第 2 版

新生醫護管理專科學校

111 學年度第 1 學期　內科護理學實習作業

案例分析作業

運用遊戲方式訓練一位 COPD 的病人參與肺部復健實習經驗

班級：護理科　四　年　一　班
姓名/學號：
指導教師：
實習期間：111/11/21-111/12/18
實習醫院：

§

目錄 **頁碼**

壹、前言 2
貳、護理評估 3
一、個案基本資料 3
二、家庭樹 4
三、疾病史 4
(一).過去病史 4
(二).此次住院經過 4
(三).治療過程 5
四、系統評估 10
五、護理問題一覽表 13
伍、護理計畫 14
陸、討論與結論 15
柒、參考資料 15

壹、前言

在醫療進步的現在，人老化問題日趨嚴重，老年慢性疾病的議題逐漸受到重視，預估 2030 年 COPD 將成為世界第三死因及第五大造成失能的重大疾病，也被譽為全球主要死因疾病之一(WHO，2008);衛福部統計全球每 10 秒就有一人死於 COPD，台灣一年超過 5000 人死於 COPD。在我國十大死因的第 8 名為下呼吸道系統疾病，死亡率為 26.6 %，肺癌則高居癌症死因的第 1 位，年約 6238 人死於慢性下呼吸道疾病（衛生福利部・2022）

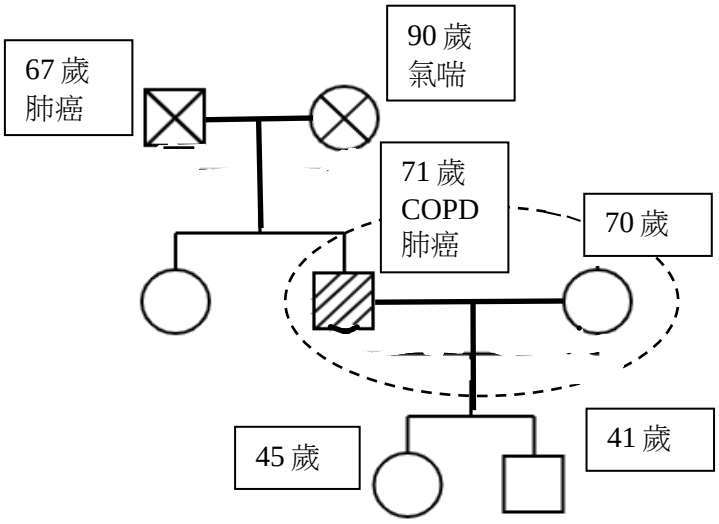
本文描述一位 71 歲個案，因在家中發現呼吸喘、發燒、心悸而緊急送急診求醫，經由檢驗值判斷 WBC:2.21*10^3/ul 診斷 Sepsis。照護期間發現個案有低效型呼吸型態健康問題，藉由白天利用遊玩治療性遊戲促進個案肺部擴張，發覺個案對於治療性遊戲有興趣，也能使個案肺部有效擴張，有助於評值個案的呼吸作工及減少呼吸費力，有助於返家後維持日常生活功能，因此作為深入探討之動機。

貳、護理評估

一、個案基本資料

姓名	曾○○	性別	男性	年齡	71 歲	過敏史	N/A
床號	6B○○-3	入院日期	2022/10/24	時間	06:43	入院方式	家屬陪同
籍貫	臺灣	婚姻	已婚	教育程度	初中	職業	無
宗教	無	語言	國語、閩南語	身高	162cm	體重	48kg
護理期間	11/28-	出院日期	未定	主要照顧者	案妻，台籍看護工		
英文診斷	Sepsis、COPD						
住院初步中文診斷	敗血性休克						

二、家庭樹



記號如下：□男性；○女性；▨個案；死亡者打叉。

三、疾病史

(一).過去病史

發現時間	診斷	藥物治療或處置
很多年前	COPD	On Airvo SpiOLTO Respimat 5mcg/5mcg/dose
很多年前	疝氣 S/P	Spersin Oint. 10gm CD QD 人工網(Mesh)
111 年 4 月份	Lung cancer	雙側部分肺葉切除

