

照護一位愛滋病病人伺機性肺部感染之加護護理經驗

張淑媚¹、陳雅惠¹、何淑芬¹、謝佳吟^{1,2}

臺中榮民總醫院 護理部¹、感染管制中心²

摘要

本文描述一位年輕男性初診斷愛滋病且併發伺機性感染，入住加護病房之護理經驗。病人除了面臨呼吸衰竭之生理不適，更需擔憂病情被曝露之心理壓力，而自我隔離、意志消沉，故選案介入照護。護理期間為2017年3月27日至4月3日，經由直接照護、身體評、紙筆溝通、觀察、會談、與家庭互動等方式收集資料，以Gordon十一項功能性健康型態評估，確立病人有「呼吸道清除功能失效」、「特定知識缺失」、「焦慮」等主要健康問題，護理期間先協助病人維持呼吸道通暢，再配合呼吸訓練脫離呼吸器，並建立信任的護病關係，不在公共區域討論病情以維護病人隱私與尊嚴，提供愛滋病醫療訊息與知識，降低其焦慮感，引導正向面對疾病，敞開心扉與家人互動，做重返職場之準備。礙於單位的疾病屬性，對於愛滋病病人的照護及病情告知之能力較欠缺，故建議單位規劃「愛滋病倫理照護議題」之教育訓練，提升單位的愛滋病加護照護能力，期望此護理經驗供愛滋病人照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（1）：66-74）

關鍵詞：愛滋病、伺機性肺部感染、加護護理

通訊作者：陳雅惠

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段1650號

E-mail：r924260180@gmail.com

受理日期：2020年1月；接受刊載：2020年4月

前言

愛滋病已是一種可控制的慢性病，25-34歲年輕發病人佔39.1%，主要傳染途徑以不安全的性行為佔78.9%[1]。當病人獲知罹患愛滋病，不僅焦慮害怕疾病被揭露，更會刻意自我隔離並疏離人群，不同於其他疾病較缺少家人朋友的支持[2,3]，病人常需孤獨面對病痛，加上愛滋病初期的臨床症狀少有特異性，容易被忽略，上述因素會讓潛在高危險愛滋病毒感染病人不敢主動接受篩檢，或有意忽略自己可能被病毒感染的事實，而延遲診斷與治療，最後造成嚴重的伺機性感染，若疾病惡化併發肺囊蟲肺炎伺機性感染致呼吸衰竭，需要加護照護才能降低死亡的威脅[3,4]。

本個案是28歲年輕男性，因發燒、呼吸急促而就醫，入院第2天即併發急性呼吸衰竭而插氣管內管入住本病房，胸部X光呈現肺門雙側瀰漫性間質浸潤，診斷肺囊蟲肺炎與愛滋病，當時病人意識清醒，難以接受罹患此病，而以冷漠無神的態度回應醫護人員，尤其在會客時間目不轉睛注意醫護人員是否與其家人朋友互動而透露病情，故引發選案之動機。透過維護單獨隱私空間、建立信任的護病關係，協助其提升對疾病之因應能力，引導與案母坦承病情，增加對治療照護之信心。

文獻探討

一、愛滋病概述及治療

感染人類免疫缺乏病毒（Human Immunodeficiency Virus, HIV），造成人體免疫力喪失，即為後天免疫缺乏症候群（Acquired Immune

Deficiency Syndrome, AIDS)，俗稱愛滋病，主要由性行為、血液、母子垂直感染等方式感染[5]。目前治療以高效能抗病毒藥物（Highly Active Anti-Retroviral Therapy, HAART）的雞尾酒療法（Cocktail therapy）為主，以抑制病毒複製，提升表面抗原分化簇4受體數量（CD4 cells/mm³, Cluster of differentiation 4 cells/mm³），降低病毒突變與抗藥性及恢復免疫功能，可減少病人的伺機性感染以提高存活率[5,6]。隨著愛滋病新藥物開發，不僅減少病人服藥次數，有效提升服藥遵從性，使愛滋病獲得更佳的控制[7]，臺灣自2016年開始將單錠處方組合（Single-Tablet Regimens, STR），將Atripla、Complera、Triumeq等藥錠列為初次接受抗愛滋病毒感染治療的首選藥物[7]。

