

降低胸腔科病人呼吸困難程度之改善方案

李妍慧¹、楊雨蓁¹、徐孟婷¹、劉佩華²、陳貴香²、吳偉芬²、賴秋芳²、林素英³

中文摘要

本專案以北部某醫學中心胸腔內科病房為對象，統計2019年1-3月病人呼吸困難程度平均7.1分、僅36%會執行自我緩解方法，評核護理人員執行呼吸困難照護完整率66%，故進行專案改善。改善方案包括：擬定緩解呼吸困難照護準則、設計喘喘評估六步驟口訣及提醒標語、製作輕鬆呼吸五步驟衛教單張、製作緩解喘喘救肺扇、製作呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡、設定緩解呼吸困難輔具使用原則。經專案實施後病人呼吸困難程度下降至2.4分，護理人員執行呼吸困難照護完整率提升至100%，達成專案目的，增加病人自我緩解的因應能力，降低呼吸困難程度，提升呼吸困難照護完整性及醫療團隊照護品質。(志為護理，2022; 21:3, 99-111)

關鍵詞：呼吸喘、呼吸困難程度、呼吸困難照護、呼吸緩解方法

前言

呼吸困難是指個人不愉快或不舒服的呼吸感覺，美國胸腔學會對呼吸困難的定義是「一種主觀的呼吸不舒服經驗，包含各種不同強度的獨特感覺」。這種經驗是經由生理、精神、社交及環境等因素互相影響而來，同時可能造成後續生理及行為反應(陳誠仁，2010)。

呼吸困難是胸腔科病房病人最常見的

症狀之一，隨著住院與急性發作次數的增加，在日常生活活動時，會有持續性的呼吸困難，而導致憂鬱的程度增加、產生社交隔離、日常活動自理困難，而運動訓練也常使病人產生呼吸困難的感覺，故儘管接受治療後仍有50%的病人呼吸困難未減輕(謝、林，2014)，除了會引起病人不適外，更會讓照顧者及患者焦慮緊張，嚴重時甚至會導致病人需要插氣管內管治療。因疾病的不可逆

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理師¹、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理長²、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理部督導³

接受刊載：2021年5月10日

通訊作者地址：劉佩華 333 桃園市龜山區復興街5號

電話：886-3-3281200 #2954 電子信箱：peihualiu@cgmh.org.tw

性，故臨床照護上以降低病人在活動中呼吸困難程度為治療目標，提升病人生活品質(羅等，2018)。

本單位為胸腔科內科病房，在臨床上發現許多住院病人發生呼吸困難時，常容易緊張且有不知所措情形，而護理人員在評估病人呼吸困難標準不一致，甚至大部分人員因工作忙碌及無標準化護理流程，未提供相關呼吸困難緩解之護理指導，導致病人呼吸困難程度無法獲得改善，因此引發本專案成立動機。期望以有效方案介入，達到降低病人呼吸困難程度。

現況分析

一、單位簡介

本單位為北部某醫學中心之胸腔內科病房，總床數共174床，2018年平均佔床率96.1%，住院病人疾病診斷排行依序為肺炎(31.8%)、支氣管及肺惡性腫瘤(18.1%)、慢性阻塞性肺疾病(6.6%)等，病人特性以65歲以上老人居多(80%)。胸腔科健康問題以痰液蓄積(35%)、呼吸困難(28%)及咳嗽(16%)為常見。

護理人員共82人，護理年資≤1年共5人(6.1%)，1~3年共37人(45.1%)，4~7年共30人(36.6%)，≥10年共10人(12.2%)，其平均年資約為5年左右。

二、呼吸困難照護作業流程

當住院病人主訴有呼吸困難情形時，護理人員則先立即監測生命徵象及完成身體評估，並檢查氧氣設備及身上管路功能等情形，若評估病人意識狀況清楚，且生命徵象及血氧濃度穩定時，則提供緩解呼吸困難的護理措施指導，口

頭教導病人調整舒適臥位、教導採噉嘴式呼吸，並安撫病人與家屬緊張的情緒。30分鐘後再次評估病人呼吸困難情形有無獲得緩解，若表示有緩解，可列入觀察及交班，若呼吸困難情形未緩解，則立即通知醫師評估與處置，並持續追蹤其呼吸困難程度、症狀與緩解情形。

