

一位壞死性筋膜炎病人之 照護經驗

張敏圓¹、朱卉愉²、蔡雪雅³

中文摘要

本文敘述一位72歲日本籍男性因直腸瘻管導致糞水流入左大腿，引發壞死性筋膜炎，接受暫時性腸造口及多次清創手術，長期治療與反覆換藥造成精神衰弱與無望感。照護期間自2023年8月6日至2023年8月22日，透過觀察、照護、會談與評估，依Gordon十一項功能性健康型態確認其問題為高危險性感染、急性疼痛及無望感，與醫師及傷口護理師調整換藥促進癒合并與營養師規劃飲食確保營養；由復健師設計運動及正確姿勢並於換藥前後實施音樂治療以舒緩不適。透過陪伴、鼓勵及家庭支持，增強病人參與治療動機並肯定自我價值，降低無望感。建議未來可導入智慧醫療雲端多語翻譯系統，促進即時溝通並提升照護品質，使病人逐步回歸原有生活。(志為護理，2026; 25:3, 144-152)

關鍵詞：壞死性筋膜炎、急性疼痛、無望感

前言

2024年國人十大死因糖尿病位居第五位，每年死亡人數約10,663人(衛生福利部，2024)，常因血糖控制不良，導致傷口不易癒合，容易引發壞死性筋膜炎之合併症，致死率極高，故須快速診斷、積極處理(World Health Organization [WHO], 2023)。壞死性筋膜炎治療是對組織進行清創手術，但清創後的開放性

傷口感到不適且擔心傷口癒合狀況、對未來的不確定感進而出現無望感(陳、周，2023；盧、謝，2023)。本文個案因疑似直腸瘻管導致糞水流入左大腿引起的感染，期間發現個案面臨傷口癒合不佳行多次清創手術、抉擇接受暫時性腸造口術，進而誘發筆者介入之動機。期盼藉照護過程讓其身心狀態回歸健康，並作為日後護理人員照護此類個案之參考。

中山醫學大學附設醫院第三加護病房護理師¹、中山醫學大學附設醫院第三加護病房護理長暨中山醫學大學護理系研究顧問²、中山醫學大學附設醫院社區護理組護理長、中山醫學大學護理系研究顧問暨弘光科技大學護理學院博士班學生³

接受刊載：2026年3月16日

通訊作者地址：蔡雪雅 臺中市南區建國北路一段110號 社區護理組

電話：886-4-2473-9595 #34823 電子信箱：csha444@csh.org.tw

文獻查證

一、糖尿病與壞死性筋膜炎之相關概述

1. 壞死性筋膜炎(necrotizing fasciitis)

是一種進行性延伸至真皮、皮下、肌肉及筋膜的軟組織，急速發作而使筋膜和組織受到破壞造成全身毒性反應，此疾病較不常見，一旦發現並接受立即治療其致死率仍達24%(冀、洪，2023；Wu & Ho, 2022)。臨床上最早出現水腫、疼痛和皮膚紅斑及發燒，進而出現水泡或皮膚呈麻木感，嚴重者導致敗血性休克或多重器官衰竭，若延誤治療，截肢及致命的風險極高，早期診斷及手術介入，可有效降低死亡率和截肢率(范等，2023；Chen et al., 2020)。治療方式為及時行筋膜切開術及進行清創手術為主，並使用廣泛性抗生素控制感染為輔，若患處擴及泌尿道及肛門直腸時，必要時應實施腸造口術(colostomy)，以降低染汙患處傷口(周等，2020)。

二、壞死性筋膜炎之相關照護

1. 高危險性感染之照護

壞死性筋膜炎以筋膜切開與清創控制感染，搭配定時換藥排出滲液與壞死組織促進再生。護理重點為監測生命徵象，追蹤白血球、發炎指數與傷口培養；觀察結腸造口外觀、血循、溫度、周圍皮膚及解便情形，注意是否有發黑、出血或壞死(張等，2020；陳、周，2023)。換藥前後應洗手並遵守無菌技術，評估傷口大小、分泌物與組織情況，並與醫療團隊討論及早移除侵入性導管，觀察發發表徵以控制感染(周等，2020；范等，2023)。營養則須充足攝取蛋白質、維生素與深色蔬菜水果，並補

