

# 照護一位多處肋骨骨折手術後個案 入住加護病房之護理經驗

葉麗雯<sup>1</sup>、游謹合<sup>2</sup>、陳德坤<sup>3</sup>、吳佩芝<sup>2</sup>

澄清綜合醫院中港分院 護理部<sup>1</sup>、呼吸治療組<sup>2</sup>、重症醫學科<sup>3</sup>

## 摘要

本文探討一位 65 歲男性因車禍外傷導致右胸 3~8 肋骨骨折、右側輕微氣血胸及右側肩胛骨骨折個案，因接受經胸腔鏡肋骨骨折開放性復位手術、右上肺楔狀切除手術後入住加護病房之照護經驗。筆者自 2020 年 9 月 18 日至 9 月 21 日藉由直接照護觀察、身體評估、溝通及查閱病歷，運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估進行資料收集，確認個案主要健康問題有：急性疼痛、知識缺失與肋骨手術後復健、傷口照護有關、焦慮擔心疾病預後及後續治療。筆者與個案及家屬建立治療性關係後，了解個案的需求及擔憂的事情，密切觀察個案術後傷口疼痛反應，配合止痛藥物給予，教導以非藥物使用方式如轉移注意力、深呼吸、肌肉放鬆按摩及製作安心抱枕以緩解疼痛，知識缺失與手術後復健、傷口照護方面，予個案說明使用誘發性肺量計行呼吸訓練的目的、使用方法、練習次數及注意事項，並說明翻身活動注意胸管避免拉扯，傷口換藥時傷口周圍有無紅腫熱痛及分泌物產生，對於焦慮擔心疾病預後及後續治療，經由傾聽主動關心鼓勵及陪伴，引導說出心裡感受讓個案情緒抒發，每天由醫療團隊向個案及家屬說明目前病況及後續治療方向，增加個案參與感建立治療信心，希望藉此分享經驗做為在臨床護理類似個案之參考，以達到更完善的護理品質。（澄清醫護管理雜誌 2023；19（2）：61-70）

關鍵詞：肋骨骨折、知識缺失、焦慮

## 前言

根據行政院衛生福利部統計處資料顯示 2020 年事故傷害位居國人十大死因第六位，其中運輸事故死亡 3,117 人占 46.1% [1]。胸部外傷致死約占外傷死亡的 20-25%，胸部外傷也是外傷死亡的第二位，肋骨骨折為胸部外傷最常見情形，骨折誘發的疼痛會讓肋間肌肉緊縮進而限制胸廓運動，降低咳嗽排痰的能力，最後形成肺部擴張不全、發燒及肺炎。進行肋骨固定手術有助於最佳的疼痛控制，縮短加護病房停留時間與住院天數，可降低肺炎發生率，進一步降低醫療成本 [2,3]。使病患更快回到正常活動或在 6 個月內重返工作崗位 [4]。

本文個案為孫先生 65 歲男性，因車禍致右側第 3、4、5、6、7、8 肋骨骨折、右側輕微氣血胸及右側肩胛骨骨折，行經胸腔鏡肋骨骨折開放性復位手術及右上肺葉楔狀切除手術，術後轉入加護病房照護，在照護過程中，筆者發現個案入住加護病房後因限制探訪時間個案面對病房環境及醫療人員的陌生，各種醫療處置與各型機器運轉警報以及身上多種重要管路留置所引起的不適，術後不僅必須承受傷口疼痛及傷口照護、術後復健問題，因氣管內插管無法有效溝通、對於未來的預後及治療方向不確定性及陌生的加護病房環境，感到焦慮及不安；因此引發筆者探討之動機，藉由評估其因應壓力的方式找出有效的因應策略，提供個別性護理措施及同理陪伴，滿足個案在加

通訊作者：游謹合

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：ychin1972@gmail.com

受理日期：2022 年 4 月；接受刊載：2022 年 9 月

護病房的各項生理需求，提供相關心理支持、情緒陪伴讓個案能夠減輕焦慮，需要時延長探視時間，增加家屬與個案互動。期望藉由此個案的完整護理過程，提供類似個案照護經驗之分享，做為日後相關疾病照護之參考。

## 文獻探討

### 一、肋骨骨折手術及復健護理

肋骨骨折為胸部外傷最常見的情況，而骨折引起的疼痛常造成肺炎及呼吸衰竭等併發症。早期肋骨骨折以保守治療為主 [5]，需依賴強力止痛藥的幫助，癒合時間大約需要二至三個月，甚至長達半年之久。有可能在半年或數年後依然會呈現癒合不良導致慢性疼痛的狀況，嚴重影響日常作息及肺功能 [6]，研究證實嚴重肋骨骨折如超過 4 根肋骨且伴有急性呼吸衰竭者，進行手術肋骨固定有助於最佳的疼痛控制，可減少呼吸器使用時間、加護病房停留時間與住院天數，亦可減少肺炎發生率及氣切手術的需要性，進一步降低醫療成本 [2,3]，進而提高生活品質，使病患更快回到正常生活或能在 6 個月內重返工作崗位 [4]。

