

照護一位慢性阻塞性肺疾病 病人初次插管之加護經驗

黃芝瑩¹、林雅雯²

中文摘要

本文探討一位慢性阻塞性肺疾病急性惡化，初次氣管內管留置呼吸器使用入住加護病房治療之個案，護理期間2023/2/10至2/26，運用Gordon十一項健康功能型態進行護理評估，透過直接觀察、與個案紙筆溝通及查閱病歷方式收集健康資料，確立個案有低效性呼吸型態、活動無耐力、焦慮等健康問題。照護期間密切監測病況發展，給予身體照護、關懷、心理支持，運用同理心建立治療性人際關係；透過醫療團隊共同討論醫療決策計劃，會診復健師安排復健運動以及呼吸治療師教導有效呼吸方式及肺活量的訓練等，有效緩解喘的感受並順利移除管路，恢復其生活品質。期望藉此照護經驗分享，提供未來類似個案之參考。(志為護理，2026; 25:3, 134-143)

關鍵詞：慢性阻塞性肺疾病、初次氣管內管留置、呼吸器脫離

前言

慢性阻塞性肺部疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)為全球第三大死因，臺灣排名第九位(衛生福利部，2025)。COPD為不可治癒的慢性發炎反應，會長期破壞肺部，使肺功能逐漸惡化。呼吸困難、活動耐力低下是主要症狀，面對症狀病人採取

少動或不動的靜態生活，而此心生理症狀形成惡性循環，當病情反覆發作，甚至要長期呼吸器維持，導致生活品質、身體機能下降，以致死亡率提高，不但危害健康及生活品質，更使照護者心理造成極大壓力，對於醫療資源亦耗費龐大(Kahnert et al., 2023)，為此類病人照護是不可忽視的議題。

本文是一位COPD急性惡化，初次氣

亞東醫院內科加護病房護理師¹、亞東醫院內科加護病房護理長²
接受刊載：2025年10月2日
通訊作者地址：林雅雯 220 新北市板橋區南雅南路二段21號
電話：886-2-7728-4531 電子信箱：wen6774@femh.org.tw

管內管留置呼吸器使用入加護病房治療之個案。照護期間，因氣管內管置留無法溝通、對疾病不確定感及環境陌生，導致焦慮不安，過程中又經歷呼吸訓練不順遂，使生、心理產生壓力，故引發筆者動機，希望藉搜尋文獻及跨團隊討論方式，提供個案有關COPD之護理及後續居家照護準備事宜，做為臨床護理之參考。

文獻查證

一、COPD治療及照護

COPD雖無法痊癒，但為可預防及治療的慢性疾病(台灣胸腔暨重症加護醫學會，2025)。其致病機轉為吸入有害微粒或氣體引起肺及呼吸道產生慢性發炎，臨床特徵為不完全可逆之呼氣氣流受阻。一旦發生氣流嚴重受阻會產生呼吸衰竭，進而引發一連串之生心理問題，其分述如下：

(一)COPD產生氣體氧合相關問題與照護

COPD出現嚴重呼吸困難，可導致呼吸肌疲乏、作功增加，其症狀為使用呼吸輔助肌、胸腹呼吸動作不協調等情形，而血氧檢驗值： $\text{pH} \leq 7.35$ 及 $\text{PaCO}_2 \geq 45 \text{ mmHg}$ ，當此數據出現時正瀕臨呼吸衰竭，可選擇用非侵襲性呼吸器治療，如：雙相陽壓呼吸器(BiPAP)。倘若效果不彰，呼吸窘迫、低血氧症危及生命時，就應給予氣管內插管治療。護理措施：1.維持氣體交換：觀察生命徵象、意識、缺氧和血碳酸過高之徵象，抬高床頭、翻身或教導呼吸運動，例如：(1)深呼吸、(2)橫膈式呼吸、(3)噘嘴吐氣法，以拉開胸廓增加吸氣容積、血循及