充水分維持電解質平衡，以增強免疫力促進癒合(周等，2020)。

2. 疼痛之照護

美國醫療機構評鑑委員會(JCAHO)將疼痛列為第五生命徵象，若缺乏有效控制，將引起負面生理反應並降低活動力。臨床常用視覺類比量表(VAS)以0~10分評估疼痛，0為無痛、10為最痛，並依分數提供適切照護(范等，2023；盧、謝，2023)。

此類患者在執行傷口清創及換藥過程中，會引發劇烈的疼痛，故換藥前依醫囑給止痛藥，過程中動作應輕柔並使用生理食鹽水濕潤傷口後再移除患處紗布，減少因紗布沾黏組織牽扯的疼痛感(陳、周，2023)。除藥物治療外，應鼓勵患者表達自我感受，並給予適當的護理措施如：採集中式護理及漸進式活動、協助採舒適臥位、翻身時將患處固定降低牽扯傷口造成疼痛、看手機影片等轉移注意力、會客時間可教導家屬按摩讓肌肉放鬆等，協助患者降低不適感及減輕焦慮(周等，2020；陳、周，2023；范等，2023)；Lorek et al. (2023)實證證據等級1a的文獻中提及，研究發現實驗組連續五日每天介入兩次聽音樂30分鐘、連續七日每天介入兩次聽音樂一小時或每天介入聽音樂30分鐘、50分鐘、60分鐘等，可降低加護病房病人的譫妄、疼痛和焦慮程度，顯著低於未介入音樂的對照組($p < .05$)。

3. 無望感之照護

當個案需多次手術導致病程延長，對未知產生恐懼與不確定感，進而失去希望並出現無望感(盧、謝，2023；

Marchetti, 2019)。首先應建立良好護病關係，發現有情緒低落時可陪伴在身旁傾聽並引導個案說出感受及想法、對於提出的疑問及不恰當的訊息應加以澄清並導正錯誤觀念(陳、周，2023；盧、謝，2023)。同時可鼓勵親屬陪伴，透過音樂、電視等分散注意力，並以非語言回饋與宗教信仰支持(如平安符、佛像、照片)給予慰藉，協助患者重建希望(周等，2020；盧、謝，2023)。並分享成功案例，討論可達成目標並積極參與治療，以增強控制感與復健意願，減少無望感(施等，2020)。

個案簡介

一. 基本資料

72歲男性，高中畢業，本身為日本人，40年前與台籍太太結婚後定居於台灣，國語尚可溝通，喪偶，育有一男一女，職業為廚師。平常獨居，兒女皆在日本。住院期間的醫療決策權為自己和餐廳老闆。

二. 過去病史及此次入院經過

個案本身有糖尿病10年及20年前直腸癌行左半結腸切除併暫時腸造口放置術後，規則服藥控制。此次主訴左腳大腿外側麻痛加劇於2023年8月5日至急診求治，體溫：38°C、空腹血糖值：131mg/dl，追蹤脊髓核磁共振：無壓迫，下肢電腦斷層：左腳壞死性筋膜炎，抽血WBC：10,200/ul、CRP：29.550mg/dl，會診整形外科醫師行左大腿清創後返回加護病房，清創術後傷口大小：左大腿前側約30cm*15cm*2cm、左大腿後側約25cm*10cm*2cm。於8/6-8/8換藥期間，