教導病患正確使用誘發性肺量計（例如：Triflow；Coach），其原理是利用視覺回饋原理，達到深呼吸作用增加肺活量促進肺擴張，預防術後肺部擴張不全並減少心臟或肺部術後併發症，可請病患每次吸氣時憋氣維持 2-3 秒以達最佳訓練效果，每小時至少 10 次至少持續 8 小時 / 天持續 3 個月 [7,8]。誘發性肺量計是肋骨骨折患者的一種經濟有效的設備。藉由誘發性肺量計，配合執行深呼吸咳嗽動作，增加分泌物排出，減少肺部擴張不全，預防肺泡塌陷，採坐姿可增加橫膈膜下降幅度進而促進肺擴張 [7,9]。按時服用止痛藥物，鼓勵病患不可因怕痛而不敢動，無法執行深呼吸及咳嗽，以防肺擴張不全及肺炎等合併症 [6]。

### 二、疼痛護理

「疼痛」已列為第五生命徵象，胸部鈍傷合併多重性肋骨的骨折之傷者，進行肋骨固定手術傷口的長度大約在 7-12 公分 [2,10]，對於術後病患，除常規照護外，術後疼痛控制是治療多重性肋骨骨折的第一步，適當的疼痛控制可改善病患的預

後及可降低胸部外傷病患呼吸功，增加肺的順應性，改善肺部功能並防止缺氧 [11]。選擇適當的鎮靜止痛藥物，如嗎啡類或 Fentanyl 鴉片類藥物、非鴉片類藥物（Acetaminophen）（NSAIDs）止痛藥並逐漸改成口服鎮痛藥和肌肉鬆弛劑 [2,12,13]，疼痛照護技巧有冰敷、按摩、舒適擺位、音樂治療及教導深呼吸放鬆技巧、心理支持等非藥物支持，降低疼痛感受 [13,14,15,16]。教導病患深呼吸時輔以音樂治療來緩解術後疼痛 [12]。吸氣或咳嗽時受傷部位疼痛感加重，可用手支托受傷處或製作安心抱枕，以減輕疼痛 [6,10]。護理人員確實的執行系統性疼痛評估，及接受病患的自我報告疼痛程度，是疼痛處理的重要原則 [17]。臨床評估與照護需要整個醫療團隊互相合作，藉由團隊的整合可以減少病患使用止痛藥物的時間，進而改善病患的預後 [11]。

### 三、焦慮護理

焦慮是加護病房病患常見之問題 [18]。加護病房病患焦慮反應及護理照壓力源來自身體、心理及環境三方面。身體壓力源包括侵入性治療及各式導管放置，疼痛無法言語、口渴、活動受限、肢體約束導致無法入睡，心理方面包含對疾病治療不瞭解與家屬分離及喪失身體自我控制能力，環境方面則有陌生吵雜的環境與儀器警報聲、持續且通亮的燈光、缺乏自我隱私 [19]，可鼓勵病患表達內心的焦慮。給予同理並適時地提供協助能有效緩解病患的情緒 [20]。護理措施包括介入增進病患對疾病了解及術後各種侵入性治療，鼓勵病患表達情緒，焦慮及不安全感、配合音樂治療，可有效減低焦慮 [13]。音樂療法運用於初次放置氣管內管銜接呼吸器，病患可達到焦慮程度下降、提升舒適感受、生理指標（心跳、呼吸、收縮壓、舒張壓），均有顯著下降效果 [21]。家庭溝通會議是醫療團隊與病患或家屬溝通最有效方式，共同參與以達治療照護的共識與決策 [22]；善用家庭支持系統，適時調整會客時間允許家屬陪伴，協同醫療團隊予以病情解釋、及時發現病患說不出的焦慮，與之建立良好的治療性人際關係 [23]。

## 護理過程

### 一、個案簡介

孫先生 65 歲男性，高職畢業，主要語言：國、台語，無宗教信仰，育有一子有 2 個孫子；與妻子同住，職業為空調冷氣設計，經濟來源為空調冷氣設計所得，家庭互動良好主要照顧者為妻子。

### 二、家庭史及過去病史

父親腦中風過世，母親高血壓過世，個案扁桃腺腫行扁桃腺切除手術已 30 年，無藥物及食物過敏史。

### 三、求醫及住院過程

2020/09/18 個案因下班騎車不慎撞到垃圾車致右胸及右肩膀疼痛，經胸腹部電腦斷層檢查診斷右側第 3、4、5、6、7、8 肋骨骨折、右側輕微氣血胸及右肩胛骨骨折，9/18 進行經胸腔鏡肋骨骨折開放性復位手術、右上肺葉楔狀切除手術，術後氣管內管留置接呼吸器幫助呼吸，轉入加護病房照護，9/19 呼吸訓練移除氣管內管，9/21 個案轉至病房繼續照護。

