

照顧一位電灼傷個案之 加護經驗

鐘珮真¹、趙紀硯²

中文摘要

本文探討一位25歲年輕男性因工作不慎誤觸高壓電，導致全身深度達2-3度電灼傷，佔總體表面積45%個案之加護經驗。2020年2月19日至3月26號照護期間，運用羅氏適應模式為評估架構，藉由觀察、會談、身體評估及病歷翻閱等技巧進行資料收集，確立個案有組織完整性受損、急性疼痛與身體心像紊亂等健康問題。

在護理措施方面，除了落實標準防護措施及遵守無菌技術傷口換藥以外，提供合適營養攝取及新生皮膚照護技巧教導，換藥過程中介入非藥物處置，緩解傷口疼痛，並運用簡易燒傷特定健康量表評估個案生心理及社會健康狀況，引導正向面對未來及重返社會。期望藉此照護經驗的分享，能提供臨床護理人員照護燒燙傷相關個案的參考。(志為護理，2022; 21:3, 123-133)

關鍵詞：電灼傷；身體心像紊亂；加護經驗

前言

依據統計資料顯示，2019年度7月至12月工作誤觸電流致傷案共58件，較去年同期上升10倍，主要為25-44歲之青壯年(勞動部勞工保險局，2020)。當觸電時其電流通過人體組織產生高溫，導致深層組織壞死，進而引發腔室症候群，此時需行截肢手術以減低感染及增加存活率(Culnan et al., 2018)。截肢後外觀改

變，易出現身體心像紊亂，嚴重可能有憂鬱和自殘等行為，產生生理、心理及社會健康問題(許等，2019)。

本文為探討一位25歲年輕男性，因工作不慎誤觸高壓電，導致全身達45% TBSA電灼傷。照護過程中發現個案除了面對傷口換藥及多次手術的疼痛外，還需面對因截肢外觀改變產生的心理問題，如無妥善處理將會導致自卑、憂鬱和社交隔離的情形，甚至成為此生的遺

花蓮慈濟醫院外科加護病房副護理長¹、花蓮慈濟醫院外科加護病房護理長²

接受刊載：2021年3月31日

通訊作者地址：趙紀硯 花蓮市中央路三段707號3樓外科加護病房

電話：886-932-522-291 電子信箱：chiyanchoa@gmail.com

憾，故引發探討此個案之動機，期望透過適切的護理措施，改善個案生理、心理問題，度過疾病治療過程，重返社會及維持社會功能。

文獻查證

一、燒傷概述

1. 燒傷基本評估及照護

燒傷是因接觸熱源、化學物質、放射線或電流引起的皮膚、黏膜或組織的傷害(林等，2015)，造成血管通透性改變、該處細胞組織及全身器官水腫和壞死，引發全身性生理變化(羅，2015)。傷口感染是最常見的併發症和致死主因，於傷口換藥時，應落實標準防護措施及手部衛生，嚴格遵守無菌技術，避免傷口長時間暴露，並觀察傷口狀況(衛生福利部疾病管制署，2015)。

燒傷深度分三度，一度傷及表皮層，一週內癒合且不留疤痕；淺二度傷及表皮層及部分真皮層，外觀呈現紅腫、透明水泡且有劇烈疼痛感；深二度傷及真皮深層，有白色大水泡；三度傷及全皮層，外觀呈深紅、死白或焦黑痂皮革樣，乾燥無彈性，需行筋膜痂皮切開術、清創與植皮手術才能癒合(黃、莊，2019；Culnan et al., 2018)。

清創及取皮區傷口可用親水性纖維、藻酸鈣鹽銀敷料覆蓋，達吸附滲液及止血效果，應加強敷料固定避免不當拉扯導致植皮失敗或增加傷口感染機率；傷口癒合形成厚實疤痕，易感到皮膚搔癢不適，可使用中性肥皂清潔、並使用乳液或植物油滋潤皮膚，以由外向內方式進行按摩減緩不適(羅，2015)。

