

## Case Report

# 照顧一位有機磷自殺個案之護理經驗

林綉君<sup>1</sup> 李佳苓<sup>1</sup> 李愛誠<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> 中山醫學大學附設醫院 內科加護病房

<sup>2</sup> 中山醫學大學附設醫院 醫護部督導

有機磷中毒為現今普遍的自殺現象，其毒性大、作用快，如急救不當或延誤治療，在短時間內會因呼吸衰竭而死亡，因此醫護人員須具有良好的急救知識及專業能力來照顧此類個案，以協助渡過危險期。本篇為照顧一位有機磷自殺個案之護理經驗，照護期間自2007年3月21日至26日止，經由直接護理、觀察法、會談、病歷查閱的方式取得資料，運用羅氏適應模式評估，確立護理問題有「現存性危險傷害」、「睡眠型態紊亂」、「無效性因應能力」及「焦慮」，針對上述問題，提供維持個案呼吸及循環系統正常、利用洗胃及解毒劑的使用將傷害降至最低；協助排除干擾睡眠導因，讓個案得到充分休息；運用關懷、傾聽及同理心了解個案困擾，從中建立良好護病關係，給予心理支持、鼓勵表達心中感受，提供面對壓力的因應能力；經由醫療團隊的治療及護理措施的執行，個案能逐漸恢復健康，且表示日後面對壓力衝突事件會採取正向的應變措施。

**關鍵詞：**有機磷、自殺

## 前言

根據世界衛生組織統計，每年因農藥而導致嚴重中毒的人數約三百萬人，其中又以有機磷(Organophosphate poisoning, OPP)中毒者居多，致死率高居第二位<sup>[1]</sup>。高醫研究顯示75名有機磷中毒患者中，自殺者有61人，死亡率為8%<sup>[2]</sup>。此外亦有研究顯示，中年男性自殺原因以經濟困難居多，自殺方式常為上吊、窒息，

其次就是藥物中毒，而自殺前主要症狀多為無望感<sup>[3-4]</sup>。

由於有機磷中毒病情變化相當迅速，中毒後六小時內容易引發全身性嚴重損傷而死亡<sup>[5]</sup>，因此在急性處置過程中，須於加護病房內進行密切的觀察，故對加護病房醫療人員而言，正確評估、快速診斷及採取適當的處置來解決個案的護理需求，並預防或減緩後遺症的產生是極為重要的議題<sup>[6]</sup>。

本文個案正值壯年期，為家中經濟支柱且肩負妻兒依靠，此次因受朋友欺騙損失大筆金錢，造成家中經濟困頓，在無助無望下以農藥自殺，帶給家屬莫大衝擊，故引發筆者書寫此報告之動機。護理過程筆者針對毒物引發的身體傷害提供護理處置，探討個案自殺原因、壓力來源及後續生活困境，希望協助個案渡過身

\* 通訊作者：李愛誠

通訊地址：40201台中市南區建國北路一段110號

聯絡電話：04-24739595分機34974

電子信箱：csha481@csh.org.tw

體不適與心理壓力，且對未來有正向因應。此外在照護過程發現個案擔心後遺症產生，故提供衛教單張，協助個案能進行後遺症之自我評估以減輕焦慮，同時提供個案在面對壓力時，主動尋求資源及與家人溝通之技巧，以共同解決問題紓解情緒，希望能幫助個案盡快恢復正常生活，重返社會。

## 文獻查證

### 一、有機磷中毒之機轉與症狀

有機磷種類繁多，在農業上用來殺蟲、殺菌，其脂溶性高，容易從人體的胃腸道、皮膚或呼吸道吸收<sup>[1]</sup>。有機磷中毒的機轉為有機磷與乙醯膽鹼酶(Acetylcholinesterase, AchE；正常值為20—46 mole/sec/ml)結合成穩定的磷化酶，此結合為不可逆性，進而抑制了乙醯膽鹼酶的生理作用，使得乙醯膽鹼(Acetylcholine, Ach)無法被乙醯膽鹼酶水解而聚集在神經末梢，產生持續神經刺激的症狀<sup>[7-8]</sup>。中毒症狀主要包含蕁毒毒性作用(呼吸急促、分泌增加、肺水腫、心搏過緩、血壓下降以及大小便失禁、瞳孔縮小等)、菸鹼毒性作用(四肢無力、肌肉抽動)及中樞神經毒性作用(焦慮、意識不清、低血壓、呼吸抑制等)<sup>[5, 9-12]</sup>，其中最常出現的症狀為縮瞳、嘔吐、唾液過度分泌、腹痛、呼吸抑制、意識不清和肌肉無力<sup>[8]</sup>。