三、胸腔科病人呼吸困難程度之現況

為了解胸腔科病人呼吸困難程度，依相關文獻及參閱本院肺炎、慢性阻塞性肺病及肺癌等疾病照護標準擬定「胸腔科病人呼吸困難程度及病人自我使用緩解方法調查表」為工具，於2019年1月18日~3月18日以訪談法進行調查120位病人呼吸困難程度及自我緩解方法使用的情形，結果顯示：以0-10分呼吸困難程度，病人呼吸困難程度平均為7.1分，詳見表一。

發生呼吸困難時有64%會直接通知護理師，有36%病人會先執行呼吸自我緩解的方法，經詢問了解原因有：1.當下情緒緊張只想請護理人員幫忙並能立即獲得緩解；2.護理人員僅以口頭方式衛教，所以病人會記不住；3.護理人員每次指導內容不一樣，發生呼吸困難時不知道要先做哪一項，詳見表二。

四、護理人員執行呼吸困難照護調查

為了解胸腔科護理人員執行呼吸困難照護，依相關文獻及本院肺炎、慢性阻塞性肺疾病及肺癌疾病護理標準擬定「胸腔科病房護理人員執行呼吸困難照護觀察表」。於2019年3月20~4月20日調查82位護理人員執行呼吸困難病人照護。結果顯示：護理人員執行呼吸困

表一
胸腔科病人呼吸困難程度前後改善調查結果

項目	改善前(A)		改善後(B)		差異(%)
	n	%	n	%	(B-A)
0分	0	0	0	0	0
1分	0	0	40	33	33
2分	0	0	31	26	26
3分	0	0	26	22	22
4分	0	0	11	9	9
5分	27	23	8	7	16
6分	24	20	4	3	17
7分	22	18	0	0	18
8分	17	14	0	0	14
9分	17	14	0	0	14
10分	13	11	0	0	11
平均		7.1分		2.4分	4.7

註：(N = 120)

表二
病人自我使用緩解方法前後改善調查結果

項目	改善前(A)		改善後(B)		差異(%)
	n	%	n	%	(B-A)
會維持呼吸道通暢(通知護理人員抽痰、戴氧氣)	16	13	112	93	80
會搖高床頭採半坐臥姿	12	10	105	88	78
會身體前傾	4	3	88	73	70
會採噁嘴呼吸	6	5	103	86	81
先放鬆情緒	2	2	64	53	51
使用風扇	3	3	102	85	82
通知護理師	77	64	35	29	35

難照護完整率僅達66%，以未評估呼吸困難程度0%、風扇使用7%、未指導身體前傾18%為最低。經了解後護理人員表示：1.無評估量表故未評估呼吸困難程度；2.病人當下發生呼吸困難情形不同，僅針對導致因素給予指導；3.因護

理作業繁忙，僅提供疾病別衛教單張，但未有症狀緩解衛教指導工具；4.無額外枕頭、風扇可提供，病人使用床旁桌皆於用餐期間，導致無足夠工具，詳見表三。

五、護理評估工具及緩解設備調查

調查單位設置呼吸評估工具及緩解設備包括:1.聽診器無固定放置位置,有些掛於工作車上或是血壓機上,沒有定點置放,取得不易;2.床旁桌每單位配置4~6張且使用後未歸還或擺放床邊放置私人物品;3.枕頭數量每病床僅配置1個,無額外提供使用;4.單位沒有呼吸困難相關評估量表。

綜合上述分析結果,將影響緩解呼吸困難程度之因素,依護理人員、病人、設備及流程繪製特性要因圖,見圖一。

問題確立

根據現況分析結果發現胸腔科病人呼吸困難程度高達7.1分,主要原因為:一、病人自我緩解執行率36%;二、護理人員執行呼吸困難照護完整率66%;三、呼吸困難照護流程未標準化;四、缺少呼吸困難評估程度工具及緩解設備。

專案目的

專案小組依據現況分析結果參考王、游(2016)「癌末病人呼吸困難使用風扇是否可改善其自覺呼吸困難程度之設定病人自覺呼吸困難程度」之下降目標值及專案小組能力,設立本專案目的為:胸腔病人呼吸困難程度改善前7.1分改善後2.5分。目標達成率:現況-(現況x改善重點x小組能力)=7.1 -(7.1 x 80%x 80%)=2.5。