2. 電灼傷概述及照護

嚴重度依電壓高低、強度、持續時間以及是否直接接觸電源等因素影響，電壓>1,000伏特屬於高壓電，電流易以血管或神經阻力較低的組織間傳導其方向為橫向或直向，可能引發心律不整甚至心搏停止(劉、楊，2019)；人體骨骼、骨骼肌及脂肪電阻大，電流通過易產生高溫導致深層組織壞死、細胞膜穿孔使蛋白質變性，造成腔室症候群、橫紋肌溶解症和急性腎衰竭(Waldmann et al., 2017)。密切紀錄心電圖變化，監測肌酸激酶(Creatine Kinase, CK)、肌紅蛋白(Myoglobin)，觀察尿液顏色，受傷2小時內給予體液復甦，使用Parkland formula〔4毫升×公斤體重×燒傷面積%〕計算24小時內所需的輸液量(Culnan et al., 2018)，並以1-2 ml/kg/hr或200-300 ml/hr尿液排出量為評估標準，直到尿液呈清澈或CK低於5,000 IU/L以下(Sharma et al., 2017)。

3. 營養支持

大面積燒傷後使新陳代謝加速，肌肉和蛋白質流失，受傷後24-48小時內儘早給予腸道營養，提供高熱量、高蛋白、補充維生素及礦物質，保護腸胃道黏膜及預防合併症產生，並維持血液白蛋白大於3g/dl(羅，2015)。以Curreri formula〔每日熱量需求=(25 kcal×燒傷前公斤體重)+(40 kcal×燒傷面積百分比)〕估算每日所需熱量；蛋白質供給量需佔總熱量的1.5到2克/每公斤體重，提供適量麩醯胺酸(glutamine)0.5克/每公斤體重，可減少炎症反應，促進蛋白質合成改善整體預後(林等，2015；羅，2015)。

4.疼痛控制

傷口疼痛及傷口換藥為主要造成病人的疼痛原因，可依疼痛數字量表(numerical rating scale, NRS)，持續性評估疼痛程度、性質及持續時間，適時介入疼痛處置，換藥前止痛藥物注射、常規口服止痛藥物使用，以降低疼痛感受；非藥物措施部分，提供安靜舒適環境，並於換藥前20-30分鐘播放其所喜愛的音樂至治療結束，能降低病人的焦慮及心跳速率，透過呼吸放鬆運動可有效降低不適感受與焦慮程度(許等，2019；Sharma et al., 2017)。

二、外觀改變對身體心像的影響與護理

重度燒傷患者因外貌及肢體功能改變，導致生理、心理及社會等多方面的衝擊產生負向想法及無助感受，出現身體心像紊亂影響治療及復健的意願，應儘早提供相關護理措施(黃、莊，2019)。簡易燒傷特定健康量表(Burn Specific Health Scale-Brief, BSHS-B)評估病人對於燒傷後的生理、心理及社會健

康狀況，其共40個題目，總分為0-160分，每題分數由「非常嚴重」= 0，到「一點也不」= 4，分數越低表越嚴重(Spronk et al., 2018)。主動關懷、鼓勵表達內心感受及情緒宣洩、以不批判的態度同理，給予時間調整自我，引導正向思考未來，建立新的身體心像及價值感，增進心理調適(蔡等，2019)。

護理過程

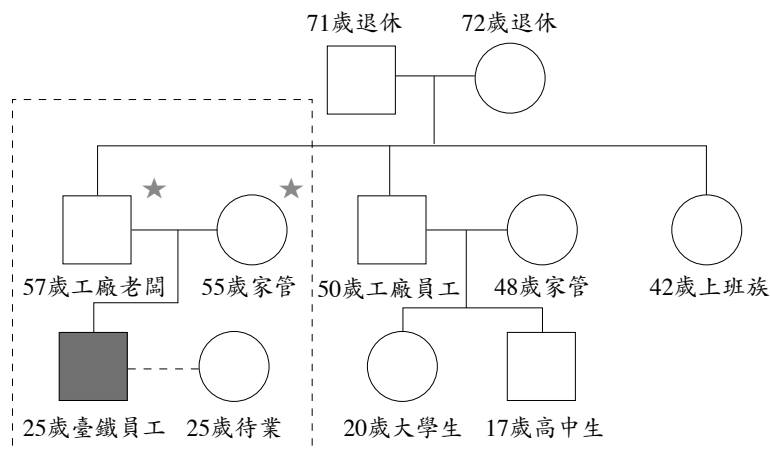
一、個案簡介

陳先生25歲，未婚，大學畢業，慣用國語，為家中獨子，與父母、女友同住，從事臺鐵維修，家中經濟小康，經濟來源為個案及案父，主要決策者為案父。無抽菸飲酒等嗜好，每年定期員工健檢，無發現異常。住院期間主要照顧者為案父母及案女友。

