

一位胸腹部創傷致主動脈剝離個案之急診護理

林慧怡¹、吳云湘²、黃麗華^{3、4*}

¹ 中山醫學大學附設醫院護理部護理師 ² 中山醫學大學附設醫院護理部護理長

³ 中山醫學大學附設醫院護理部副主任 ⁴ 中山醫學大學護理系講師

摘要：

本文探討一位胸腹部創傷致主動脈剝離之急診個案，因需緊急接受手術，面臨疾病帶來的生理不適、身處在急診的陌生環境及疾病進展不清楚而產生心理上的焦慮，在這攸關性命的緊要關頭，引發筆者想幫助個案渡過危急與困難，經醫療團隊共同努力之下，維持生命徵象穩定、緩解疼痛不適，及給予環境介紹、執行各項處置前予說明，以降低個案焦慮及接受手術。主要照護期間為 2017 年 7 月 9 日，運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估個案之生理、心理社會各方面，經透過會談、觀察、直接照護、身體評估進行資料收集，確立個案有「組織灌流改變」、「急性疼痛」、「組織完整性受損」、「焦慮」等健康問題。在護理過程中，筆者採集中護理，透過個別性護理措施，密切監測生命徵象，提供足夠的組織灌流以維持血壓穩定；在疼痛方面，教導用枕頭輕壓胸口固定及依醫囑給予止痛藥，減輕疼痛；針對腹部創傷的照護，遵守無菌原則換藥及覆蓋傷口；執行護理措施前給予說明相關治療及處置，以減輕焦慮程度；並建議院內之衛教網頁運用 QR code 線上掃描系統，讓個案能透過智慧型手機下載相關衛教內容，以提升及落實自我照顧能力，為返家自我照顧做準備，以達良好生活品質。

關鍵字: 主動脈剝離、胸腹部創傷、組織灌流改變、車輛事故。

前言

衛生福利部於 105 年統計事故傷害死亡人數為 7206 人，居國人死因第 6 位，其中以運輸事故佔 45% 為主，事故創傷個案中，則以鈍性創傷性主動脈損傷 (Blunt Traumatic Aortic Injury, BTAI) 造成死亡為第二大的常見原因，死亡率高達 20%，其中 85% 個案因此立即死亡。運輸事故中機動車輛碰撞後，受傷初期症狀並不明顯，但傷勢卻持續性與進行性之變化，如果個案未及時治療 6 小時內死亡率極高，故於醫療照護中，應給予緊急及積極的治療，提供專業護理照護，以提高存活率 (廖，2011；Nicole et al., 2015)。

本個案為機動車輛事故造成胸腹部創傷，導致主動脈剝離之罕見年輕男性，急診檢傷分類屬於一級應立即處置，在分秒必爭的病情變化中，有可能在一瞬間稍縱即逝生命，筆者與急診團隊在急迫時間內予緊急護理照護、積極搶救生命、穩定生命徵象，提供緊急手術準備外，還需給予心理支持、減輕焦慮深具挑戰性，引發筆者探討之動機，並運用護理的專業知識及技能，協助個案渡過緊急關頭，並在紛擾繁忙的急診室提供整體性的全人護理照護，期望藉此急診護理經驗，提供護理人員日後照護類似個案之參考。

文獻查證

一、創傷性主動脈損傷之急性照護問題與護理

鈍性創傷性主動脈損傷主要造成因素為高速機動車輛碰撞佔 47%，其中 67% 的個案為超重或肥胖者，於鈍性創傷後易使升主動脈或主動脈弓更嚴重損傷及撕裂，而壓迫到原本動脈真腔的空間，形成血管阻塞，影響正常送血功能，導致組織灌流改變無法提供全身血流，而造成器官缺血、缺氧的狀態。高血壓是主動

脈剝離最重要的誘因，因此，控制血壓是減少主動脈壁壓力與避免惡化最直接的方法，臨床照護上，建議術前與術後控制收縮壓在 90~120mmHg 之間，採集中護理、絕對臥床休息，持續監測意識狀態、生命徵象、維持血液動力學，建立靜脈輸液及膠質性血品、給予氧氣維持足夠的氧合，以確保有足夠的組織灌流，減緩剝離的速度，約有 50% 的個案在發生後 48 小時內導致死亡，故緊急及積極的手術治療是降低死亡的方式 (李，2016；黃、李，2015；Mosquera et al., 2013；Pang, Hildebrand & Bachoo, 2015)。臨床依據胸部 X 光、心臟超音波、胸部電腦斷層等方式確診，並根據主動脈血管受損的程度及分級，給予緊急安排外科手術或血管內修復治療 (Mestral et al., 2013；Nicole et al., 2015)。

