

照顧一位肩旋轉肌袖斷裂病人 行關節鏡之手術全期護理經驗

范懿葶¹、黃泰榮²

澄清綜合醫院中港分院 開刀房¹、骨科²

摘要

本文描述一位中年婦女，因右肩旋轉肌袖撕裂行旋轉肌袖修補之手術全期護理經驗。筆者於2019年04月21日至04月24日護理期間，藉由術前訪視、術中照護與術後探視，運用觀察、會談及查閱病歷等方式蒐集資料，依手術全期照護，進行整體性評估，歸納分析後，確認個案有焦慮、體溫過低及急性疼痛之健康問題。在手術全期護理過程中，筆者藉由主動傾聽與關懷，耐心傾聽其感受，陪同做深呼吸放鬆技巧，並提供手術及麻醉過程相關資訊，及兩項傷口照顧及復健注意事項以減輕其焦慮；手術中期正確擺位及適當防護，並主動給予病人加溫保暖改善低體溫；手術後採合宜臥位，教導深呼吸轉移注意力方法，以降低疼痛，讓個案在安全舒適之手術過程順利出院。建議醫院可編制骨科醫療品質團隊，包括手術護理師、醫師、復健個案管理師與復健師，繼續出院居家照護，使病人獲得持續的照護，提升醫療照護品質。期能藉此經驗分享，作為日後護理人員臨床照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（4）：47-56）

關鍵詞：肩關節鏡、旋轉肌袖、手術全期護理

前言

勞動部於2009年5月1日，將手臂旋轉肌袖症候群納入新增列的42項職業病。此疾病常發生於美髮工作者，乃因長期持續手臂上舉的動作，加上無適當休息或施力不當而造成肩關節的失能，直接影響手部活動，主要的治療方式以關節鏡修補手術為主[1]。雖然關節鏡只是簡易小手術，但任何手術對病人而言，都需面臨身體改變與心理調適等重大壓力，不瞭解手術過程及預後相關訊息更容易引發焦慮[2]。因此肩關節鏡手術過程仍不能輕忽，而手術室護理師，若能提供關節鏡手術全程的生、心照護，可讓手術過程順利外，也能增進病人身體功能的恢復與生活品質。

本文個案為一位54歲之中年婦女，從事美髮業工作30幾年，右手長時間高舉超過60度的姿勢，導致旋轉肌袖撕裂、肩膀疼痛和無法舉起，所以入院進行旋轉肌袖修補手術。於手術前訪視時，個案表情緊張，不停的詢問有關手術及麻醉問題，術中也因施行麻醉須承受手術中姿勢不動及低體溫的風險；術後又得面臨疼痛、傷口照護與復健問題，產生焦慮等負面情緒。因此引發筆者動機，希望能提供個案在手術全程的安全外，並協助因應術後疼痛與復健的照護，增進其恢復自我照顧能力。盼藉此護理經驗分享，作為照護類似個案的參考。

通訊作者：范懿葶

聯絡地址：台中市西屯區台灣大道四段966號

E-mail：fanyiting0326@gmail.com

受理日期：2022年3月；接受刊載：2022年5月

文獻探討

一、旋轉肌袖撕裂治療

當肱骨產生動作時，旋轉肌袖會將肱骨頭穩穩地拉在肩盂內，維持在好的位置，同時協調肩肱關節動作，不會因三角肌的收縮，往肩峯處移動，造成夾擊產生肩部傷害 [3,4]。但若反覆的抬手動作如炒菜或晾衣服等，常常執行手臂高過頭的動作，會造成慢性損傷形成肩部旋轉肌袖撕裂的問題 [1]。處置方法包括口服非類固醇類藥物、物理儀器、運動治療及注射治療 [3] 或行手術治療，運用關節鏡進入肩峰下空隙，進行滑膜切除術，縫合破裂的肌腱或修補肌腱固定到骨頭上 [5]。關節鏡的好處是傷口小流血少，感染風險降低，且患者術後疼痛減少復原速度較快，可以較早開始復健 [6]。