(二).此次住院經過

個案在家呼吸喘、發燒、心悸症狀，由案妻陪同，乘坐救護車進入醫院急診，急診評估 Conscious 呈 Clear ;GCS：E4V5M6;生命徵象：耳溫 37.7 度 C、PR 150 次/分、RR 24 次/分、BP： 129/79mmHg、SPO2 100%，經值班醫師（duty）評估後，給予氧氣使用及執行抽全血球計數 CBC，發現異常值 WBC: 2.21X10^3/μL、RBC:2.66X10^6/μL、HB:8.4 g/dL、Hct.:23.3 g/dL、Pla.:98X10^6/μL、抽 ABG 血液動脈氣 體檢驗結果 PH：7.28，PaO2：70.2mmHg， PaCO2：47.5mmHg，BE：-4.4mmol/L，HCO3-： 12.5 mEql/l，，心電圖: Sinus Tachycardia、胸部 X 光及電腦斷層顯示雙側肺炎，而經值班醫師評估後建立一條 IC Cath（右手 22 號），初步因個案發燒、呼吸喘、心悸診斷 Sepsis，在急診先給予 0.9%N/S 500ml，經值班醫師建議入院繼續治療，家屬同意後目前入住 ICU 觀察，10/29 轉入 6B 病房。

（三）住院之醫師為病人疾病量身訂做長期治療之治療摘要

日期	抄襲醫囑中長期治療	請解釋以個案為中心思考長期治療目的
10 月 25 日	Record:I/O Q8H	個案入院 Sepsis 需監測有無尿量小於 0.5-1ml/kg/hr，了解有無休克前兆，且合併 COPD 可觀察個案每日營養及水量攝取。
10 月 29 日	Condition:guarded	個案在入院時診斷 Sepsis 有心悸症狀，須注意有無造成意

		識混亂。個案為 COPD 需監測有無二氧化碳留置在身體哩，造成 SPO2 下降導致昏迷。
11 月 03 日	Activity:as tolerated	個案目前無法脫離 AIRVO，站立需要輔助器，需有人在旁照顧。
11 月 03 日	IV Lock with care	個案因為有 COPD，建議每日要補充體液 2000-3000ml，個案可以口服喝水，每日輸液 500ml 0.9% N/S，要觀察 IC Cath 有無全入，有無滲漏，紅、腫、熱、痛情形，點滴滴完要鎖起來，預防感染。
11 月 15 日	On AIRVO	個案因 COPD 須提供足夠溫度及濕度，促進痰液排出。
11 月 24 日	經口飲食:full diet	個案為 COPD 採高熱量、高蛋白，低糖飲食，因醣類會產生 CO2，可衛教吃飯前休息 30 分鐘。

（四）. 治療過程

1. 住院之治療摘要（跟醫師查房）

日期	醫師查房解釋病情內容	查房後處置	處置目的	結果/建議
11/29	MRI 顯示腦部有小黑點	給予抗凝血劑	預防中風	下床站立預防跌倒
11/30	昨日痰液培養測出:麴菌感染	給予抗生素，病人已了解	殺死細菌	有無腹瀉
12/1	與女兒通電話，麴菌感染治療需使用三個月的抗生素治療，等到白血球降低才可以回家，回家後需要有人隨時照顧	因 Hb.7.9，輸 LDR 1U 將廣效型抗生素停用。	升高 Hb.預防貧血 確定細菌感染給予專門抗生素	輸血後 V/S 穩定 教導服用抗生素