### 四、健康評估

護理期間 2020/09/18 至 2020/09/21 筆者經由加護病房直接照護觀察、身體評估及溝通進行 Gordon 11 項健康功能型態評估。

#### (一) 健康認知和健康處理型態

9/21 個案表示我沒有抽菸喝酒及嚼檳榔習慣，平常過午不食，9/18 筆述：「這些管子這麼多，什麼時候可以拔掉？」9/19 個案主動問起車禍導致右側肋骨骨折及肺受傷，日後是否有其他併發症？」觀察照護期間會詢問術後肺部呼吸訓練相關問題，可遵照醫護人員及呼吸治療師、復健師醫療指示配合訓練治療。評估個案有焦慮 / 擔心疾病預後及後續治療有關。

#### (二) 營養與代謝

個案身高 166 公分，體重 66 公斤，理想體重 60.6 公斤，身體質量：23.95kg/m<sup>2</sup>，屬正常範圍。9/21 個案：我平常過午不食，有吃綜合維生素 B 群的習慣飲食，無特別禁忌。觀察個案口腔黏膜濕潤光滑呈現粉紅色，9/18 手術後禁食，以大量點滴 D5S 1BOT Q6H IVD 使用。9/19 開始由口進食半流

質飲食 1,200 卡 / 天，9/20 進食量採少量多餐，主訴腹脹情形。9/21 抽血檢查 Albumin：3.4g/dl、Na：137mmol/L、K：3.1mmol/L、Hb：10.7mg/dl，測量飯前及飯後血糖值 90-130mg/dl 屬正常範圍，評估此健康問題為適應。

#### (三) 排泄型態

個案表示：住院前一天喝水 1,500-2,000 毫升，解尿順暢解便一天一次大便，性質呈黃軟狀。9/18-9/21 術後導尿管留置尿液每日 1,500-2,000 毫升清澈無沉澱物，9/19 個案表示有排氣及由口進食食慾可。9/20 表示腹脹不舒服，9/18-9/21 已 4 天未解便，聽診腸蠕動音 4-5 次 / 分，扣診呈現鼓音，依醫囑 gaslan 1tab TID 口服。9/21 個案轉至病房交班追蹤解便情形，個案於 9/21 晚上已解便約 150 公克黃軟便，評估此健康問題為適應。

#### (四) 活動運動型態

個案日常生活自理，每週三次固定到住家附近公園散步走路 1 小時，9/18 手術後管路留置多，為防止自行拔除管路依醫囑雙手保護性約束，於翻身護理活動或家屬會客探訪時會鬆開約束 10-15 分鐘，觀察個案會自行移動身體有皺眉，依醫囑止痛藥給予 morphine 10mg+N/S 100ml run 5.0ml/hr，四肢肌力為左側 4 分、右側上肢 2 分、右側下肢 4 分。9/19-9/21 右側上肢肌力提升至 3-4 分，自我照顧能力需部份協助，9/18 手術後氣管內管留置接呼吸器、氧氣濃度：40% 使用，血氧濃度：100%、呼吸：12 次 / 分、心跳：85-95 次 / 分。9/19 經由呼吸訓練，醫師評估協助移除氣管內管，使用面罩式氧氣罩、氧氣濃度：35%、氧氣流速 8L/min；呼吸平順無使用呼吸輔助肌，痰液可自行咳出，呈現白稠略帶血絲量中，聽診呼吸音正常，呼吸次數 16-20 次 / 分，血氧濃度 98%。依醫囑予呼吸訓練使用誘發性肺量計使用可吸至 500ml，持續深呼吸練習。9/20-9/21 練習誘發性肺量計可吸至 750ml，評估此健康問題為適應。

#### (五) 睡眠與休息型態

個案住院前睡眠時間 8 小時，無使用安眠藥。9/20 個案主述手術後因為比較疲累，雖然有機器警報聲及工作人員走路及說話聲，還算睡得著，觀察

個案 9/18-9/21 翻身後平靜閉眼休息漸入睡，夜晚睡眠時數約 8-9 小時，白天睡約半小時至 1 小時，觀察個案白天無精神不濟及打哈欠情形，評估此健康問題為適應。

#### (六) 認知感受型態

個案意識清楚，視力正常，聽力無重聽，嗅覺靈敏，觸覺無異常。9/18 術後使用 morphine 10mg+N/S100ml run 5.0 ml/hr。9/19 皺眉點頭表示右側胸部開刀傷口及管子處疼痛，疼痛指數 6-7 分，依醫囑調整 morphine 劑量 6.0ml/hr，9/20 依醫囑口服止痛藥 depyretin 1tab TID。9/18 個案擦傷右額頭約 4 公分，右肩約 6-8 公分及右腰 10-15 公分雙膝皆有 1-2 公分擦傷傷口，傷口外觀乾淨，無滲液及紅腫情形紗布覆蓋，右胸開刀傷口縫線約 10 公分 \*2 處，右側胸部胸管 24fr 留置固定 16 公分，引流量 150-200ml/day，每日引流量逐漸減少，引流顏色由鮮紅色漸變淡紅現轉變為黃紅色，傷口紗布覆蓋周圍外觀乾淨，無滲液。9/19 個案用溝通板寫用力咳嗽咳痰管子的地方和胸部很痛，痛到有種快要不能呼吸感覺。觀察個案咳嗽時，皺眉且表情痛苦身體僵硬，移動身體翻身時面部表情猙獰，雙手緊握拳頭，疼痛指數 6-7 分，生命徵象心跳 90-100 次 / 分、呼吸 22-26 次 / 分、血壓 142/70mmHg，個案：「翻身移動傷口真的很痛，可以請醫師開止痛藥嗎？」評估此健康問題有急性疼痛 / 術後傷口及術後管路牽扯傷口有關。