氣體交換而改善肺功能；2.維持有效呼吸並呼吸道通暢：評估呼吸速率、深度及型態、教導有效咳嗽利用叩擊、震顫及姿位引流或噴霧治療促進痰液排出，必要時抽痰並紀錄痰液量、顏色及性質；3.若無法維持有效氣體交換，則依醫囑使用呼吸器治療(台灣胸腔暨重症加護醫學會，2025；李和惠等，2023)。

(二)COPD引發活動無耐力相關問題與照護

COPD患者會因長期呼吸困難、呼吸肌疲乏、作功增加症狀影響，需機械通氣治療、給予鎮靜藥物及臥床因素，易出現肌肉神經失能，導致肌肉無力，進而活動時疲憊感及耐受力降低(Kahnert et al., 2023；Troosters et al., 2023)。護理措施：1.教導呼吸肌訓練，改善肌耐力及預防肺功能退化；2.採漸進式活動，為減緩肌肉無力，可協助患者坐於床邊或坐輪椅，與家屬共同協助被動運動；3.適當補充高蛋白質及低碳水化合物食物，增加肺部復建之效能；4.與復健師擬定復健計畫協助上肢及下肢的緩和運動。含伸展訓練及肌力訓練，增加胸壁擴張及下肢肌肉力量，復健過程中給予氧氣或使用床上腳踏車，以利無法下床患者復健；5.跨領域團隊討論個案照護，助於呼吸器成功脫離(蔡毓真等，2021；Troosters et al., 2023)。

(三)COPD引發心理壓力問題與照護

COPD患者因疾病反覆出現肌肉無力、呼吸困難等症狀，導致缺乏完成日常活動的能力(Kahnert et al., 2023)，嚴重時需插管入住加護病房治療，長久之下延伸焦慮或憂鬱等心理問題，此情緒亦對病程產生眾多負面影響，包含死亡率

上升與醫療保健利用率增加等(李佳純、馮，2020；蔡宜燕等，2020)。照護重點為緩解心理壓力而改善生活質量，含1.醫療端解釋病情的進展，降低疾病不確定感引發的壓力、2.藥物治療，如抗憂鬱劑等、3.建立護病關係，運用觸摸等非語言方式，給予心理支持，亦需評估焦慮程度，可使用貝克焦慮量表等評估焦慮程度，依分數給予不同的措施、4.和家屬共用參與合宜肺部復健計畫，修正生活方式，如：戒菸、運動訓練、營養指導，可減少呼吸困難、疲勞和活動不耐受，以達減輕抑鬱和焦慮情形(李佳純、馮，2020；Pilgrim et al., 2021)。

護理評估

一、個案簡介

蕭先生，87歲，慣用臺語，信仰道教，已婚，教育程度為大學，為公務人員退休，育有四子，都已成家立業。與大兒子同住，家人間互動良好。

二、住院經過

2023/2/10因呼吸困難、咳嗽有痰，由家屬陪同救護車送入急診。格拉斯哥昏迷指數：E3V5M6，呼吸：40次/分，血氧濃度：88%。胸部X光：雙側肺部實質病變。動脈血氧分析pH：7.336、PaCO₂：58 mmHg、PaO₂：70.2 mmHg，HCO₃：20 meq/L，為呼吸性酸中毒，依醫囑執行氣管內管治療轉至加護病房。2/20呼吸器模式調為連續性氣道正壓模式(automatic tube compensation, ATC mode)，切換模式為一天兩小時，共兩次。2/21 ATC mode訓練，但過程中因呼吸費力且次數介於28~35次/分，故

暫停一次訓練。2/22採ATC mode，一天兩次，每次四小時。2/23延長呼吸訓練至八小時。2/24移除氣管內管，非侵入性正壓呼吸器使用。2/25動脈血氧氣體分析報告，pH：7.352、PaO₂：28.5 mmHg，更換simple mask 10L/min。2/26轉出加護病房，3/3因病況穩定出院。

