

照顧一位流感重症採俯臥治療病人之護理經驗

李佩穎、吳紹欽*、彭素貞**

中文摘要

本文探討一位中年婦人因流感重症入加護病房採俯臥治療。護理期間為2017年6月8日至6月19日，運用Gordon十一項功能性健康型態評估，確立有氣體交換功能障礙、潛在危險性皮膚完整性受損、照顧者角色緊張等健康問題。透過重症醫療團隊合作，採俯臥治療，改善氧合情況，提供適切的護理措施，避免俯臥導致的合併症，減輕家屬的焦慮，呼吸訓練期間依其個別性訂定訓練計畫，成功脫離呼吸器並轉出加護病房。建議未來可製作俯臥治療查核表，提昇治療前後措施及備物之完整性，製作俯臥治療衛教單張降低家屬焦慮程度。希望藉由本文提供完整地照護經驗，幫助個案渡過急性期，減少流感重症及俯臥治療可能引發的合併症。(志為護理，2020; 19:2, 117-126)

關鍵詞：流感重症、急性呼吸窘迫症候群、俯臥治療

前言

流行性感冒是臺灣常見季節性的流行疾病，一旦進展為嚴重肺部感染時，會快速發展為急性呼吸窘迫症候群併發呼吸衰竭，當流感併發重症時其死亡率高達20%(衛生福利部疾病管制署，2016；Rezoagli, Fumagalli, & Bellani, 2017)。本個案為一位A型流感重症引發呼吸衰

竭之中年婦女，因嚴重的低血氧危及生命，經重症醫療團隊進行俯臥治療，進而脫離呼吸器。照顧此類病人需要具備完整的重症照護知識及技能，減少治療過程和疾病本身可能引發的合併症，且觀察到家屬面對可能失去生命的家人，出現焦慮、不安、重覆詢問醫護處置等行為，故引發筆者提供照護的動機。希望藉由完整地照護過程，與重症醫療團

臺中榮民總醫院護理師、臺中榮民總醫院護理長*、臺中榮民總醫院督導長**

接受刊載：2019年7月18日

通訊作者地址：吳紹欽 40705台中市西屯區臺灣大道四段1650號

電話：886-4-23592525 #6030 電子信箱：shawshin@mail2000.com.tw

隊合作，幫助個案渡過急性期，減少流感重症及俯臥治療可能的併發症，回復到原有的生活品質，落實全人照護的理念。

文獻查證

一、流感重症及俯臥治療之護理

流行性感冒為流感病毒感染後造成急性病毒性呼吸道疾病，若肺部遭受更嚴重感染時，會使雙側肺部產生廣泛性發炎，導致肺泡微血管損傷、細胞通透性增加、肺順應性變差及肺塌陷等，影響氣體交換與血管張力調節功能，進而破壞肺部通氣與灌流平衡、導致肺內分流增加等，最後造成嚴重低血氧和肺動脈高壓，演變為急性呼吸窘迫症候群。此階段是需要積極改善氧合情形、維持組織灌流、降低併發症等加護治療來降低死亡率，目前加護重症採取的治療包括控制及治療感染源、保守的液體治療、肺保護通氣策略、俯臥治療、葉克膜等(衛生福利部疾病管制署，2016；Rezoagli et al., 2017；Thompson, Chambers, & Liu, 2017)。

俯臥通氣係指利用物理學方式改善患者低血氧的情形，藉由重力及姿勢改變使肺部血流分佈更平均，讓更多血液量流往通氣較佳的腹側肺泡，增加功能性肺餘容量，提高通氣和血流灌注比例，進而達到提升血氧的功效，研究結果皆顯示於12小時內採取俯臥治療，能有效降低死亡率且預後亦較佳(Munshi et al., 2017；Senecal, 2015)。當醫療團隊決定開始進行俯臥治療時，準備階段的護理首先需確認各項留置管路位置的正確