二、愛滋病病人伺機性肺部感染之治療與護理

愛滋病急性感染期使病人的免疫系統遭受不可逆的破壞，當病人CD4+T淋巴球數目少於20cell/mm³，會出現念珠菌、巨細胞病毒、肺囊蟲原蟲等伺機性感染，其中感染肺囊蟲肺炎易引起呼吸衰竭，是愛滋病的主要死因[8]，常見症狀為發燒、胸部不適、呼吸困難，嚴重者會出現呼吸急促、發紺、心搏加快，胸部X光呈現肺部結節或囊腫及肺門對稱性雙側瀰漫浸潤[9,10]，若嚴重呼吸窘迫需合併藥物及呼吸器治療，治療藥品為Trimethoprim-sulfamethoxazole（15-20mg/kg/day）靜脈注射21天，通常於5天內臨床症狀即改善[9,10]。護理措施：當病人嚴重呼吸困難時需維持適當的氣體交換，甚至以呼吸器治療，每班評估呼吸型態、聽診與紀錄呼吸音、監測血氧飽和度，維持呼吸器管路通暢與執行呼吸器相關性肺炎組合式照護[8]；教導病人咳嗽及深呼吸的技巧，在照護上協助每兩小時翻身、配合背部叩擊、姿位引流、抬高床頭30-45度、以促進痰液咳出，以無菌抽痰維持呼吸道通暢；增加肌肉的強度與耐受力，安排復健運動治療；上肢的舉臂運動、拉開胸廓，藉以增加吸氣容量進而改善肺部功能，下肢的抬腿運動等[11]；並且建立有效的溝通方式，讓病人獲知自己於脫離呼吸器過程中的表現，詳細告知呼吸器脫離的步驟過程，如：呼吸器壓力調降方式，適時給予言語鼓勵及支持，以筆談或拍肩、握手等動作鼓勵其表達內心感受、安排

家人陪伴可減輕焦慮、增加安全感，以利脫離呼吸器[11,12]。

三、初次診斷愛滋病病人之衝擊及因應

因社會的烙印，讓愛滋病病人擔憂親友得知自己的病情後難以諒解、甚至疏離，更因不瞭解病情及治療且羞於提問，以害怕、逃避、過度警戒的反應為主，若情緒無法獲得適當紓解與支持，會導致自我孤立、社交隔離、焦慮、無望感等問題[13]。護理措施為：協助病人及家屬面對疾病的不確定感，傾聽病人內心感受，鼓勵其說出擔憂及害怕的事情，以非批判性態度接納正向負向感受，建立信任護病關係，保護病人隱私，避免其擔心疾病曝光的問題，如訪談時保持環境隱密性[3]；提供充分藥物治療及疾病認知，利用口述、網路資源、書面衛教等方式，讓病人了解疾病的病程及目前治療的狀況；衛教愛滋病治療相關資訊，如：傳染途徑、安全性行為、日常生活之注意事項、自我觀察危險症狀等[4]；鼓勵病人與醫師討論治療計畫，加強其對治療的正向信念；透過音樂療法轉移注意力、認識病友分享患病心情以減輕心理壓力，視需要轉介專業人員，如：個案師收案管理，陪伴病人及家屬與醫療團隊互動式會談，藉由家人及社會的支持，減輕焦慮、害怕情緒，減少社會隔離及互動障礙，協助病人重拾希望，適應疾病的變化以坦然面對未來的生活[13,14]。

護理過程

一、個案簡介

徐先生28歲，未婚、國語溝通、大學畢業，從事機場地勤工作，家住新竹，因工作關係獨居於台中，父母健在，有2個妹妹，無藥物及食物過敏史，不曾吸食毒品，2016年與長期交往的女友分手，心情沮喪開始以網路結交異性朋友，最後一次性行為是2017年一月中旬，未採取安全性措施。

二、過去病史及求醫經過

無特殊過去病史，2017年3月因感冒未癒，3/26咳嗽加劇、呼吸急促，發燒39℃，至急診就醫，胸部X光肺門呈雙側瀰漫性間質浸潤，疑似肺囊蟲肺炎，抽血檢查Anti-HIV（PA）及Anti-HIV（EIA）為陽性，3/27呼吸衰竭插管治療，轉入加護病房，

3/28西方墨點法（HIV-1 Western Blot Test）為陽性，確診感染愛滋病毒，抽血檢驗值CD4: 28cell/mm³，病毒：339,000copies/mm³，3/31脫離呼吸器，4/3 X光影像雙側肺部浸潤及臨床症狀改善轉普通病房，4/8開始服用抗反轉錄病毒藥物（Triumeq QD 1Tab）治療，5/4出院後門診追蹤。