二、此次求醫過程及治療過程

個案於2020年2月19日進行鐵道維修不慎誤觸高壓電，由救護車送至本院時意識清楚，呼吸平順雙側胸部起伏一致，

圖一
家族樹



胸部X光顯示無異常、心電圖呈竇性心搏過速，前胸、背部、雙手及左腳淺二度至三度電灼傷佔總體表面積(total body surface area, TBSA)45%，收入燒燙傷中心照護。

三、護理評估

照護期間為2020年2月19日至3月26日，藉由觀察、會談、身體評估及病歷翻閱等進行資料收集，運用羅氏適應模式確立個案健康問題如下：

(一)生理需求模式

1.氧合和循環

在無使用氧氣的情況下週邊血氧濃度97~100%，胸部X光無異常，聽診雙側呼吸音正常，無使用輔助肌且胸廓起伏一致，生命徵象：體溫36~37℃，脈搏70~90bpm，呼吸15~23bpm，血壓100~130/65~85 mmHg；3月12日截肢術後周圍皮膚溫暖，其餘四肢末端呈粉紅色，微血管回充時間測試為1秒且觸摸溫暖，抽血檢驗Hb：14 g/dl、Hct：42~45%。

2.活動

入院前生活可自理，肢體外觀無畸形異常。3月12日行左前臂截肢手術，因手

術傷口疼痛不敢出力肌力為4分，餘肢體肌力5分，可自行使用右手拿取物品及進食，每日下午會依復健師教導的復健活動進行肢體伸展運動，活動可自理無肢體活動障礙問題。

3.休息

入院前平均睡眠時間約7小時無失眠情形；2月19至3月26日觀察睡眠時間約6-7小時，睡眠無中斷、日間無出現打哈欠情形。

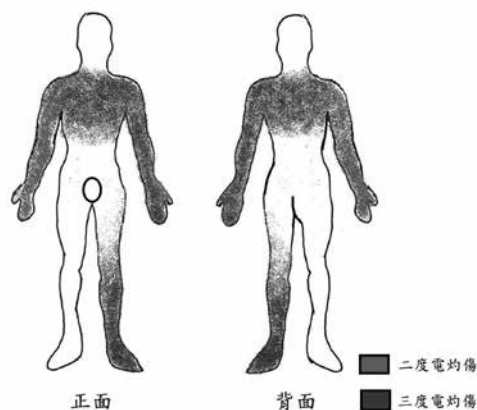
4.營養

無挑食習慣，身高175公分，體重56公斤，身體質量指數(BMI)：18.3 kg/m²。運用curreri formula計算熱量為3,200卡/天，2月20日由口進食食慾不佳，albumine：2.7 g/dl、Hb：14 g/dl，與醫師及營養師討論後訂製高熱量高營養餐3200卡/天及高蛋白補充品(創快復，164克/天)、麩醯胺酸30克/天、plasbumin 20% 50ml IVD Q12H使用。2月21日衛教案母可攜帶肉類食物、蒸蛋、豆類製品及富含維生素類水果(橘子、香蕉等)，提供蛋白質及

圖二
疾病治療過程

2/19	評估淺二度至三度TBSA 45%電灼傷，入住燒燙傷中心
2/26	行清創手術
3/1	行左手筋膜切開術
3/5	行清創手術
3/12	行清創手術及左前臂截肢術
3/16	重新評估燒傷面積為淺二度至三度TBSA 30%
3/20	行清創及植皮手術(取頭皮補前胸及左大腿)
3/23	重新評估燒傷面積為淺二度至三度TBSA 18%
3/26	轉至普通病房
5/4	出院返家