文獻查證

一、呼吸困難相關概述

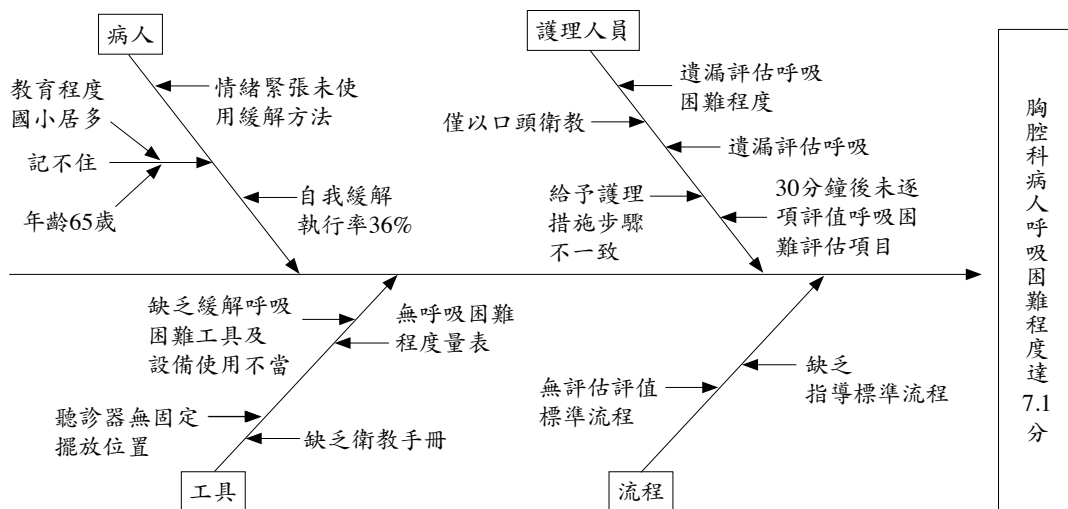
呼吸困難是指病人主觀的感受到呼吸不舒適、不順暢的感覺,常出現於心肺疾病、癌症及慢性肺阻塞疾病之病人。導致的原因通常難以治癒,發生率和嚴重程度隨著疾病進展或死亡臨近而增加,病人在經歷呼吸困難過程中,吸不

表三
護理人員執行呼吸困難照護完整率前後改善調查結果

評估項目	改善前(A)		改善後(B)		差異(%) (A-B)
	n	%	n	%	
生命徵象(意識、SPO2)	80	98	82	100	2
呼吸系統(呼吸音、速率、型態、痰液)	75	91	82	100	7
檢視用氧狀況	82	100	82	100	0
檢查胸腔引流管	35	42	82	100	47
使用呼吸困難程度量表	0	0	82	100	100
維持呼吸道通暢(抽痰、給氧)	82	100	82	100	0
搖高床頭採半坐臥姿	82	100	82	100	0
身體前傾	15	18	82	100	67
噁嘴呼吸	75	91	82	100	7
教導放鬆	65	79	82	100	17
風扇使用	6	7	82	100	76
完整率		66		100	34

註:(N=82)

圖一
胸腔科病人呼吸困難程度之特性要因圖



到氣的感受會使其感到無助、恐慌。長期下來對身、心、社會多方面產生負面的影響，嚴重影響其生活品質與增加社會負擔(黃詩凌等，2018)。

二、呼吸困難的症狀與評估

每個人對於呼吸困難的感受、強度因人而異，可能因生理、心理、社會及環境等因素的交互影響，依不同病人可能有不同主訴，包括：呼吸喘、窒息感、胸部壓迫感、吸不到氣的感覺等，皆為口語主觀表達的意思，因此而容易忽略了嚴重度的重要性(張等，2016；謝、林，2014；O'Donnell et al., 2019)。故臨床上對於呼吸困難的評估，除了病人主觀的描述外，也可使用量表，客觀評估呼吸症狀嚴重程度，如視覺類比量表或柏格式量表，使用了0-10的分數來代表呼吸困難的程度，從「完全沒有」到「最大程度」代表相對應分數的多寡得

分愈高則表示呼吸困難的主觀感受愈嚴重(黃承緯等，2018)。

三、呼吸困難處置與護理指導策略

呼吸困難治療目標以減輕病人「喘的感覺」為主，可分為藥物及非藥物治療，藥物治療包括吸入性類固醇、支氣管擴張劑藥物等(廖等，2019)；非藥物治療包括：1.氧氣治療；2.呼吸訓練：如噁嘴式呼吸；3.舒適臥位：協助病人以不壓迫胸部，身體微傾臥於床上桌的坐姿，再運用枕頭，維持舒適臥位；4.使用風扇：機轉為透過風吹向臉部的上唇至鼻部，使涼風吹送三叉神經之第二分支上頷神經、第三分支下頷神經的氣流接受器，將神經訊息傳遞回大腦皮質調節呼吸困難的感受及抑制呼吸中樞的驅動(Swan et al., 2017)，減少臉部皮膚溫度，感到有氣體在流動而產生舒適的感覺，進而可減輕呼吸困難的感覺及症狀(林，