「疼痛」是主動脈剝離最常見的臨床症狀，高達 96% 在病發時產生撕裂般疼痛感，以及冒冷汗、末梢肢體冰涼、發紺、心跳增加、呼吸急促、意識改變等症狀，在照護此類個案時，採集中護理、持續監測生命徵象、維持足夠通氣、及烤燈使用以增進末梢循環；並使用 0-10 分評估疼痛程度 NRS (Numerical Rating Scale)，0 分代表不痛、10 分代表非常痛，藥物治療方面：鴉片類止痛藥如 Morphine、Demerol；非藥物疼痛緩解法：如輕柔換藥技術、呼吸放鬆技巧、舒適臥姿，進而減輕疼痛不適 (黃、李，2015；潘、陳、湯，2016；鄭、林，2014)。

二、創傷性主動脈損傷之心理反應與照護

創傷致主動脈損傷通常在緊急情況下發生，個案常因突然面臨重大手術、擔心手術會失敗、預後和對病程的不清楚，身心遭受多方面之壓力與威脅，包含身體、心理、及社會壓力，易導致焦慮產生；在照護上應以個案需求為導向，可依其個別性進行評估，護理人員多陪伴病人，與個案建立良好護病關係，協同醫師用溫和的態度並詳細解釋疾病和手術目的，過程及結果，讓病人有安心感覺，面對急診陌生環境、儀器及治療等，這些壓力源會引發產生焦慮，在急診臨床照護上，當個案出現焦慮時可陪伴在身旁，適時運

接受刊登：108 年 10 月 25 日

*通訊作者：黃麗華

機構：中山醫學大學附設醫院護理部、中山醫學大學護理學系

通訊地址：402 台中市南區建國北路一段 110 號

電話：04-24739595-34963、04-24793880、0966308988

E-mail: csha978@csh.org.tw

用傾聽技巧，鼓勵表達內心感覺，亦可運用轉移注意力如：冥想、意象療法、正念減壓等，同時使用肌肉放鬆法、教導深呼吸技巧、引導想像其它事件等，來降低焦慮所引發的生理不適感，鼓勵家屬親自陪伴以提供親情支持系統（陳、廖，2013；黃、李，2015；潘、陳、湯，2016）。

三、急性胸腹部創傷之照護

胸腹部創傷亦導致組織結構被伸展或剪切，而造成血管損傷或腹部撕裂傷，當腹部撕裂傷合併創傷時，易導致肝脾撕裂損傷（Mack, Forbes, & Harris, 2002）。臨床上建立靜脈通路並補充足夠的晶體溶液或血液，以維持穩定的組織灌流，並評估器官損傷的程度，密切觀察生命徵象，為重要的一環，然而腹部創傷於血液動力學穩定之下，可選擇非手術治療，並提供傷口照護，包括評估及記錄傷口部位、大小、深度，以及觀察皮膚周圍有無紅、腫、熱、痛徵象；傷口處理過程遵守無菌技術為有效預防傷口感染之方法，並依醫囑給予抗生素治療避免感染發生（Errico, Goffre, & Mazza, 2009）。

護理過程

(一)個案簡介

沈先生，20歲，大學畢，185cm/110kg，目前在校住宿兼打工，國台語通，無宗教信仰，無抽菸及喝酒，尚有一個妹妹，家中決策者為案父，因案母近日身體欠安，故住院期間主要照顧者：案父。

(二)求醫過程與入院經過

個案因騎重機在快速道路與汽車發生車禍，於2017年7月9日22點40分入本院急診，入急診時胸腹部瘀腫、四肢多處擦傷、右腹部深度撕裂傷約為25×5×5公分，由119送入急診。格拉斯哥昏迷指數（Glasgow Coma Scale）E4M6V5、生命徵象：體溫：35°C、脈搏：128次/分鐘、（右上肢）血壓：66/45mmHg、（左上肢）血壓：59/40mmHg、（右下肢）血壓：70/49mmHg、（左下肢）血壓：68/42mmHg、呼吸：28次/分，血氧濃度為82%，末梢肢體冰涼，微血管填充時間

>2秒，留觀期間胸腹部斷層結果：創傷性主動脈損傷致主動脈剝離，會診心臟外科建議緊急手術，經醫師向案父解釋病情後同意手術，並於23點40分轉送至手術室，術後順利轉入心臟外科加護病房。

護理評估

筆者以觀察、會談、直接照護、身體評估等方式收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態評估個案之生理、心理社會各方面，提供護理照護之臨床依據。