#### (七) 自我感受 - 自我概念型態

9/20 個案：「我的身體一直很好怎麼會騎車撞到垃圾車發生意外？」筆者詢問個案對車禍造成身體外觀改變的感受，個案表示：「現在活著真好，雖然車禍造成身體疼痛及身體擦傷很多，但是現在擔心的是手術後是否有其他合併症？」「傷口要每天換藥嗎？」9/20 個案擔心回家後：「這些傷口，要怎麼照顧？要怎麼照顧才知道傷口有沒有正常？」觀察個案表情顯不安及嘆息，評估個案有知識缺失 / 缺乏對肋骨手術後復健、傷口照護的正確訊息有關。

#### (八) 角色關係型態

個案第一角色 65 歲男性為家中決策者，第二

角色為丈夫、父親，家庭互動良好平時與鄰居親戚相處融洽，會客時妻子及兒子會輕撫病患臉頰及緊握雙手給予加油打氣，第三角色為病患個案能配合醫護人員指導主動練習深呼吸、咳嗽及床上翻身活動，評估此健康問題為適應。

#### (九) 性與生殖型態

個案第二性徵正常無異樣，育有一子表示關係良好，妻子在會客時親撫先生臉及握著先生的手給予鼓勵支持，評估此健康問題為適應。

#### (十) 因應壓力難受型態

平時遇到困難會與妻子共同討論一起尋求解決辦法。9/18 個案第一天住加護病房聽到呼吸器、生理監視器警報聲響，面對陌生的環境與醫療儀器；當警報聲響時，個案臉部表情皺眉、眉頭深鎖、眼神驚慌呈現緊張不安情形，身體肌肉緊繃看著生理監視器後用筆寫「怎麼了？發生什麼事？」，給予個案治療前會跟個案說說明治療項目與目的，個案仍會注意護理人員的舉動，接觸個案時會立刻睜開眼睛，詢問現在要做什麼？9/20 個案：「胸管什麼時候可以拔掉？手術之後躺在床上這麼久，也不知道什麼時候才能好？外面的空氣這麼糟，我又動過肺部的手術，是不是以後都不能常常出門了？」9/20 觀察個案因擔心翻身拉扯到引流管而導致滑脫，導致翻身次數減少。評估個案有焦慮 / 擔心疾病預後、後續治療及不熟悉加護病房環境有關。

#### (十一) 價值與信念型態

個案無信仰宗教為外省人，平時也沒有拜祖先習慣，個案表示小時候媽媽太迷信佛教，熱衷宗教活動不顧家庭，所以討厭信仰任何宗教，個案相信一切自有定數及緣分，也相信人定勝天只要努力，配合醫師身體自然會盡快恢復健康，評估此健康問題為適應。

## 護理問題確立

綜合以上護理評估，個案的連續健康問題有：急性疼痛 / 術後傷口及術後管路牽扯傷口；知識缺失 / 缺乏對肋骨手術後復健、傷口照護的正確訊息；焦慮 / 擔心疾病預後、後續治療及不熟悉加護病房環境有關

一、急性疼痛/術後傷口及術後管路牽扯傷口 (2020/09/18-09/21)