參、系統評估

一、生理層面

（一）神經系統

12 月 01 日個案平時無喝酒習慣，個案訴:「很多年前診斷 COPD，今年 4 月肺癌雙側的部分肺葉有切除。」照護期間個案的生命徵象:額溫 36.3 ℃、心跳速率 104 次/分、呼吸速率 15 次/分、血壓 105 /85 mmHg、SpO^2 100 %、身體無任何疼痛不適，雙側瞳孔大小為 2.5㎜，對光皆有反應、GCS：E4V5M6；在給藥時核對手圈時個案自己的姓名及生日和手圈的位置完全知道，也可以給予回應。在與個案會談時發現個案會注意聽別人在跟他說話，但有時無法正確回答問題。台籍看護訴:「白天大概會睡 2-4 個小時，晚上從 9 點睡到隔天 7 點，平常沒做事時個案都會睡著。」每日睡覺時間為 10-12 小時。個案表示認為呼吸器的聲音很大，平時會出現耳鳴症狀，在呼吸治療師調低流速後改善此問題。

結論：1. 健康維護能力失常/對於自生疾病認知不了解，無法自行照顧自己生活

（二）呼吸系統

12 月 01 日個案訴:「目前已戒菸 10 年，在戒菸前一天抽一包菸，2022 年 5 月份有確診 COVID-19，沒有打過 COVID-19 疫苗。」個案表示確診前後對呼吸系統沒有影響；平時常常會呼吸喘，有咳嗽

症狀，之前的痰液比較多，且是黃色的濃痰；12/1 個案訴:「感覺呼吸很喘，很費力。」12/2 個案訴：「這五天都很喘， 躺著更不舒服，睡覺都坐著。」 12/2 視診呼吸淺快、費力，使用呼吸輔助肌(斜角肌、胸鎖乳突肌突出)，噘嘴呼吸、端坐呼吸，呼吸 24-26 次/分，血氧飽和濃度 97%，使用鼻導管氧氣 2L/min 下，面容愁苦、皺眉。胸部成桶狀胸、胸骨凹陷、觸診無顫動、無杵狀指，聽診雙側肺部呼吸音:Normal Breath Sound，醫囑囑使用 Airvo FiO2:30%，11/29 鼓勵各案自咳痰液多呈黃色濃稠，12/5 痰液少咳嗽無痰音，目前無使用拍痰機皆由主要照顧者背部叩擊。入院時 CXR:輕微浸潤，12/5 CXR:NP 判讀右下肺有改善，Sputum culture: Aspergillus Ag(+) 麴菌感染。個案剛脫離呼吸器時，呈現焦慮不安，為了轉移個案注意力，減輕個案焦慮，且能實時觀察個案變化，所以使用個案喜愛的下棋方式；，血液動脈氣 體分析結果 PH：7.28，PaO2：70.2mmHg， PaCO2：47.5mmHg，BE：-4.4mmol/L，HCO3-： 12.5 mEql/l，呼吸性酸中毒，SpO2：92%；12/2 主訴：「痰都很難咳，痰都咳不出來。」、主訴：「我喘已經很久了，胸部悶悶的，一躺下就喘不過來，只能坐高呼吸。」評估此項目為不適應，個案有「**低效型呼吸型態／與 AECOPD 及呼吸喘**」護理問題。

結論：低效型呼吸型態/與 AECOPD 及呼 吸喘有關

（三）心臟血管系統

12 月 01 日個案訴:「四肢不會冷，不會頭暈，心跳跳很快不舒服的感覺。」個案評估體溫 36.3℃、心尖脈:105 次/分、脈搏規律、強弱正常、心尖脈與脈膊一致、Heart sound:無 murmur、微血管填充試驗時間:1 秒、嘴唇紅潤、末梢顏色紅潤、個案末梢無疼痛、無蒼白、無麻痺、無溫度改變、無感覺異常、無脈搏消失、無靜脈屈張、無周邊水腫。Brain MRI:有黑點，須注意是否可能是小中風，危險因子:血栓，目前服用 Eliquis 5mg 抗凝血劑用以預防中風。1.S1.12/1「醫師說要服抗凝血劑至少半年，則要注意那些？」12/02 APTT：1.2。INR：1.51。EKG: Sinus Tachycardia。CBC:WBC:27.1×10^3 /μL、RBC:2.35×10^6 /μL、Hb 7.6 g/dL、Hct. 21.7 g/dL、Platelet 331×10^3 /ml，須注意感染及貧血問題。於個案休息充足時給予個案脫離呼吸器訓練，個案脈搏:100 次/分，嘴唇紅潤，末梢炎熱紅潤。