1. 健康感受與健康處理型態

自覺身體健康，無抽菸及喝酒習慣。此次入院個案因騎重機在快速道路與汽車發生車禍，導致主動脈剝離，屬於第一級緊急手術，會診心臟外科緊急安排開刀，醫師向個案及案父解釋病情後同意手術，個案能配合各項治療。

2. 營養與代謝型態

住宿兼打工，三餐外食，入院185cm/110kg，（BMI）：32.1Kg/m²，BMI = 體重（公斤）/ 身高²（公尺²），身體質量指數為中度肥胖。此次入急診因創傷致胸腹部瘀腫、四肢多處擦傷；右腹部深度撕裂傷，傷口大小約25×5×5公分，傷口周圍有滲液，有紅、腫、熱、痛情形，大約4×4公分紗布8塊滲濕，出血量約為300毫升，腹部傷口處有脂肪組織滲出。個案訴：「我的肚子好痛，摸起來怎麼濕濕的，好像流血了，傷口怎麼那麼大！」、「血一直在流，快把我止血呀！」，評估有「組織完整性受損/與胸腹部創傷有關」之護理問題。

3. 排泄型態

排便1次/天，黃褐色軟便，尿液自解暢，量約120c.c。急診照護期間，觸診腹部柔軟，聽診腸蠕動10-20次/分。

4. 活動與運動型態

身為籃球校隊成員，每次運動約一小時，四肢肌力5分。此次入院因創傷致主動脈剝離，個案訴：「我怎麼發生車禍的，我是怎麼了，怎麼呼吸那麼困難，快沒辦法呼吸了」、「我覺得很喘，吸不到氣，

快一點好嗎」。急診照護期間，評估個案呼吸短促、呼吸費力、焦躁不安、使用胸鎖乳突肌輔助呼吸，並於 22 點 44 分生命徵象為：體溫：34.3°C、脈搏：143 次/分鐘、血壓：49/27mmHg、呼吸速率 28 次/分、血氧濃度為 73%，末梢肢體冰冷，全身顫抖，胸腹部電腦斷層診斷：創傷性主動脈損傷，評估有「組織灌注改變/與主動脈受損致血流灌注不足有關」之護理問題。

5. 睡眠與休息型態

每天睡眠 7 小時，一覺到天亮。急診照護期間，個案因胸痛導致一度躁動不安，經醫師開立止痛藥使用後，個案暫無不適況。

6. 認知與感受型態

意識清醒，可清楚表達自己的需求。個案訴：「我車禍撞到胸部好痛，肚子傷口也好痛，快點給我打止痛針啦，快點！」、「你們一直在我身上裝儀器、打針...等，我真的很痛唉...像撕裂般一樣的痛、不要再碰我了!」。急診照護期間，個案表情皺眉，發出哀嚎聲，以 NRS 評估疼痛指數為 8 分；予執行各項處置需移動身體時，個案會倒吸好幾口氣，表情掙扎，態度不悅，評估有「急性疼痛/與創傷導致有關」之護理問題。

7. 自我感受型態

自覺個性開朗、樂於帶歡樂給身邊的人。此次入急診，個案訴：「面對急診陌生的環境，感到很害

怕」、「那...醫生開刀會怎麼開、是開心臟的地方嗎？那開刀後會留下一條疤嗎?會好嗎?」、「那不開刀就會死掉嗎?我很擔心也很害怕會死掉!」。急診照護期間，觀察個案眼神常飄移不定、東張西望看著護理人員，與個案會談時顯眉頭深鎖，偶會緊閉雙眼顫抖，表情痛苦，不自覺緊握拳頭，焦慮不安，會診心臟外科時，醫療團隊與個案討論手術相關注意事項時，個案神情憂慮且哭泣。評估有「焦慮/對疾病本身及病情進展不清楚有關」之護理問題。

8. 角色關係型態

個案正青年期，第一角色：20 歲男性，第二角色：兒子，第三角色：病人，急診照護期間，觀察個案與案父互動親密、案父常貼近其耳邊說話。

9. 性與生殖型態

個案與女友親密關係甚好。在急診照護期間，觀察個案談及女友時表情顯露開心、幸福，兩人感情穩定。

10. 因應與壓力耐受型態

此次入急診案父守在身邊，家人為主要支持系統，案父安慰個案說：「不會有事，不要怕，開完刀就好了」，在案父鼓勵之下，個案選擇勇敢面對。

11. 價值及信仰型態

個案無宗教信仰，但過年過節會跟家人到廟裡燒香，平常秉持不害人的心念。

確立問題

根據上述 Gordon 十一項功能性健康型態評估分析後，確立護理問題有：(1) 組織灌注改變/與主動脈受損致血流灌注不足有關、(2) 急性疼痛/與創傷導致有關、(3) 組織完整性受損/與胸腹部創傷有關、(4) 焦慮/對疾病本身及病情進展不清楚有關。