圖三
傷口型態



維生素攝取並鼓勵少量多餐，3月2日體重57公斤且無水腫，血液albumine:3.5 g/dl。

5.排泄型態與體液電解質

排便習慣為一天一次無便秘及解尿困難情形。2月19日需密切觀察排尿故存留導尿管16 Fr，尿液顏色呈茶色尿、無沉澱物，尿比重1.025、血液CK：24,773 IU/L、myoglobin：27,787 ng/ml、K：3.8 mmol/L，尿液Myoglobin：282.1 ng/mL，依照parkland formula計算24小時內需給予10,080毫升lactated ringer's，鼓勵水分攝取維持尿排出量1-2 ml/kg/hr。於2月25日血液CK：221 IU/L、myoglobin：101 ng/mL，尿液呈淡黃清澈，每小時尿量約80~100 ml，一日尿量為1,920~2,400 ml；照護期間排便型態為1~2天一次，呈深黃色成型軟便，腹部外觀無疤痕、無異常凹陷及隆起，腸蠕動音5~8bpm，觸摸腹部柔軟、叩診呈鼓音；由口攝取水分1,000~2,000 ml/day。血液檢驗：Na：135~140 mmol/L、K：3.4~3.8 mmol/L、Cl：98~110 mmol/L、BUN：10~18 mg/dl、Cre：0.5~1 mg/dl、eGFR：135~160 ml/min。

6.感覺與神經功能

Glasgow Coma Scale:E4V5M6，雙側瞳孔大小3.0mm且對光有反射，記憶及視、聽、嗅、觸覺等無異常。傷口疼痛醫囑開立tramacet 325 mg PO QID及morphine 8 mg IV PRNQ4H。2月19日第一次換藥時主訴：「啊!你們在幹嘛啦!痛死我了!」，全身緊繃、手及腳趾緊縮，臉部表情扭曲。2月20日換藥時主訴：「你們真的有幫我打止痛藥嗎?怎麼

還是那麼痛?可以溫柔點嗎!」、「可以不要換了嗎?很痛!」，過程中呼吸變急促且心跳次數增加，呼吸28~30bpm、脈搏110~130bpm、血壓165/85 mmHg，依NRS評估疼痛指數，主訴換藥時10分且性質為撕裂刺痛，表示：「我平常就比較怕痛，可以跟醫生說不要換藥嗎?」，約每4小時會要求打止痛針。

7.內分泌

無內分泌病史及家族病史。其外觀眼球無凸出、頸部無腫塊、毛髮柔細且髮量適中，指甲外觀正常無分離情形。照護期間飯前血糖: 80~98 mg/dL。

8.皮膚完整性

2月19日全深淺二至三度45 % TBSA電灼傷，電流入口點為左手，出口點為左腳，左手傷口60%呈灰白色、40%呈紅肉色表皮脫落及零星水泡約1*2 cm²、2*3 cm²，其餘傷口50%呈淡粉紅色及40%紅色組織。2月25日抽血檢驗WBC：27,000/ul、CRP：35g/dl、傷口細菌培養呈鮑氏不動桿菌。2月26日、3月5日及3月12日行清創手術，3月15日重評燒傷面積為二度至三度30% TBSA，3月20日行清創植皮手術，頭皮取皮區約15*10 cm²，3月21日觀察個案有調整植皮部位敷料及抓癢行為；左前臂呈灰白痂皮且末梢腫脹發紺冰冷，於3月1日行筋膜切開術，術後手掌仍無法自行活動、脈搏消失、觸摸冰冷且主訴無知覺，3月12日進行左前臂截肢手術。

9.性

主訴案女友是他的初戀，也有過性行為，會帶保險套保護彼此；勃起功能正常尿道口無分泌物、腹股溝無腫塊及陰

囊水腫。

(二)自我概念模式

2月20日觀察表情冷淡眼眶泛淚口氣不耐煩，表示：「被電成這樣，皮膚不知道會不會好？」、「昨天幹嘛送我來醫院，我都變這樣了，乾脆讓我死了算了！」，清洗傷口時拒絕看身上的傷口並且緊閉雙眼；2月28日啜泣流淚用棉被遮住臉部：「走開!不要靠近我，我變成這樣怎麼活下去!」，3月12日情緒激動表示：「我左手沒了跟廢人一樣!不能賺錢，身上還一堆疤，小貝(案女友)會不會不要我了?」。運用BSHS-B評估個案為94分，其中身體心像及工作項目平均2分。

(三)角色功能模式

第一角色為25歲男性；第二角色為兒子、男朋友、鐵路維修員；第三角色為病人。家庭成員感情融洽，與女友交往4年感情穩定。3月12日會談表示：「我現在很沒自信又有點害怕面對人群，也怕沒無法工作賺錢」。