<p><b>主 / 客觀 資料</b></p>	<p>S1：9/19 個案用溝通板寫用力咳嗽咳痰管子的地方和胸部很痛，痛到有種快要不能呼吸感覺。 S2：9/19 個案皺眉用溝通板寫表示右側胸部開刀傷口及管子處疼痛。 S3：9/19 個案：「翻身移動傷口真的很痛，可以請醫師開止痛藥嗎？」。 O1：9/18 手術後依醫囑 morphine10mg+N/S 100 run 5.0ml/hr，全身多處擦傷，右胸開刀傷口縫線約 10 公分 *2 處及有一胸管 24fr 固定 16 公分留置。 O2：9/19 個案移動身體翻身時面部表情掙掙，雙手緊握拳頭。 O3：9/19 觀察個案翻身咳嗽時皺眉且表情痛苦身體僵硬，測量生命徵象心跳：90-100 次/分、血壓 142/70mmHg、呼吸 22~26 次 / 分，評估疼痛指數 6-7 分。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>9/20 個案能說出 2 項並做出緩解疼痛方法。 9/21 個案翻身咳嗽咳痰時疼痛指數下降至 3 分。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每班評估並記錄疼痛情形，持續評估疼痛部位與性質強度與持續時間及個案反應。</li> <li>2. 每小時觀察並記錄個案生命徵象變化。</li> <li>3. 執行翻身擺位或協助傷口換藥時，提供軟枕於膝窩避免牽扯傷口周圍皮膚，協助個案採半坐臥姿減輕因長時間臥床造成的痠痛不適，使肌肉放鬆增加舒適。</li> <li>4. 9/18 教導個案以舒適臥位支托，用手固定管路位置防止牽扯傷口減輕翻身時傷口牽扯造成的疼痛。以棉被製作安心抱枕，個案可單手環抱，於翻身及咳嗽時可環抱安心抱枕於胸前，固定傷口處，教導個案緩慢深呼吸 5 秒後吐氣以減緩疼痛不適。</li> <li>5. 漸進式協助個案移動身體時動作輕柔，支托胸管部位，減少拉扯管路造成疼痛，及避免管路滑脫情形。</li> <li>6. 9/18 依醫囑予右胸（患側）冰敷每 2 小時敷一次，每次不超過 15 分鐘。</li> <li>7. 9/18 事先向個案說明咳嗽及翻身可能帶來的疼痛感受，讓個案有心理準備，並採集中護理執行護理措施。</li> <li>8. 9/19 協同個案與醫師共同討論調整止痛劑劑量，當個案無法忍受疼痛時，可告知護理人員給予止痛藥使用。</li> <li>9. 9/19 依醫囑予調整 morphine10mg+N/S 100ml run 5.0 → 6.0ml/hr 使用。</li> <li>10. 9/19 依醫囑予止痛藥 mutopain 0.5amp ivd 後 30 分鐘，觀察注意有無鎮靜、噁心、嘔吐、頭暈、發熱等副作用發生。</li> <li>11. 9/19 每次傷口換藥前，移除敷料前先以生理食鹽水潤濕敷料，減少敷料與傷口的黏合度，減輕拉扯造成的疼痛。</li> <li>12. 9/19 請妻子準備收音機播放個案喜歡的歌曲音樂轉移注意力，鼓勵及協助妻子與個案手腳及背部按摩，且可事先用溫水擦拭肢體及背部，使用乳液讓個案肌肉放鬆再執行被動及主動式運動。</li> <li>13. 9/20 依醫囑予口服止痛藥 depyretin 1tab TID。</li> </ol>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>9/20 協助個案翻身咳嗽時，個案會要求用枕頭放置在腋窩支托雙手扶住傷口，深呼吸慢慢吐氣 5 秒鐘，配合翻身動作，會客時妻子協助個案溫水擦拭肢體及背部並使用乳液幫個案擦拭，讓個案肌肉放鬆緩解疼痛。 9/21 個案：現在止痛劑加上吃的止痛藥後，咳嗽或翻身比較不痛了，評估個案疼痛指數 2 分，休息時疼痛約 1 分。</p>

二、知識缺失/缺乏對肋骨手術後復健、傷口照護的正確訊息 (2020/09/20-09/21)

<p><b>主 / 客觀 資料</b></p>	<p>S1: 9/20 個案擔心回家後：「這些傷口，要怎麼照顧？要怎麼照顧才知道傷口有沒有正常？」。 S2: 9/20 個案：「傷口要每天換藥嗎？」。 S3: 9/20 個案：「車禍造成身體疼痛及身體擦傷很多，但是現在擔心的是手術後是否有其他合併症？」。 O1: 右側開刀傷口有一 24Fr 固定 16 公分胸管留置。 O2: 右胸開刀傷口縫線約 10 公分 *2 處。 O3: 個案表情顯不安及嘆息。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>9/21 個案及家屬可說出傷口換藥步驟以保持傷口清潔。 9/21 個案在妻子協助下能正確執行翻身後深呼吸、咳嗽動作，翻身時注意胸腔引流管滑脫。 9/21 個案能正確使用誘發性肺量計並能說出使用之目的。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 9/20 詢問評估個案及妻子對於胸管放置、傷口換藥及呼吸訓練的了解程度。</li> <li>2. 9/20 給予衛教單張教導個案及妻子術後傷口換藥並於傷口換藥時，一邊說明和示範讓個案學習傷口換藥所需用物、步驟及注意事項。</li> <li>3. 9/20 教導個案及妻子每日傷口換藥時以無菌技術及生理食鹽水清洗，無菌紗布覆蓋，觀察傷口有無紅腫分泌物及胸管滲出液情形。</li> <li>4. 依醫囑予執行每日一次傷口換藥，並注意傷口周圍是否出現紅腫熱痛情形。</li> <li>5. 9/20 衛教說明胸管放置目的及胸管每日照護，評估胸管開刀周圍皮膚癒合狀況，胸管傷口予無菌技術及生理食鹽水清洗，無菌紗布覆蓋保持傷口乾燥。</li> <li>6. 9/20 向個案說明胸腔照護相關知識重要性如：傷口照護護理、翻身、深呼吸及咳嗽注意事項，避免胸管引流阻塞及管路滑脫等注意事項。</li> <li>7. 9/20 教導個案及妻子注意胸管引流管連接引流瓶高度不可高過傷口、觀察記錄每日引流顏色變化。</li> <li>8. 9/20 向個案說明漸進式翻身活動，必須將胸管與個案一起移動，小心胸管管路滑脫，避免用力拉扯胸管管路。</li> <li>9. 9/20 向個案及妻子提供衛教單張說明胸腔手術後咳嗽呼吸訓練進行衛教。</li> <li>10. 協助照會復健師，行肺部復健運動，如肺部呼吸訓練、肺部運動訓練。</li> <li>11. 9/20 向個案說明使用誘發性肺量計之衛教。協助個案使用誘發性肺量計進行呼吸訓練，協助恢復呼吸狀況。使用方法：身體採半坐臥姿或坐姿，緩慢吸氣盡量維持 2-3 秒，吐氣放鬆，並教導練習次數，每小時可練習 15 分鐘，每分鐘練習 5-6 次，一天約練習 10 小時，每天共約 200 至 300 次。使用時注意事項：做深呼吸訓練時，避免速度太快，若有頭暈情形，應先暫停待症狀緩解。</li> </ol>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>9/21 個案及妻子可說出傷口換藥步驟並保持清潔乾燥。9/21 個案由加護病房轉至病房。筆者於 9/23 續追蹤個案之妻子會正確操作傷口換藥步驟，觀察傷口癒合良好無紅腫、分泌物。 9/21 個案經由護理人員及治療團隊教導鼓勵，在妻子協助下漸進式翻身，個案會注意胸腔引流管是否有拉扯滑脫情形，之後採半坐姿用鼻子慢慢吸氣，吸氣至最大量，呼氣時以腹部的力量，用力將痰咳出。 9/21 個案正確使用誘發性肺量計，採半坐臥姿勢，緩慢吸氣至 750ml 並憋氣 2 秒，每小時可練習 15 分鐘，無頭暈不適情形產生，可說出誘發性肺量計的目的為促進肺部擴張，減少併發症。</p>

