灼熱感。 9.水療時傷口清洗完畢後，依患者喜愛的薰衣草沐浴乳及洗髮精協助身體與頭髮清潔。 10.水療結束後，以無菌保溫被單適當覆蓋身體後回病室包紮傷口，並依感受調整適當室內溫度。 11.換藥及水療過程鼓勵表達疼痛感覺，接受負面情緒宣洩，如：尖叫或哭泣方式。 12.提供遙控器以自行選擇喜歡的西洋武打片電影節目觀看。 14.協助移動肢體時，先抬高及支撐小腿，且動作緩慢，避免牽扯傷口。 15.每日自行選擇復健開始部位，復健時採循序漸進方式，依關節活動弧度小到大，當復健時自痛指數6-7分，暫停增加關節弧度，而疼痛指數8-9分，者暫停復健運動。 16.每4小時評估疼痛部位、性質、頻率、指數及疼痛感覺並記錄。 17.與疼痛控制小組討論後，換藥前10分鐘給予嗎啡類針劑止痛藥物，每六小時給予一顆口服NSAIDs類止痛藥物。
評值
1.3月8日換藥過程不斷配合深呼吸，來轉移疼痛注意力。 2.3月10日換藥後女友陪伴及運用Line與親友互動，能轉移疼痛注意力。 3.3月17日換藥過程中可配合指令完成水療及換藥過程，換藥結束後傷口疼痛指數小於3分，與女友互動時於病室外可以聽見笑聲。

## 問題二：現存組織完整性受損／與燒傷有關(2/24~ 3/17)

行為評估(第一層次評估)
<p>S1：2/25我這樣的傷口大概多久才會好？</p> <p>S2：2/25我要怎麼做傷口會快一點好？</p> <p>O1：2/23雙下肢燒傷傷口位於膝蓋以下到足背及趾頭，全身受傷15%TBSA。</p> <p>O2：2/24、3/4雙下肢清瘡手術。</p> <p>O3：2/27雙下肢傷口深度呈深二度至三度，顏色為白蠟色及部分肉紅色，傷口上有部分厚痂皮存在，分泌物呈淡黃綠色，無異味，組織滲液量中。</p> <p>O4：3/12右腳傷口細菌培養呈沙雷氏菌。</p> <p>O5：3/12行植皮手術(取雙大腿部份皮層補小腿及足背傷口)。</p>
影響因素評估(第二層次評估)
<p>主要刺激：燒傷</p> <p>次要刺激：燒傷面積及深度</p> <p>剩餘刺激：燒傷傷口感染</p>
護理目標
<p>短期目標：3月7日可說出促進傷口癒合方法一項，如：進食高蛋白飲食或傷口換藥。</p> <p>中期目標：3月10日燒傷面積可癒合至10%以下。</p> <p>長期目標：3月17日傷口面積可癒合至5%以下。</p>
護理措施
<p>1.2/24-3/17採集中護理，落實洗手五時機，並執行嚴密感染管制措施。</p> <p>2.2/26-3/17依無菌技術執行水療，並評估傷口部位、顏色、深度、體表面積、分泌物量、性質及氣味；過程中使用經紫外線殺菌的逆滲透過濾自來水清洗及沾濕優碘的紗布輕拭傷口和軟痂皮，當傷口有紅、腫、痛或異常分泌物等感染徵象，留取傷口培養送檢，水療後傷口塗抹silver sulfadiazine藥膏及無菌敷料覆蓋。</p> <p>3.3/12衛教癒合傷口塗抹溫和不刺激潤膚乳液，預防皮膚乾癢，癒合皮膚若有水泡，不可弄破，宜用紗布覆蓋，避免摩擦疼痛及感染；提供陽光基金會資訊及居家照護衛教指導。</p> <p>4.2/26衛教高蛋白、高熱量食物與重要性，烹調時避免辛辣及油炸，以免造成腸道蠕動減緩、消化不良。</p> <p>5.3/5-3/10鼓勵少量多餐進食，食慾不佳時，以高蛋白配方飲品，如：奶酪及布丁等，快速補充蛋白質及熱量。</p> <p>6.3/1與營養師討論營養攝取方式、類別及熱量，並適時調整營養攝取。</p> <p>7.每周一與感染科及主治醫師討論，建議抗生素使用。</p>
評值
<p>1.3月7日說出喝牛奶、吃蛋和肉類高蛋白食物，可促進傷口癒合。</p> <p>2.3月10日雙下肢傷口邊緣部分已癒合、未癒合傷口處呈肉紅色，傷口無異常分泌物及異味產生，燒傷面積為10%。</p> <p>3.3月17日雙下肢傷口大部分已癒合，燒傷面積為5%。</p> <p>4.3月29日傷口面積小於5%，癒合皮膚處乾燥並長出數顆水泡，可正確塗抹乳液及使用紗布覆蓋水泡。</p>