左大腿後側傷口有糞水流出，8/9行大腸鏡發現直腸破洞、懷疑直腸瘻管，經大腸直腸外科醫師向個案及個案餐廳老闆解釋後8/10行第二次左大腿清創及以腹腔鏡行右腹迴腸造口，於右骨盆腔置入引流管，因手術關係置入氣管內管合併呼吸器使用，於8/12移除氣管內管，8/16行第三次清創並於傷口處置引流管，於8/22轉至病房續照護，11/13出院。

護理評估

筆者於2023年8月5日至2023年8月22日，經由觀察、會談、身體評估、直接照護及病歷查閱等方式進行收及資料，依據Gordon十一項功能性健康型態評估，確認健康問題如下：

一、健康感受-健康處理型態

個案自覺身體狀況尚可，無抽菸、偶爾喝酒，無藥物及食物之過敏史。加護病房換藥發現傷口處有糞水，8/7個案表示：「我傷口有大便，傷口會不會好不起來？」，個案傷口前側大腿約30m*15cm*2cm、後側大腿約25cm*10cm*2cm，傷口外觀紅腫、有滲血及糞水流出，8/7體溫37.8°C，抽血WBC：13,350 /ul、CRP：39.460 mg/dl、PCT：3.790，依醫囑給予抗生素及退燒藥治療。8/9個案表示：「我身上及傷口上管子好多，傷口那麼大，會不會感染？」。8/10個案住院期間曾置入氣管內管併呼吸器使用，一併置入鼻胃管、左鎖骨下中心靜脈導管、動脈導管及導尿管，給予營養支持、藥物治療和密切監測尿量。經評估確立有「高危險性感染」之健康問題。

二、營養-代謝型態

個案平時三餐及食慾正常。身高168公分，8/5體重76.1公斤，身體質量指數(BMI)：26.9Kg/m²，屬於體重過重，理想體重應為62公斤，考慮活動與壓力因子計算出應攝取熱量約1,500大卡/天。8/6-8/9因傷口有糞水流出，採清流質飲食，8/10插管後採鼻胃管灌食，攝取熱量可達1403大卡/天，8/12移除氣管內管後採少量多餐，食慾尚可，診視個案皮膚溫暖、四肢水腫約1+。經評估確立有「營養不均衡：多於身體需要」之健康問題。

三、排泄型態

個案平時每天解約5-6次清澈黃色尿液，1-2天解1次黃軟成型便。住院期間聽診腸蠕動音約10-15次/分，無脹氣，迴腸造口每日約有300-500ml糞水。每天導尿管尿液量約1,800-2,200ml，淡黃清澈。

四、活動-運動型態

個案平時無運動習慣，日常生活可自理。住院期間個案因左腳傷口面積較大故活動受限於床上，但可協助翻身，個案於床上復健時可配合復健，鼻導管3L/min使用下無呼吸不適情形。8/10因術後置入氣管內管，行呼吸訓練時個案表現較疲累，但可配合訓練並於8/12成功移除氣管內管。

五、睡眠-休息型態

個案自訴不需使用安眠藥助眠，每天可睡6-7小時。住院期間個案因在加護病房需每8小時換藥一次，進而影響夜眠品質，8/7白天探視個案時發現精神顯疲倦及嗜睡，經詢問後表示：「半夜都要被

叫起床換藥，無法睡覺。」。8/8個案主訴：「現在都睡的很不安穩，腳的傷口好痛，無法好好睡覺。」，觀察個案在白天頻繁打哈欠及打瞌睡。經評估確立有「睡眠型態紊亂」之健康問題。