二、關節鏡旋轉肌腱修補術之手術全期護理

關節鏡的修補手術病人須採全身麻醉，故運用手術全期護理可提供最佳安全與支持的環境 [7]。

（一）關節鏡旋轉肌腱修補術之手術前期護理

手術前焦慮乃是因手術引發莫名不確定、害怕、不安或緊張狀態的主觀感受，伴隨不自在、不快樂的負向情緒 [2]。此期為病人決定接受手術到送入手術室期間的照護，由主護親切主動與個案介紹與溝通，建立良好的護病關係；術前的護理評估重點以運用情境 - 特質焦慮量表評估病人焦慮程度，應鼓勵病人表達對手術的期望、感受及焦慮來源及擔心事項，說明手術中手術護理師及麻醉護理師會全程陪伴照護，可以增進安全感，減少焦慮，給予護理指導如術前常規準備、注意事項及麻醉方式，並提供正確的疼痛處置觀念，鼓勵家屬多給予陪伴與支持，以按摩、聽流行音樂及深呼吸轉移注意力放鬆 [8,9]。故手術室人員應於此期增強術前訪視，適時給予必要的關懷與支持，才能改善焦慮及減少手術合併症之發生 [10]。

（二）關節鏡旋轉肌腱修補術之手術中期護理

在手術的過程中，病人採取全身麻醉，須執行完全性代償性護理，密切注意病患的安全舒適、手術臥位的擺放、維持無菌原則技術、皮膚完整性、體溫與保暖、生理的監測及輸液與電解質的平衡等問題，並正確填寫手術前後交班護理紀錄，保

護個案隱私及確保手術過程安全順利直到手術結束為止 [8]。密切監測體溫變化，維持手術室 24 度；提供保暖設備如空氣加溫毯、水循環溫毯；溫暖的輸液和灌洗液；減少皮膚暴露和給予溫毯或手術布單，可有效預防術中、術後低體溫。另外此期需定期評估皮膚完整性，預防壓瘡，並正確計數手術中尖銳物、敷料及器械 [10]。

（三）關節鏡旋轉肌腱修補術之手術後期護理

當個案手術後進入恢復室或病房，得面臨疼痛、傷口照護與復健問題，產生焦慮等負面情緒，護理應著重於減輕疼痛，緩解焦慮，以疼痛評估量表（Visual Analogue Scale, VAS）評估術後疼痛性質、部位及嚴重度，依醫囑給予止痛藥、教導轉移注意力方法如看電視、玩手機及音樂治療等鬆弛技巧。應觀察肢體末端有無出現蒼白、無脈搏、感覺異常、偏麻、疼痛及溫度改變之 6p 症狀，衛教個案至少 4 週使用三角巾或肩部外展枕支托，維持正確姿勢，要使肩、肘、腕關節依序各維持 90-60-30 度，且避免肩關節內收、向後伸直、內轉、上舉等姿勢 [11,12]。提供復健衛教單張，告知出院後漸進式配合物理治療師指導復健內容，包括：手掌、手腕及手肘進行主動運動，如握拳運動或握球運動和被動前舉運動：以健肢握住患肢肘部，向前抬高 90-110 度 [13,14]。

護理過程

一、基本資料

莊女士，54 歲，高職畢業，以國、台語溝通，信仰一般道教，無抽菸、喝酒、嚼檳榔之習慣，以前從事美髮業，現為家庭主婦，已婚；家中主要經濟來源為先生，育有兩女一男，家人互動關係良好，二女兒是住院期間的主要照顧者。

二、就醫治療過程

2008 年罹患高血壓至診所追蹤，現 Indapamide SR 1.5mg 1#QD、Lostan 50mg 0.5#BID、Amlodine 5mg 0.5#BID 服用，血壓可控制於 <140/90 mmHg 值內。2010 年診斷出糖尿病，現 Forxiga 10mg 1#QD、Kludone MR 60mg 1#BID 服用，餐前血糖可控制於 80-130mg/dL。個案 2018 年 12 月開始右肩膀作痛，曾至診所求治未改善，近兩週來更嚴重，於 2019

年4月15日至本院骨科門診，經核磁共振攝影檢查發現旋轉肌腱撕裂，於2019年4月21日入院，4月22日行關節鏡修補手術，4月24日病況穩定出院，由門診追蹤治療。

三、護理評估

筆者為手術室護理師，照護期間自2019年4月21日至4月24日，藉由術前訪視、術中照護與術後探視，運用Gorden十一項健康功能評估，以觀察、會談及查閱病歷等方式蒐集資料。

（一）健康認知與健康處理型態

4/21術前訪視個案主訴：「患有第二型糖尿病和高血壓，會減少甜食及飲料的攝取，並規則服降血壓及血糖藥物，測量血壓及血糖都維持正常，無抽煙、喝酒及使用保健食品。此次因右肩無法舉起、疼痛加劇，所以要開刀」，「想到開刀還是很害怕，麻醉是全身還半身？麻醉後就不會有感覺嗎？手術要多久？一想到我就睡不著，開刀會不會開到一半就醒了？」觀察個案眼眶泛紅，語帶哽咽，表情緊繃、眉頭深鎖、雙手緊握、眼神飄移不定；注意力集中在自己身上，不時重複詢問手術過程的問題。經評估個案有焦慮/缺乏手術及麻醉過程相關訊息之健康問題。