護理措施與評估

護理問題一：組織灌注改變/與主動脈受損致血流灌注不足有關 (7/9 22:42-23:40)

主	<p>主觀資料</p> <p>S1: 22:42 個案表示：「我怎麼發生車禍的，我是怎麼了，怎麼呼吸那麼困難，快沒辦法呼了」。</p> <p>S2: 22:43 個案表示：「我覺得很喘，吸不到氣，快一點好嗎」。</p>
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

客 觀 資 料	<p>客觀資料</p> <p>O1: 22:43 個案呼吸短促、呼吸費力、焦躁不安、使用胸鎖乳突肌輔助呼吸，呼吸速率 28 次/分。</p> <p>O2: 22:44 測量生命徵象，體溫：34.3°C、脈搏：143 次/分鐘、血壓：49/27mmHg，血氧濃度為 73%，末梢肢體冰冷，全身顫抖。</p> <p>O3: 23:05 胸腹部電腦斷層診斷：創傷性主動脈損傷/主動脈剝離。</p>
目 標	<p>急診護理期間，維持個案生命徵象穩定:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入手術室前，血壓能\geq110/60mmHg、脈搏 70-80 次/分鐘。 2. 呼吸無急促情形，無使用呼吸輔助肌，呼吸速率 18-20 次/分，周邊血氧濃度$>$ 95%。 3. 末梢肢體無冰涼，體溫：36-37°C。
護 理 措 施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 22:42 將個案床位設置於急診重症區，護理人員全程陪同密切監測，如需協助時，護理人員可第一時間給予幫助，並可立即澄清個案的問題。 2. 22:43 每 10 分鐘評估意識狀態及生命徵象，測量四肢血壓，並觀察有無冒冷汗、發紺等現象。 3. 22:43 每 10 分鐘評估個案末梢肢體的顏色、溫度，以及脈搏強度。 4. 22:43 每 10 分鐘評估個案溫度，並給予棉被覆蓋及烤燈使用，以促進循環。 5. 22:43 依醫囑給予氧氣面罩 7-8L/分使用，監測呼吸速率及型態，並維持血氧濃度$>$95%以上。 6. 22:44 依醫囑給予建立周邊靜脈輸液共二條:遵守無菌技術，並使用 18 號留置針選擇於雙上肢靜脈建立周邊輸液。 7. 22:44 右前臂周邊靜脈管路依醫囑輸注 10% Heas 膠質性溶液。 8. 22:45 依醫囑給予輸注 PRBC:依據緊急輸血標準流程，經醫護團隊評估，個案屬一級輸血，故由醫師填寫「緊急輸血申請單」並簽章同意（一式兩份），且由急診傳送人員持「緊急輸血申請單」至血庫領血。血庫收到申請後留存一份緊急輸血申請單，並將另一份蓋醫檢師職章並貼上血袋號碼後，連同 O 型 PRBC 2U，領回至單位，並立即由左上肢周邊靜脈管路輸注。 9. 22:46 急診醫師與個案解釋病情後，給予侵入性治療:協助急診醫師建立中心靜脈導管於右鎖骨下靜脈處，並依醫囑輸注 PRBC 2U 及替代血漿 1000 單位，並維持靜脈輸液管路通暢，以穩定血壓值，案父於 23:00 至急診室，協助案父補簽立侵入性同意書。 10. 22:47 教導緩慢吸氣-吐氣技巧，調整呼吸速率，以減少耗氧。 11. 22:54 右前臂周邊靜脈管路依醫囑持續灌注 N/S，並使用輸液加溫器加溫輸液，保持體溫。 12. 22:55 急診醫師與個案解釋病情後，開立胸腹部電腦斷層檢查，並由醫護團隊全程陪同至醫影部電腦斷層室檢查。 13. 23:06 評估輸血過敏反應，個案在輸血過程無發燒、蕁麻疹等反應。 14. 23:06 以個案為中心，維持急診重症區安靜，讓個案好好休息。
評 值	<ol style="list-style-type: none"> 1. 22:54 個案意識清醒 GCS：E4M6V5，體溫：35.7°C、（右上肢）血壓：86/50mmHg、脈搏：119 次/分鐘；（左上肢）血壓：90/52mmHg、脈搏：117 次/分鐘；（右下肢）血壓：83/51mmHg、脈搏：116 次/分鐘、（左下肢）血壓:90/54、脈搏：112 次/分鐘、呼吸：26 次/分，周邊血氧濃度：85%；個案入手術室前，血壓：129/77mmHg、脈搏：78 次/分。 2. 23:20 個案於急診重症區第三床，評估個案呼吸時能夠緩慢地吸氣-吐氣，呼吸：20 次/分、無