2014；張等，2016；陳昱芬等，2015；Ekstrom et al., 2015)。運用適當教學策略進行護理指導，可透過圖片文字幫助病人了解，能有效減少焦慮，如：衛教單張及手冊等，亦可彌補護理人員因工作繁忙導致皆以口頭解說的不足，且對於護理人員而言，藉由舉辦教育訓練、制定標準照護流程再輔以口訣記憶，能使護理人員依步驟操作，可達到護理指導內容一致化(吳等，2014；陳尹甄等，2018)。因此，適切的評估工具可正確評估呼吸困難程度，儘早提供呼吸困難緩解措施，對病人可改善不適感及增進護理人員在臨床照護品質及處理能力(張等，2016)。

解決辦法

專案小組成員運用全員共同決策的方式，根據現況分析調查，並參考相關文獻，依可行性、適當性、經濟性、效益性進行矩陣圖決策分析，以5-3-1評價法，5分表示可行性高，1分表示可行

性低，經以評價項目總分*0.8，共得36分以上列為可行方案。專案小組選定「擬定緩解呼吸困難照護準則」、「設計喘喘評估六步驟」、「製作輕鬆呼吸五步驟衛教單張」、「設定緩解呼吸困難輔具使用原則」、「製作緩解喘喘救肺扇」、「製作呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」、「舉辦緩解呼吸困難照護教育訓練」，作為解決之方案，分析如表四。

執行過程

本專案進行期間由 2019年4月25日至8月30日，為期4個月專案行程。為計畫期、執行期及評值期，其執行工作進度表，如表五。

一、計畫期(2019年4月25日至6月2日)

(一)擬定緩解呼吸困難照護準則：

於4月25日至5月10日依相關文獻及參閱本院肺炎、慢性阻塞性肺病及肺癌等疾病照護標準與專科醫師共同討論並擬定護理人員對呼吸困難病人照護準則。

表四
專案之矩陣分析表

解決方案	可行性	適當性	經濟性	效益性	總分	選定方案
擬定緩解呼吸困難照護準則	15	15	15	15	60	O
設計「喘喘評估六步驟」口訣及提醒標語	15	15	15	15	60	O
製作「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張	15	15	15	15	60	O
製作呼吸困難衛教海報	3	3	3	3	12	X
舉辦自我緩解呼吸困難團體衛教	3	3	3	3	12	X
製作緩解喘喘「救肺扇」	15	15	15	15	60	O
製作「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」	15	15	15	15	60	O
設定緩解呼吸困難輔具使用原則	15	15	15	15	60	O
護理系統增設呼吸困難評估量表	5	3	3	3	14	X
舉辦緩解呼吸困難照護教育訓練	15	15	15	15	60	O

註：1分表示可行性低；3分表示可行性中；5分表示可行性高；小組人員數3人，總分36分以上達選定方案。

表五
專案執行進度表

		2019																				
		時間(年月週)	4月				5月				6月				7月				8月			
項目			4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
計畫期	1.擬定緩解呼吸困難照護準則		*		*		*															
	2.設計「喘喘評估六步驟」口訣及提醒標語						*		*													
	3.製作「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張									*	*											
	4.製作緩解喘喘「救肺扇」									*	*											
	5.製作「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」										*											
	6.設定緩解呼吸困難輔具使用原則										*											
執行期	7.計畫舉辦在職教育											*										
	1.宣導緩解呼吸困難照護準則及舉辦在職教育												*									
	2.使用「喘喘評估六步驟」口訣												*	*								
	4.使用「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張												*	*								
	5.使用緩解喘喘「救肺扇」												*	*								
	6.使用「呼吸困難程度紅綠燈圖卡」												*	*								
	7.應用緩解呼吸困難輔具(聽診器、枕頭及床旁桌)使用原則												*	*								
評值期	1.病人對呼吸困難程度調查結果													*	*	*	*	*	*			
	2.病人自我緩解方法執行率調查													*	*	*	*	*	*			
	3.護理人員執行呼吸困難照護完整率													*	*	*	*	*	*			