（二）營養與代謝型態

個案入院時身高160公分，體重79公斤，BMI：30.8kg/m²（中度肥胖）。4/21個案表示：「平日飲食無特殊禁忌、不挑食，每天喝水約2,000c.c.。」皮膚完整有彈性溫暖、無乾燥及脫水、水腫情形，頭髮黑白參雜，有光澤，口腔黏膜完整，無活動假牙。4/21入院抽血Hb：15.6g/dL、Albumin：3.9g/dl。因手術關係，於4/22凌晨24：00開始禁食，開始N/S 0.9%點滴注射輸液量1,000ml，術前血糖120mg/dl，術中失血量：20ml，手術後右肩外觀腫脹3處傷口，各約2公分，使用不可吸收尼龍線縫合，傷口縫合處完整，無滲液紗布覆蓋。術後禁食6小時後開始嘗試喝水沒有嘔吐情形，晚餐可吃完營養師配的糖尿病飲食餐，胃口良好，每日1,600卡，飯前血糖控制於80-130mg/dl。之後三餐都能吃完，進食後無不適主訴。

（三）排泄型態

4/21個案主訴：「平日在家解尿順暢，排尿約10-12次/天，每天有排便1次，大便顏色及性質正常。」住院期間除4/22禁食未解大便，觸診腹部柔軟無腹脹，聽診腸蠕動音19次/分，4/23術後解少量，質微硬之黃色糞便，之後每日排便一天1次黃色條狀。手術後留置存留導尿管，尿液清澈微黃無沉澱物，於4/23移除後2小時可自解淡黃色100ml尿，無灼熱感、無排尿困難，之後每日排尿約1,500毫升。

（四）活動與運動型態

4/21個案主訴：「住院前右手舉到某個高度，肩膀便痛到不行，無法使力，其他日常生活起居皆可自理，平常有運動習慣。」手術前評估肌肉力量：除右上肢3分，其他肢體都5分，外觀正常，呼吸19-20次/分，體溫攝氏36.5度、血壓：136/78mmHg。4/22行關節鏡修補手術，手術室溫度為19度，濕度為50%。個案採氣管內插管全身麻醉，手術臥位採半坐臥式，手術台由仰臥調成45度坐姿；術中擺位確定後使用約束帶固定軀體，手術部位先使用抗菌劑刷洗，再以酒精性優碘行傷口消毒；手術過程全面計數器械、縫針、刀片；關節鏡手術時使用大量蒸餾水盥洗。手術時間共3小時，術中生命徵象穩定，體溫35.7-36.9度、脈搏72-94次/分、血壓140-110/80-64mmHg、SpaO₂：100%。4/22下午一點手術後在恢復室個案表示：「右手感覺很重，想要挪動都很困難，好像不是自己的手。」下午8點探視個案評估肌肉力量右上2分，巴氏量表評估為75分，可自行使用左手進食，穿脫衣褲鞋襪需案夫協助完成。4/23個案表示：「使用吊帶手都不太敢隨意亂動，一動拉扯傷口會痛，之後要如何復健？」觀察個案健側護著右手不敢移動，下午兩點協助下床時呼吸平穩不費力，約14-20次/分鐘，心跳82-93次/分鐘，血壓131-140/69-82mmHg。經評估個案有右上肢活動功能障礙/傷口疼痛及照護復健認知不足，進入焦慮護理計劃。

（五）睡眠與休息型態

4/21主訴：「在家每天睡眠總時數7-8小時，

無須服用安眠藥，可一覺到天亮，每天早上約七點多起床。」4/23 術後訪視，個案表示：「我睡覺都不敢亂動，怕壓到自己的右手，右手會不時抽痛，睡的腰酸背痛的。」病歷中呈現 4/23 凌晨 01：30 因手術傷口疼痛致使睡眠中斷，疼痛視覺類比量表（VAS）評估為 9 分，故依醫囑每 4 個小時肌肉注射一次止痛劑 Demerol 50mg 來緩解疼痛，30 分鐘後疼痛十分量表可降為 3-4 分。經評估有睡眠型態障礙/傷口疼痛之健康問題，進入疼痛護理計劃。