護理評估

護理期間為2017年3月27日至4月3日，筆者藉由直接照護與身體評估、會談、紙筆溝通及病歷查閱等方式收集資料，並運用Gordon十一項健康功能型態進行評估，分析如下：

一、健康感受-健康處理型態

平日健康良好，未曾因生病而影響工作，無抽菸、喝酒的習慣。3/29訪談時神色疑惑與落寞，談及生病後的感受，露出無助及擔憂病情，筆談：「我網路交友、應該是去年底有2次沒戴保險套的性行為」，「最近發燒感冒，在診所看病好一陣子都沒好，也沒想到要至醫院檢查！」、「得了這病我不能害家人，不能回家，再也不能去工作！」，3/30眼眶泛紅且搖頭，筆談：「這病太嚴重了，應該是沒救吧！」。3/30猛搖頭表示不清楚愛滋病的傳染途徑、治療及預後。個案對於自己被診斷愛滋病之後，對往後要面對疾病就醫、生活、工作與親朋好友有誤解，更顯得不知所措，經評估有「特定知識缺失」與「焦慮」之護理問題。

二、營養-代謝型態

身高162cm，體重50.5kg，理想體重為57.4kg，

BMI：19.2（kg/m²），入院前食慾可，無挑食情形，體型偏瘦小，頭髮呈黑色，皮膚黏膜完整無破損，無水腫及潰瘍。3/27因呼吸衰竭，留置鼻胃管，3/28鼻胃管灌食237ml牛奶/2-3小時，每日熱量1750卡/天，3/26 Albumin: 2.8g/dl、Hgb:12.1g/dl，住院期間體重50-52kg。

三、排泄型態

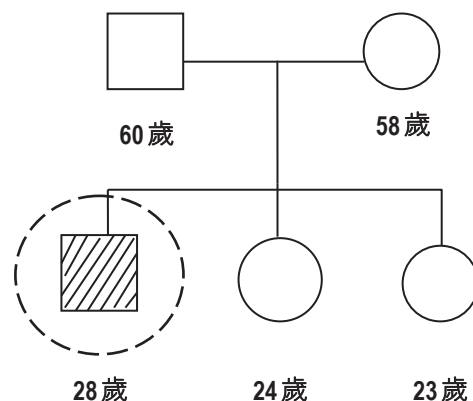
入院前排尿正常，一至二天解便一次。3/27因需密切監測輸出入量變化，留置導尿管，3/29移除尿管後可自行解尿，尿液顏色黃，尿量1,500-2,000ml/天，每日輸出輸入量平衡，腹部腸蠕音8-10次/分，每天解黃軟便1-2次。

四、活動-運動型態

無固定的運動習慣，偶而慢跑與健走，每次約30鐘。3/26胸部X光肺門呈雙側瀰漫性間質浸潤合併急性呼吸窘迫症候群，診斷肺囊蟲肺炎，開始抗生素藥物療程，3/27呼吸衰竭放置氣管內管接呼吸器使用，呼吸器設定採壓力控制模式，活動時呼吸：34-40次/分、SpO₂：88-90%，呼吸淺快但未使用呼吸輔助肌，3/28筆談：「我很喘，痰多一直咳痰」、案母：「他臉好紅！好像有痰、很喘」、3/29筆談：「想咳痰有管子咳不出來！」；翻身、拍背照護時易出現劇烈咳嗽，痰液量多、呈黃色粘稠狀，聽診呼吸音為濕囉音，每小時抽痰2-3次，經評估有「氣體交換功能障礙」、「呼吸道清除功能失效」之護理問題。