標準流程：當呼吸困難病人入院當天，自我介紹並給予「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張，說明緩解呼吸困難執行方法，提供緩解喘喘「救肺扇」、枕頭及床旁桌使用原則，當有呼吸困難時可先執行緩解步驟，若情況未改善，予告知護理人員。當病人主訴呼吸困難時護理人員監測生命徵象，並使用「喘喘評估六步驟」及「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」，進行呼吸困難程度及身體評估，當生命徵象不穩定或意識改變時需立即通知醫師評估及處置，若意識清楚且生命徵象穩定，可詢問病人有無執行緩解五步驟及確認方法是否正確，能正確執

行五步驟但呼吸困難未改善則需立即通知醫師評估及處置，針對執行方法錯誤之病人，需加強衛教指導，再給予回覆示教，若病人表示呼吸困難有緩解可列入觀察及交班，並持續追蹤其症狀與緩解情形。

(二)設計「喘喘評估六步驟」口訣及提醒標語：

於5月11日至5月16日由專案小組針對護理人員在臨床上能力評估，根據參考文(陳尹甄等，2018)，討論出評估口訣內容為：用(呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡評估)、一(意識)、生(生命徵象)、關(觀察用氧及引流管)、心(呼吸系統)、您，自製圖

卡於呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡背面及製作7×4公分直立式提示標語，並黏貼於血壓監測器面板上如圖二。

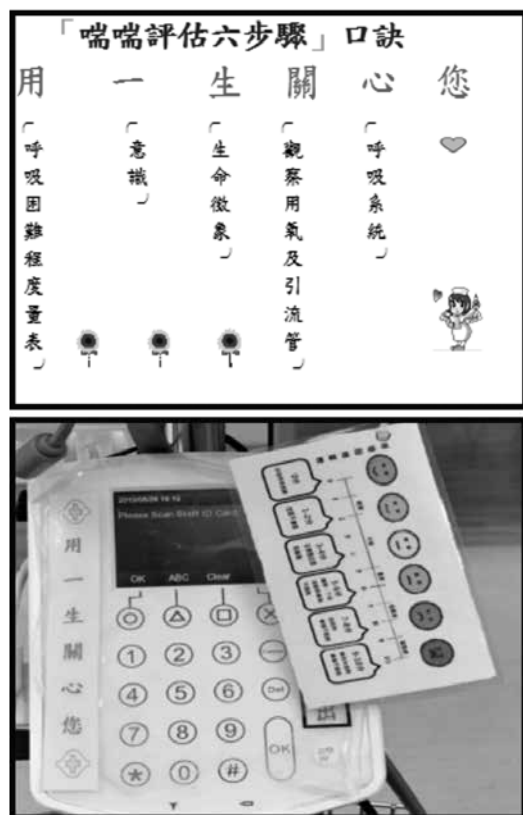
(三)製作「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張：

於5月11日至5月16日由專案小組參閱相關文獻及院內規章共同討論規劃「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張內文含(定義；原因；症狀；呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡；緩解呼吸困難五步驟文字說明及圖片)，大小A4正反2頁，以增加病人自我緩解呼吸困難能力，如圖三。

(四)製作緩解喘喘「救肺扇」：

於5月17日至5月24日專案小組根據「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張內容製成

圖二
「喘喘評估六步驟」口訣及提醒標語



圖三
「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張

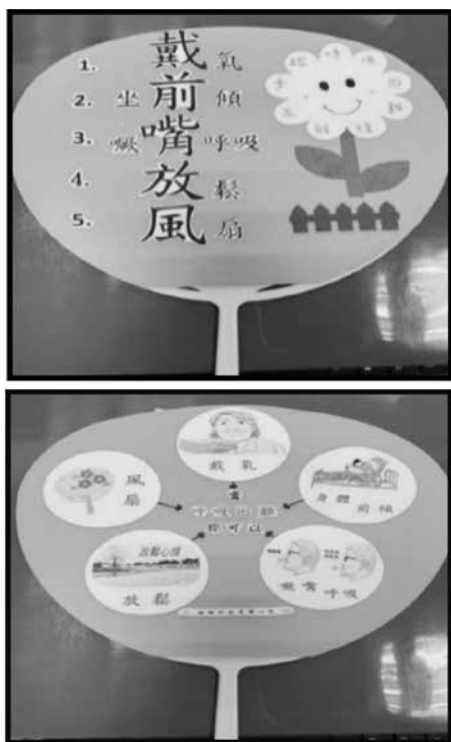


大小長35公分、寬30公分扇子第一面為緩解呼吸困難五步驟文字版，內容為：戴氧氣、坐前傾、噘嘴呼吸、放鬆、風扇；第二面為圖片版，放置於病室入院須知壓克力板內，以利病人呼吸困難時可用，如圖四。