(四)相互依賴模式

自覺獨立自主，會與父母討論重大決策，2月20日於開放探視時段觀察互動情形，個案雙眼緊閉拒絕與與家屬互動。

問題確立

筆者綜合以上護理評估，歸納其問題如下：

一、「組織完整性受損/與觸電致真皮層、全皮層受損有關」

對於突如其來的傷害個案對傷口改善有所疑慮。全身電灼傷深度達淺二至三度TBSA 45%，於2/26、3/5及3/12行過清

創手術；於3/1左前臂末梢脈搏消失、冰冷、無知覺進行筋膜切開術，仍持續惡化3/12行截肢手術。影響因素：主要刺激因素為電灼傷導致皮層受損、相關刺激因素為營養代謝改變，導致傷口癒合情形受影響，剩餘刺激因素為不了解治療過程。

二、「急性疼痛/與電灼傷傷口、傷口處置有關」。

依NRS評估，傷口換藥前後疼痛指數皆為10分，期間不斷主訴疼痛難受及懷疑藥物是否施打錯誤等，出現抗拒傷口換藥的行為，呼吸28~30bpm、脈搏110~130bpm、血壓165/85 mmHg，約每4小時會要求打止痛針。影響因素：主要刺激因素為大面積電灼傷傷口(淺二度至三度電灼傷45%)、清創植皮區及取皮區傷口為導致疼痛的主原因，相關刺激因素為換藥或活動時引起的傷口疼痛，剩餘刺激因素為個案本身疼痛耐受度低。

三、「身體心像紊亂/與受傷後身體外觀改變有關」。

有透露出尋短的念頭且求生意志低落，出現淡漠及敵意行為，對於未來滿是不確定性，透過BSHS-B進行身、心靈、社會整體評估獲得總分數為96分，其中身體心像部分平均僅2分具困擾狀態。影響因素評估，主要刺激及相關刺激因素為個案因左前臂截肢、全身傷口面積大，無法接受身體外觀及功能改變，剩餘刺激因素為擔心旁人眼光及無法成家立業而產生負面想法。

護理措施與執行過程

筆者針對以上進行資料分析後，運用

以下措施：

一、提供足夠營養攝取促進新生組織生長及遵守無菌換藥原則

(一)護理目標

個案及案母於3/2前能說出3項營養攝取及保護新生皮膚的方法，且電灼傷面積 $\leq$ 二到三度20%且無新增細菌培養菌種。

(二)護理措施

1.傷口換藥原則及預防感染：

執行傷口換藥時，落實標準防護措施及手部衛生，嚴格遵守無菌技術，換藥部位應個別移除舊敷料，避免傷口長時間暴露，以降低感染機率，並於每次換藥時評估傷口狀況，如深度、顏色、肉芽組織生長情形，組織滲液量、分泌物顏色、味道及性質等，評估有無紅、腫、熱、痛感染徵象；與醫師討論換藥頻率及方式，2/19-2/25依醫囑給予預防性抗生素cefazolin 1,000 mg IVD Q8H，追蹤CRP、WBC變化，會診感染科討論抗生素使用，並於2/25-3/26更改抗生素ciproxin 400 mg IVD Q8H、vancomycin 1,000 mg IVD Q12H。

2.評估傷口狀況並適時與醫師討論換藥方式：

2/19-3/26使用生理食鹽水清洗傷口，依醫囑使用藥膏塗抹，並與醫師討論傷口狀況及敷料選擇，在未植皮傷口部位使用磺胺銀藥膏(SSD)，一天兩次更換，植皮傷口及清創術後傷口使用aquacel Ag保持濕潤避免感染、頭部取皮傷口使用親水性纖維敷料覆蓋，提供傷口床較佳的生長環境，並於易出血部位選用藻酸鈣鹽銀敷料覆蓋，若傷口敷料滲溼及染

污，立即協助予以更換。

3.衛教何謂足夠營養攝取：

鼓勵個案少量多餐，依營養需求提供高熱量、高蛋白、補充維生素及礦物質，如：高熱量飲食3,200卡/天及高蛋白補充品(創快復，164克/天)、麩醯胺酸30克/天，衛教案母可攜帶肉類食物、豆類製品及富含維生素類水果(橘子、香蕉…等)，照會營養師討論個營養需求；2/20-3/1依醫囑給予、plasbumin 20% 50ml IVD Q12H，並追蹤抽血數值albumin變化，以評估腸道營養攝取狀況。