五、睡眠-休息型態

平時睡眠約6-8小時，少有睡眠中斷，住院初



圖一家族樹

期夜裏淺眠並易驚醒。個案因健康狀態改變感到不安而影響睡眠，經由醫護人員的解釋與安撫後可入睡5小時。

六、認知-感受型態

雙眼近視300度，配戴眼鏡校正，意識清楚筆談溝通，口腔疼痛指數為2分，聽力正常無重聽。

七、自我感受-自我概念型態

個性獨立、溫和。3/28神情透露出難過、害怕、不安的感覺，筆談：「我不想讓家人知道我的病！他們一定會對我很失望」、「不要告訴任何人我得愛滋病，怕他們用異樣的眼光看我，覺得我很髒。」，3/29筆談：「不想家人及同事來看我！」、「生這個病，生活都被打亂了！」3/29案母：「他得了什麼病？都不理我！」，3/30筆談「我不敢摸人！怕傳染給他們」，會客時目光迴避、冷漠不語，但眼神緊盯著醫護人員與其家人互動，家人訪視時冷漠不語、無眼神接觸、經常望著窗外，個案初診斷愛滋病，人生因愛滋病受到衝擊及充滿不確定感，與家人間也因愧疚、自責、焦慮而有隔閡，更不願與家人或朋友交談，甚至拒絕親朋的訪視，害怕別人對他有異樣的眼光，過度的警覺害怕擔憂病情曝光，入院初期總是淡漠、少回應醫護人員，甚至閉眼搖頭迴避溝通，經評估有「焦慮」之護理問題。

八、角色關係型態

為人子，因工作關係獨居，主要決策者為個案，每月回家1-2次，母親總是默默支持個案的決定，個案確診愛滋病後不想讓家人失望，選擇暫不告知家人，但家人訪視時仍會給予言語鼓勵。

九、性生殖型態

生殖器外觀正常，無分泌物情形，一年前與女朋友分手後心情沮喪，常透過線上交友認識異性，性行為對象為異性，至今發生兩次無戴保險套的危險性行為，無固定性伴侶的關係維持一年，目前無交往對象。

十、因應-壓力耐受型態

住院前主要壓力來源為工作，平時工作遇到壓力會與朋友、同事一起分享討論，會與父母商量重要決定，父母能尊重個案的決定。

十一、價值-信仰型態

無宗教信仰，家裡信奉道教，當心情煩躁、工作不順暢時偶爾會去廟裡拜拜，心中會比較安心。雖對此疾病感到茫然害怕，但自覺還年輕，還有未來，所以願意面對疾病治療，不想讓父母擔心。

問題確立與護理計畫

依據上述護理評估，確立個案有「呼吸道清除功能失效」、「氣體交換障礙」、「特定知識缺失」、「焦慮」等健康問題，僅提出三項健康問題，分述如下：

一、呼吸道清除功能失效/與肺部感染、痰液黏稠量多有關（3/27-4/3）

主 / 客 觀資料	主觀資料 1.3/28 筆談：「我很喘，痰多一直咳痰。」 2.3/28 案母：「他臉紅！好像有痰、很喘。」 3.3/29 筆談：「想咳痰有管子咳不出來！」 客觀資料 1.3/27 胸部 X 光肺門呈雙側瀰漫性間質浸潤。 2. 聽診呼吸音有濕囉音，活動時呼吸：34-40 次 / 分、SpO₂：88-90%。 3. 翻身、拍背時易出現劇烈咳嗽，痰黃稠、量多，每小時抽痰 2-3 次。
護理目標	1.3/29 個案可配合呼吸器使用，呼吸次數 16-25 次 / 分、SpO₂>92%。 2.3/31 個案協助下維持呼吸道通暢，抽痰次數每 2-3 小時 1 次。 3.4/3 個案脫離呼吸器後維持可以咳痰液，且 SpO₂>95%。

一、呼吸道清除功能失效/與肺部感染、痰液黏稠量多有關（3/27-4/3）（續）

護理措施	1. 監測並記錄生命徵象及氧合狀況，每 2 小時監測呼吸次數，每班聽診呼吸音，觀察呼吸狀況。 2. 以無菌技術抽痰，給予言語鼓勵或支持性接觸，如輕拍個案的肩膀、鬆開約束握住雙手鼓勵，抽痰前向病人說明「O 先生：要抽痰忍耐一下！」 3. 保持呼吸器管路順暢，並適時排除管路積水，預防呼吸器相關性肺炎。 4.3/29 與個案「共同擬定呼吸復健運動」：分別於 9Am、2Pm、6Pm 執行全關節及伸展運動 20 分鐘，如上肢：雙臂伸直上舉超過耳朵、下肢抬腳運動。 5.3/30 開始視個案情況調整呼吸器使用 PS Mode 進行呼吸訓練，訓練期間彈性延長會客時間，鼓勵家屬陪伴，降低其緊張焦慮。 6.3/31 移除氣管內管後，教導採坐姿、身體彎曲向前，鼻子慢慢吸氣、嘴巴以吹口哨狀吐氣，用腹部力量用力將痰咳出。 7.3/27-4/3 依醫囑靜脈注射 Trimethoprim-sulfamethoxazole（治療肺囊蟲肺炎用藥）15mg/kg Q8h。
護理評估	1.3/29 個案可配合使用呼吸器，SpO₂：94%、呼吸 16-20 次 / 分、呼吸未使用輔助肌。 2.3/31 個案能在呼吸器使用期間保持呼吸道順暢，抽痰次數每 2-3 小時 1 次，配合呼吸復健運動，每日執行 3 次的床上肢體活動。 3.4/1 個案採腹式呼吸並將痰液咳出，量中色黃呈微稠狀。 4.4/3 鼻導管 1 L/min 用，自行咳痰，不需要抽痰且 SpO₂：96%。