（六）認知與感受形態

個案聽力佳，記憶力可，有配戴近視眼鏡，GCS：E4V4M5。4/22 術前手術等候室個案主訴：「手術室很冷，我很怕冷。」個案體溫 35.7 度，四肢末梢冰冷，膚色略顯蒼白，入手術室時有發抖情形，術中體溫 35.7-36.9 度。術後下午一點個案在恢復室觀察，表示：「好冷！好口渴，右邊肩膀好痛。」體溫 36 度、呼吸 25 次 / 分、心跳 90 次 / 分、血壓 155/75mmHg、 PaO_2 100% -98%，疼痛視覺類比量表（VAS）評估為 9 分，觀察肢體末端溫暖，無出現蒼白、無脈搏、感覺異常、偏麻或疼痛情形，個案面部表情顯得痛苦，眉頭深鎖，不斷發出呻吟的聲音，呼吸淺快。4/22 下午八點病房訪視個案表示：「傷口會有疼痛感。」個案眉頭深鎖，測量心跳 120 次 / 分，血壓 150/90mmHg，疼痛視覺類比量表（VAS）評估為 7 分，肩膀吊帶使用。經評估個案有體溫過低 / 暴露在手術室環境中與全身麻醉，和急性疼痛 / 術後組織傷口之健康問題。

（七）自我感受及自我概念型態

個案自覺個性開朗樂觀，少發脾氣，盡責的妻子和母親；4/23 表示：「自己年紀大了，體力也變差，人老自然身體容易生病，只能坦然接受，還好關節鏡手術傷口小，不會留下很醜的疤痕，可以接受，但現在右手較不方便，希望這次手術後右手趕快好起來，就可以自己照顧自己，不用麻煩先生跟女兒照顧。」

（八）角色關係形態

目前和先生同住，育一男兩女，大女兒已成

家立業，與先生及孩子間關係良好，4/21 個案表示：「先生是生活中最重要的人，兒孫都很關心我，主要經濟來源是先生，家境小康，平時在家有重要的事情夫妻會一起討論和決定。」訪視期間常見家人來探視，孩子會幫忙協助下床活動，適時給予個案鼓勵及加油打氣。

（九）性與生殖形態

個案 51 歲停經，偶爾有性生活，每個月約一到兩次。個案覺得適當表達關懷較重要。護理期間與丈夫間互動良好，會適時給予關懷及身體接觸，外陰部外觀正常，無泌尿及生殖系統疾病史。

（十）適應壓力與耐受型態

據個案女兒表示：「遇到壓力會想辦法解決問題，和家人一起分擔，壓力太大的時候會一起出遊放鬆。」4/21 術前訪視時個案主訴：「想到要開刀，我很害怕手術，如果手不能像以前一樣怎麼辦？會不會有後遺症？是復健做就會好嗎？」4/22 術前主訴：「你會一直陪著我嗎？」以焦慮視覺類比十分量表，其焦慮指數為 8 分。4/23 個案表示：「我擔心傷口要怎麼換藥？不知道多久才會好？」以焦慮視覺類比十分量表，其焦慮指數為 6 分。經評估有焦慮 / 傷口照護及復健認知不足與擔心預後之健康問題。

（十一）價值與信念形態

個案信仰道教，節慶會到廟裡拜拜，入院前女兒陪同去廟宇祈求手術順利，祈禱身體恢復健康。4/23 個案表示：「人生最重要就是家人平安、幸福。」經此次入院，覺得生命中最重要的是健康與親人。

綜合以上評估結果，確立個案之護理問題有：

1. 焦慮 / 對手術及麻醉過程、傷口照護及復健認知不足與擔心預後；
 2. 體溫過低 / 暴露在手術室環境中與全身麻醉；
 3. 急性疼痛 / 術後組織傷口；
 4. 睡眠型態障礙 / 傷口疼痛，進入疼痛護理計劃；
 5. 上肢活動功能障礙 / 傷口疼痛及照護復健認知不足，進入焦慮護理計劃。
- 上述問題皆提供個別性護理措施，因篇幅限制，只列出最重要三項之護理計畫。