(五)製作「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」：

於5月25日至6月2日專案小組根據疼痛相關文獻及院內規章製作「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」，0-3分為輕度以綠色臉譜代表、4-6分為中度以黃色臉譜代表、7-10分為重度以紅色臉譜代表，尺寸設定為12×6公分掛於血壓監測器上，提供護理人員評估並以標準用語詢問病人：「您現在覺得呼吸困難程度為幾

圖四
緩解喘喘「救肺扇」



分？當下呼吸困難時在做什麼？做什麼可以改善呼吸困難？」如圖五。

(六)設定緩解呼吸困難輔具使用原則：

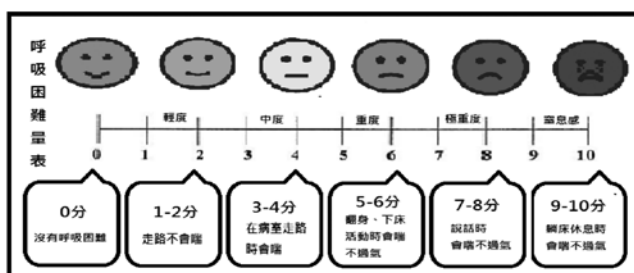
於5月25日至6月2日經護理人員統一討論固定擺放位置，護理人員聽診器使用完畢應掛於血壓監測器上，利於評估使用。枕頭數量每單位每病床1顆，增設每單位7~8顆枕頭，床旁桌數量每單位各配置6~8張，依據枕頭及床旁桌設定使用原則包括：目的、適用範圍、適用對象及使用原則，輔具使用原則公告預張貼於儀器室緩解呼吸困難輔具區牆壁上，輔具以呼吸困難病人為優先使用，枕頭使用完需立即歸還，床旁桌則用餐後30分鐘內或使用完後需歸還至緩解呼吸困難輔具區。

一、執行期(2019年6月3日至6月30日)

(一)舉辦緩解呼吸困難照護在職教育訓練：

於6月3日至6月10日於胸腔科各單位病房會議共舉辦3場，由專案小組擔任講師講述內容並示範指導流程，向單位護理人員說明專案目的，公佈緩解呼吸困難照護準則，照護過程病人應閱讀「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張，教導如何執行緩解呼吸困難方法、緩解呼吸困難輔具

圖五
「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」



使用原則，並主動關懷病人反應及滿意度，加強病人指導及護理人員檢討。課程時間1小時，出席率93%，另外6位因放假無法出席者，則由專案小組組長協助交班及宣導。

(二)使用「喘喘評估六步驟」口訣：

於6月11日至6月30日病人入院第一天開始，當病人主訴呼吸困難時，護理人員依照護準則使用「喘喘評估六步驟」口訣評估，便於護理人員確立病人問題，給予適當衛教減輕不適。

(三)使用「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」：

於6月11日至6月30日當病人主訴呼吸困難時，護理人員應依照護準則使用「呼吸困難程度評估紅綠燈圖卡」評估，便於護理人員確立病人問題，給予適當衛教減輕病人不適。

(四)使用「輕鬆呼吸五步驟」衛教單張：

於6月11日至6月30日呼吸困難病人入院第一天開始，確認照顧者，由護理人員依作業標準流程給予衛教單張教導病人及照顧者，若不識字者以加強衛教單張圖片說明，在衛教指導過程中，遭遇之困難為病人年齡65歲以上居多且表示五步驟常記不住，故專案小組討論以口訣方式，經小組反覆修正最後討論出口訣為戴、前、嘴、放、風。

(五)使用緩解喘喘「救肺扇」：

於6月11日至6月30日因呼吸困難病人入院第一天開始，確認照顧者，告知「救肺扇」放置處及使用方法，以利病人使用，並經由護理人員執行治療期間觀察及詢問使用頻率。

(六)應用緩解呼吸困難輔具(聽診器、枕頭及床旁桌)使用原則：

於6月11日至6月30日由專案小組人員不定時檢查護理人員聽診器使用完應掛於血壓測量器上，提供枕頭及床旁桌於病人及家屬使用完畢應務必歸還至緩解呼吸困難輔具區，並將輔具使用原則公告張貼於儀器室緩解呼吸困難輔具區牆壁上。