二、特定知識缺失/與愛滋病相關資訊不足有關（3/28-4/3）

主 / 客 觀資料	主觀資料 1.3/29 筆談：「我網路交友、應該是去年底有 2 次沒戴保險套的性行為」。 2.3/29 筆談：「最近發燒感冒，在診所看病好一陣子都沒好，也沒想到要至醫院檢查！」。 3.3/29 筆談：「得了這病我不能害家人，不能回家，再也不能去工作！」 4.3/30 筆談：「這病太嚴重了，應該是沒救吧！」。 客觀資料 1.3/29 訪談時神情疑惑與落寞，談及生病後感受，言語透露出無助及擔憂病情。 2.3/30 猛搖頭表示不清楚愛滋病的傳染途徑、治療及預後。
護理目標	4/1 個案能回答目前的病況、治療過程及服藥目的。 4/3 個案能說出三項生活及回診注意事項。
護理措施	1. 以親切的護理專業語氣與態度及個案建立護病關係。 2. 予傾聽陪伴、鼓勵其說出內心感受，不批判、避免先入為主的想法。 3. 鼓勵病人提問，互動式討論引導其參與醫療決策對愛滋病的照護有正向信念。 4. 提供愛滋病衛教手冊、衛教影片及台中市政府衛生局愛滋病防治宣導的影片，分三階段 3/31：1400、1700，4/1 1400 衛教 20-30 分鐘，重點如下： （1）愛滋疾病的發生率、預後及相關統計數據，如：CD4 上升、病毒量降到測不到的範圍，伺機性感染的發生率及住院率會下降，存活期會延長。 （2）說明愛滋病傳染途徑：藉由不安全性行為、共用針頭、輸血等。

二、特定知識缺失/與愛滋病相關資訊不足有關（3/28-4/3）（續）

護理措施	(3) 告知治療時機及藥物概念為：高效能抗反轉錄病毒治療，介紹台灣現有抗愛滋病毒單一藥錠藥物，規則服用的重要性及藥物的目的。 (4) 返家及返職場的日常生活注意事項：固定性伴侶、全程使用保險套、單獨使用一套盥洗用具，勿與他人共用牙刷、刮鬍刀。 (5) 教導自我評估，當出現疲倦、發熱、缺乏食慾、體重減輕、腹瀉、夜間盜汗及淋巴結腫大時為病情惡化的症狀，應立即就醫。
護理評估	1.3/31-4/1 個案願意且積極參與三階段的愛滋病衛教。 2.4/1 個案能說出愛滋病生活注意事項三項：固定性伴侶及全程正確使用保險套、避免共用針頭與盥洗用具。 3.4/2 個案：「只要每天按時服藥一顆，愛滋病就能控制，減少感染、我能回家、我也可以去工作」 4.4/3 能正確說出需回診的三種狀況：「當出現疲倦、發熱、體重減輕、腹瀉時」應立刻回診就醫。