三、Gordon 十一項健康功能型態評估

護理期間自2023/2/10至2/26，透過觀察、筆談及查閱病歷，並運用Gordon十一項健康功能型態進行評估。各型態說明如下：

(一)健康認知與健康處理型態

個案有心臟病、高血壓、COPD病史，定期門診追蹤，規則服藥，2/10案子：「我爸以前抽煙很兇，一天一包，現在因容易喘，嚴重影響生活，看醫生才戒掉煙癮，大約5年沒抽煙了」，住院期間對服藥治療及護理活動皆能配合，積極遵從醫囑開立相關處置。

(二)營養與代謝型態

2/10案妻：「三餐皆由我處理，以清淡為主，在咀嚼及吞嚥上沒有問題，但最近容易喘、咳嗽、食慾很不好，只喝湯水或軟的食物。」，住院前後比較：身高168公分，體重68公斤，身體質量指數(body mass index: BMI) 24kg/m²，屬正常無差異。皮膚完整無外傷，眼睛結膜無水腫，口腔黏膜無破損，四肢末梢微發紺且水腫1+。2/11血紅素13.6g/dL、白蛋白3.69g/Dl。觸診腹部柔軟、無腫脹及硬塊，腸蠕動音12-15次/分鐘。放置鼻胃管，一天六餐管灌，營養師建議1,500卡/天之配方奶，每餐200ml，反抽緊，消化佳。

(三) 排泄型態

2/10個案筆述：「平時解尿正常無灼熱、解便一天兩次，為咖啡色軟質，無便秘」。住院期間，放置導尿管，顏色呈黃色，未使用利尿劑之下每12小時尿量500至700cc，每日無使用軟便劑下解便至少一次黃軟成形，無腹瀉情形。2/10檢驗尿液常規無異常、糞便潛血反應(-)。

(四) 活動及運動型態

2/10案妻：「住院前可自行活動，平時都慢慢走去公園和朋友下棋，在住院前幾天，易疲累、喘，但休息十分鐘能好一點」。2/10胸部X光：雙側基底肺實變。呼吸：40次/分、心跳：125次/分、血氧濃度88%，插管轉入治療，筆述：「剛剛很喘，吸不到氣，好像有痰，但沒力氣咳，插管後有比較不喘了」，觀察胸腔起伏對稱，叩診雙上肺葉為反響音，聽診為濕囉音，痰液中量黃白稠狀。2/11筆述：「我很緊張，吸不到氣，很喘」，胸鎖乳突肌收縮、雙側頸動脈膨脹，呼吸為喘鳴音、呼吸：30次/分、心跳：115次/分、血氧濃度90%，依醫囑fentanyl pump run 3ml/hr鎮定使用、每12小時使用berodual及trimbow各4下吸入。2/12筆述：「入院前一動就喘，全身沒力氣，只有坐著或躺著才會改善，特別容易累」、「在家都沒食慾，一直咳嗽、很久才停，痰變多量黃白稠，很累都沒有力氣，喘的時候有咻咻聲」。2/14胸部X光：雙側肺葉浸潤增加，痰液量變多量、性質為稠狀黃白色，依醫囑acetylcysteine 300mg INHL每12小時使用。2/15雙手腳肌力皆3分，復健師予協助復健運動，僅能抵擋重力，予上

肢活動時，個案搖手表達：「好累，我的手和腳沒力，不想再做運動了」。2/20胸部X光：雙側基底肺實變改善。開始呼吸訓練，由同步間歇強迫呼吸模式(SIMV+PS mode)調整ATC mode。2/21ATC mode下，臉部潮紅且冒汗，呼吸35次/分、心跳120次/分，故提早1小時結束訓練。個案筆述：「今天訓練時我會喘不過氣，很累，是不是不能拔管了？」、「會不會之後訓練都失敗？怎麼辦？」。經評估有低效性呼吸型態與活動無耐力之健康問題。