一、焦慮/對手術及麻醉過程、傷口照護及復健認知不足與擔心預後（4/21-4/23）

主 / 客觀 資料	S1：4/21 個案表示：「想到開刀還是很害怕，麻醉是全身還半身？麻醉後就不會有感覺嗎？手術要多久？一想到我就睡不著，開刀會不會開到一半就醒了？」、「想到要開刀，我很害怕手術，如果手不能像以前一樣怎麼辦？會不會有後遺症？是復健做就會好嗎？」。 S2：4/22（術前）主訴：「你會一直陪著我嗎？」。 S3：4/23 個案表示：「我擔心傷口要怎麼換藥？不知道多久才會好？」、「使用吊帶手都不太敢隨意亂動，要如何復健？」。 O1：4/21 術前訪視個案眼眶泛紅，語帶哽咽，表情繃、眉頭深鎖、雙手緊握、眼神飄移不定；注意力集中在自己身上，不時重複詢問手術過程的問題。 O2：4/21（術前）以焦慮視覺類比十分量表，其焦慮指數為 8 分。 O3：4/23（術後）以焦慮視覺類比十分量表，其焦慮指數為 6 分。
護理目標	1. 4/21 個案能說出擔心的事情及感受。 2. 4/21 個案能說出手術及麻醉相關訊息及術前注意事項 2 項。 3. 4/22 個案在麻醉前能表達焦慮感減輕，焦慮分數降至 3 分。 4. 4/23 病人能正向的言詞表示相信手術成功預後良好。 5. 4/23 術後個案能出兩項傷口照顧注意事項及兩項正確的復健方式，焦慮分數降至 3 分。
護理措施	4/21 手術前期 1. 手術全期護理師至病房進行術前訪視時，主動向個案及家屬自我介紹。 2. 針對擔心事項：手術時間及預後、術後復健不懂的地方，協助聯繫主治醫師向個案解釋手術相關說明。 3. 評估病人對手術了解程度及焦慮程度，提供有關手術室及恢復室硬體環境的資訊，澄清個案及家屬對手術執行的疑慮。 4. 鼓勵個案表達對手術焦慮之內心感受，及對手術的期望，當病人感到焦慮時，陪同做深呼吸放鬆技巧，並耐心傾聽其害怕。 5. 教導個案追劇轉移方法，鼓勵家屬多給予陪伴與支持。 6. 告知個案及家屬手術預估約需 3 小時，請家屬在手術室外家屬等候區等待，有電視螢幕顯示手術個案動態。 7. 告知個案手術結束後，會轉到恢復室觀察約 1 小時，身上會有點滴、導尿管，並向個案說明在術後逐漸穩定恢復，即會陸續移除。 8. 針對擔心事項：術中麻醉相關問題，告知個案已安排 4/21 18：00 麻醉評估，由麻醉科醫師告知有關麻醉相關照護事項，說明會自靜脈點滴中加麻醉藥物進行麻醉誘導，睡著後會給予放置氣管內管協助呼吸，直到手術結束，自麻醉中甦醒後，醫師評估會適時拔除氣管內管。 4/22 手術中期 1. 術前親自迎接個案；進入手術室執行任何處置前，均在旁先向個案說明解釋，將病人護身符放置頭下，維護術中安全、協助緩解焦慮與恐懼。 2. 告知病人手術開始到結束都會陪伴在旁邊。

一、焦慮/對手術及麻醉過程、傷口照護及復健認知不足與擔心預後（4/21-4/23）（續）

護理措施	4/23 手術後期 1. 陪同醫師進行術後訪視，並一起向病人解釋手術成功及預後。 2. 向個案說明一般傷口癒合約 7-10 天，教導及回覆示教術後照顧及技巧及說出如何照顧傷口，保持傷口乾燥，如有滲濕，請家屬幫忙消毒擦拭傷口，再覆蓋上消毒過的紗布，如果有發燒、寒顫、傷口出現紅腫熱痛與膿液滲出，請立即返院接受進一步檢查治療。 3. 手臂吊帶需使用至少 4 週，維持正確姿勢，要使肩、肘、腕關節依序各維持 90-60-30 度，且避免劇烈運動、不可執行肩關節外旋動作，如：拉背後拉鍊或扣釦子等姿勢，除盥洗、進食與運動時間可拆除外，其它需全天候使用。 4. 提供復健衛教單張，告知出院一個月後漸進式配合物理治療師指導復健內容，包括：手掌、手腕及手肘進行主動運動，如握拳運動或握球運動和被動前舉運動：以健肢握住患肢肘部，向前抬高 90-110 度。 5.4/23 14：00 會診復健醫師評估個案狀況擬定復健計畫，並向個案解釋說明復健計畫內容及安排進度，如術後肌腱修復與骨骼肌肉恢復約需 4-6 週時間，應配合回診和復健以慢慢恢復規律生活。
護理評估	1.4/21 個案表示：「想到要開刀真的很緊張，裡面冰冰冷冷的；希望這次手術後右手可以正常舉起，還能工作。」、「聽完妳的介紹，了解開刀的過程及麻醉過程，知道麻醉手術是全身麻醉先打藥劑讓我睡著再放管，手術前要晚上十二點後需禁食，預防發生吸入性肺炎。」 2.4/22 個案麻醉前情緒平穩，主動表示：「謝謝妳的陪伴，讓我心裡感到安定及舒適。」焦慮程度分數下降至 2 分。 3.4/23 個案表示：「醫生有向我解釋了，我相信手術很成功，等傷口復原持續復健，右肩膀一定會恢復功能」、「出院我會保持傷口乾燥，如有滲濕，叫先生幫我消毒擦拭傷口，再覆蓋上消毒過的紗布，如果周圍出現紅腫及分泌物、有異味，需盡快回診。」、「一個月後再配合物理治療師指導握拳運動或以沒開刀的手握住開刀的手，向前抬高 90-110 度。」焦慮程度分數下降至 2 分。 4.5/1 個案回門診拆線，表示：「右肩 3 處傷口，各約 2 公分，傷口癒合良好，已拆線並用美容膠覆蓋。」 5.5/28 進行電話訪談，個案表示：「拆除肩膀吊帶了，返家有遵照注意事項及配合物理治療師執行被動性肩關節運動，手可以左手握住右手腕部，帶動右手向上提舉 90 度，恢復狀況良好，定期回診就可以了。」