結論：潛在危險性出血/與使用抗凝血劑有關

（四）消化系統

12 月 02 日個案表示：「身體不舒服的 時候，根本沒食慾，飯吃不到一 碗。」、案妻：「害怕血 糖太高不敢吃飯」，12/1 身體評估發現個案皮膚乾燥、眼 瞼蒼白、頭髮稀 疏，雙下肢水腫 1 價、體重維持 47- 48.5 公斤；12/1 血紅素： 8.8 g/dl、血比容 ：26.6%、白蛋 白：3.3 g/dL、血 清蛋白：5.6 g/dL 、糖化血紅 6.2% ，飯前血糖維持在 159-200 mg/dl。台籍看護工訴:「爺爺常常賴皮不吃東西，需要我盯著才會吃。」個案訴:「我覺得吃飯很累，常常吃超過一個小時還吃不完。」個案目前身高:162 公分、體重:48 公斤，BMI 為 18.2 kg/m^2，個案理想體重為:57 公斤，-10%~-20%為體重過輕。個案每天由口進食 3 餐，每日理想攝取熱量應為 1440Kcal(48 公斤×30Kcal/Kg)，營養師向主要照顧者衛教每日可喝 2~3 瓶倍速(一瓶 300Kcal)。個案每日攝水量大概一天:500ml，COPD 的病人若無限水情況每日應攝取 2000-3000ml。護理期間發覺有時個案中午不願意吃飯，需要很大的助力才願意吃午餐。個案在吃飯前要先休息至少 30 分鐘，吃飯時需要有人在旁邊鼓勵個案。飲食型態為高熱量、高蛋白、低醣類飲食；腹部評估視診：肚臍無凸起、右上腹有一顆黑痣、上腹部有水泡狀凸起物、Cullen's sign(-)、Turner's sign(-)、聽診：腸蠕動音:13 次/分、正常聲音、觸診：輕觸診、深觸診皆無痛、Murphy's sign、扣診：四象限皆為反響音。

結論:營養不均衡:少於身體需要/疾病引起的食慾差及錯誤的飲食觀念

（五）排泄系統

11 月 31 日案妻訴:「個案現在都會下床來上大號，但平常尿布還是會給個案包著，尿液為黃色的，尿液清澈，大便是金黃色的，軟便。」案主訴:「大便、尿尿都不會感覺到痛。」個案每日排便約 1 次，顏色黃褐色，大變色卡第一格，軟便，無使用任何軟便劑或灌腸。尿尿每日約 900 ml，一天排尿 5 次，個案平時包尿布，但也可以自解至尿壺，小便顏色黃色，清澈。個案表示：「我下床活動站立時無法維持平衡，需太太與護生攙扶」評估個案下床步行過程中，步態緩慢無法持久維持平衡會身體向前傾，

而且個案肢體麻感個案怕跌倒而不願活動。

結論：潛在危險性跌倒/下肢力量減弱

（六）肌肉骨骼系統

12 月 01 日個案訴:「入院前已退休，早晚會到家裡附近走走散步。」、個案表示：「我自從得到肺部疾病後，只要發病 下床活動就會覺得胸 部不舒服、全身都沒 力氣！」、「護士 小姐，我想多休息， 我怕我的肺臟病又復 發！」、12/01 案妻：「他每 天都一直躺在床上睡 覺，體力好像越來 越差了！都不喜歡 動」。住家在 4 樓，大樓沒有電梯，需走路到 4 樓。照護期間個案左側肢體 Muscle power:4 分、右側肢體 Muscle power:4 分，觀察在 11/29 可利用助行器站立 1 分鐘三次，12/5 可利用助行器站立 1 分鐘原地踏步 1 分鐘共 2 分鐘三次，平時會有抬手及抬腳練習，也會利用瓶子練習抓握。