性，評估是否有足夠的鎮靜及神經肌肉阻斷劑，可使用RASS作為鎮靜評估工具，依醫囑維持深度鎮靜程度(Arevalo et al., 2012；Drahnak, 2015；Thompson et al., 2017)。在俯臥治療期間約有20~30%的病人會發生壓傷，由於受壓部位的改變，常見部位包括鎖骨、前髂骨、膝蓋、耳朵等部位，因此在俯臥治療前可於骨突部位覆蓋泡棉敷料作為減壓保護之功能；軀幹正面維持乾淨，不可將心電圖貼片黏貼於前胸壁處，若侵入性管路可能導致皮膚受壓時，可使用泡棉敷料隔開保護，氣管內管固定帶與皮膚之間可使用人工皮保護，避免反覆撕黏造成臉部皮膚破損(葉、王、廖，2016；Drahnak, 2015；Senecal, 2015)。之後即進入俯臥治療期，此階段照護重點包括監測血液動力學、氧合情形、抗生素治療控制感染、維持每兩小時翻身擺位，並檢視受壓部位皮膚狀況、預防皮膚壓傷形成及管路滑脫、維持足夠營養、減少合併症發生等。每日參與重症醫療團隊查房，討論及評估臨床生理徵象、俯臥治療成效、營養狀態等，必要時調整呼吸器設定。而俯臥姿勢會造成口鼻分泌物流出量增加，可能使管路固定帶黏著劑鬆動，容易導致口鼻處管路移位或是意外滑脫，因此可使用防水材質的氣管內管固定帶，並於每次翻身後皆需評估管路位置及維持正常功能(葉、王、廖，2016；Thompson et al., 2017)。當病人解便後可使用清水或PH<6.5的清潔液進行清洗，乾燥後使用長效皮膚保護霜，隔離排泄物減少刺激(林等，2015)。有關營養照護方面，採用經腸

道及非腸道方式給予維持足夠的營養，可由營養師進行營養評估，進行鼻胃管灌食時維持頭高腳低的傾斜角度，降低吸入性肺炎的機率，若無法由腸道進食，依醫囑提供足夠的靜脈營養輸液(Drahnak, 2015；Senecal, 2015)。

二、重症病人家屬心理層面之護理

入住加護病房對重症病人及其家屬都帶來極大的壓力，包括擔心病情惡化、害怕失去家人及無法控制當時局面、會客時間限制等，都會導致睡眠障礙、焦慮等負面心理症狀(高、黃、黃、李、陳，2013)。此時應評估及瞭解其需求，提供護理措施包括向家屬提供病人完整資訊，可於入住加護病房24~48小時後進行病情說明會議，並視情況增加；護理師可於會客時間安排合適的陪伴環境，主動說明床邊儀器設備及照護常規，鼓勵共同參與照護工作，例如肢體按摩、身體清潔等，並適時傾聽其想法，必要時依個別狀況可給予調整彈性的探訪時段，減輕彼此的焦慮情緒。另外可提供家屬陪伴病人或照護休息空間，減輕其生理負荷(唐、康、蔣，2016)。

護理評估

一、個案簡介

廖女士，46歲，高中畢業，主要語言為國臺語，信仰道教，已婚育有一子一女，職業家管，有高血壓病史，無抽菸、喝酒及藥物過敏史。

二、入院及治療經過

2017年6月5日感冒症狀先至診所求治，6月8日症狀加劇、出現呼吸喘的情形，轉至本院急診求治，流感快篩呈

A型陽性，胸部X光呈雙側肺葉嚴重浸潤，經口放置氣管內插管後轉至加護病房接受重症照護。經重症團隊評估符合ARDS診斷標準，於6月8日晚間~6月11日期間進行俯臥治療，於6月14日開始進行呼吸訓練，6月18日成功移除氣管內插管，6月19日轉至普通病房。

三、護理評估

筆者運用Gordon十一項健康功能型態評估，藉由身體評估、臨床照護、觀察、會談等方式收集資料，分述如下：

(一)健康認知與健康處理型態

患有高血壓有定期門診追蹤並配合規則服藥。平日作息正常，無菸酒等不良習慣，沒有規則運動的習慣。若有不適都會至診所就醫處理。此次因感冒症狀到診所就醫，並配合轉診進行後續治療，在加護病房意識清醒期間皆配合各項治療活動。