二、體溫過低/暴露在手術室環境中與全身麻醉（4/22）

主 / 客觀資料	S：4/22 於術前手術等候室 7：30 分個案表示：「開刀房很冷，我很怕冷。」 O1：4/22 個案體溫 35.7 度，四肢末梢冰冷，膚色略顯蒼白，入手術室時有發抖情形。 O2：4/22 手術室溫度為 19 度，濕度為 50%。 O3：4/22 手術時間 3 小時，術中體溫 35.7-36.9 度、術中失血量約 20c.c，D/W 沖洗傷口約 2,000c.c。
----------	---

二、體溫過低/暴露在手術室環境中與全身麻醉（4/22）（續）

護理目標	4/22 入手術室個案主訴無發抖。 4/22 於手術室 - 恢復室個案體溫能維持 ≥ 36 度。 4/22 個案麻醉甦醒後，身體末梢能維持溫暖，肢體末端 6P 正常。
護理措施	4/22 09：00 1. 每 15 分鐘測量一次體溫、脈搏、呼吸、詢問是否發抖及寒顫。 2. 手術室室溫保持 19 度，相對溼度 50%。 3. 進入手術室後立即給予病人溫毯使用和棉被覆蓋，將溫式電溫毯機溫度調整至 38 度使用，並隨時監測體溫變化，適時調整設定溫度。 4. 給予個案身體兩側各一盞烤燈，距離身體高度約 70 公分，每 15 分鐘測量體溫變化，並留意皮膚是否紅腫。 5. 依醫囑換上加溫過的靜脈點滴注射液及沖洗溶液。 6. 4/22 12：50 手術結束時，儘速移除潮溼的布單，給予加溫過的被單覆蓋保暖。 7. 4/22 13：00 個案送至麻醉恢復室時與麻醉護理師交班，持續給予保暖措施，並持續觀察個案肢體末端 6P 症狀變化。
護理評估	1. 4/22 麻醉前表示：「現在覺得很溫暖，沒那麼冷了也沒有發抖情形。」 2. 4/22 於手術室 - 恢復室個案體溫能維持 ≥ 36 度，給予電熱毯後，於 7：40 體溫 36.2 度。 3. 4/22 個案下午 2 點轉出恢復室返回病房，個案表示：「身體感覺暖和。」檢查身體四肢皮膚紅潤，嘴唇紅潤，末梢末端溫暖，四肢除傷口外無疼痛麻木感，無出現蒼白、無脈搏、感覺異常情形。

三、急性疼痛/術後組織傷口（4/22-4/24）

主 / 客觀資料	S1：4/22 術後一點恢復室觀察，個案表示：「右邊肩膀好痛。」 S2：4/22 下午八點病房訪視個案表示：「傷口會有疼痛感。」 S3：4/23 個案表示：「我睡覺都不敢亂動，怕壓到自己的右手，右手會不時抽痛，睡的腰酸背痛的。」、「一動拉扯傷口會痛。」 O1：4/22 疼痛視覺類比量表（VAS）評估為 9 分，個案面部表情顯得痛苦，眉頭深鎖，不斷發出呻吟的聲音，呼吸淺快。 O2：4/22 下午八點個案眉頭深鎖，疼痛視覺類比量表（VAS）評估為 7 分。 O3：4/23 觀察個案健側護著右手不敢移動。 O4：病歷中呈現 4/23 凌晨 01：30 因手術傷口疼痛致使睡眠中斷，視覺類比量表（VAS）評估為 9 分。
護理目標	1. 4/22 當日急性疼痛指數能降到 3 分以下。 2. 4/23 能正確應用兩種非藥物減輕疼痛的方法。 3. 4/24 睡眠時無因疼痛中斷，時間能持續達到 7 小時。