結論：活動無耐力/全身無力

（七）皮膚系統

12 月 01 日評估個案衛生習慣良好，無臭味，毛髮顏色為黑色，皮膚溫度正常，且都完整紅潤，沒有褥瘡，指甲正常。在腹部有水泡樣凸起物。在下腹部約肚臍下 10 公分，右 3 公分處有一個 1×1 的疝氣術後傷口，上面由人工網(Mesh)覆蓋著。

結論：組織完整性受損/因疝氣執行手術

(八)心理評估

個案今年 71 歲，正值艾瑞克森社會心理發展階段的晚年期，發展任務為自我整合 VS 悲觀絕望，個案的第一角色為男性，個案也明確認為自己為男性，第二角色為爺爺，個案表示在家中有小孫子一起住，第三角色為病人，個案清楚了解自己在醫院接受治療，可以接受此角色。個案表示心情為開心的，對於事情都正面去面對，而對於住院 43 日並無焦慮。

結論：適應

(九)靈性評估

個案訴:「平時只有到家裡附近的土地公拜拜，會帶一些糖果餅乾當作供品供奉，覺得有拜有保佑。」個案平時表示不會常常去拜拜，有時候才會去拜，希望可以因為拜拜得到生活上的順心。

結論：適應

(十)社會評估

個案住院期間的主要照顧者為案妻及台籍看護工，主要決策者為案長女，觀察個案與案長女關係良好，每日醫師查房若要向案長女解釋病況時，案長女都會主動關心個案目前的情況，及討論未來出院後該如何照顧。而案妻與個案關係在照顧時互動良好，非常細心照顧個案，但有時在吃飯時會催促個案，可能造成個案煩躁不願意配合吃飯。台籍看護工也與各案關係融洽，每日都會主動關心個案的檢查報告，或是復健進度，在吃飯時也會給個案空間慢慢吃完。個案目前的主要照顧者為案妻及台籍照護工，平時大多都案妻與台籍照護工到醫院輪流照護個案，但主要決策者為案長女，較少從個案口中提到案次子，台籍照護工訴:「案次子很少給個案關心及電話聯絡。」

結論：適應

肆、護理問題一覽表

排序	健康問題	導因	定義特徵
1.	健康維護能力失常	對於基本健康的知識不足	1. 個案無法自行照護，完成日常生活。 2. 台籍看護訴:「**白天大概會睡 2-4 個小時，晚上從 9 點睡到隔天 7 點，平常沒做事時個案都會睡著。**」每日睡覺時間為 10-12 小時。

			3. 個案表示：「**認為呼吸器的聲音很大，平時會出現耳鳴症狀，在呼吸治療師調低流速後改善此問題。**」
2.	低效型呼吸型態	與 AECOPD 及呼吸喘有關	1. 12/1 個案訴:「**感覺呼吸很喘，很費力。**」 2. 12/2 個案訴：「**這五天都很喘， 躺著更不舒服，睡覺都坐著。**」 3. 12/2 視診呼吸淺快、費力，使用呼吸輔助肌(斜角肌、胸鎖乳突肌突出)，噘嘴呼吸、端坐呼吸，呼吸 24-26 次/分，血氧飽和濃度 97%，使用鼻導管氧氣 2L/min 下，面容愁苦、皺眉。
3.	潛在危險性/出血	與使用抗凝血劑有關	1.12/1「**醫師說要服抗凝血劑至少半年，則要注意那些？**」 2. 12/1 案妻表示「**我老公的皮膚瘀血**。」 3.12/02 APTT：1.2。INR：1.51。
4.	營養不均衡:少於身體需要	疾病引起的食慾差及錯誤的飲食觀念	1.「**身體不舒服的時候，根本沒食慾，飯吃不到一碗。**」 2.案妻：「**害怕血糖太高不敢吃飯**」 3. 12/1 身體評估發現個案皮膚乾燥、眼瞼蒼白、頭髮稀 疏，雙下肢水腫 1 價。 4. 體重維持 47- 48.5 公斤 5. 12/1 血紅素： 8.8 g/dl、血比容 ： 26.6%、白蛋 白：3.3 g/dL、血 清蛋白：5.6 g/dL 、糖化血紅 6.2% ，飯前血糖維持在 159-200 mg/dl。
5.	潛在危險性跌倒	肢體無力、下肢力量減弱	1. 個案下肢力量減弱在起身要上廁所時。 2. 下床活動站立時無法維持平衡，需案妻與護生攙扶，步行過程中，步態緩慢無法持久維持平衡會身體 向前傾。 3. 肢體麻感個案怕跌倒而不願活動。
6.	活動無耐力	全身無力	1. 個案運動約 2 分鐘就需要休息。 2.11/31「**我自從得到肺部疾病後，只要發病 下床活動就會覺得胸 部不舒服、全身都沒 力氣！**」。 2.「**護士 小姐，我想多休息， 我怕我的肺臟病又復發！**」。 3. 12/01 案妻：「**他每 天都一直躺在床上睡覺，體力好像越來 越差了！都不喜歡動**」。 4. 身體評估左側肢體 Muscle power:4 分、右側肢體 Muscle power:4 分。
7.	組織完整性受損	與疝氣術後傷口有關	1. 個案疝氣術後傷口無縫合，僅用人工網覆蓋。 2. 11/26 抽血報告 WBC:9,200/ul CRP:96.8mg/l ；尿液檢 驗:WBC:＞100