(五) 睡眠休息型態

2/10案妻：「住院前生活規律，睡眠約5~6小時，習慣睡前聽廣播入睡，在冬天會因呼吸喘於清晨4點早醒」。照護期間，每2小時抽痰、翻身及拍背，睡眠易受影響，不易入睡且中斷。2/15觀察神情疲倦、臉部黑眼圈，由病室監視器發現翻來覆去、易驚醒。2/16筆述：「機器的聲音好吵，想睡但睡不著」、「有時候又喘而很累但又睡不好」。2/17依醫囑予Utapine 1# HS使用下，夜間可維持4小時睡眠不中斷。經評估有睡眠障礙之健康問題。

(六) 認知及知覺型態

2/10意識清醒，GCS: E4VTM6，雙眼老花配戴眼鏡矯正，無聽力問題。依醫囑予fentanyl pump，評估RASS (richmond agitation-sedation scale) 鎮靜程度評估表評分為：0分，照護過程可配合筆談需求。嗅、味、觸覺，末梢感覺無異常，無疼痛主訴。

(七) 自我感受和自我概念型態

2/10案妻：住院前個性直爽，但住院

後感覺容易緊張，2/12個案筆述：「這兩年已經看了十幾次醫生，第一次插管住院」。觀察個案易因開電燈、翻身治療、儀器警告聲而驚醒且神情緊張，貝克焦慮量表評估達19分，屬中度焦慮。2/20因肺炎改善開始安排呼吸訓練，但又因呼吸喘訓練中途失敗之經驗，個案筆述：「呼吸訓練讓我好喘、訓練還要幾天」，2/20會客期間，神情難過地，面露委屈。2/22執行護理治療時，個案拒絕不想翻身，筆述：「如果呼吸訓練失敗的話該怎麼辦」。2/23呼吸訓練順利，預計隔天拔管，個案緊張筆述：「如果明天沒有拔管該怎麼辦？」。經評估有焦慮之健康問題。

(八) 角色及關係型態

個案第一角色為男性、第二角色為父親、第三角色為病人，經濟小康，與妻子同住，小孩各自有家庭，遇到問題時會一起討論。會客期間家人皆會輪流來探視鼓勵，並陪同執行肺部復健運動。

(九) 性生殖型態

2/10住院期間予尿管清潔，檢視生殖器外觀正常，無發炎、腫脹及異常分泌物情形，筆述：「妻子跟我在一起60幾年了，我們感情很好，但年紀有了，沒有體力，也無性生活」。

(十) 應對壓力型態

2/10案妻：「他平時情緒穩定，有壓力會說出自己的想法，平時會去公園和朋友下棋或活動來舒壓，但因住院後覺得容易緊張想東想西」。2/21於會客時曾和案妻筆述表示：「會不會這次就沒機會再和朋友見面了，現在只能走一步算一步，盡力配合醫師和神明保佑」。

(十一) 價值信念型態

2/10評估個案信仰為道教，當面臨無法解決之壓力，會與太太去廟裡拜拜，藉由心靈上的慰藉和神明保佑讓自己安心。但自從住院後，無法拜拜由家屬祈求神明保佑，並求平安符置於床頭，希望疾病能得到控制，讓個案心安。

確立問題

綜合Gordon 十一項健康功能型態評估與分析，確立：

一、低效性呼吸型態與疾病造成呼吸道慢性發炎、無法換氣有關；二、活動無耐力與呼吸費力造成全軟弱無力有關；三、焦慮與疾病發展預後、生命受威脅有關；四、睡眠障礙與環境吵雜及疾病不適干擾有關

而睡眠障礙主因為疾病不適需入加護病房治療以及其環境吵雜導致，且篇幅限制及迫切嚴重性，故僅探討前三項健康問題。

護理措施與評值

一、低效性呼吸型態與疾病造成呼吸道慢性發炎、無法換氣有關(2/10~2/25)