(二)營養代謝型態

平時三餐正常，咀嚼及吞嚥功能正常，身體質量指數為 32.7kg/m^2 ，屬於中度肥胖。依美國腸道與靜脈營養學會建議重症患者熱量需求為每日每公斤25~30卡，計算後個案應攝取之總熱量為2,225~2,670卡。6月8日白蛋白 2.6g/dL ，6月9日由鼻胃管灌食每日熱量 $1,000\text{Kcal/}$ 水量 666mL ，初期因消化不佳，每日經靜脈提供 $10\%\text{G/W } 500\text{mL}(200\text{卡/天})$ ，6月11日消化情形進步可全量灌食。四肢末梢溫暖，眼瞼、指甲及嘴唇皆為粉紅色，6月9日血紅素 7.6mg/dL 依醫囑進行輸血治療，6月10日至17日血紅素均維持在 $8.1\sim 10.1\text{mg/dL}$ 。經評估後確定「營養狀況改變：少於身體需要及潛在危險性

肺吸入」之健康問題。

(三)排泄型態

平時解尿順暢，平均每兩日解便一次。於6月8日至11日使用肌肉鬆弛劑期間放置導尿管，引流順暢色黃，每日尿量約1,000-1,200mL，停用鎮靜藥物後移除導尿管可自行解尿。血中肌酸酐3.88mg/dL、尿素氮46mg/dL，初期因疾病及治療之原故給予較多輸液量，6月8日起輸出入量每日+1,500~2,500mL，四肢末梢呈3~4價凹陷水腫，6月8日入院時體重82.7公斤，俯臥期間臉部及肢體明顯水腫，6月11日體重上升至85公斤。在加護病房期間每日解便二至四次，呈黃糊狀。經評估後確定「液體容積過量、潛在危險性皮膚完整性受損、潛在危險性感染」之健康問題。

(四)活動型態

平時除接送子女上下學及一般購物之外顯少外出，假日偶爾全家外出遊玩。6月8日入住加護病房後，晚間病況急速惡化，胸部X光呈現雙側嚴重浸潤，呼吸音濕囉音，動脈血液氣體分析PH: 7.32、PCO₂: 43mmHg、HCO₃: 22.2mmol/L、PO₂: 89mmHg、PaO₂/FiO₂: 127mmHg，體溫38.4℃、心跳142次/分、呼吸28次/分、血壓177/65mmHg、血氧90%，重症團隊評估後於6月8日開始執行俯臥治療，呼吸器採用容積控制模式，設定潮氣容積320mL、呼吸次數28次/分、氧氣濃度60%、吐氣末陽壓18cmH₂O。為了預防發生肺臟壓力性損傷，俯臥期間使用鎮靜劑及肌肉鬆弛劑，依醫囑維持鎮靜程度RASS-5分，此期間肌肉力量皆為0分，無咳嗽力量亦無法翻身，因俯

臥姿勢鎖骨、前髂骨、膝蓋、耳朵等部位易有發紅情形，必要時需協助翻身及抽痰。經評估確定有「氣體功能交換障礙、呼吸道清除功能失效、自我照護能力缺失、潛在危險性皮膚完整性受損」之健康問題。

(五)睡眠型態

平日作息規律，每天約八小時的睡眠時間。停用鎮靜劑後於6月14日清醒，GCS: E4VTM6。因侵入性管路留置及夜間常規治療，加上加護病房特殊環境影響，導致易醒及夜眠容易中斷，依醫囑於睡前使用安眠鎮靜藥物，並於夜間採集中式照護，白天在護理活動之空檔會閉目入睡1~2小時。

(六)認知感受型態

6月14日在停用鎮靜劑後意識清醒，協助下能自行戴上近視眼鏡，可清楚看到床邊時鐘的時間，聽力正常。氣管內管留置期間以肢體或是紙筆表達其照護需求，詢問人、事、時、地亦能正確表達，教導肢體運動及肺部運動亦可配合執行。

(七)自我感受與自我觀念型態

自覺個性隨和好相處，與配偶相處親密，婚後沒有外出工作，覺得能把家裡打理好，照顧好所有的家庭成員，就是自己的責任。6月14日清醒後對於身上各項侵入性管路及陌生的環境感到不安，經護理師及會客時間案夫的解釋說明，對於各項治療皆能配合執行，表示「先生和小孩都還需要我，要快點拔管，早日出院，不要家人擔心」。