			/HPF。 3. 9ＡＭ之體溫 3 8℃，脈搏速率 90 次/分，呼吸 22 次/ 分。

伍、護理計畫

＃1

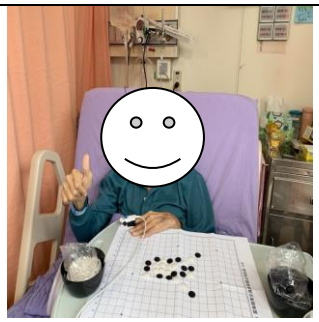
健康問題：低效型呼吸型態

問題導因：呼吸的工作量增加

照護日期： 11/28-12/7

主觀資料	客觀資料	目標	護理措施	評值
11/28 主要照顧者訴:「他在深呼吸的時候頭都會低低的。」 11/29 主要照顧者訴:「晚上睡覺都會亂動，睡不入眠。」「我這兩天照顧他有比較乖在吃飯，不然他六日都不吃」 11/30 個案訴:「感覺呼吸很喘，呼吸時感覺很費力。」 12/1 個案訴:「今天呼吸不會喘了。」 案妻訴:「中午再鬧脾氣都不願意吃午餐。」 12/2 個案訴「昨天吃飯鬧脾氣是因為吃飯太累了，每次都要吃超過一個小時。」 12/6 個案訴:「目前不會想睡覺，可以坐著休息一下。」 12/7 個案訴:「剛剛有睡飽了，可以坐起	11/28 個案目前使用 Airvo 流速 50L 30%，今日在深呼吸時會呈駝背狀，而且呼吸費力。比較喜歡躺著的姿勢。 11/29 個案呼吸速率 16 次，使用呼吸輔助肌，每講 5 句話就需要喘 2-3 秒。個案在玩治療性遊戲時可以大力吹氣，能將 3 張衛生紙從桌子吹到床上。 11/30 個案呼吸 15 次，鼻翼沒有煽動，有使用呼吸輔助肌，常感覺到疲憊感，約 5-10 分鐘若沒人叫他就會睡著。在個案遊玩治療性遊戲時，發覺個案很願意自我挑戰，會不斷的想嘗試更重的球。 12/1 個案呼吸 16	1. 12/2 前可以促進個案呼吸順暢，每日可以深呼吸一分鐘至少三次。 2. 12/2 前個案願意主動參與治療性遊戲，可以利用衛生紙做成的球來吹氣，每日至少一次。	**一、評估措施** 1. 每日 8 小時觀察個案的呼吸型態、速率，發現個案呼吸有點費力時，先將個案的床搖平，請個案腳彎起來，雙手撐在床頭板上，數 1.2.3. 用力向上，在向上時給予鼓勵，個案 2-3 次可以躺到床頭的位置，再將個案坐姿擺成半坐臥，請個案配合我的呼吸，說吸時使用鼻孔吸氣，然後憋住約 2-3 秒的時間，在吐時請個案將嘴巴噘起來，慢慢吐，看到個案吐完可以進行下一次呼吸時再重複進行，直到個案平穩呼吸。 **二教導措施** 2. 觀察個案當下的呼吸型態及體力狀況，使個案半坐臥，將床旁桌放置於個案約胸前高度，能輕鬆吹氣到的位置，先將一張做成球狀，請個案在吸飽一口氣後，用力向球吹氣，當個案表現好時給予鼓勵，也可以增加重力與難度，在個案沒吹下桌子時給予關懷，說:「沒關係，你先呼吸一下，不要急我們再來一次。」在個案表現好時也給予:「哇~你真的進步好多喔，很棒喔!」的鼓勵。在這期間也可以衛教主要照顧者，如何讓個案遊玩，以及在個案有體力時可以詢問他:「想不想玩一下遊戲啊~」，促進個案對於遊戲的興趣。 **圖一個案配合教學用單位護理長同意**  3. 每一餐都訂醫院的，改變餐點可以增加個案對於吃飯的	1. 