六、認知-感受型態

個案意識與定向感清楚，感官知覺皆正常。住院期間個案溝通表達尚可，很關心自身身體狀況。8/6個案主訴：「我腳的傷口好痛。」，觀察個案表情皺眉，注意力較集中於自身的不舒服，翻身時會發出呻吟聲，評估疼痛指數約5分，依醫囑予morphine(10mg/amp) 0.6amp IM PRN使用。8/7個案在換藥期間表示：「我真的好痛，可以不要換藥嗎？」，觀察個案於換藥時會大聲呼叫及掙扎，評估疼痛指數約8分，依醫囑予utraphen(37.5/325mg/Tab) 1tab QID PO及fentanyl(100mcg/2ml) 1amp IVD於換藥期間使用。8/8換藥前向個案表示先施打止痛藥，觀察個案表情掙掙，且害怕表示：「換藥真的好痛，可不可以讓我睡覺、沒感覺，真的太痛了！」，個案邊說邊哭，且肌肉僵硬，經主治醫師評估後可給予propofol(200mEq/20ml/amp) 0.25amp IVP於換藥期間視狀況使用。經評估確立有「急性疼痛」之健康問題。

七、自我感受-自我概念型態

個案自述為樂觀的人，遇到問題可與家人及友人討論解決。個案知道每5-7天都要行清創手術之後，8/7表示：「我要一直開刀，是不是傷口都不會好？」，觀察個案表情有皺眉且注意力較集中於自身的不舒服，8/6-8/8期間面臨左腳傷口面積大併有糞水流出，需在

右腹放置迴腸造口，8/8個案主訴：「我還要在肚子上放一個人工肛門，會跟20年前一樣放的回去嗎？」，住院期間需要一天3次的換藥且不定時的清創，8/9個案表示：「我真的痛到要死掉了，乾脆死了算了！」、「為什麼要一直這樣折磨我」，個案於換藥時有流淚及反抗行為，換藥後常顯淡漠及不理會護理人員，8/10個案對於自己的健康狀況感到憂心並表示：「我的傷口真的會好嗎？」、「我這樣會不會不能再當廚師了？」、「我什麼時候可以回家？」，觀察個案態度顯低落、面無表情。從個案的陳述及對談中，觀察出個案態度顯低落、面無表情。經評估確立有「無望感」之健康問題。

八、角色關係型態

第一角色為父親，兒女皆定居於日本，平時會定時聯絡。住院期間無家屬在旁，代理人為個案工作場所的餐廳老闆，兩人相識超過20年，能協助聯絡在日本的兒女辦理返台事宜及處理醫療上的決策。

九、性生殖型態

個案自訴因年紀已高，平時無生理需求。生殖器外觀正常，無水腫及分泌物。

十、因應-壓力耐受型態

個案平時遇到問題時會自己做決定，偶會跟餐廳老闆討論。此次的壓力源自於陸續的清創及每日三次的換藥，皆會讓個案感到時間很漫長及難熬，故在會客期間跟老闆及跟兒女手機視訊聊天轉移注意力。

十一、價值-信念型態

個案無特定宗教信仰，偶爾會去廟裡拜拜。住院期間自覺每當會客時與兒女視訊後，心中較平靜，現在只想趕快康復順利出院。

問題確立

綜合上述護理評估，確立個案主要的健康問題為：

一、現存高危險性感染/與傷口壞死性筋膜炎、侵入性導管留置相關；二、疼痛/與術後傷口及換藥過程造成傷口組織拉扯相關；三、無望感/與反覆手術及預後未明確相關；四、睡眠型態紊亂/與換藥頻繁及周遭環境吵雜有關，礙於篇幅問題，僅呈現前三個健康問題。

護理措施

護理措施執行過程分三方面(一) 協助預防感染與傷口照護、(二)協助緩解傷口疼痛、(三) 協助提升希望感與面對疾病的信心。分述如下

(一) 協助傷口照護與預防感染

傷口照護：8/7會診營養師評估每日需求為2000 kcal，並於會客時衛教個案及雇主高蛋白飲食的重要性，建議攝取大豆、雞胸肉、蛋、魚及堅果等食物。若體溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 時，依醫囑給予panadol 500mg 1錠口服退燒，並觀察藥效。8/8定期檢測白血球及發炎指數，進行傷口細菌培養，並與醫師共同檢討檢驗報告。8/10協助個案每兩小時抽痰及吸取口腔分泌物，並在不拉扯傷口的前提下抬高床頭以預防吸入性肺炎。每班主護及造口個案師定期每週檢視迴腸造口外