(八)角色關係型態

第一角色46歲女性，依照Erikson心

理社會發展理論屬於生產與停滯階段；第二角色家管、母親、妻子，生病前可勝任這些角色且互不衝突。而第三角色為病人，重要他人及醫療決策者為案夫，入住加護病房由醫師向案夫解釋病情時，案夫神情顯焦慮，肢體動作展現出擔心。每次會客時間皆會準時到達且會全程陪伴，6月10日會客時案夫因擔心而有眼眶泛紅的情形。在俯臥治療期間會重複詢問：「一個感冒而已，怎麼會變成這樣？」、「這樣趴著會不會不舒服？」、「臉怎麼這麼腫？」、「機器一直叫是不是有什麼問題？」等。個案清醒後告訴她：「妳這次的感冒超嚴重！妳知道妳差點死掉嗎？如果剩我一個人該怎麼辦？」。案夫表示：「兩個小孩都還在念書階段，我只告訴他們媽媽在住院，沒有告訴他們這麼嚴重」、「其實壓力蠻大的，家庭、工作跟醫院兩邊跑，有時候我不知道該怎麼做比較好，就只能等」、「時常晚上睡不好，害怕手機響起來電顯示是醫院電話，那種壓力沒有經歷過的人是不了解的！」。經評估確定有「照顧者角色緊張」之健康問題。

(九)性與生殖型態

平時月經週期規則，育一子一女，與案夫感情良好。生殖器官外觀無異樣。

(十)因應壓力耐受型態

平時遇到問題時會提出來與案夫討論，一起解決問題，面對自己的慢性疾病能接受並可自行回診追蹤。此次住院大多由案夫陪伴及鼓勵，其為個案最大的支持者。面對氣管內管留置期間，無法順利表自己的想法，偶爾有不安的情

緒，但大部分是可以配合治療及護理活動的。

(十一)價值信念型態

信奉道教，節慶都會按習俗拜拜，住院期間案夫於床頭放至祈求得來的平安符。個案表示：「我先生有去廟裡祈求，等我好了，我也能一起去還願」、「想趕快回家，因為小孩和先生都還需要我」，個案不希望自己成為案夫的負擔，目標是順利將子女撫養成人。

問題確立

經由Gordon十一項健康功能型態評估確立健康問題有：氣體功能交換障礙、呼吸道清除功能失效、潛在危險性皮膚受損、液體容積過量、營養狀況改變：少於身體需要、自我照護能力缺失、潛在危險性肺吸入、潛在危險性感染、照顧者角色緊張，共九項健康問題。因篇幅關係，選擇其中三項主要的健康問題，分述如下。

護理措施/結果評值

一、氣體交換功能障礙／與肺泡微血管損傷使肺部通氣及灌流失衡有關(6/8-6/12)