三、焦慮/與生命受到威脅及害怕、擔心愛滋病曝光有關（3/28-4/3）

主 / 客 觀資料	主觀資料 1.3/28 筆談：「我不想讓家人知道我的病！他們一定會對我很失望」。 2.3/28 筆談：「不要告訴任何人我是愛滋病，怕他們用異樣的眼光看我，覺得我很髒。」。 3.3/29 筆談：「不想家人及同事來看我！」。 4.3/29 案母：「他得了什麼病？都不理我！」。 5.3/30 筆談「我不敢摸人！怕傳染給他們」、筆談：「這病太嚴重了，應該是沒救吧！」。 客觀資料 1.3/28 神情透露出難過、害怕、不安的感覺，迴避溝通表達想法。 2.3/29 會客時目光迴避、冷漠不語，但眼神盯著醫護人員與家人的互動。 3.3/29 家人訪視時淡漠不語、無眼神接觸、經常望著窗外，更不願與家人或朋友交談，甚至拒絕親朋的訪視。 4.3/30 眼眶泛紅且搖頭。
護理目標	3/30 個案主動與家人及醫護人員有互動。 4/3 個案能表達焦慮程度減輕。
護理措施	1. 陪伴支持、建立良好的信任護病關係，每班主動關懷個案需求，耐心傾聽，同理其感受。 2. 注意隱私空間的維護，鼓勵表達內心所擔心的事情，以語言、非語言（眼神、點頭、搖頭，不戴手套的肢體接觸：如握手、輕撫肩）等建立雙向溝通。 3. 為個案代言，取得醫療團隊共識，建議醫師在查房時，有計畫性回應個案對病情告知的擔心。 4.3/29 09：00 協助醫療團隊向個案再次說明，若家人詢問病情，以「肺部感染造成呼吸衰竭，不提及愛滋感染」的方式回答，讓個案能信任醫療團隊，配合處置。 5. 鼓勵個案思考如何告知家人罹患愛滋病的時機與方式。

三、焦慮/與生命受到威脅及害怕、擔心愛滋病曝光有關（3/28-4/3）（續）

護理措施	6.3/30 經個案同意轉介愛滋病個案師收案，並鼓勵個案透過病友 Line 族群，線上提問愛滋病相關問題，並與其他病友相互分享經驗。 7. 鼓勵個案聽自己喜愛的五月天音樂、介紹閱讀愛滋書籍「愛人愛己同舟共濟 - 愛滋病防治專書」。 8. 鼓勵病人與家人做適當的肢體接觸，如握手、拍背、更衣等。 9. 協助案母拿護身符放在個案床頭及將佛珠掛手上。
護理評估	1.3/30 個案能與案母及護理人員有眼神接觸、點頭、搖頭等互動，並主動與案母握手。 2.4/3 個案：「今天媽媽拿媽祖廟的平安符給我，祈求我度過這次難關，讓我安心多了！」 3.4/5 至病房訪視，個案能與隔壁病床的病人說出及表達想法：「一開始自己都無法接受，害怕自己無法出院，住院期間還好有大家的鼓勵，讓我知道這病沒那麼可怕，我還有機會，而且原來還有其他人跟我一樣，也可以控制病情後再出院了，謝謝你們！」。

討論與結論

本文描述一位年輕男性愛滋病伺機性肺部感染入住加護病房所面臨身心層面的衝擊。病人在瀕臨呼吸衰竭插管之際，透過多次筆談獲知病人對愛滋病的知識缺失，更害怕家人同事知道他的病，會不諒解而離開他，顯得意志消沉，拜託醫護人員要對其親朋隱病情，筆者在照護過程發現病人因焦慮病情曝光，而對周遭的人過度警戒，甚至自我孤立，醫療團隊除了救治病人的生命，亦考量病人病情若惡化，家屬卻不知真實的病情，依照[2,13]文獻提供愛滋病人全人的照護，以因應愛滋病人的倫理困境。另外筆者不斷以關懷陪伴取得病人的信任感，經過多次為病人代言其心理壓力，並安排會談與跨團隊介入，首先讓他對治療有信心，亦透過呼吸訓練順利脫離呼吸器，並與案母重建親子互動，獲得母親支持，並在母親陪伴下做返家與返職場之準備。與[15,16]文獻建議相符合，在病人確診愛滋病後予心理支持與關懷，透過醫療團隊共同照護，讓病人坦然面對疾病接受治療，進而適應疾病所帶來的生活改變，重拾對生命的期盼。取得病人同意，電訪追蹤返家適應的情形，病人提到依照每日「自我評估」的照護計畫，確定自己身體狀況逐漸好轉，返家兩個月後開始工作，病人也將愛滋病情主動告知母親，此回饋讓筆者感到欣慰。本

病房極少有愛滋病人，對於愛滋病情之告知等倫理議題極不熟悉，建議單位安排「愛滋病倫理照護議題」之教育訓練，提升單位的重症愛滋病照護能力，而個案住加護病房期間，因為密閉式空間加上單位屬性，未能介紹愛滋病友與之分享與鼓勵，實屬實務上之限制。