### 二、有機磷中毒相關醫療處置與護理

有機磷中毒的醫療處置與護理包括以下四點：

- (一) 維持呼吸功能：造成有機磷急性中毒死亡的原因最主要為呼吸抑制，故有機磷中毒首先需維持呼吸道及循環功能正常，抽吸過多分泌物，保持呼吸道通暢。意識不清之病人必要時協助醫師進行氣管內管之置入<sup>[7]</sup>。
- (二) 減少農藥吸收及促進吸收物排出：有機磷會經由皮膚吸收，需迅速用肥皂全身洗澡及溫水沖洗(包括頭

髮)，醫護人員須戴口罩、手套及塑膠連身圍裙，保護自己避免有機磷的損傷<sup>[8, 10]</sup>。另外利用洗胃及活性炭之治療方式，減少腸胃道再吸收及促進毒物的排出<sup>[8-9]</sup>。

- (三) 適當解毒劑之運用：可使用Atropine及PAM(Pralidoxime)來緩解中毒症狀。Atropine可使呼吸道分泌物減少、改善脈搏緩慢，當呼吸道分泌物減少及心跳速率恢復成每分鐘90-120次，即可停止用藥。另一解毒劑為PAM，主要作用為重新活化被有機磷抑制的乙醯膽鹼酯酶，此解毒劑應在症狀發生後48小時內給予，可改善呼吸抑制、肌肉無力情形及幫助意識恢復<sup>[5, 10, 13]</sup>。

- (四) 支持療法：重症加護單位常會讓人感覺是陌生又令人恐懼的環境，進入加護病房對病人而言是生理的危機，對家屬而言更是心理壓力與折磨<sup>[14]</sup>。焦慮的家屬會把情緒傳給病人，故應彈性增加會客時間。在執行各項檢查及治療前給予清楚解釋，可減輕病人與家屬的焦慮及恐懼<sup>[15-16]</sup>，另外可利用漸進式肌肉放鬆、呼吸療法、按摩、音樂治療等護理措施，促進鬆弛提升安適感<sup>[17]</sup>。

### 三、自殺病人的心理社會衝擊、個人因應能力及自殺相關照護

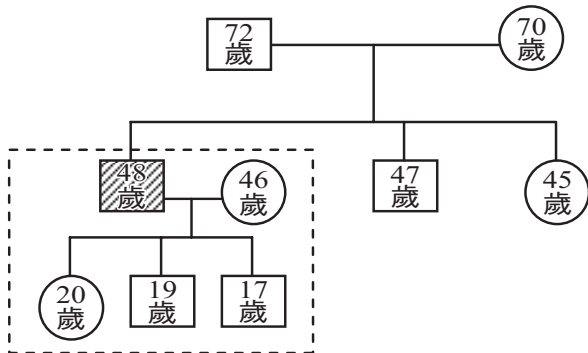
依艾瑞克森(Erikson)中年期的發展任務，在積極面與消極面分別是精力充沛與發展遲滯，價值觀為照顧，當中年期的階段性發展任務無法完成，則容易產生自卑、缺乏前瞻性。中年期是承受工作壓力及家庭壓力最多的階段，當面對危機、失敗或失望時，男性常因傳統的自尊觀念，而不習慣向身邊親友諮詢求助，此時若個人認知或支持系統不足，缺乏壓力舒緩沒有適當的因應能力與調適，就容易出現自責、哀傷或絕望等情緒，而有輕生厭世的

念頭<sup>[18-19]</sup>。醫護人員在照護自殺病人時必須嘗試瞭解病人及其家屬困擾的因素，運用傾聽及觀察等技巧，建立信賴的護病關係，不批判病人行為、尊重其情緒、鼓勵病人說出心中感受，並激發對自己及他人應負起的責任<sup>[3, 20]</sup>。此外家庭在自殺防治過程中扮演重要的角色，須鼓勵協助病人與家屬彼此相互溝通，共同參與照護計畫，必要時會診社工人員、心理醫師給予社會資源的協助，以引導病人積極的想法及正向的態度<sup>[21-24]</sup>。