三、評值期(2019年7月1日至8月31日)

專案小組於2019年7月1日至8月31日以「胸腔科病人呼吸困難程度及病人自我使用緩解方法調查表」方式進行訪談共收案120位病人，在執行指導後病人及照顧者對呼吸困難自我照護程度，以「胸腔科病房護理人員執行呼吸困難照護觀察表」方式進行收案共82位護理人員，查核呼吸困難病人照護完整率，並進行前後差異比較。

結果評值

一、病人呼吸困難程度調查結果

針對病人呼吸困難程度調查，經改善後病人呼吸困難程度由7.1分降至2.4分，詳見表一。

二、病人自我使用緩解方法調查結果

針對病人自我使用緩解方法經改善後由36%提升至80%，未使用自我緩解方法就立即通知護理人員則下降至29%，詳見表二。

三、護理人員執行呼吸困難照護完整率調查結果

護理人員執行呼吸困難照護完整率經改善後，完整率由66%提升至100%，詳見表三。

結論

經專案施行後，透過輕鬆呼吸衛教單張、救肺扇、枕頭及床旁桌使用，提供病人與照顧者使用緩解呼吸困難的方法及工具，並對年老不識字者也能以圖片的方式讓其了解，達到降低呼吸困難的程度，並藉由喘喘評估六步驟口訣以及呼吸困難程度紅綠燈圖卡，建立呼吸困難評估流程標準化，加強護理人員呼吸困難照完整率，提升照護品質，減輕病人呼吸困難的程度，達設定目標。

專案實施過程中，護理人員一開始對於使用「救肺扇」可降低病人呼吸困難程度持有質疑的態度，是初期最大的阻力，經由單位主管及醫師宣導推動專案目的及用意，並實際執行後，病人於發生呼吸困難時，使用緩解工具皆表示可改善當下呼吸困難程度，因有效性的結果也增加後續的推行。在專案施行後由於胸腔科病房執行成效良好，已於2019年12月將「呼吸困難程度紅綠燈圖卡」「救肺扇」「緩解呼吸困難五步驟口訣」「輕鬆呼吸衛教單張」等改善方案平行推展至胸腔內科加護病房。

文獻中提到使用風扇可緩解呼吸困難程度，但因臨床上有用電安全疑慮以及針對生命徵象不穩定的病人不適合此護理指導，故為執行改善專案上的限制。改善與建議：臨床上發現照顧者多為外籍護工，可製作「越南、印尼」衛教單張，達到病人自我因應能力。建議將呼吸困難評估納入護理資訊化系統，可提升護理人員照護完整性並藉此提供醫師臨床參考依據，進而提升醫療團隊照護品質。

參考資料

- 王謹熏、游馥蓮(2016)．癌末病人呼吸困難使用風扇是否可改善其自覺呼吸困難程度．*彰化護理*，23(1)，72-74。https://doi.org/10.6647/CN.23.01.10
- 吳淑芬、林貴珍、陳正彥、蘇浩博、劉洪香水、李來涼、洪俊傑(2014)．提升疼痛護理指導之成效．*北市醫學雜誌*，11(4)，84-94。https://doi.org/10.6200/TCMJ.2014.11.4.09
- 林妙穎(2014)．協助一位肺癌末期病人善終之護理經驗．*嘉基護理*，14(2)，40-48。https://doi.org/10.29936/DMFCCHJN
- 張碧華、許帆煊、江秀慧、劉怡伶、陳美玉、吳佳蕓、張基晟(2016)．多團隊呼吸困難照護群組在肺癌住院病人呼吸困難之臨用．*腫瘤護理雜誌*，16，57-74。https://doi.org/10.3966/168395442016101603005
- 黃承緯、黃柏翰、梁惠茹、王玠能、蔡瑞鴻、邱威鑫(2018)．兒童呼吸困難症狀控制．*臨床醫學*，81(4)，243-246。https://doi.org/10.6666/ClinMed.201804_81(4).0042
- 黃詩凌、賴維淑、方素璵(2018)．運用風扇緩解呼吸困難－系統性文獻回顧與臨床應用．*護理雜誌*，65(4)，84-93。https://doi.org/10.6224/JN.201808_65(4).11
- 陳尹甄、郭素真、夏惠珍、陳淑芬(2018)．提升NPGY學員Pig-tail．引流管照護完整性．*榮總護理*，35(2)，185-194。https://doi.org/10.6142/VGHN.201806_35(2).0008
- 陳昱芬、黃惠美、陳孟君、徐金菊、張碧華、徐倩儀、張美(2015)．建立癌症病人呼吸困難臨床照護指引．*榮總護理*，32(3)，256-276。https://doi.org/10.6142/VGHN.32.3.256
- 陳誠仁(2010)．呼吸道症狀:(一)呼吸困難．*健康世界*，(298)，26-32。https://doi.org/10.6454/HW.201010.0026
- 廖偉真、黃惠美、黃齡慧(2019)．以兩種不同非侵入性氧氣治療對癌症末期病人呼