4.皮膚照護並預防再次損傷：

教導個案及案母新生皮膚照護技巧，如以中性肥皂清潔新生組織部位，一日至少2~3次使用嬰兒油滋潤皮膚，由外向內方式進行疤痕按摩力道應適中避免傷及新生皮膚；於植皮傷口部位要移除敷料時動作應輕柔，避免用搓揉或摩擦方式；覆蓋敷料後使用治療巾及彈紗加強敷料固定，並告知個案請勿自行挪動導致植皮物脫落，如有敷料鬆脫時，應立即告知護理人員。

二、緩解傷口疼痛並促進舒適

(一)護理目標

個案於3/13前可以說出並執行3項緩解疼痛的方法，並且於3/26前個案於換藥過程中，疼痛指數能降至5分以下。

(二)、護理措施

1.疼痛預防及評估：

使用NRS評估疼痛指數，每兩小時密切監測個案疼痛徵象、症狀、部位、性質、持續時間，紀錄給予止痛藥物時間、作用及副作用，依醫囑給予口服藥物 tramacet 325mg QID，於換藥前半小

時依醫囑給予morphine 8 mg IV 使用。視傷口狀況與醫師討論敷料使用，如：已清創及取皮部位可選用aquacel Ag親水性纖維敷料，維持適當濕度，促進傷口癒合及避免因頻繁更換敷料導致的疼痛。

2.主動關懷其不適感受，教導非藥物緩解疼痛技巧：

主動探視、傾聽及非語言溝通技巧，關懷個案疼痛問題，教導個案及案母有關非藥物緩解疼痛的方法：(1)呼吸放鬆運動，換藥前20-30分鐘開始播放其喜愛的音樂至治療結束，以輕柔的口氣安撫其情緒。(2)換藥時動作輕柔採集中式護理減少疼痛刺激時間。(3)教導並協助左前臂截肢部位按摩技巧、冰敷、抬高及復健護理技術等，促進靜脈回流減輕水腫及降低不適感。

三、使個案能夠接受身體心像改變事實，並正向面對未來

(一)護理目標

個案能正視自己的傷口於3/20前能夠表達外觀改變的因應方法，主動向護理人員分享未來規劃，運用BSHS-B評估，其身體心像部分平均可達3分且總分可高於96分以上，且無退縮及拒絕他人情形。

(二)護理措施

1.建立良好護病關係及信任感：

適應階段處於衝突及退卻期時，應注意隱私、經常探視、主動傾聽、以不批判的態度回饋，並適時鼓勵抒發情緒，引導正向思考面對問題；安排每日固定時間與個案會談(16:00-16:30)，鼓勵個案允許親友及同事探視，鼓勵與探視者互動。

2.主動且漸進式與個案討論傷口變化及日後照護重點：

傷口換藥時主動告知傷口變化及復原情形，當心理狀況穩定後，漸進式引導正視身體外觀，如：(1)敷料移除時引導查看自己傷口狀態、使用全身鏡查看全身傷口癒合情形。(2)告知其燒傷程度傷及真皮層及部分全皮層，傷口癒合後一定會有疤痕，藉由疤痕按摩及壓力衣使用可避免疤痕過度增生；截肢術後初期提供能遮蔽全身傷口及左前臂的方法，會客時間協助棉被遮蓋身體、穿著長袖病人服遮蓋肢體；安排復健師一同討論復健計劃，如：燒傷復健注意事項、殘肢術後照護知識及復健注意事項，未來義肢選擇；提供本單位燒傷照護手冊，衛教有關傷口分級預後、疤痕、復健等知識，促使瞭解日後照顧及復健重點。

3.藉由傷友勵志故事鼓勵個案：

利用會談或是空閒時刻上網搜尋截肢後重返職場案例，適時稱讚個案所做的努力增加自我照護參與感及自信，利用會談時間觀看多位燒傷個案的暖心故事、公眾人物燒傷後重返舞台的心路歷程，使其了解自己並不是孤軍奮戰，並引導說出心裡感受。