主客觀資料：

O1：6/8快篩結果呈現流感A型陽性。

O2：6/8胸部X光呈雙側肺葉嚴重浸潤，呼吸次數28次/分，明顯使用呼吸輔助肌。

O3：6/8經口放置氣管內管連接呼吸器使用，設定氧氣濃度90%，SPO2: 90%。

O4：6/8氧合能力PaO₂/FiO₂:127mmHg。

O5：6/8動脈血液氣體分析PH:7.32、
SPO2: 89mmHg、PCO2: 43mmHg

O6：6/8心跳維持在140-150次/分。

護理目標：

6/10 心跳可維持80-100次/分。

6/11 氧合能力能提昇至PaO2/FiO2
≥200mmHg。

6/12 結束俯臥治療後SPO2能維持>95%。

護理活動：

於6/8-6/11採俯臥治療。

6/8 放置經動脈導管，持續監測生命徵象、氧合狀況及血氧濃度。每小時監測是否有無低血氧症狀，如：膚色、發紺症狀等。

6/8 維持頭高腳低之姿勢，床頭抬高30度。

6/8 每兩小時協助翻身、採取合宜舒適臥位，如：左俯臥、右俯臥。

6/8 每次翻身後檢視各項管路位置之正確性及維持功能正常。

每日參與重症醫療團隊查房，討論治療方向及呼吸器的條件設定。

每兩小時及必要時，協助抽吸清除氣管及口鼻分泌物。

每日及必要時更換氣管內管的防水宜拉膠固定帶。

每日依醫囑協助留取動脈血液氣體分析檢驗值。

依醫囑於6/8-6/11俯臥治療期間給予鎮靜及肌肉鬆弛藥物。

依醫囑於6/9、6/11追蹤胸部X光片。

評估：

6/10 生理監視器顯示心跳可維持85-98次/分。

6/11 呼吸器使用氧氣濃度40%時，

抽取動脈氣體分析結果：PH: 7.424、SPO2: 99.0%、PCO2: 29.4mmHg、HCO3:18.8mmol/L、PO2: 133.8mmHg，氧合能力PaO2/FiO2: 334.5mmHg。

6/12 結束俯臥治療後，SPO2維持在95~98%，呼吸型態平穩，未使用呼吸輔助肌。

二、潛在危險性皮膚完整性受損/與水腫、俯臥治療及身體固定不動有關(6/8~6/14)

主客觀資料：

O1：6/8~6/11俯臥治療期間臉部外觀及肢體明顯水腫。

O2：6/8~6/11俯臥姿勢之受壓部位為鎖骨、前肋骨、膝蓋、耳朵。

O3：6/8~6/10輸出入量每日
+1,500mL~+2,500mL，四肢末梢呈凹陷水腫約3~4價。

O4：6/8體重：82.7公斤，6/11體重：85公斤。

O5：6/8-6/11使用鎮定劑及肌肉鬆弛劑，RASS維持-5分，四肢肌力0分，全身固定不動。

O6：6/8血中白蛋白值2.6g/dL。

護理目標：

6/10無皮膚發紅情形。

6/11無皮膚受損情形。

6/14全身水腫改善至1價，體重降至83.5公斤。

護理活動：

6/8 每兩小時協助翻身，於俯臥期間採取左俯臥及右俯臥。

6/8 協助翻身時維持三位護理師共同執行。

6/8 執行俯臥治療前，於受壓骨突處放置泡棉敷料，減少壓迫。

6/8 心電圖避免放置前胸壁，黏貼於背部的相對位置處。

6/8 每兩小時協助翻身，並檢視皮膚狀況，維持身體正面泡棉敷料置放位置正確。

6/8 在置放侵入性導管及皮膚之間使用泡棉敷料隔開並減壓。

6/8 使用人工皮在防水宜拉膠固定帶與皮膚之間，避免皮膚撕裂傷。

6/8 翻身後檢視管路是否通暢，有無壓摺造成皮膚損傷。

6/8 解便時立即協助清潔，使用PH值與皮膚相近的清潔液，清潔後使用長效皮膚保護霜隔離皮膚，避免失禁性皮膚炎。

6/8 隨時保持床單平整，雙足跟使用軟枕抬高，避免壓迫。

6/8 每班記錄輸出入量、水腫及皮膚狀況。

6/8-6/11 俯臥期間頭部使用C型枕支托，避免頭部過度轉位。

6/11-6/13 依醫囑予albumin 20% 50mL及furosemide 20mg BID IVA使用。

6/10 會診營養師進行重症病人營養評估，提供腸道灌食，評估消化情形。

評值：

6/10 雙肩有發紅情形，按壓時可反白，已協助塗抹長效皮膚保護霜及更換臥位後，皮膚發紅情形改善。

6/11 俯臥期間之骨突部位皮膚無受損情形。

6/12 全身水腫改善至2價，6/14全身水腫改善至1價，體重降至83.1公斤。

三、照顧者角色緊張/與不了解治療計畫、病情及擔心預後有關(6/8~6/19)

主客觀資料：

S1：6/9會客時案夫一而再再而三詢問：「一個感冒而已，怎麼會變成這樣？」、「這樣趴著會不會不舒服？」、「臉怎麼這麼腫？」、「管子會不會壓到臉？」、「機器一直叫是不是有什麼問題？」

S2：6/10案夫表示：「因為我兩個小孩都還在念書階段，也都還未成年，我只告訴他們媽媽在住院，沒有告訴他們這麼嚴重」、「其實壓力蠻大的，家庭、工作跟醫院兩邊跑，有時候我不知道該怎麼做比較好，就只能等」、「時常晚上睡不好，害怕手機響起來電顯示是醫院電話，那種壓力沒有經歷過的人是不了解的！」