## 問題三：焦慮／與傷口處理過程疼痛有關(2/24~3/17)

行為評估(第一層次評估)
<p>S1: 3/1我又做惡夢了，每天到凌晨5-6點就被會驚醒，心裡想著等一下又要換藥，之後就睡不著。</p> <p>S2: 3/1可以不換藥嗎？換藥真的很痛，也不要洗傷口好不好，每次洗都痛到受不了。</p> <p>S3: 3/1怎麼辦！我現在很緊張、很害怕，因為等一下又要換藥了。</p> <p>S4: 3/3我很想把我的腳剃掉，不想再受苦，死了一了白了，省著每天受苦、害怕。</p> <p>S5: 3/5我真的很想從這裡往下跳(右手指往窗戶比)，不想再活、再受苦，活著真是找罪受。</p> <p>O1: 3/1神情緊張，輕握雙拳，身體不斷出現抖動的行為。</p> <p>O2: 3/2情緒低落、與他人互動淡漠、多臥床閉眼休息。</p> <p>O3: 3/5皺眉、雙手揮動、情緒憤怒。</p>
影響因素評估(第二層次評估)
<p>主要刺激：傷口處理過程疼痛無法忍受</p> <p>次要刺激：隔離環境</p> <p>剩餘刺激：無家屬在旁陪伴感到孤立</p>
護理目標
<p>短期目標：3月7日能說出緩解焦慮原因2項。</p> <p>中長期目標：3月15日情緒穩定、主動與人互動並說出焦慮減輕。</p>
護理措施
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.以拍拍肩膀、按讚手勢及微笑等，語言及非語言方式表示關心。</li> <li>2.採接納及尊重態度，鼓勵表達疑問，並每日會同主治醫師共同討論解決方式。</li> <li>3.以溫柔口吻、和善態度面對面深入會談，會談時注意表情及肢體反應。</li> <li>4.鼓勵說出心中感受、對燒傷傷口和手術的耽憂，並運用傾聽和陪伴等，給予心理支持。</li> <li>5.鼓勵以手機通訊軟體：facebook、Line，與親友互動，抒發焦慮情緒。</li> <li>6.每日早上十點到晚上九點彈性開放女朋友入病室內陪伴，陪伴期間鼓勵藉由雙手觸摸及言語鼓勵，來表達關心，以緩解情緒和降低焦慮。</li> <li>7.每日藉由傷口照片和面對面講解病情進展及變化，使瞭解疾病過程及醫療處置。</li> <li>8.請家屬攜帶患者喜愛音樂、書籍於患者休息時間聽音樂、閱讀書籍以放鬆心情。</li> <li>9.與藝術治療師及主治醫師討論患者焦慮，由治療師每週2次繪畫治療，表達內心感受。</li> <li>10.會診社工介入，了解心中感受及家庭支持系統狀況。</li> <li>11.與精神科醫師及主治醫師討論，患者焦慮及睡眠休息狀態，每週一下午三點由精神科醫師進行個別心理諮商，並由精神科醫師建議每日睡前給予抗焦慮及安眠藥物一顆。</li> </ol>
評值
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3月9日可說出陌生環境、傷口疼痛及未知的治療結果因素是焦慮的主要原因。</li> <li>2. 3月12日女友入病室陪伴、肢體接觸與鼓勵其焦慮不安情緒改善，可面帶笑容主動與人互動。</li> <li>3. 3月15日能使用手機通訊軟體分享受傷過程及治療後心情。</li> </ol>



## 討論與結論

患者入住燒傷中心初期對醫護人員陌生、環境改變，加上燒傷傷口處理過程疼痛產生恐懼、焦慮等負面情緒反應，更對醫療人員產生不信任感。藉由緩解疼痛、陪伴、語言及非語言表達關心，運用家屬支持系統與良好護病關係的建立，提供專業性知識、技能和個別性護理，協助解決問題根源，促進對疾病適應及面對身、心、靈及社會困境。4/10使用LINE軟體追蹤患者近況，患者傷口已全癒合，每天會到陽光基金會復健中心，做復健，與病友間會互相鼓勵及分享治療經驗，生活很充實，現在不需助行器緩慢走路，步態尚穩。