結果評值

一、轉出加護病房前，營養攝取狀況佳、電灼傷面積縮小且無感染：

經由提供營養攝取衛教後，個案3/2 albumin：3.5g/dl，測量體重為57公斤，雖未達理想體重但已比入院體重增加1公斤，食慾佳且無挑食。於3/23評估個案可於新生皮膚部位塗抹嬰兒油並由案母

協助進行疤痕加壓按摩，詢問案母何為適當足夠營養攝取及保護新生皮膚的方法，案母表示：「叮嚀兒子不用手觸摸傷口或是自己調整敷料、新生皮膚部位會癢但是不能抓癢，可以加強保濕並由外向內方式加壓按摩疤痕，就比較不會癢」、「我現在一天都會準備少量但很多餐，適當補充高蛋白食物」。

3/23重新評估灼傷面積為二度18%，前胸及雙手僅剩零星紅色肉芽組織，行傷口細菌培養無新增菌種，植皮取皮部位有新生肉芽組織約80%，無感染徵象，其餘部位呈粉紅新生皮膚及部分疤痕。3/26抽血檢驗WBC:9,800/ul、CRP:3 g/dl，左前臂截肢術後傷口已上皮化，無紅、腫、熱、痛感染徵象；照護期間評估體溫36~37°C，無發燒。

二、疼痛獲得緩解，換藥過程其不適感受明顯改善：

教導緩解疼痛技巧，3/13起於每次換藥前都會自行選取喜愛的音樂撥放，且過程中已習慣做深呼吸放鬆技巧，還可以說出可看電視、玩手機或聊天轉移疼痛注意力。因個案疼痛耐受度較低，在換藥過程中偶有皺眉情形，3/26觀察個案能看電視並主動與護理人員聊天，依NRS評估，主訴：「之前剛開始換藥的時候真的超痛!那個時候10分痛，現在沒那麼痛了，疼痛指數大約4分吧!多虧有打止痛藥跟妳教的方法!」。

三、個案負面想法已消除且能正向面對未來並積極規劃：

個案受傷初期極為自卑，藉由良好治療性關係建立後，3/15換藥過程中，面帶微笑並正視自己的傷口表示：「我

一剛開始真的很害怕傷口不會好，現在看起來有些地方已經長肉跟皮膚了」。3/20觀看陽光基金會其他傷友的勵志故事後，個案表示：「他受傷程度比我嚴重還那麼樂觀，我不能在那麼悲觀了!我少了左手還有右手可以工作啊!等手術傷口好了，就可以訂做義肢了，等我好了要快點工作賺錢!」。其眼神堅定勇敢對於未來非常期待。3/26個案笑容滿面與親友、醫護人員互動良好，開放探視時可主動與親友分享在網路上看到的新笑話，無出現哭泣及退縮行為，使用BSHS-B評估體心像部分平均得分3.75分且總分達134分。

結論與討論

本文描述一位25歲年輕男性，因工作意外導致身體外觀改變，加上治療過程疼痛艱辛，出現沮喪、無自信等負面想法。藉由文獻搜尋，筆者對於個案因疼痛及身體心像改變產生的負面想法，擬定合適個案的護理措施，傷口換藥過程中觀察疼痛狀況給予止痛藥物、教導放鬆及轉移注意力法及選用合適敷料，減少換藥的疼痛，希望個案度過急性期傷口換藥的痛苦，增加接受治療及復健的意願，每日固定時段陪伴個案，運用文獻提及關懷技巧後，個案從抗拒關懷到主動表達心裡感受，雖然過程中花費不少時間及心思，但對於改善個案生心理層面問題是有幫助。個案於3月26日轉出燒燙傷中心，5月3日至病房探視時傷口面積二度5%，滿臉笑容表示：「我明天就可以出院了!謝謝你之前的鼓勵，才讓我從低潮走出來」。

團體復健計畫可有效提供燒傷個案身體功能訓練及同儕心理支持(王等, 2017)。但因重症單位常以處理急性期問題為主且無多餘人力可以舉辦團體活動為本案限制, 建議可運用團體或病友會等活動分享病友心路歷程, 提供多元建議讓個案的照護需求獲得解答, 病友亦能成為典範加強心理支持及職能復健效應。