S3：6/14早上會客，案夫告訴個案：「妳這次的感冒超嚴重！」、「妳知道妳差點死掉嗎？如果剩我一個人該怎麼辦？」。

S4：6/18轉出去會不會還不夠穩定，我還不知道怎麼照顧我太太！

O1：6/8由急診轉入加護病房治療，住院醫師向案夫解釋病情時，神情顯焦慮，手指緊抓衣角。

O2：6/9早上會客，於床旁來回走動，不停重複問話。

O3：6/10早上會客，案夫眼眶泛紅。

O4：6/18移除氣管內插管，計畫轉至普

通病房，案夫顯得焦慮擔心。

護理目標：

- 6/9案夫主動說出了解病情及預後，且正確說出各項管路之功能。
- 6/15案夫能於會客時間一同參與及執行照顧病人的方法。
- 6/19案夫能了解轉至普通病房的注意事項。

護理活動：

- 6/8 入住加護病房時，立即安排住院醫師向案夫說明治療計畫、病情及預後。
- 6/8 給予入住加護病房簡介及環境介紹，提供病房電話，主動提供院內家屬照護休息空間，以減輕其生理負荷。
- 6/8 說明床邊監視儀器及呼吸器作用，減輕家屬當機器發出警示時的不安及焦慮。
- 6/8 說明會客探訪時間，適時安排醫師解釋病情及彈性調整會客時間。
- 6/8 入住加護病房時，協助預約由重症主任主持的病情討論會日期及時間。
- 6/9 會客時間衛教案夫預防壓傷、預防跌倒、洗手重要性的方法。
- 6/10 給予情緒安撫，傾聽了解原因，滿足其需求。
- 6/12 會客時間衛教案夫被動關節運動。
- 6/18 教導醫院APP程式下載安裝，提供護理部網頁衛教天地之資訊等，充實照護知識減輕焦慮。
- 6/18 安排住院醫師說明目前狀況及預備轉出事宜，說明至病房後需預防跌倒及嗆咳等狀況發生。

評估：

- 6/9 案夫在醫師解釋下主動表示自己可以了解個案病情及預後，在引導下能正

確說出各項管路留置之功能及重要性。

- 6/11 參與加護病房之病情討論會。
- 6/15 會客時間案夫會主動幫個案執行關節運動，與護理人員一同翻身檢視皮膚，離開個案時會拉起床欄並知會護理人員。
- 6/19 案夫能已有心理準備預備轉至普通病房，並已安排照顧人力，轉出時與病房護理師討論病人現存問題，擬訂後續照護計畫。

討論與結論

本文探討一位流感重症採俯臥治療的中年女性，面臨突發的重症，病情惡化速度快速，放置氣管內插管後由急診直接入住加護病房，帶給個案及其家庭極大的衝擊。入住加護病房後，因演變為急性呼吸道窘迫症候群，在重症醫療團隊立即評估及處置下，爭取最佳的治療時機，透過俯臥治療改善組織氧合、穩定生命徵象、避免產生俯臥治療合併症等，最後成功脫離呼吸器。而俯臥治療對一般人而言並不常見，筆者觀察到案夫因個案病情惡化快速、插管影響互動及溝通，且看到個案採俯臥姿勢、腫脹的外觀等，加上加護病房的探視時間限制，於會客時神情都顯緊張不安，在透過重症專業照護及跨團隊合作下，說明治療策略及病情進展，同理重症家屬所承受之身心壓力，協助減輕焦慮及不安，並在護理師的引導下共同參與照護過程，達到重症治療之全人照護。

當決定進行俯臥治療時是需要快速且立即進行的，而俯臥治療前後之措施及

需準備之用物繁多，建議可製作俯臥治療之查核表，提昇俯臥治療前後措施之完整性；針對家屬層面可以製作俯臥治療相關說明資料，提供完整的資訊有助於降低家屬焦慮程度。另外個案入住加護病房長達十天，加上因治療目的使用肌肉鬆弛劑，造成身體功能下降，對於體力及自我照顧能力有很大的影響，而後續的照護計畫須交由病房護理師接手進行，因此可於轉出時與病房護理師進行照護計畫之討論，詳細說明個案於加護病房期間存在的危險因子，協助快速銜接後續照護計畫，達到照護之個別性及持續性。