## 個案簡介

### 一、基本資料

陳先生，48歲，雲林縣人，初中畢業，已婚並育有2男1女，子女在學與家人同住。語言方面慣用國台語，宗教信仰為佛教，與太太共同經營一家自助餐廳，餐廳收入為主要經濟來源，住院期間主要照顧者為太太。家庭圖譜如圖一。



圖一、家庭圖譜

### 二、過去病史

個案無特殊病史，偶有感冒的情形。

### 三、發病過程

2007年3月21日個案因被朋友騙錢，與案妻爭吵後離家，約晚上8點左右被家人發現臥倒在家中後院，身旁有一罐含有機磷成份殺蟲劑。個案因意識不清、口吐白沫，緊急被送至本院急診室，雙眼瞳孔反射微弱直徑約1.5 mm，測量血壓：70/40 mmHg、心跳：55次/分、呼吸：35-40次/分，鼻翼顫動、口鼻及氣管分泌物多、肺部聽診濕囉音，胸部X光呈現兩側吸入性肺炎及浸潤情形，動脈血氧氣體分析值為PH：7.30、PaCO<sub>2</sub>：45 mmHg、PaO<sub>2</sub>：53 mmHg、HCO<sub>3</sub>：25 mmol/L、SpO<sub>2</sub>：79%，因呼吸困難醫師立即給予放置氣管內管。檢測AchE：10 mole/sec/ml，醫師診斷為有機磷中毒，給予活性炭洗胃，依醫囑給Atropine 2 mg IVD、PAM 2g IVD 4小時及NaHCO<sub>3</sub> 3 Amp IVD之後，轉入加護病房照護，3月27日病情穩定轉普通病房繼續治療。

## 護理評估

筆者應用羅氏適應模式依生理功能、自我概念、角色功能與相互依賴四個層面進行個案護理評估，以直接護理、觀察會談、病歷查閱與醫療團隊合作討論等方式收集資料，利用第一層次評估進行行為資料評估，再利用第二層次影響因素來辨識個案主要刺激、相關刺激、剩餘刺激，整體護理評估如表一。

表一：運用羅式適應模式進行個案第一層次與第二層次之護理評估

評估項目	第一層次評估	第二層次評估	分析
生理功能 氧合與循環	1.3/21入院血壓為70/40 mmHg、心跳55次/分、呼吸35-40次/分，呼吸費力、鼻翼顫動、口鼻及氣管分泌物多、肺部聽診濕囉音，胸部X光呈現兩側吸入性肺炎及浸潤情形，動脈血液氣體分析值：PH：7.30、PaCO <sub>2</sub> ：45 mmHg、PaO <sub>2</sub> ：53 mmHg、HCO <sub>3</sub> ：25 mmol/L、SpO <sub>2</sub> ：79%。	主要刺激： 農藥毒性造成呼吸困難、分泌物增加、呼吸道受阻。	個案呼吸困難、呼吸道分泌物增加、自咳能力弱，故確立護理問題為現存性危險