呼吸急促及無使用呼吸輔助肌，末梢肢體溫暖，周邊血氧濃度 97%。 3. 23:40 表示：「我現在感覺好很多，不會那麼喘了」，體溫：36.5°C，四肢溫暖、無發紺情形，持續氧氣面罩 7-8L/分使用。

護理問題二：急性疼痛/與創傷導致有關 (7/9 22:42-23:40)

主觀資料	S1: 22:45 個案表示：「我車禍撞到胸部好痛，肚子傷口也好痛，快點給我打止痛針啦，快點！」。
客觀資料	S2: 22:46 個案表示：「你們一直在我身上裝儀器、打針...等，我真的很痛唉... 像撕裂般一樣的痛、不要再碰我了！」。
客觀資料	O1: 22:45 個案表情皺眉，發出哀嚎聲，NRS 疼痛指數為 8 分。 O2: 22:46 予執行各項處置需移動身體時，個案會倒吸好幾口氣，表情掙扎，態度不悅。
目標	1. 轉送手術室前，個案能執行 2 種非侵入性緩解疼痛的技巧。 2. 於護理措施執行後，個案表示疼痛有改善，指數由 8 分降至 4 分。
護理措施	1. 22:45 使用堅定溫柔，以及接納傾聽的態度讓個案表達不悅的情緒。 2. 22:45 隨時觀察個案有無疼痛表情，以同理心關懷，鼓勵用言語表達內心感受，並給予觸摸肩膀以安撫情緒。 3. 22:45 評估個案胸口及腹部傷口疼痛部位、及是否有尖銳痛、壓痛、撕裂痛等，以 NRS 評估疼痛指數。 4. 22:46 做治療前先說明治療過程，讓個案有心理準備，並減輕觸碰造成的疼痛。 5. 22:46 依醫囑給予 Tramator 100mg 靜脈注射使用，並於給藥後 30 分鐘再評估疼痛情形。 6. 22:47 教導減輕疼痛方法 (1) 緩慢呼吸法：當疼痛加劇時，教導先深吸一口氣再緩慢吐氣，使肌肉放鬆減輕疼痛。(2) 引導想像其它事情如：請案爸陪伴在身旁，與個案討論有興趣的話題，以減輕疼痛。 7. 22:52 教導及示範緩解疼痛技巧：執行翻身或需微動身體時，可以用枕頭或雙手輕壓住胸口，以減少牽扯痛。 8. 22:53 依醫囑予 Demerol 50mg 肌肉注射使用，並注意有無產生副作用：如暈眩、嘔吐等。 9. 22:57 協助個案移至電腦斷層檢查室之床位時予枕頭輔助，以緩解疼痛。 10. 盡量集中式護理，執行換藥或護理治療時，動作輕柔緩慢，減輕疼痛。
評估	1. 22:54 予準備包紮腹部傷口時，案父陪伴在旁正與個案聊天轉移注意力，當包紮傷口過程中，個案可主動配合護理人員衛教先深吸一口氣再緩慢吐氣，讓肌肉放鬆減輕疼痛。 2. 22:57 個案至電腦斷層室時，觀察個案會慢慢吸氣吐氣，並用枕頭輕壓胸口，臉部表情無皺眉，並於 23:08 返回急診時，評估個案使用止痛藥後無呼吸抑制、暈眩等反應。 3. 23:40 轉送手術室時，個案表示「剛剛真的很痛，對你們態度有點不好，非常抱歉，現在胸口比較不會有撕裂般的感覺，疼痛有比較緩解了！」、「疼痛指數已由 8 分降至 4 分」，個案閉眼休

息，由護理人員以及照服員轉送至手術室。

護理問題三：組織完整性受損/與胸腹部創傷有關 (7/9 22:42-23:40)