- 吸困難緩解效果之比較・榮總護理，
36(3)，255-265。https://doi.org/10.6142/
VGHN.201909_36(3).0005
- 謝慧觀、林蕙鈴(2014)・緩和照護中伴隨
呼吸困難病人的處置・呼吸治療，
13(2)，23-33。https://doi.org/10.6269/
JRT.2014.13.2.03
- 羅舒帆、蔡昆道、劉奕亨、黃浩堯、許惠綾、
曹晏裴(2018)・嚴重肺阻塞病患執行
肺復原運動之呼吸照護經驗・呼吸治
療，17(1)，89。https://doi.org/10.6269/
JRT.201807_17(1).0054
- Ekstrom, M.P., Abernethy, A.P., & Currow,
D.C.(2015).The management of chronic
breathlessness in patients with advanced and
terminal illness. *British Medical Journal*, 349.
https://doi.org/10.1136/bmj.g7617
- O'Donnell, DE., Milne, KM., James, M., Dde
Torres, JP., & Neder, JA. (2019). Dyspnea
in COPD: New mechanistic insights and
management implications. *Advances in
Therapy*, 37(1), 41-60. https://doi.org/
10.1007/s12325-019-01128-9
- Swan,F., Newey, A., Bland, M., Bausewein, C.,
Booth, S., Johnson, M., & Yorke, J.(2019).
Airflow relieves chronic breathlessness
in people with advanced disease: An
exploratory systematic review and meta-
analyses. *Palliative Medicine*, 33(6), 618-633.
https://doi.org/ 10.1177/0269216319835393。

靜
思
語

一個人不怕錯，
就怕不改過，改過並不難。

～證嚴法師靜思語～

One should be afraid not of committing mistakes,
but of not correcting them.
It's not difficult to correct mistakes.

～ Master Cheng Yen ～



Improvement Plan to Reduce the Degree of Dyspnea of Thoracic Patients

Yen-Hui Li¹, Yu-Chen Yang¹, Meng-Ting Hsu¹, Pei-Hua Liu², Kuei-Hsiang Chen², Wei-Fen Wu²,
Chiu-Fang Lai², Su-Ying Lin³

ABSTRACT

This project is based on the thoracic medicine ward of a medical center in the north. According to statistics, patients' conscious dyspnea level averaged 7.1 points from January to March 2019, and only 36% implemented the self-relief method first, while the complete rate of nursing staff performing dyspnea care was 66%. This project aimed to improve these statistics. The improvement plan included drafting care guidelines for dyspnea, designing a six-step formula for wheezing assessment and reminder slogans, making a five-step health education leaflet for easy breathing, making a fan for relieving wheezing and lungs, making a dyspnea assessment traffic light chart, and setting relief principles for using assistive devices for breathing difficulties. After the implementation of the project, the patients' dyspnea level dropped to 2.4 points, and the complete rate of nursing staff in performing dyspnea care increased to 100%, achieving the purpose of the project and increasing the patient's ability to respond to self-relief, reduce the degree of dyspnea, improve the integrity of dyspnea care and the quality of care by the medical team. (Tzu Chi Nursing Journal, 2022; 21:3, 99-111)

Keywords: breath relief method, difficulty breathing, difficulty breathing care, respiratory asthma

RN, Linkou Chang Gung Memorial Hospital¹; Head Nurse, Linkou Chang Gung Memorial Hospital²; Supervisor, Linkou Chang Gung Memorial Hospital³

Accepted: May 10, 2021

Address correspondence to: Pei-Hua Liu No. 5, Fuxing Street, Guishan Dist, Taoyuan City 333, Taiwan

Tel: 886-3-328-1200 #2954 E-mail: peihualiu@cgmh.org.tw