(一) 主客觀資料

2/10個案筆述：「剛剛很喘，吸不到氣，好像有痰，但沒有力氣咳」，雙上肺葉為反響音，聽診為濕囉音。胸部X光：雙側基底肺實變，痰液量中黃白稠。呼吸：40次/分、心跳：125次/分、血氧濃度88%，動脈血氧氣體：pH:7.336、PaCO₂:58 mmHg、PaO₂：70.2 mmHg、HCO₃:20 meq/L，判讀為呼吸性酸中毒，執行氣管內管治療。2/11個案筆述：「我很緊張，吸不到氣，很喘」，

觀察胸鎖乳突肌收縮、雙側頸動脈膨脹，呼吸音為喘鳴音、呼吸:30次/分、心跳:115次/分、血氧濃度90%。2/12筆述:「在家都沒食慾，一直咳嗽、很久才停，痰變多量黃白稠，很累都沒有力氣，喘的時候有咻咻聲」，2/14胸部X光:雙側肺葉浸潤增加，觀察痰液量變多量、性質為稠狀黃白色。2/21筆述:「今天呼吸訓練時我會喘不過氣，很累，是不是不能拔管了?」。

(二)護理目標

2/22個案在呼吸訓練間，呼吸速率維持在12~20次/分、血氧濃度>95%。

2/25移除氣管內管後，個案在自覺呼吸喘時，可執行呼吸技巧調節呼吸節奏，使呼吸維持在12~20次/分、血氧濃度>95%以上。

(三)護理措施

1.護理性措施:2/10起評估意識、生命徵象及有無組織缺氧，觀察痰液顏色、性質、量，紀錄呼吸狀況，如聽診呼吸音、視診胸廓起伏、呼吸速率。翻身治療予背部叩擊及姿位引流，促進痰液清除。2/15了解習慣臥位合併半坐臥姿，因此利用活動性床上桌，調整高度配合臥姿，再請病家帶合適小靠枕，讓個案改善呼吸舒適度。2/18設定白天一天至少三次將床頭搖高使身體向前傾，教導深吸氣，雙手加壓腹部，引發咳嗽將痰液排除之技巧。2/20使用醫院line@推播衛教影片給家屬複習，會客時讓家屬參與回示教。

2.諮商性措施:2/19與呼吸治療師討論呼吸肌訓練計劃，配合作息選定08:30、16:30灌食前，準備1,000ml點滴

袋，放置腹部，增加腹肌力量。2/24拔管後，請家屬購買triflow呼吸訓練器，使身體採45-60度坐姿，先吐氣到底，含住咬嘴緩慢吸氣第一顆球，保持3秒後吐氣放鬆，再重複動作6-10次至可吸起第二至三顆球，增加肺活量。

3.醫療性措施:2/11依醫囑每12小時使用berodual及trimbow吸入治療及化痰藥品吸入，並追蹤痰液性質、量、顏色及藥物成效。同時呼吸訓練過程中持續觀察血氧及呼吸型態，訓練後抽動脈血檢驗查看變化。

(四)護理評估

2/22呼吸訓練時，個案可每8小時執行手扶腹部二次，進行深呼吸增加肺擴張。評估無使用呼吸輔助肌，呼吸維持18~20次/分、血氧濃度96%。2/24胸部X光:雙側肺葉浸潤改善。同日氣管內管移除後，可正確執行深呼吸運動調節呼吸速率，並使用Tri-flow練習吸起一個球，呼吸維持在16~18次/分、血氧濃度98~100%。2/25動脈血氧氣體分析改善，予更換simple mask 10L/min，血氧濃度98%。

(五)後續照護計劃

2/27至一般病房探視個案，未用氧氣面罩之下，無主訴呼吸喘及不適，並表示「先前教導訓練三球式呼吸訓練器，現在可以吸兩顆球，我繼續努力中，相信會越來越好的」。

二、活動無耐力與呼吸費力造成全身軟弱無力有關(2/10~2/25)