三、急性疼痛/術後組織傷口（4/22-4/24）（續）

護理措施	4/22 1. 手術後於恢復室每十五分鐘監測生命徵象，並評估疼痛指數、部位、時間、性質、頻率及疼痛緩解之情形。 2. 13：00 於恢復室，依臨時醫囑給予 Demerol 50mg iv，並於 30 分鐘後再次評估其生命徵象及疼痛緩解之情形。 3. 4/22-4/24 依醫囑給予止痛劑，Acetaminophen 500mg 1# tid/PC P.O，需要時 Demerol 50mg IM>Q4h，睡前詢問個案是否需要止痛針使用。 4. 個案返回病室時每次訪視使用疼痛評估量表評估疼痛指數、部位、時間、性質及頻率。 5. 教導及協助個案當感到傷口疼痛時，可每 4 小時使用冰枕局部冰敷 20 分鐘，一天 3 次，每次 15-20 分鐘。 6. 鼓勵以手機通訊軟體：Facebook、Line，與親友互動，轉移注意力來減輕疼痛。 7. 與個案共同討論減輕疼痛的方式，如：追劇、翻身、復健或休息時感到疼痛時可藉由深呼吸、唱歌、與親戚朋友聊八卦、聽喜愛的江蕙音樂分散疼痛注意力。 4/23 1. 01：35 病房護理師依需要時醫囑給予 Demerol 50mg IM，並於 30 分鐘後再次評估其生命徵象及疼痛緩解之情形。 2. 每次訪視使用疼痛評估量表評估疼痛指數、部位、時間、性質、頻率。 3. 視個案疼痛情形與醫師討論藥物種類劑量及時間的調整。 4. 教導個案手術後臥床休息時採舒適合宜的臥位，將枕頭支托右上肢，以維持不壓迫傷口且放鬆舒適的姿適；衛教示範姿勢擺位方法。 5. 告知家人可以陪伴個案討論韓劇的劇情分散注意力法來減輕疼痛。 6. 護理人員夜間休息主動詢問是否施打止痛針，促進個案舒適，協助調整燈光照明，拉起圍簾維持隱密的環境，採集中護理，保持環境安靜，讓個案獲得充足休息及睡眠。
護理評估	1. 4/22 於恢復室 13：00 依臨時醫囑給予 demerol 50mg iv，13：30 評估個案表示：「手術傷口沒有那麼痛了，疼痛指數降至 2 分。」 2. 4/23 凌晨 02：05 病歷呈現疼痛十分量表可降為 3-4 分。 3. 4/23 個案主動表示：「感覺到肩膀疼痛，慢慢的深吸氣、吐氣，跟使用冰敷、聊天轉移注意力，傷口就沒那麼痛了。」 4. 4/24 個案表示：「睡前有施打止痛針，傷口沒有那麼痛了，昨天晚上睡覺能一覺到天亮，睡得很好，可以睡到 8 小時。」觀察個案精神集中，並無倦怠或打哈欠情形。

討論與結論

本文個案因從事美髮業工作，導致旋轉肌袖撕裂，入院進行旋轉肌袖修補手術，產生有焦慮、體溫過低及急性疼痛健康問題。本個案相同於大多數患者，表示對即將進行的手術而感到壓力，研究顯

示術前訪視有助於降低術前壓力程度 [15]。藉由傾聽，澄清錯誤與模糊的手術相關訊息，鼓勵表達內心感受，並予以正向的支持，提供身心照護技巧，藉此減輕其焦慮。手術中給予病人溫毯使用和棉被覆蓋，並隨時監測體溫變化，維持溫暖。手術後有