觀、血循、溫度及周圍皮膚狀況，觀察解便型態有無異常。同步檢視各侵入性導管穿刺處，如發現紅腫或滲漏，立即告知醫師並重新更換敷料，以防止反覆感染。8/11會診傷口照護師與主治醫師共同評估傷口狀況，選擇適當換藥方式與敷料以促進癒合。8/8個案能於會客時主動請雇主準備柳丁汁、水煮蛋及牛奶等高蛋白食物，並能提醒對方勿觸碰傷口，於傷口滲液時能即時通報護理師。

預防感染：自8/9起，提供日文版預防感染衛教單張，指導個案採高蛋白飲食以促進傷口修復，建議攝取牛奶、雞肉、柑橘類等食物，考量病人為日本籍，依其飲食習慣，個別化建議攝取鮭魚豆腐湯、蒸蛋、味噌湯加豆腐等高蛋白且易消化之日式飲食，以增加進食意願與營養攝取量。並強調勿徒手觸碰傷口，若有滲液應立即告知護理師。同日每小時監測生命徵象、每三小時測量體溫，密切觀察感染徵象。護理人員依「洗手五時機」確實執行手部衛生，換藥過程採無菌技術，檢視傷口大小、顏色、分泌物、組織型態及滲出液狀況，並每日拍照上傳雲端追蹤病程。導尿管每日定時護理及排空尿袋，監測引流量與性質，保持尿袋低於膀胱並避免接觸地面，以防回流感染。依醫囑給予抗生素 tazocin 2.25g/vial 2vial Q8H IVD 使用。8/15體溫維持36.8–37.1°C，各項導管皆無感染徵象。8/21抽血WBC 9,100/ μ l、CRP 2.990 mg/dl。8/22傷口與血液培養報告皆無多重抗藥性菌株，病況改善後轉至普通病房。

(二) 協助緩解傷口疼痛

衛教緩解疼痛的方式：8/7引導個案表達感受並給予心理支持，協助其抬高床頭及左下肢以促進循環，採右側臥位避免壓迫傷口。翻身時採漸進式動作並協助固定患部，以減少組織牽扯。8/8衛教個案會客時由雇主協助按摩以放鬆肌肉，並提供收音機或手機播放喜愛的節目分散注意力，同時指導個案自行調整臥位時應避免壓迫或晃動左腳。8/10採集中式護理，讓個案獲得充分休息並減少刺激；另會診復健科共同擬訂床上復健計畫，在不影響傷口的前提下進行被動性運動以促進循環與舒適。8/7個案主動表示換藥時想聽音樂以分散注意力。8/8能自行調整床頭高度、選擇舒適臥位，並避免壓迫左腳傷口。8/9會客時能使用手機觀看日本綜藝節目分散注意力。8/13表示「換藥沒有像之前那麼痛」，疼痛指數降至4分。

疼痛控制：自8/6起，每班均評估個案疼痛程度，觀察是否有皺眉或呻吟情形，並隨時與醫師討論止痛藥物劑量調整，以維持良好疼痛控制。換藥時先以生理食鹽水潤濕紗布再移除，減少傷口拉扯疼痛。除每日常規止痛藥外，於每次換藥前15分鐘給予morphine(10mg/ml/amp)0.6 amp IM及propofol(200mEq/20ml/amp)0.25 amp IVP，以降低不適並觀察止痛效果及副作用。8/15觀察個案休息時已無頻繁皺眉或呻吟，能與護理人員交談，疼痛指數降至2分。8/18至8/19夜眠時間達6–7小時且無中斷，顯示疼痛控制良好。