(一)主客觀資料

2/10個案筆述:「現在很喘，吸不到氣，有痰但沒有力氣咳」，2/11評估呼

吸：30次/分、心跳：115次/分、血氧濃度90%。2/12筆述：「入院前一動就喘，全身沒什麼力氣，只有坐著或躺著才會改善，特別容易累」、「在家都沒食慾，一直咳嗽、咳很久才停，痰變多量黃白稠，很累沒有力氣，喘的時候有咻咻聲」，2/15觀察神情疲累，評估雙手腳肌力皆3分，復健師予協助復健運動，僅能抵擋重力，予上肢活動時，個案搖手表達：「好累，我的手和腳沒力，不想再做運動了」，2/21個案筆述：「今天訓練時我喘不過氣，很累，是不是不能拔管了？」

(二)護理目標

2/20在復健師協助下每日執行上肢復健運動，一天二次，每次15-20下。2/25前可配合呼吸，並執行至少兩項增加肌耐力運動，過程中呼吸：20-25次/分，血氧濃度維持：98-100%。

(三)護理措施

1. 護理性措施：2/10起每班評估氧氣使用、呼吸及四肢肌力變化。與個案說明復健運動之重要性及注意事項，採漸進方式若有不適可立即停止，待症狀改善後再繼續。2/14評估主要照護者為太太及大兒子，推播「執行床上復健返家練習」影片衛教內容，在會客時讓家屬參與回示教，同時陪同復健外亦可用乳液幫助肢體按摩，增加安全感。

2. 諮商性措施：2/15會診復健師擬定計畫，協助做上肢及下肢的緩和運動，含伸展及肌力訓練，增加胸壁擴張及下肢肌肉力量。使用三隻點滴架架於床尾，製作成起身拉桿(monkey bar)器材，請家屬帶2瓶500ml的飲料瓶，吊於點滴

架呈拉桿狀，雙手握緊瓶子在日間行上肢復健，從5下開始，漸進式增加，或增加時間至少20分；晚上19:00-19:30則提供床上腳踏車使用，每次10分鐘，至少20下，以增加下肢肌力。

(四)護理評值

2/18個案能配合呼吸執行床上舉礦泉水瓶，一天二次，每次10下，個案筆述：「有點累，我以為很簡單，沒想到不容易」，過程中呼吸平順，血氧濃度維持：98-100%。2/20會客期間家人輪流探視陪同執行復健運動，個案可上舉上肢至少15下，呼吸平穩。2/24抬腿運動及踩固定式腳踏車抬腿運動(一天兩次)，Spo2維持：99-100%。

(五)後續照護計劃

2/27至一般病房探視個案，表示「有持續復健運動、沒事會去病房外散步，做事情會慢慢來，比以前不喘很多」。

三、焦慮與疾病發展預後、生命受威脅有關(2/10-2/25)

(一)主客觀資料

2/10案妻：「他個性直爽，平時情緒穩定，有壓力時會說出自己的想法，有空會去公園和朋友下棋或活動來舒壓，但住院後覺得他變得易緊張想東想西，容易緊張」。2/11個案筆述：「我很緊張，吸不到氣，很喘」，2/12觀察個案只要翻身治療、儀器警告響起，會驚醒且神情緊張，使用貝克焦慮量表評估19分，屬中度焦慮，個案筆述：「這兩年已經看了十幾次醫生，第一次插管住院」。2/20會客時間個案神情難過地，面露委屈樣。2/21個案向案妻筆述：「會不會就沒機會再和朋友見面了」，