效的疼痛評估及分散注意力法來減輕疼痛，緩解焦慮，並教導個案至少4週使用三角巾或肩部外展枕支托，維持正確姿勢。由此次照護經驗可知有效運用手術全期護理，不但滿足手術病人的需要，且能協助其安全度過整個手術期間，但礙於住院天數只有4天，從術前訪視、術後傷口照顧，都需詳細解說疑問及衛教，病人手術前一天入院，須進行手術前的各項評估、檢查及術前準備，在有限的時間下執行手術前衛教，個案必須在短時間內完全吸收護理指導內容，此為照顧上的限制。另外照顧上的困難是，對於術後復健指導，必須等傷口癒合才能開始，無法評估復健過程與成效。建議未來應在門診確定手術時，即應先行介入相關衛教與指導，術前先學習與手術相關知識及技能，並且建議醫院可編制復健個案管理師，以提供個案對於出院後的復健相關照護，以提升術後整體醫療照護品質。

參考文獻

1. 勞動部職業安全衛生署：職業性旋轉肌袖症候群認定參考指引。2017。Retrieved from <https://www.osha.gov.tw/1106/1176/1185/1190/1191>
2. 洪曉佩、曾麗華、雍允雯 等：術前焦慮概念分析。榮總護理 2019；36（2）：212-219
3. 王嘉琪：旋轉肌袖撕裂。臨床醫學 2017；80（4）：593-600。
4. 尤詩瑩、莊凱傑：肩關節鏡旋轉肌袖修補手術後功能性活動恢復之相關影響因子實證個案報告。物理治療 2019；44（4）：330-331。
5. Kokubu T, Mifune Y, Inui A, et al.: Arthroscopic rotator cuff repair with graft augmentation of fascia lata for large and massive tears. *Arthroscopy Techniques* 2016; 5(6): e1235-e1238.
6. 張宗訓：肩肘關節的微創手術。台灣醫學 2015；19(1)：25-29。
7. Sillero Sillero A, Zabalegui A: Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Medicine* 2018; 6: 2050312118818304.
8. 王秀禾、秦玉琳、張慧蘭 等：手術全期護理措施對子宮切除婦女焦慮與憂鬱之改變。若瑟醫護雜誌 2016；10（1）：6-15。
9. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng T H, et al.: Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *The American Journal of Surgery* 2016; 212(1): 151-159.
10. 楊程驛、謝春金：一位全髖關節置換術個案之手術全期護理經驗。志為護理 2017；16（5）：104-113。
11. 蘇麗智、簡淑真、劉波兒：實用基本護理。台北市：華杏。2016。
12. Nikolaidou O, Migkou S, Karampalis C: Suppl-1, M9: rehabilitation after rotator cuff repair. *The Open Orthopaedics Journal* 2017; 11: 154.
13. 曾雅庭、黃富美、李彩緣：一位小兒麻痺患者行全髖關節置換術之手術全期護理經驗。秀傳醫學雜誌 2017；16（1）：32-39。
14. Giangarra CE, Manske RC: Clinical orthopaedic rehabilitation: a team approach. Philadelphia, PA: Elsevier. 2018. Retrieved from <https://bit.ly/3AkTI6B>
15. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş et al.: Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2016; 31(6): 495-503.

Surgical Nursing care Experience of a Patient who Underwent Arthroscopic Rotator Cuff Repair

Yi-Ting Fan¹, Tai-Jung Huang²

Operating Room¹, Orthopedics², Chung Kang Branch, Cheng Ching General Hospital

Abstract

This article describes the nursing experience of a middle-aged woman who underwent arthroscopic repair of a rotator cuff tear in the right shoulder. Between April 21 and 24, 2019, we collected data through preoperative and postoperative visits and intraoperative care, as well as from observations, bedside interviews, and a review of medical records. We employed the perioperative care model to conduct an overall assessment and generalized analysis, and it was confirmed that the patient had experienced anxiety, hypothermia, and acute pain. During the perioperative nursing care period, we proactively listened and provided care to the patient, put in the effort to understand her concerns, accompanied her to the operating room and taught her deep breathing and relaxation techniques, and provided her with information about the surgical and anesthesia procedures, as well as two wound care and rehabilitation advisories to reduce her anxiety. The patient was properly positioned and protected during the operation and proactively warmed to prevent hypothermia. After the operation, the patient was placed in an appropriate position and advised to do deep breathing exercises to divert attention and reduce pain, thus helping her feel safe and comfortable and be discharged uneventfully. We recommend that hospitals form an orthopedic quality team comprising surgical nurses, physicians, rehabilitation case managers, and physical therapists for home care after discharge, so that patients can receive continuous care and experience a higher quality of medical care. We aim to share this experience as a reference for clinical nursing staff in the future. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(4): 47-56)

Keywords : *Shoulder arthroscopy, Rotator cuff, Perioperative nursing*

Received: March 2022; Accepted: May 2022