(三) 協助提升希望感與面對疾病的信心

自8/6起，護理人員每日主動向個案問候並自我介紹，安排固定照護人員以建立信任關係。8/7適時引導個案表達疑慮並給予正向回應，減輕焦慮情緒；當個案表達無助與想放棄治療時，提供成功康復的案例以強化信心。8/8當情緒低落時，護理人員主動陪伴並給予正向支持，播放日本歌謠以轉移注意力，協助緩解焦慮。8/9說明每日會客時間並安排與雇主及家屬視訊互動，促進情感支持；同時請雇主攜帶全家福照片及平安符放置床邊以增強安全感。當日亦會同感染管制醫師、呼吸治療師、營養師、復健師與家屬召開全人會議，共同討論病情與治療方向，使個案了解治療目標並能提出疑問。8/10當個案情緒激動時，護理人員以輕拍肩膀等非語言方式表達安撫與陪伴。8/12病情漸穩時，適時給予口頭鼓勵與肯定，例如「加油，你可以的！」、「你好棒！」以增進自我效能感。同日會客時由醫師向個案及家屬說明疾病進展，減輕其對未來的不確定感。

8/11個案能於醫師說明病情時主動參與討論，提出「所以我需要放永久腸造口嗎？」、「我需要開刀幾次呢？」等問題，顯示已能積極面對病情。8/13觀察個案時雖仍偶有嘆息與皺眉，但在護理人員正向鼓勵下能表達「我是不是要很久才能出院？」等感受，情緒逐漸穩定。8/20多次手術後傷口癒合良好，個案露出笑容表示：「我的傷口終於縫起來了，看來離出院不遠了！」、「終於可以回去工作了，很期待那一刻。」顯

示已轉為正向思考。8/22轉出加護病房前，個案感謝醫護人員的照護並表示：「謝謝大家，讓我能好起來，我會帶著這份恩情幫助更多人。」談吐間充滿感恩與希望。9/10於病房填寫意見表時，表達對加護病房團隊的感謝；11/16回診時與雇主特地到加護病房致謝，並開心地說：「我已經準備好要回去上班了，歡迎大家來餐廳吃飯！」顯示個案已重建生活信心與希望感。

討論與結論

本文探討一位左腳壞死性筋膜炎個案之護理經驗。突如其來的疾病與多次清創手術打亂原有生活，腸造口的放置更造成生理與心理衝擊，引發無望感。照護初期重點為感染控制與疼痛緩解，透過抗生素、無菌換藥、止痛鎮靜藥物及按摩、舒適臥位等非藥物措施減輕不適。隨手術次數增加及住院延長，個案愈感無力，護理人員則以陪伴、傾聽與非語言正向回饋支持，協助其重建信心，此與陳、周(2023)及盧、謝(2023)文獻相符；在情緒低落時能聽音樂或看影片轉移注意力，並請家屬提供讓個案有歸屬感的物品來降低不安全感及減輕無望感，此與周等(2020)文獻相符。在照護過程中體會到跨團隊合作的重要性，透過營養師的均衡飲食、復健師的床邊訓練及傷口護理師的專業換藥，個案傷口逐漸好轉，心境也由無望轉為期待出院，恢復生活動力。此經驗可作為日後照護同類個案的參考。

個案為日本人，雖在台多年但仍有溝通困難，需花較多時間翻譯，且行動

護理車僅能文字翻譯，無法即時處理需求，常需等家屬協助。建議未來於護理工作車或公務手機建置多國語言雲端翻譯系統，能即時翻譯衛教單張與簡單片語，減輕護理負擔並提升照護品質。