2/22個案筆述：「如果呼吸訓練失敗的話該怎麼辦」，執行護理治療時，個案拒絕不想翻身。2/23個案緊張筆述：「如果明天沒有拔管該怎麼辦？」。

(二)護理目標

個案能在2/18前執行兩種減低焦慮的方法。2/24個案的貝克氏焦慮量表從19分降至8分。

(三)護理措施

1. 護理性措施：2/10起安排主責護理人員照護，評估個案慣用臺語，故用臺語自我介紹，執行護理活動前告知目的、過程，以減少緊張。同時予叫人鈴，有任何需求，可按此鈴，護理人員會盡快前來。也說明加護病房環境、家屬探病流程、身上管路用途及儀器目的，使其了解，並提供10-15分鐘，讓個案反映為何擔憂的原因。另教導個案對治療有疑慮可先記錄，在會客時間協同醫師向個案及家屬病情解釋，並針對不清楚之處，澄清增加對疾病的認知。2/17了解個案喜歡聽音樂、看影集與宗教寄託，因此用平板播放，轉移注意力，並請家屬帶平安符擺放，使心情平靜。2/21評估個案擔憂呼吸訓練過程，在會客時間之外，時間允許下開放家屬下班後19:00時段彈性時間陪伴，鼓勵給予正向回饋如：你真棒、慢慢來，有進步。

2. 諮商性措施：2/15-17協同復健師設計適合肺部及上下肢運動計劃，如請家屬帶二瓶500ml的寶特瓶，每日雙手高舉瓶子過肩5-10次，左右腳採床上腳踏車運動5-10次，一天1-3回，視情況增加次數。2/19向個案說明訓練進度，使個案有心理準備，學習腹部呼吸及有效咳嗽。

3. 醫療性措施：2/11起每天早上10點主治醫師醫師查房，轉知個案及病家擔憂的部份，並討論治療方針，使能夠理解疾病發展和治療方向。2/11-17因呼吸喘與夜眠差，依醫囑予fentanyl pump及utapine 1# HS使用下，觀察藥物成效。

(四)護理評估

2/16個案筆述想看平板來放鬆情緒，轉移注意力。2/18寫下：「不要想那麼多，要好好練習，讓肌肉有力量，才可以拔管子」、「煩躁時就聽復健師的，專注多做幾下舉瓶或踩腳踏車，不要想有的沒的」。2/23「我雖然是很擔心無法拔管，但知道要慢慢訓練，老婆和兒子在會客時鼓勵我，神明會保佑的，心情有看比較開」。當日貝克氏焦慮量表為15分。2/24移除氣管內管後，貝克氏焦慮量表為8分，口訴：「終於順利拔掉了，放心一點」。

(五)後續照護計劃

2/27至一般病房探視個案，個案表情輕鬆，「我現在會持續做呼吸訓練和體力的運動，可以在整個病房散步兩圈不會喘，這樣可以讓我不要那麼容易累，不會像之前那麼擔心。」

討論與結論

本文是一位COPD急性惡化，初次氣管內管留置轉入加護病房之個案，個案除了面臨疾病變化，加上氣管內管置留無法溝通、陌生環境醫療處置與呼吸訓練失敗經驗等，導致焦慮不安，進而影響治療過程。透過跨團隊討論醫療決策計劃，藉由護理師協同會診復健師安排復健運動，使增加維持肌肉力量，再加

上呼吸治療師教導有效呼吸方式及肺活量訓練等，最終有效改善呼吸舒適度感受並順利移除管路。在照護限制方面，COPD是一種慢性且不可治癒之疾病，因此此群病人常會因其症狀(喘、無力等)而生活品質受影響，因此當個案於轉出後，筆者至病房探視，個案仍能維持呼吸訓練運動，實屬不易，也使筆者感到欣慰，亦將護理照護獨特角色發揮最大功效。

筆者認為照護期間，最大困難為現今社會結構改變，多數家人需維持生計，因此到院學習照護技能時間有限，再加上加護病房為封閉式單位，要能在短時間做到探視、鼓勵、安撫及病情解釋之外是相當緊湊的，所幸提供呼吸訓練照護準備及家屬衛教影片，藉由院方line@網站推播病家先行學習，使之節省時間，同時搭配彈性會客，讓家屬多與個案相處，一同練習肌力呼吸等照護，以減輕焦慮、增加信心，最終成功脫離呼吸器，故建議照顧此疾病患者，盡早針對疾病問題提供適切性影音相關多媒體工具，使之可以反覆觀看練習，有助於更好的醫療品質，期望藉此照護經驗分享，提供未來類似個案之參考。