三、焦慮/擔心疾病預後、後續治療及不熟悉加護病房環境 (2020/09/18-09/21)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1: 9/18 個案第一天住加護病房聽到呼吸器、生理監視器警報聲響，看著生理監視器後用筆寫「怎麼了？發生什麼事？」。</p> <p>S2: 9/18 筆述：「這些管子這麼多，什麼時候可以拔掉？」。</p> <p>S3: 9/19 個案「主動問起車禍導致右側肋骨骨折及肺受傷，日後是否有其他併發症？」。</p> <p>S4: 9/20 個案：「胸管什麼時候可以拔掉？手術之後躺在床上這麼久，也不知道什麼時候才能好？外面的空氣這麼糟，我又動過肺部的手術，是不是以後都不能常常出門了？」。</p> <p>O1: 9/18 個案第一天聽到警報聲響時，臉部皺眉，眉頭深鎖、眼神驚慌，呈現緊張不安情形，身體肌肉緊繃。</p> <p>O2: 在做治療時個案會注意護理人員的舉動，接觸個案時會立刻睜眼，詢問現在要做什麼？</p> <p>O3: 9/20 觀察個案因擔心翻身拉扯到引流管而導致滑脫，而翻身次數減少。</p>
<p>護理目標</p>	<p>9/20 個案能主動表達兩件內心感受或擔心的事情。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 9/18 主動向個案自我介紹與問候與個案建立良好關係。</li> <li>2. 9/18 當呼吸器及生理監視器發出警告聲響時立即處理，減少個案緊張情緒，並告知個案機器發出警報聲代表的意義。</li> <li>3. 9/18 提供叫人鈴提高個案安全感，減少個案找不到人幫忙而增加焦慮。</li> <li>4. 9/18 向個案及妻子環境介紹並說明加護病房會客時間及訪視的規定。</li> <li>5. 9/18 向個案及妻子說明個案身上所有置入管路之作用及重要性和相關注意事項。</li> <li>6. 9/18 每班評估個案焦慮程度。每 2 小時關心陪伴個案並引導表達心裡感受，因術後仍有呼吸器維持氧合而無法開口說話，鼓勵個案以紙筆手寫表達出內心感受，傾聽並理解個案擔心原因。</li> <li>7. 9/19 觀察個案臉部表情、手勢動作，適時主動詢問關懷以不批判態度傾聽個案感受抒發。</li> <li>8. 9/19 每天運用跨團隊與醫師、呼吸治療師、復健師相關團隊，向個案說明解釋目前的治療恢復狀況、呼吸訓練進度。</li> <li>9. 9/19 主治醫師向個案進行說明完整的病況發展、術後注意事項及後續治療方向，增加個案參與感。讓個案知道，使其增加安心感。並鼓勵個案對病情不了解的地方，待醫師查房時，可以與醫師討論。</li> <li>10. 9/19 召開家庭溝通會議，使醫療團隊與病患或家屬相互溝通，共同參與以達治療照護的共識與決策。</li> <li>11. 9/19 主治醫師向個案說明放置胸管之目的：引流空氣和液體，重建肋膜腔之負壓，使肺部再度擴張。</li> <li>12. 9/19 主治醫師向個案說明胸腔引流管移除之時機。</li> <li>13. 9/19 適時延長會客時間，鼓勵妻子陪伴。</li> <li>14. 9/19 請妻子錄製個案喜歡的音樂專輯 USB，讓個案聆聽自行選擇喜歡的音樂播放以轉移注意力。</li> </ol>
<p>護理評值</p>	<p>9/19 個案經由呼吸訓練成功脫離呼吸器，生命徵象心跳：80 次 / 分、血壓：121/60mmHg、呼吸：12 次 / 分、血氧濃度：100%。</p> <p>9/20 個案表示：因為會擔心手術後合併症問題，還有翻身拉扯到引流管而導致滑脫，幸好經過醫師跟我說明我目前的情況跟後面治療需要注意的地方，讓我鬆了一口氣！</p> <p>9/21 個案臉部以微笑放鬆方式表達：經過醫師解釋後我放心多了，我會努力認真配合醫師及醫療團隊的治療，接下來要好好顧傷口跟努力復健，應該可以很快好起來。</p>