參考資料

- 林采蓉、黃敏瑤、粘惠先、劉佳琪、謝佩珊、陳淑惠(2015)·降低重症病房腹瀉病人失禁性皮膚炎發生率·*護理雜誌*，62(6)，81-89。
- 高玉音、黃瓊玉、黃珊、李文欽、陳文魁(2013)·重症病人家庭決策者焦慮及睡眠障礙之相關因素探討·*護理暨健康照護研究*，9(1)，53-64。
- 唐鈺婷、康 云、蔣立琦(2016)·以家庭為中心重症病人家屬的護理照護·*領導護理*，17(1)，2-13。
- 葉旻姍、王麒嘉、廖淑貞(2016)·預防醫療器材導致壓瘡之品質改善研究·*健康與建築雜誌*，4(2)，81-87。
- 衛生福利部疾病管制署(2016，11月23日)·*流感併發重症*·取自<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=4c19a0252bbef869&nowtreeid=4DC827595F55C334&tid=F81F5AF87939CAB0>
- Arevalo, J. J., Brinkkemper, T., van der Heide, A., Rietjens, J. A., Ribbe, M., Deliens, L., ... Perez, R. S. (2012). Palliative sedation: Reliability and validity of sedation scales. *Journal of Pain & Symptom Management*, 44(5), 704-714. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.11.010
- Drahnak, D. M. (2015). Prone positioning of patients with acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Nurse*, 35(6), 29-37. doi: 10.4037/ccn2015753
- Munshi, L., Del Sorbo, L., Adhikari, N. K. J., Hodgson, C. L., Wunsch, H., Meade, M. O., ... Fan, E. (2017). Prone position for acute respiratory distress syndrome. A systematic review and meta-analysis. *Annals of The American Thoracic Society*, 14(Supplement_4), S280-S288. doi: 10.1513/AnnalsATS.201704-343OT
- Rezoagli, E., Fumagalli, R., & Bellani, G. (2017). Definition and epidemiology of acute respiratory distress syndrome. *Annals of Translational Medicine*, 5(14), 282. doi: 10.21037/atm.2017.06.62
- Senecal, P. A. (2015). Prone position for acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Nurse*, 35(4), 72-74. doi: 10.4037/ccn2015990
- Thompson, B. T., Chambers, R. C., & Liu, K. D. (2017). Acute respiratory distress syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 377(6), 562-572. doi: 10.1056/NEJMr1608077

Nursing Experiences of a Patient with Severe Complicated Influenza Treated with Prone Ventilation

Pei-Ying Lee, Shaw-Shin Wu*, Su-Chen Pong**

ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a middle-aged woman who was sent to the intensive care unit due to severe complicated influenza. The nursing period was from June 8 to June 19, 2017. Gordon's 11 Functional Health Patterns Assessment was used. The identified nursing problems were gas exchange dysfunction, potentially dangerous skin problems such as impaired skin integrity, and caregiver anxiety. Through the cooperation of the intensive care team, using prone ventilation to improve oxygenation. During the treatment, we provided appropriate nursing care, avoiding complications caused by prone ventilation and relieving the anxiety of family members. With a suitable training plan implemented, the patient was successfully ventilator weaned and transferred out of the intensive care unit. A prone ventilation checklist is suggested to improve the integrity of the measures and preparations. A prone treatment leaflet is made available to reduce the anxiety of family members. We hope this article will provide a complete care experience to help patients through the acute phase and reduce comorbidities potentially caused by severe complicated influenza and prone ventilation. (Tzu Chi Nursing Journal, 2020; 19:2, 117-126)

Keywords: acute respiratory distress syndrome, prone ventilation,
severe complicated influenza

RN, Taichung Veterans General Hospital; Head Nurse, Taichung Veterans General Hospital : Supervisor, Taichung Veterans General Hospital

Accepted: July 18, 2019

Address correspondence to: Wu Shaw- Shin 1650 Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, Taiwan 40705

Tel: 886-4-23592525 #6030; E-mail: shawshin@mail2000.com.tw