回顧照護過程中，燒傷在疼痛控制領域，較難突破，當疼痛控制沒有在患者預期內，容易導致有焦慮、憂鬱、出現負向情緒及行為，當臨床醫護人員再患者心靈照顧經驗不足時，在提供全人護理照護上會有較大的挑戰及限制。因此，如何有效控制燒傷換藥、水療、復健等引起的疼痛，降低患者心理障礙，對於臨床人員是一大挑戰及限制，建議可運用手機通訊軟體與家人互動、手機遊戲轉移疼痛注意力及彈性開放家人入病室陪伴，以達全人整合照護，提供完整身、心、靈照護，以提升醫療品質。

## 參考文獻

- 衛生福利部(2017年，3月28日)·民國104年  
死因統計年報·取自[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=6201](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=6201)
- 衛生福利部(2017年，3月28日)·民國104年

- 門、住診合計(包括急診)就診率-----按性別及年齡別分·取自[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=6420](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=6420)
- 謝玉琇(2016)·嚴重燒燙傷病人的營養照護·*護理雜誌*，63(1)，22-29。doi: 10.6224/JN.63.1.22
- 羅淑芬(2015)·嚴重燒傷病人護理處置·*護理雜誌*，62(4)，82-88。doi:10.6224/JN.62.4.82
- Alencar de Castro, R. J., Leal, P. C., & Sakata, R. K. (2013). Pain management in burn patients. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63(1), 149-153. doi:10.1016/s0034-7094(13)70206-x
- Butcher, M., & Swales, B. (2012). Assessment and management of patients with burns. *Nursing Standard*, 27(2), 50-55. doi:10.7748/ns2012.09.27.2.50.c9284
- Daigeler, A., Kapalschinski, N., & Lehnhardt, M. (2015). Therapy of burns. *Chirurg*, 86(4), 389-401. doi: 10.1007/s00104-014-2919-3
- Dalal, P. K., Saha, R., & Agarwal, M. (2010). Psychiatric aspects of burn. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 43(3), 136-142. doi:10.4103/0970-0358.70731
- de Jong, A. E. E., Middelkoop, E., Faber, A. W., & Van Loey, N. E. E. (2007). Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. *Burns*, 33(7), 811-827. doi:10.1016/j.burns.2007.01.005
- Klinge, K., Chamberlain, D. J., Redden, M., & King, L. (2009). Psychological adjustments made by post burn injury patients: An integrative literature review. *Journal of*

*Advanced Nursing*, 65(11), 2274-2292.  
doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05138.x

Parker, M., Delahunty, B., Heberlein, N.,  
Devenish, N., Wood, F. M., Jackson, T., ...  
Edgar, D. W. (2016). Interactive gaming  
consoles reduced pain during acute minor

burn rehabilitation: A randomized, pilot  
trial. *Burns*, 42(1), 91-96. doi: 10.1016/  
j.burns.2015.06.022

Rowley-Conwy, G. (2013). Management of  
burns in intensive and acute care. *Nursing  
Standard*, 27(45), 63-68.

靜  
思  
語

所謂「覺悟」，  
是懂得什麼是人生，  
該做什麼事。  
~ 證嚴法師靜思語 ~

Enlightenment is understanding  
what life is about  
and what one should do.

~ Master Cheng Yen ~



# A Nursing Experience of a Burn Patient With Acute Pain

Ya-Chuan Lin, Fung-Yu Chung\*

## ABSTRACT

The article described a nursing experience of a burn patient who suffered from fear, insomnia, and anxiety induced by the stress from chronic acute pain. The nursing period lasted from February 24<sup>th</sup> to March 19<sup>th</sup>, 2014. With Roy's adaptation model as assessment framework, data were collected via observation, interview, physical assessment, and continuing care. The primary health issues were acute pain, impaired tissue integrity, and anxiety. To address these issues, the following interventions were implemented: achieve pain relief and the patient's cooperation during dressing through drug and non-drug pain management; facilitate wound healing through individualized dressing procedure, wound care, and nutritional intake; facilitate the expression of the patient's inner fear and uncertainty through verbal and non-verbal communication, allowing him to endure the treatment process and confront the physical, psychological, and social issues. It is recommended to build a social support network using mobile communication apps, distract pain with mobile games, and provide holist care via holistic care model. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:3, 112-122)

Keywords: acute pain, burns

---

RN, Department of Nursing, Taichung Veterans General Hospital and Master student, Department of Nursing, Hung-Kuang University, Taiwan; Head Nurse, Department of Nursing, Taichung Veterans General Hospital\*

Accepted: November 02, 2017

Address correspondence to: Fung-Yu Chung No. 1650, Taiwan Boulevard Sec. 4, Taichung City 40705, Taiwan

Tel: 886-4-2359-2525 #6262 ; E-mail: li.n212121@msa.hinet.net