主 客 觀 資 料	<p>主觀資料</p> <p>S1: 22:46 個案表示：「我的肚子好痛，摸起來怎麼濕濕的，好像流血了，傷口怎麼那麼大!」。</p> <p>S2: 22:47 個案表示：「血一直在流，快把我止血呀!」。</p> <p>客觀資料</p> <p>O1: 22:42 個案胸腹部瘀腫、四肢多處擦傷；右腹部深度撕裂傷，傷口大小約 25× 5× 5 公分，傷口周圍有滲液，有紅、腫、熱、痛情形，大約 4× 4 公分紗布 8 塊滲濕，出血量約為 300 毫升，腹部傷口處有脂肪組織滲出。</p> <p>O2: 23:05 胸腹部電腦斷層診斷：創傷性主動脈損傷/主動脈剝離。</p>
目 標	<p>1. 急診照護期間，個案傷口出血量少於 4× 4 無菌紗布 5 塊，出血量少於 150 毫升，且生命徵象穩定；並於轉送手術室前，傷口周圍皮膚紅腫熱痛有改善，且傷口滲液減少，無異味。</p> <p>2. 個案手術排程為第一級緊急手術，開立手術排程後，須於 30 分鐘內轉送至手術室，進行手術治療。</p>
護 理 措 施	<p>1. 22:50 四肢擦傷傷口處理:接觸傷口前後均洗手，遵守無菌原則，用無菌 N/S 清洗傷口，以傷口中央往外環形方式擦拭；再使用稀釋過的優碘消毒傷口後停留約 30 秒，以無菌 N/S 將優碘洗淨，最後塗抹預防性抗生素藥膏，並保持傷口乾燥。</p> <p>2. 22:53 檢視傷口有無異物、殘留碎片或黏著物等。</p> <p>3. 22:54 換藥時紀錄傷口位置及大小、分泌物、味道、皮膚周圍顏色，並與急診醫師討論照護方式。</p> <p>4. 22:55 右腹部撕裂傷的傷口處理: 遵守無菌原則並以無菌 N/S 及稀釋過的優碘消毒後，使用 30× 30cm 的 N/S 濕紗填塞患處，再以 4×4 無菌紗布覆蓋住傷口，最後使用紗捲繃帶加壓止血，當傷口出現滲血時須立即更換，並與急診醫師討論止血方式。</p> <p>5. 23:06 會診腸胃外科：經腸胃科團隊評估後並無腸子外露情形，故建議先緊急傷口換藥及覆蓋，以預防傷口感染，並與個案及案父共同討論傷口照護，及住院後照護的方向，待日後醫師評估其腹部傷口情形，視情況給予凱西爾負壓輔助癒合敷料使用及照護，此敷料可完全填塞傷口內部形成完整性保護，個案及案父表了解及同意。</p> <p>6. 23:08 依醫囑給予 S-60 1gm 靜脈注射抗生素治療。</p> <p>7. 23:09 會診心臟外科：醫療團隊與個案及案父共同討論創傷性主動脈損傷/主動脈剝離之手術相關注意事項，個案及案父表了解及同意。</p> <p>8. 23:10 急診醫護團隊聯繫手術室，並予開立第一級緊急手術排程。</p> <p>9. 23:15 隨時觀察傷口周圍皮膚有無紅、腫、熱、痛現象，並保持傷口乾淨、無滲血況。</p> <p>10. 23:15 傷口照顧指導-告知個案及案父避免觸摸傷口，若傷口滲濕時立即通知護理人員更換。</p> <p>11. 23:15 衛教個案返家後傷口換藥的重要性，每日至門診換藥及按時吃藥，預防傷口感染。</p>
	<p>1. 22:55 換藥過程中右腹內部傷口無異物或殘留碎片；23:15 個案傷口出血量為 4×4 無菌紗布 4 塊，出血量約 100 毫升，生命徵象體溫：36.0°C、血壓：100/59mmHg、脈搏：93 次/分鐘、呼</p>

評 值	<p>吸：24 次/分，周邊血氧濃度：92%，視紗布滲濕情況，隨時更換傷口紗布，採無菌技術為原則，以保持傷口乾燥；傷口照護過程給予抗生素使用，並於 30 分鐘內轉送手術室，轉送時傷口周圍皮膚表層呈現淡紅色、略有消腫、疼痛有舒緩。</p> <p>2. 7/10 於加護病房探視個案時，個案閉眼休息，右腹部撕裂傷已使用凱西爾負壓輔助癒合敷料，以黑色海綿 3 塊填塞傷口，負壓抽吸 150mmHg+EMS -20cmH2O；四肢多處傷口呈現乾淨無滲液。個案表示「非常感謝你們那天的照顧。」</p>
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

護理問題四：焦慮/對疾病本身及病情進展不清楚有關 (7/9 22:42-23:40)