	<p>因呼吸困難予放置氣管內管並轉入加護病房使用呼吸器(呼吸器採輔助控制模式Assist/control mode、吸入氧濃度FiO<sub>2</sub>: 80%、設定呼吸次數12次/分), 痰液呈黃綠色黏稠狀、口內分泌物多, 每30分鐘需抽痰1-2次。</p> <p>2.3/22肺部聽診仍有濕囉音, 呼吸器持續使用。</p> <p>3.3/23呼吸器使用, 個案皮膚顏色紅潤、末梢肢體無蒼白發紺現象, 指甲床顏色淡粉紅, 觸摸身體溫暖無潮濕。心跳為竇性節律, 次數約70-90次/分, 血壓110/60mmHg。</p>	<p>相關刺激： 毒物導致肺部急症和炎症反應。 剩餘刺激： 意識不清。</p>	<p>傷害/有機磷中毒影響主要器官產生中毒症狀。</p>
<p>內 分 泌</p>	<p>無糖尿病、腎上腺、腦下垂體、甲狀腺等疾病, 亦無家族病史。</p>	<p>正常</p>	
<p>活動與休息</p>	<p>1.入院前活動自如偶爾會去公園散步健身或到附近的廟裡幫忙雜事, 平常夜眠時間約6-7小時。</p> <p>2.3/21個案意識不清活動範圍受限於床上。</p> <p>3.3/23個案意識逐漸回復, 可配合治療, 關節活動度正常。</p> <p>4.3/23插管期間各案筆述: 「很害怕睡到一半扯到管子會痛, 所以不敢亂動」、「如果管子掉了又要重插, 我該怎麼辦?」、「常常會被叫起來抽痰實在睡不落眠(台語)」, 白天觀察個案常看著天花板或窗外, 並表示「好累, 眼皮很重」、「都沒好好睡過」。</p> <p>5.3/24拔管後, 夜間觀察個案睡覺時常翻來翻去, 詢問表示「平常睡覺習慣關燈, 這邊的燈好像都一直都亮著」、「常會聽到機器叫的聲音, 很煩!」、「每天都沒有睡飽, 真的覺的好累!」, 此外個案亦表示會害怕身體狀況變差而睡不好。</p>	<p>主要刺激： 擔心怕牽扯管路或管子滑脫而不敢動。 相關刺激： 心理壓力、焦慮病情。 剩餘刺激： 陌生環境、不舒適的睡眠環境。</p>	<p>個案因擔心管路滑脫, 且對所處環境不熟悉, 導致無法充分休息睡覺, 故確立護理問題為睡眠型態紊亂/疾病影響和醫療環境干擾。</p>
<p>營 養</p>	<p>平日三餐正常無飲食禁忌, 偏愛肉類及麵食。住院期間因氣管內管留置無法由口進食故放置鼻胃管。</p> <p>3/21因口鼻分泌物過多加上活性碳洗胃, 為預防吸入性肺炎故暫禁食一天, 第二天照會營養師, 測量體重62公斤、身高170公分, 標準體重為62公斤+(170-165)×0.6=65公斤, 一日所需熱量為標準體重65公斤×35卡(中重度病人)=2275卡/天, 暫時先給予鼻胃管灌食約1750卡/天, 3/23評估吸收狀況良好漸進式增加至標準熱量。</p>	<p>正常</p>	
<p>排 泄</p>	<p>平日排尿正常, 顏色淡黃無沉澱物, 亦無疼痛或灼熱感, 大便約1-2天解一次。住院期間因中毒反應導致口水及痰液多且排汗增加, 經治療後症狀改善。初入院有大小便失禁情形而給予紙尿褲使用及導尿管留置, 尿液顏色呈清澈淡黃, 另大便質軟, 在顏色部份因活性碳使用故第一、二天呈現墨綠暗色, 第三天解黃色便, 隨者個案意識漸恢復, 排泄可控制約二天解便一次, 尿管也於3/26拔除, 且自解順利, 尿量約2000-3000ml/天。</p>	<p>正常</p>	