個案很願意配合深呼吸，再深呼吸過後個案呼吸速率正常，鼻翼無煽動，腹式呼吸，無使用呼吸輔助肌，當下詢問個案個案也表示舒服很多，案妻也表示了解該如何請個案深呼吸。 2. 每日在個案較有體力時，詢問個案要不要玩治療性遊戲時，個案都可以積極參與，在幫個案加重量時個案會努力表現，且有進步，案妻也很配合會邀請個案一同參與。 3. 在 12/2 時案妻已了解少量多餐的目的，也表示下次如果個案吃了很久，且不耐煩時，願意先給個案休息，待個案不累也願意配合吃飯時，在準備給個案吃，也了解到了香蕉對於個案的益處。在 12/1 時吃了一根香蕉，12/2 排便 400g。 4. 個案訓練過程中狀況穩定，個案表示無任何頭暈呼吸喘等症狀，訓練結束後，HR:104 次/分，RR:20 次/分，SPO2:100%，呼吸不費力，鼻翼無煽動，無使用呼吸輔助肌。 5. 個案訓練過程中狀況穩定，個案表示無任何頭暈呼吸喘等症狀，訓練結束後，HR:100 次/分，RR:18 次/分，SPO2:99%，呼吸不費力，鼻翼無煽動，無使用呼吸輔助肌。 6. 12/5 使用氧氣鼻導管 3L/min 時動脈血液分 析值 PH：7.40、PCO2：43mmHg、PO2： 95mmHg 、 BE ：-4.1mmol/L ， HCO3- ：23mmol/L，血氧濃度：98%。

來做訓練，等等可以玩五子棋。」	次，使用呼吸輔助肌，鼻翼無扇動，桶狀胸，胸骨凹陷，無震顫，呼吸音:乾囉音。遊玩治療性遊戲時，較上次比較更進步。 12/2 個案今日食慾不錯，聽診為正常呼吸音，也無疲憊的情形，上大號時很願意下床使用便椅大便，無任何不適症狀。 12/6 個案目前的 HR:120 次/分、RR:20 次/分、 SPO2:99%，目前使用 Airvo 條件:34℃、 35L、 FiO2:30%，採腹式呼吸，鼻翼無煽動，無使用呼吸輔助肌(胸鎖乳突肌及斜方肌)。 12/7 個案的 HR:110 次/分、RR:18 次/分、SPO2:99%，目前使用 Airvo 條件:34℃、 35L、 FiO2:30%，採腹式呼吸，鼻翼無煽動，無使用呼吸輔助肌。		慾望，但需要注意要吃高熱量、高蛋白、低醣的飲食，如:蛋類、雞肉、魚類(可先幫個案去骨)、糙米、五穀米等等。也因為個案目前鉀離子偏低，可食用綠黃色較不甜的香蕉，內含維生素也促進個案排便。 **三衛教措施** 4. 依醫囑執行脫離呼吸器訓練，經個案同意後，在師生輔導下，確認個案不會喘，且呼吸不費力，無使用呼吸輔助肌時，戴上血氧監測器，SP02:98%，運用生理健康促進性遊戲，進行「衛生紙吹氣飛行」，利用個案常拿喜玩衛生紙特質，告訴個案比賽方式，在面前隔著衛生紙用力吹氣，遊戲中漸進拉長吹氣距離，利用遊戲教導深吸氣和呼氣及有效咳嗽，以達到肺擴張成效。 **圖二個案配合教學用單位護理長同意**  5.經會談中了解個案喜歡「下五子棋」，轉移個案的注意焦點，以減輕脫離呼吸器的焦慮，觀察個案反 應，引導個案說出其感受，給予個案正面鼓勵，跟個案說你好棒喔!與個案擊掌，依醫囑換回Airvo。 **圖四** 	