主 客 觀 資 料	<p>主觀資料</p> <p>S1: 22:42 個案表示：「面對急診陌生的環境，感到很害怕」。</p> <p>S2: 23:09 個案表示：「那...醫生開刀會怎麼開、是開心臟的地方嗎？那開刀後會留下一條疤嗎？會好嗎？」。</p> <p>S3: 23:10 個案表示：「那不開刀就會死掉嗎？我很擔心也很害怕會死掉！」。</p> <p>客觀資料</p> <p>O1: 22:42 個案眼神常飄移不定、東張西望看著護理人員。</p> <p>O2: 22:43 與個案會談時顯眉頭深鎖，偶會緊閉雙眼顫抖，表情痛苦，不自覺緊握拳頭，焦慮不安。</p> <p>O3: 23:09 會診心臟外科時，醫療團隊與個案討論手術相關注意事項時，個案神情憂慮且哭泣。</p>
目 標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案於轉送手術室前，可清楚說出內心焦慮。 2. 藉由個別性的護理措施後，個案無皺眉、情緒平穩。 3. 運用放鬆技巧減緩焦慮，無握拳情況。 4. 轉送手術室前，個案說出手術之必要性及風險性。
護 理 措 施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主動自我介紹，以建立良好互信的護病關係，當出現焦慮時，與個案採開放性對談，鼓勵表達焦慮來源。 2. 介紹急診四周環境及儀器設備，當欲執行任何一項護理治療，如：監視器使用、心電圖等儀器時，主動告知並解答疑惑，說明儀器每 10 分鐘會啟動測量，當警告聲響起時，主動解釋現況。提供陪客椅讓案父陪伴在側，安撫個案情緒，並評估其講話時表情是否惶恐。 3. 教導放鬆技巧，如腹式呼吸法：先由鼻子吸氣，再從嘴巴吐氣。吸氣時，想像氣體進入體內，腹部凸出；吐氣時，嘴巴慢慢吐氣，腹部內縮。並適時提醒放鬆全身肌肉，以降低焦慮。 4. 執行侵入性治療時，如：中心靜脈導管置入、電腦斷層檢查，由急診醫師解釋病情後，並協助案父補簽立同意書。同時會診心臟外科醫師，並陪同心臟外科醫師向案父和個案討論說明病情，以及開刀的必要性及風險性，主動讓個案清楚開刀後的傷口大小、部位。
評 值	<p>1. 23:39 轉入手術室前，個案表示：「經過妳們的主動介紹，以及做任何事情前都會先跟我說，當下我已會先用鼻子吸氣，再從嘴巴吐氣，吸氣吐氣放鬆，現我已經不會那麼焦慮了。以及經過心臟外科醫師詳細解釋病情、手術相關注意事項、預後情形，我已經沒那麼擔心了」。與個案會談</p>

時，眼神無飄移，能集中注意力，無皺眉之情形。

2. 23:40 轉入手術室時，個案表示：「這手術對我很重要，我已經準備好接受手術」。個案在案父陪伴之下，由護理人員及照服員轉送至手術室，個案閉眼休息，無緊握拳頭情形。

討論與結論

本文探討之個案是因創傷導致主動脈剝離短時間內需手術治療，因面臨突發疾病與手術，造成身心極大衝擊，在護理期間發現個案有組織灌流改變、急性疼痛、組織完整性受損、焦慮等護理問題，筆者於護理期間，經由個別性評估了解其生理、心理上需求，並採集中護理、穩定生命徵象、維持足夠氧合、傷口照護，以及經由急診同仁、腸胃外科、心臟外科等團隊，且案父共同參與之下，個案順利由急診部轉送至手術室。在心理層面個案因急診陌生環境、面對疾病的病程及預後不清楚導致焦慮，筆者主動予環境介紹、及醫療處置前說明；但第一線急診團隊在執行侵入性治療時，皆須知情及填寫侵入性同意書，在分秒危急的生命關頭，致使筆者在照護上感到些許壓力與**困難**，醫療團隊急迫性予緊急處置，當案父至急診室時，再協助補簽立侵入性同意書，因短時間緊急入手術室，故筆者自覺無法提供完整的衛教，為此次照護之**限制**。故建議院方製作 QR code 衛教網頁，智慧型手機 QR code 線上掃描下載衛教內容，如主動脈剝離疾病認識、返家自我照護等，並附上聯絡方式，落實及提升個案返家後自我照顧能力。筆者期盼透過此次急診照護經驗，提供日後護理人員照護此類似案例之參考。