參考文獻

- 王柏堯、黃維貞、曾威舜(2017)·燒燙傷團體治療之經驗分享與探討:以八仙塵爆事件為例·*臺灣職能治療研究與實務雜誌*, 13(1), 47-57。https://doi.org/10.6534/jtotrp.2017.13(1).47
- 林郁勳、林秀華、史麗萍、楊永健(2015)·大面積燒傷治療·*護理雜誌*, 63(1), 12-16。https://doi.org/10.6224/JN.63.1.12
- 許家菱、黃莉媛、蘇家縵(2019)·運用羅氏適應模式照顧一位青少年因意外截肢之護理經驗·*長庚科技學刊*, (30), 111-121。https://doi.org/10.6192/CGUST.201906_(30).10
- 黃文香、莊寶玉(2019)·照顧一位大面積燒傷病人的護理經驗·*臺大護理雜誌*, 15(2), 146-158。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.146-158
- 蔡沁羽、張靜鳳、劉姿儀、徐子秦、黃佳瑩、洪瑜蓮(2019)·燒傷患者心理社會層面之照護·*長庚護理*, 30(2), 160-167。https://doi.org/10.6386/CGN.201906_30(2).0003
- 羅淑芬(2015)·嚴重燒傷病人護理處置·*護理雜誌*, 62(4), 82-88。https://doi.org/10.6224/JN.62.4.82
- 勞動部勞工保險局(2020·3月3日)·勞工保險職業傷害給付人108年7月至12月·https://www.bli.gov.tw/0104093.html
- 劉開璽、楊宗翰(2019)·心臟電擊傷的診斷與治療·*內科學誌*, 30(5), 299-304。https://doi.org/10.6314/JIMT.201910_30(5).01
- 衛生福利部疾病管制署(2015·7月9日)·醫療機構燒燙傷病人感染管制措施指引·https://www.cdc.gov.tw/Category/ListPage/NO6oWHDwvVfwb2sbWzvHWQ
- Culnan, D. M., Farner, K., Bitz, G. H., Capek, K. D., Tu, Y., Jimenez, C., & Lineaweaver, W. C. (2018). Volume resuscitation in patients with high-voltage electrical injuries. *Annals of Plastic Surgery*, 80, 114-118. https://doi.org/10.1097/sap.0000000000001374
- Sharma, K., Bichanich, M., & Moore, A. M. (2017). A 3- Phase approach for the management of upper extremity electrical injuries. *Hand Clinics*, 33(2), 243-256. https://doi.org/10.1016/j.hcl.2016.12.012
- Spronk, I., Legemate, C., Oen, I., Loey, N., Polinder, S., & Baar, M. (2018). Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. *Public Library Of Science*, 13(5), 1-21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197507
- Waldmann, V., Narayanan, K., Combes, N., & Marijon, E. (2017). Electrical injury. *British Medical Journal*, 357, 1-7. https://doi.org/10.1136/bmj.j1418

Intensive Nursing Experience of Care for an Electrical Burn Patient

Pei-Zhen Zhong¹, Chi-Yan Chao²

ABSTRACT

This article describes the intensive care experience provided for a 25-year-old male patient suffering from shallow second degree to third degree burns on 45% of body surface area due to accidentally touching high voltage electrical cable at work. During February 19, 2020 to March 26, 2020, we applied Roy's adaptation model to assess and improve the patient's health with the methods of observation, conversation, physical assessment and history review. The result indicated that the patient's nursing problems included impaired tissue integrity, acute pain, and disturbed body image. In regard to nursing process, we used standard precautions, complied with aseptic dressing technique and provided guidance on adequate nutrition therapy and newly developed skin care education. During dressing change, we applied non-drug treatment to reduce the pain. The Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) was also employed to assess the patient's physical, psychological and social health condition. We provided mental health support to adequately release emotion, and guide the patient in positive thinking and future planning. We anticipated the patient's successful return to society and social functioning. We share the care experience with this patient as a reference for clinical nursing practitioners dealing with care of burn cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2022; 21:3, 123-133)

Keywords: disturbed body image, electrical burn, Intensive nursing experience

Assistant Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital Surgical Intensive Care Unit¹; Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital Surgical Intensive Care Unit²

Accepted: March 31, 2021

Address correspondence to: Chi-Yan Chao No. 707, Sec. 3, Zhongyang Rd., Hualien City, Hualien County 97004, Taiwan 3F Surgical Intensive Care Unit.

Tel: 886-932-522-291 E-mail: chianchoa@gmail.com