## 討論與結論

本文是一位因車禍外傷導致右側肩胛骨及右側第 3-8 肋骨骨折合併輕微氣血胸之個案，接受經胸腔鏡肋骨骨折開放性復位手術及右上肺楔狀切除手術。照護過程發現個案因外傷及手術後傷口疼痛不適，擔心手術後是否有其他合併症及傷口照護知識缺失，疾病預後及後續治療而產生焦慮之健康問題。鼓勵個案說出疼痛感受、觀察面部表情、監測個案疼痛指數、協助胸管固定減少拉扯降低疼痛指數，護理過程除了適當止痛藥物外並配合教導以非藥物使用方式如轉移注意力、深呼吸、肌肉放鬆按摩及製作安心抱枕以減少傷口牽扯緩解術後傷口不適，與文獻相符 [10,24,25]。除了解決個案生理上的不適外，於住院期間運用個別性的護理措施，以回覆示教方式提供傷口照護指導，並主動關心個案，運用跨團隊共同照護，擬定胸腔復健運動計畫，教導個案執行肺擴張訓練及有效性咳嗽技巧，提供手術後相關衛教說明，內容包括術後傷口位置、管路置入圖片及傷口照護，鼓勵說出內心感受及擔心害怕的事情，教導放鬆技巧，鼓勵家屬陪伴並利用音樂治療轉移注意力，有效減輕焦慮與增加自我照顧能力及增加信心。

個案入住加護病房天數短，照護過程著重於處理生心理問題。因個案胸管留置，加上右肩胛骨骨折疼痛，導致個案擔心拉扯到引流管而使管路滑脫，故自主性翻身次數減少，引發限制個案復健活動，個案期望能及早移除引流管，主治醫師向個案說明完整的病況發展，引流管移除之時機，仍無法讓個案擔心的情緒充分緩解，此為照護上的限制。個案 9/21 轉至病房繼續照護。9/24 個案順利出院，10/1 筆者以電話持續關心個案出院後返家恢復情形，個案表示持續使用誘發性肺量計現可吸至 2,500ml 並憋氣 2 至 3 秒，每天早上走路至公園運動約半小時時間，並表示傷口癒合已全拆線了。然而對個案而言，因對於胸管何時可以移除及擔心手術合併症。建議醫院設立導入床邊照護系統 (Patient Infotainment Terminal, PIT) 並串聯智慧病房院內資訊，醫療團隊透過床邊資訊系統設備提供正確資訊，完整且詳細對病患說明病況、衛教，以減少個案擔心、焦慮情形。分享此次照護經驗，護理人員

照護相關個案，藉用相關衛教讓個案降低產生合併症，減少住院天數，個案早日恢復日常工作的能力，以提升其生活品質。

## 參考文獻

1. 衛生福利部統計處：民國109年死因統計死因統計結果分析。2021。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5202-113.html>
2. 唐逸文、周宜平、吳東和 等：簡介以鈦合金釘固定胸部鈍傷引起之多重性肋骨骨折之經驗。臺灣醫界 2019；62（1）：17-20。
3. Xiao X, Zhang S, Yang J, et al.: Surgical fixation of rib fractures decreases intensive care length of stay in flail chest patients. *Annals of Translational Medicine. Ann Transl Med* 2020; 8(5): 216.
4. Pierre B, Mathieu R, Jean SD, et al.: Chest trauma: first 48 hours management. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 2017; 2(36): 135-145.
5. 劉鎮旗、吳哲侃、王鑑瀛：肋骨骨折手術固定治療。臨床醫學 2020；86（2）：466-473。
6. 張平憲、洪瑤汧：揮別肋骨骨折疼痛折磨—新式肋骨鈦金屬固定骨板手術。彰基院訊 2018; 35(9): 18-19.
7. Sum SK, Peng YC, Yin SY, et al.: Using an incentive spirometer reduces pulmonary complications in patients with traumatic rib fractures: a randomized controlled trial. *Trials* 2019; 20(1): 797.
8. 林匯鈞、方瑱珮、鍾安琪 等：肺復原介入肺癌病人手術前後之照護經驗。呼吸治療 2019；18（1）：114。
9. 李俊賢：心臟術後物理治療。血管醫學防治季刊 2016；26：24-29。
10. 呂欣衿、邱存梅、王斐雯：運用跨理論模式提升護理人員對重症病人疼痛評估處置完整性。長庚護理 2016；27（3）：353-367。
11. 黃雅蓮、蔡慈貞：加護病房鎮靜止痛藥物的臨床使用。臺灣臨床藥學雜誌 2019；28（3）：185-191。
12. 楊淑溫、周少鈞、陳梓泓 等：音樂治療對膽結石病人膽囊切除術後疼痛緩解之成效。北市醫學雜誌 2021；18（1）：52-64。
13. 陳惠美：一位創傷患者脫離呼吸器的護理經驗。彰化護理 2019；26（2）：83-94。
14. 吳佳儀、李明濱、吳其忻：燒傷之身心問題與全人照護。當代醫學 2015；58（8）：9-14。
15. Heijden MJE, Jeekel J, Rode H, et al.: Can live music therapy reduce distress and pain in children with burns