參考文獻

1. 衛生福利部疾病管制署：AIDS/HIV統計資料。2018。Retrieved from <https://bit.ly/3kBCveO>
2. 余嘉惠、邱奕頌、鄭夙芬 等：愛滋感染者的污名與靈性照顧。護理雜誌 2018；65（3）：11-16。
3. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al.: The health stigma and discrimination framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development. BMC Medicine 2019; 17(31): 1-13.
4. Davis SJ, Koch DS, Mbugua A, et al.: Recognizing suicide risk in consumers with HIV/AIDS. Journal of Rehabilitation 2011; 77(1): 14-19.
5. 衛生福利部疾病管制署：愛滋病檢驗及治療指引。台北：衛生福利部疾病管制署。2018。
6. 謝思民：愛滋病毒之感染途徑、診斷與臨床症狀於張淑容總校閱。愛滋病照護與諮商。台北：愛滋病防治基金會。2013。
7. 衛生福利部疾病管制署：人類免疫缺乏病毒感染。2018。Retrieved from <https://bit.ly/37RFwnS>

8. 鄭麗珠、王雪娥：免疫系統異常之護理。內外科護理學（上冊）。台北：華杏。2014。
9. 楊倩宜、陳琦華：後天免疫缺乏症候群與肺囊蟲肺炎。藥學雜誌 2013；29（1）：147-152。
10. John B: CD4 cell count and the risk of AIDS or death in HIV-infected adults on combination antiretroviral therapy with a suppressed viral load: a longitudinal cohort study from cohere. PLoS Med 2012; 9(3): e1001194.
11. 陳夏蓮：呼吸系統疾病病人之護理。內外科護理學上冊（五版）。台北：華杏。2015。
12. 廖敏季、邱靜娥、簡榮彥 等：復健運用於長期呼吸器依賴個案之成效。臺灣醫學 2013；17（5）：468-475。
13. Dias BVB, Pagano AP, Gomes BGM, et al.: Humanization of care for people living with HIV/AIDS: integrative review. Social Science and Humanities Journal 2019; 3(4): 1048-1053.
14. Manhas C: Self-esteem and quality of life of people living with HIV/AIDS. Journal of Health Psychology 2014; 19(11): 1471-1479.
15. 郭雅萍、曾瓊誼：一位伺機性感染病人確診愛滋病之護理經驗。新臺北護理期刊 2018；20（1）：101-111。
16. 陳美姝、張夙娟、張靜雯：愛滋病患者併發伺機性感染後後之心理衝擊與照護。榮總護理 2015；32（2）：185-192。

Intensive care Nursing Experience of AIDS Patient with Opportunistic lung Infection

Shu-Mei Chang¹, Ya-Huei Chen¹, Shu-Fen Ho¹, Chia-Yin Hsieh^{1,2}

Department of Nursing¹, Center for Infection Control², Taichung Veteran General Hospital

Abstract

We present the intensive care unit nursing experience of a young male AIDS patient with complications of opportunistic lung infection. In addition to the physical discomfort of respiratory failure, the patient also experienced psychological stress from worrying about social exposure of his AIDS illness, which led to self-isolation and depression. The patient was therefore given interventional nursing. The nursing period was from March 27 to April 3, 2017. Data were collected through direct care, physical evaluation, pen-and-paper communication, observation, interviews, and interaction with family members. Gordon's 11 functional health patterns assessment was used as the tool for evaluation. The patient presented with major health problems such as "ineffective airway clearance," as well as experiencing "insufficient AIDS-related knowledge," and "anxiety." During the nursing period, the first priority was to maintain an open airway, and, following this, to wean the patient from the respirator by training him in breathing exercises, and then to build trust with the patient. Public discussion of the patient's condition was avoided to maintain patient privacy and dignity, and medical information and knowledge on AIDS were provided, which effectively reduced anxiety and stress. The patient was counseled in facing the disease with a positive attitude, interacting with family members with an open mind, and preparing to return to normal work. Due to the characteristics of the intensive care unit, the ability to fully care for and inform AIDS patients is insufficient. Therefore, we recommend that the unit plan specific education and training on "AIDS-related ethical care issues" to enhance the quality of AIDS intensive care. We expect our nursing experience to serve as a reference for the care of AIDS patients in the future. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(1): 66-74)

Keywords : *AIDS, Opportunistic lung infection, Intensive care*

Received: January 2020; Accepted: April 2020