參考資料

- 周彥君、盧美玲、陳曉梅(2020)·照顧一位福爾尼埃氏壞疽患者之護理經驗·*若瑟醫護雜誌*，14(1)，123-135。
- 范姜玉芬、張耀文、朱美玲、李淑秋(2023)·照顧一位壞死性筋膜炎個案之護理經驗·*長庚護理*，34(1)，91-101。https://doi-org.sw.lib.csmu.edu.tw/10.6386/CGN.202303_34(1).0008
- 施怡如、江夏鏗、黃思緯、吳美娟(2020)·一位初次腦中風併肢體偏癱個案之案例報告·*秀傳醫學雜誌*，19(1)，89-98。
- 陳素珊、周如芬(2023)·照護一位會陰部壞死性筋膜炎個案之護理經驗·*新臺北護理期刊*，25(1)，119-127。https://doi-org.sw.lib.csmu.edu.tw/10.6540/NTJN.202303_25(1).0011
- 張淳淳、陳繪竹、張碧珠(2020)·一位睪丸壞死性筋膜炎男性接受行結腸造口手術之護理經驗·*安泰醫護雜誌*，26(2)，15-28。
- 衛生福利部(2025，6月16日)·113年國人死因統計結果https://www.mohw.gov.tw/cp-16-74869-1.html
- 冀彥婷、洪煥程(2023)·原發漿液性腹膜癌施打 bevacizumab併發壞死性筋膜炎：案例報告與文獻回顧·*婦癌醫學期刊*，(57)，6-11。
- 盧怡廷、謝秀容(2023)·一位胰臟癌病人術後併發傷口滲漏之加護照護經驗·*台大護理雜誌*，19(1)，26-37。https://doi-org.sw.lib.csmu.edu.tw/10.6740/NTUJN.202301_19(1).0004
- Chen, L. L., Fasolka, B., & Treacy, C. (2020). Necrotizing fasciitis: A comprehensive review. *Nursing*, 50(9), 34.
- Marchetti, I. (2019). Hopelessness: A network analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 43(3), 611-619.
- Lorek, M., Bak, D., Kwiecien-Jagus, K., & Medrzycka-Dąbrowska, W. (2023). The effect of music as a non-pharmacological intervention on the physiological, psychological, and social response of patients in an intensive care unit. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1687. https://doi.org/10.3390/healthcare11121687
- Wu, Y. H., & Ho, M. P. (2022). Necrotizing fasciitis in an elderly diabetic patient. *International Journal of Gerontology*, 16(4), 406. https://doi-org.sw.lib.csmu.edu.tw/10.6890/IJGE.202210_16(4).0019
- World Health Organization (WHO): Diabetes. 2023 https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diabetes

A Nursing Care Experience of a Patient with Necrotizing Fasciitis

Min-Yen Chang¹, Hsueh-Ya Tsai², Hui-Yu Chu³

ABSTRACT

This article describes a 72-year-old Japanese male with necrotizing fasciitis of the left thigh caused by fecal contamination from a rectal fistula. He underwent a temporary colostomy and multiple debridements, but prolonged treatment and frequent dressing changes led to exhaustion and hopelessness. During care (August 6-22, 2023), assessment based on Gordon's eleven functional health patterns identified high infection risk, acute pain, and hopelessness. Interventions included adjusting dressing methods with physicians and wound care nurses, planning nutrition with dietitians, and designing exercise and positioning with physical therapists. Music therapy before and after dressing changes reduced discomfort. Psychological support through companionship, encouragement, and family involvement strengthened motivation, affirmed self-worth, and alleviated hopelessness. Future application of a smart medical cloud system with multilingual translation is recommended to enhance communication, improve care, and support recovery. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:3, 144-152)

Keywords: necrotizing fasciitis, acute pain, hopelessness

RN, Chung-Shan Medical University Hospital¹ : Head Nurse, Chung-Shan Medical University Hospital and Research Consultant in Nursing at the Chung-Shan Medical University Nursing Department² : Head Nurse, Chung-Shan Medical University Hospital and Research Consultant in Nursing at the Chung-Shan Medical University Nursing Department, Doctoral student in Nursing at the Department of Nursing, Hungkuang University³

Accepted: March 16, 2026

Address correspondence to: Hsueh-Ya Tsai No.110, Sec.1, Jianguo N. Rd., Taichung City 40201, Taiwan
Tel: 886-4-2473-9595 #34823 E-mail: csha444@csh.org.tw