- after wound care procedures? A randomized controlled trial. *Burns* 2018; 44(4): 823-833.
16. Scheffler M, Koranyi S, Meissner W, et al.: Efficacy of non-pharmacological interventions for procedural pain relief in adults undergoing burn wound care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Burns* 2018; 44(7): 1709-1720.
  17. 郭瑞萍、翁靜美、陳金玫：護理人員在術後疼痛中挑戰。《領導護理》2015；16（4）：11-20。
  18. Abuatiq A: Patients' and health care providers' perception of stressors in the intensive care units. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2015; 34(4): 205-214.
  19. 林麗卿、邱艷芬、林碧珠：家屬叮嚀方案對減輕加護病人焦慮和非計畫性拔管之成效。《護理雜誌》2017；64（5）：41-49。
  20. 李佳純、馮翠霞：急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症候群。《護理雜誌》2020；67（3）：23-29。
  21. 蔡艷雲、石惠美、陳麗貞等：音樂措施介入對於初次氣管內管留置病人焦慮程度及舒適改善之成效探討。《健康科技期刊》2020；7（1）：1-11。
  22. 黃露菽、郭俐蘭、鄒淑萍等：召開家庭會議改善醫病溝通。《北市醫學雜誌》2018；15（4）：91-103。
  23. 蘇于媛、蘇佩真：一位心碎症候群病人脫離呼吸器的加護照護經驗。《高雄護理雜誌》2017；34（1）：85-96。
  24. 陳妍廷、陳品蕙：運用羅氏適應模式於一位肝內膽管癌患者之護理經驗。《澄清醫護管理雜誌》2019；15（3）：34-44。
  25. 田政斌：一位胸部鈍傷導致雙側氣血胸之急診照護經驗。《彰化護理》2020；27（1）：86-96。

# Nursing Experience of Caring for a Patient with Multiple rib Fractures Admitted to the Intensive care unit Postoperatively

Li-Wen Yeh<sup>1</sup>, Chin-He Yu<sup>2</sup>, Teck-Koon Tan<sup>3</sup>, Pei-Chih Wu<sup>2</sup>

Department of Nursing<sup>1</sup>, Division of Respiratory Therapy<sup>2</sup>, Division of Critical Care Medicine<sup>3</sup>,  
Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

## Abstract

We examined the care experience of a 65-year-old man with fractures in the 3rd–8th ribs on the right side, mild right hemopneumothorax, and a right scapular fracture sustained from a road traffic accident; he was admitted to the intensive care unit after undergoing thoracoscopic open-reduction surgery of the rib fractures and right upper lung wedge resection. From September 18 to 21, 2020, we observed the direct care experience, physical evaluation, communication, and reviewing of medical records. Gordon's 11 functional health patterns were evaluated for data collection, and the chief complaints of the patient were confirmed to be acute pain, lack of knowledge and rehabilitation after rib surgery, poor wound care, and anxiety and worry regarding the disease prognosis and subsequent treatment. After we discussed the treatment strategies with the patient and his family, the patient's needs and worries were understood, and postoperative wound pain response was closely observed. Non-pharmacological methods, such as distraction, deep breathing, muscle relaxation massage, and bolsters, were used to alleviate pain in combination with analgesics. Regarding the lack of knowledge and postoperative rehabilitation and wound care, the patient was informed of the objective, usage method, practice frequency, and precautions for carrying out respiration training using an incentive spirometer. The patient was instructed to pay attention to the chest tube during body-turning to avoid pulling and to pay attention to swelling, warm sensation, pain, and secretion in the wound during a dressing change. As for anxiety and worry regarding the disease prognosis and subsequent treatment, active listening, care, and companionship were used to guide the patient in revealing his thoughts and release his emotions. Every day, the medical team informed the patient and his family of his current condition and subsequent treatment directions to increase patient participation and build treatment confidence. These findings could serve as a basis for clinical care of similar cases with improved quality. (Cheng Ching Medical Journal 2023; 19(2): 61-70)

**Keywords :** *Rib fracture, Lack of knowledge, Anxiety*

Received: April 2022; Accepted: September 2022