參考文獻

- 台灣胸腔暨重症加護醫學會(2025, 6月12日) · 2023台灣肺阻塞臨床照護指引。https://www.tspccm.org.tw/media/15048
- 李佳純、馮翠霞(2020) · 急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症 · 護理雜誌, 67(3), 23-29。https://doi.org/10.6224/JN.202006
- 李和惠、林麗秋、胡月娟、黃玉琪、吳碧雲、蕭思美、楊婉萍、江令君、林貴滿、林靜琪、許譯瑛、謝春滿、杜玲、陳秀勤、劉清華、傅家芸、郭淑芬、蔡麗絲、張珠玲…柯薰貴(2023) · 呼吸系統疾病病人之護理 · 於陳夏蓮總校閱 · 內外科護理學(七版, 1094-1111頁) · 台北市: 華杏。
- 蔡宜燕、顏淑梅、林善仰、陳微拉(2020) · 慢性阻塞性肺疾病之自我評估工具與護理應用 · 安泰醫護雜誌, 26(1), 41-49。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/18111955-202006-202006040006-202006040006-41-49
- 蔡毓真、許端容、王嫻嫻、洪仁宇、蔡忠榮(2021) · 肺復原於肺阻塞患者之應用 · 內科學誌, 32(6), 385-397。https://doi.org/10.6314/JIMT.202112_32(6).01
- 衛生福利部疾病管制署(2025, 6月12日) · 112年國人死因統計結果分析。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-79055-1.html
- Kahnert, K., Jörres, R. A., Behr, J., & Welte, T. (2023). The diagnosis and treatment of COPD and its comorbidities. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(25), 434 - 444. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0112
- Pilgrim J, Oji O, Hanson D (2021). Pulmonary disease, chronic obstructive (COPD): Anxiety and depression. *CINAHL Nursing Guide*. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T704179&site=nup-live
- Troosters, T., Janssens, W., Demeyer, H., & Rabinovich, R. A. (2023). Pulmonary rehabilitation and physical interventions. *European Respiratory Review*, 32(168), 220222. https://doi.org/10.1183/16000617.0222-2022

Nursing Care Experience of a COPD Patient Undergoing First-Time Intubation

Jhih-Ying Huang¹, Ya-Wen Lin²

ABSTRACT

This case report describes a patient with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who was admitted to the ICU for the first time with endotracheal intubation and mechanical ventilation from February 10 to 26, 2023. Nursing assessment was conducted using Gordon's 11 Functional Health Patterns, with data collected through observation, written communication, and chart review. Key health issues identified included ineffective breathing pattern, activity intolerance, and anxiety. During hospitalization, the patient's condition was closely monitored. Comprehensive care was provided, including physical support, emotional care, and psychological support. A therapeutic relationship was built through empathy. The healthcare team collaborated on treatment planning. A physical therapist was consulted to initiate rehabilitation, while a respiratory therapist taught breathing techniques and lung capacity training. These interventions helped ease dyspnea, allowed for successful ventilator weaning and extubation, and improved the patient's quality of life. This experience may serve as a reference for managing similar future cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:3, 134-143)

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, endotracheal intubation, ventilator weaning

RN, Nurse, Medical Intensive Care Unit, Far Eastern Memorial Hospital¹; MSN, RN, Head Nurse, Medical Intensive Care Unit, Far Eastern Memorial Hospital²

Accepted: October 2, 2025

Address correspondence to: Ya-Wen Lin No. 21, Sec. 2, Nanya S. Rd., Banqiao Dist., New Taipei City 220

Tel: 886-2-7728-4531 E-mail: wen6774@femh.org.tw