參考資料

- 李紹榕 (2016) ·主動脈剝離·*台北市醫師公會會刊*，60 (4)，21-27。
- 陳慧菁、廖玉美 (2013) ·照顧一位急性主動脈剝離病患術後加護之護理經驗·*嘉基護理*，13 (1)，21-30。
- 黃詠青、李彩緣 (2015) ·一位主動脈剝離病患手術

前後之護理經驗·*若瑟醫護雜誌*，9 (1)，107-120。

廖漢文 (2011) ·胸腹部外傷：CT的應用·*當代醫學*，38 (4)，270-275。

衛生福利部 (2016，6月19日) ·105年國人死因統計結果·取自<http://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html>。

潘容芬、陳春香、湯婉嬾 (2016) ·一位主動脈剝離術後病人之重症護理經驗·*慈濟護理雜誌*，15 (3)，82-91。

鄭全皓、林益卿 (2014) ·主動脈剝離之診斷與治療·*家庭醫學與基層醫療*，29 (8)，208-213。

Errico, D. E., Goffre, B., & Mazza, D. (2009). Blunt abdominal trauma: current management. *life-sciences literature*, 61(5-6), 601-606.

Mestral, C. D., Dueck, A., Sharma, S. S., Haas, B., Gomez, D., Hsiao, M., ... Nathens, A. B. (2013). Evolution of the incidence management and mortality of blunt thoracic aortic injury: a population-based analysis. *Journal of the American College of Surgeons* 216(6), 1110-1115.

Mack, L., Forbes, T. L., & Harris, K. A. (2002). Acute aortic thrombosis following incorrect application of the Heimlich maneuver. *Annals of Vascular Surgery*, 16(1), 130-133.

Mosquera, V. X., Marini, M., Muñoz, J., Gulias, D., Veiga, V. A., Nazar, B.A., ...Cuenca, J. J. (2013). Blunt traumatic aortic injuries of the ascending aorta and aortic arch: a clinical multicentre study. *Internation journal of the care of the injury*, 44(9), 1191-1197.

Nicole, F., Schwartz, D., Salazar, J. H., Haut, E. R., Dahm, P., Black, J. H., ...Fabian, T. C. (2015). Evaluation and management of blunt traumatic aortic injury: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78(1), 136-146.

Pang, D., Hildebrand, D., & Bachoo, P. (2015). Thoracic endovascular repair (TEVAR) versus open surgery for blunt traumatic thoracic aortic Injury. *The Cochrane Library*, Issue 9, 1-16.

Emergency Care for a Case of Aortic Dissection Caused by Thoraco-abdominal Trauma

Hau-Yi Lin¹, Yun-Hsianh Wu², Li-Hua Huang^{3,4*}

¹ RN, Department of nursing, Chung Shan Medical University Hospital

² Head Nurse, Department of nursing, Chung Shan Medical University Hospital

³ Vice Director, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

⁴ Adjunct Instructor, School of Nursing, Chung Shan Medical University

Abstract:

This study discussed the experience in nursing care to an emergency case of aortic dissection caused by thoraco-abdominal trauma. The patient experienced psychological anxiety generated by the urgent need for surgery, the physiological discomfort caused by the disease, the unfamiliarity with the emergency room, and the uncertain progress of the disease. This situation motivated the author to help the patient through this critical period. With the efforts of the medical team, the patient's vital signs were maintained stable, the pain was relieved, and the anxiety was reduced via showing around the emergency room and explanations prior to each treatment. Finally the patient received the surgery. The main period of was on July 9, 2017. The physical and psychosocial states were evaluated by Gordon's eleven functional health patterns. Through conversations, observations, direct care, and physical assessment, we concluded the major problems of "poor tissue perfusion", "acute pain", "impaired tissue integrity" and "anxiety". Closeted caregiving was applied via individual care procedures, close monitor of vital signs, and sufficient perfusion to maintain blood pressure; In pain management, analgesics was administered according to the prescription and the patient was given guided to gently press the chest to alleviate pain; care of the abdominal trauma follows the aseptic dressing and principles; related treatment was fully explained before the implementation of nursing care to reduce the anxiety. In addition, the author recommended the QR code link in the hospital's patient education website, enable the download of health education materials through the patient's smart phone, which in turn facilitate the improvement and implementation of patient's self-care at home to achieve good quality of life.

Keywords: aortic dissection, thoraco-abdominal trauma, change in tissue perfusion, vehicle accident.

Accepted for publication October 25, 2019

*Address for correspondence to: Li-Hua Huang, No.110, Sec. 1, Chien-Kuo N. Rd, Taichung 40201, Taiwan, ROC.

Tel:04-24739595-34963、0966308988

E-mail:csha978@csh.org.tw