			 **四醫療措施** 依據病人痰液量變化及為讓病人夜間能獲得良好睡眠，與醫師討論更改胸腔物理治療頻次為一天四次（9點、1點、17點、21點）。	

陸、討論與結論

本文主要描述一位71歲男性患者，因敗血性休克合併慢性阻塞性肺部疾病，至急診求診後，入院治療之照護經驗。住院期間個案因呼吸時使用呼吸輔助肌，且感到費力，造成個案喘的情形，衛教個案深呼息及利用治療性遊戲，發覺個案喜歡利用遊戲，使用玩的方式個案明顯有興趣配合，發覺可以利用治療性遊戲改善個案呼吸費力情形，幫助個案肺部擴張復健訓練，以利於個案出院後可以不完全僅依靠呼吸器。

個案因住院面對醫療處置及陌生環境、陌生醫療人員產生焦慮，與文獻提及 的「住院使老人脫離了日常家庭環境並使他們感到恐懼、痛苦與身體活動被限制」 相符在住院期間，每日在個案呼吸不喘時與個案遊玩治療性遊戲，也衛教主要照顧者若個案精神好沒有不舒服，也可使用衛生紙做成的球、塑膠蓋或塑膠杯子，等較輕的物品輔助個案訓練呼吸，發覺一開始只能最輕的衛生紙所做的球，進步到塑膠蓋，甚至可以吹倒塑膠杯子，在過程中給予個案正向鼓勵，使個案感受到成就感，感覺治療性遊戲是有趣的，更願意配合一起訓練呼吸。

本次在照護過程中遇到的困難是，個案高齡者，又有多次住院經驗不佳的經歷，在照顧初期與個案的接觸充滿挑戰，在加上老師強調於護生的臨床實務教育偏向於溝通理論的課室教學，對於實際應用著墨少，因此筆者在與高齡者溝通上自覺不足，照顧初期未掌握到與高齡者溝通技巧及自我心理建設不足，備感挫折，經與老師討論後，開始嘗試使用治療性遊戲接觸個案。無壓力性的治療是高齡者住院的目標，透過遊戲介入協助老人表達對疾病及醫療處置等負面情緒及轉移注意力是有幫助的。

柒、參考資料

衛生福利部國民健康署(2022，12月）．*110年國人死因統計結果*。

王桂芸（2019）．呼吸系統疾病與護理．於馮容芬總校訂，*新編內外科護理學*（六版，9-90~9-102頁）．永大

李惠玲（2019）．急症與護理．於馮容芬總校訂，*新編內外科護理學*（六版，20-47~20-57頁）．永大

曾瓊誼、賴美玉（2011）。一位慢性阻塞性肺疾病成功脫離呼吸器病患的護理經驗。*中山醫學雜誌*，*22*(4)，455-464。https://doi.org/10.30096/CSMJ.201112.0006

楊雅淑(2020)·活動與運動的需要·於王桂芸總校訂，*基本護理學*(九版，8-4~8-19頁)·永大