體液電解質	住院期間鼻胃管灌食約1750卡/天，點滴量1000 ml/天，生化值Na：144 meq/L、K：3.2 meq/L、Cl：100 meq/L、Ca：9.0 meq/L於正常範圍內，另皮膚飽滿光澤無水腫或脫水現象。	正常	
感覺	雙眼視力正常，雙耳聽力清楚，嗅、觸、味等感官知覺正常，放置氣管內管期間以筆談及肢體動作來表達感受及需求。	正常	
神經	3/21個案昏迷指數： $E_2M_4V_T$ ，3/23意識恢復，昏迷指數： $E_4M_6V_T$ ，人、事、物皆能夠分辨，面部表情肌肉正常，眼球可自由轉動。	正常	
皮膚完整性	個案皮膚無受損情形，住院期間定期更換各類侵入性導管，並依無菌原則技術執行管路護理。	正常	
自我概念	1.3/23個案意識恢復後筆述：「我身上為什麼插那麼多管子」、「身上的電線是幹什麼的」、「嘴巴的管子插著很難過」。 2.3/24拔管後表示：「我管子拔掉後喉嚨覺得怪怪的，怎麼會這樣？」、「我的呼吸正常嗎還是有其他問題，為什麼電腦一直叫？」 3.3/25表示：「我什麼時候可以轉到普通病房？」、「農藥會不會殘留在身體裡面呀？我這樣以後會不會突然生病」	主要刺激： 藥物毒性造成身體受損。 相關刺激： 對治療環境不熟悉。 剩餘刺激： 擔心疾病造成的後遺症。	個案護理問題為焦慮/因身體受疾病威脅、對醫療環境及過程不熟悉及擔心身體無法完全康復。
角色功能	1.第一角色：個案正處於Erikson社會心理發展任務的生產對停滯期階段，屬成熟成人期，但個案對於被朋友騙錢而無法照顧好整個家庭備感自責，選擇服用有機磷農藥自殺。 2.第二角色：為父親、丈夫，3/23意識恢復清醒後與妻子互動少，且與其他家屬互動多採被動。 3.第三角色：為病人，在醫護人員的解釋告知下，可配合臨床相關治療與照護。	主要刺激： 採消極喝農藥的方式逃避壓力。 相關刺激： 無法有效表達情感，情緒低落。 剩餘刺激： 缺乏家庭支持系統。	個案缺乏成就感，對於突發事件無法控制而深感自責，採不適當方式：自殺解決問題，故確立護理問題為無效性因應能力/不適當的應付方式。
相互依賴	1.住院前與妻兒同住，住院期間主要照顧者為太太，個案本身是家庭主要決策者，據案妻表示個案平時有壓力時不太會向他傾訴或討論又愛什麼事都往身上扛。與兄弟姊妹偶爾有聯絡但各自有家庭，彼此的互動並不熟絡。 2.3/23至3/24會客時間與家人互動較少，經常閉上眼睛不說話，會客時間一到，就揮手要家人趕快離開；觀察個案常常露出皺眉的表情且心情低落。	主要刺激： 家庭成員溝通不良。 相關刺激： 缺乏面對壓力的因應能力。 剩餘刺激： 個性倔強。	家庭關係不佳缺乏良好的溝通與互動，沒有完善的支持系統及因應能力面對壓力，確立護理問題為無效性因應能力/支持系統不足。

## 問題確立與護理計畫

根據上述護理評估，發現個案的護理問題

包括現存性危險傷害、睡眠型態紊亂、無效性因應能力、焦慮等四個項目，以下針對問題分別敘述：

### 問題一、現存性危險傷害/有機磷中毒影響主要器官產生中毒症狀

主客觀資料	<p>S：</p> <p>1.3/21案妻：「小姐，我先生也不知道喝多少喝農藥，現在到底有沒有生命危險，他會不會醒過來？」、「他怎麼流好多口水，嘴巴的管子好像有東西，他會不會很難過？」</p> <p>2.3/21大女兒：「爸爸看起來很嚴重他會好起來嗎？我好害怕...」</p> <p>O：</p> <p>1.3/21個案晚間被家人發現意識不清，口吐白沫，緊急送至急診室，血壓為70/40mmHg，心跳55次/分，雙眼瞳孔反射微弱直徑約1.5 mm，呼吸35-40次/分，呼吸費力，鼻翼顫動，肺部聽診濕囉音，動脈血氧分析：PH：7.30、PaCO<sub>2</sub>：45 mmHg、PaO<sub>2</sub>：53mmHg、HCO<sub>3</sub>：25 mmol/L、SpO<sub>2</sub>：79%，呈呼吸衰竭予放置氣管內管，呼吸器使用(A/C mode、FiO<sub>2</sub>：80%、rate12次/分)。</p> <p>2.3/21痰液呈黃綠色黏稠狀口內分泌物多，每30分鐘需抽痰1-2次。</p> <p>3.3/21胸部X光呈現兩側吸入性肺炎及浸潤情形。</p> <p>4.3/21血中AChE：10 mole/sec/ml。</p>
護理目標	<p>1.個案能維持呼吸道通暢，抽痰次數減少至每2小時一次並且能在3/25之前，移除氣管內管，同時維持正常血氧值。</p> <p>2.個案能在3/23之前能減低中毒徵象包括：分泌物降低，瞳孔直徑大於3.5mm，心跳維持在60-90次/分，血壓維持在100-120/60-80mmHg，血中AChE濃度維持正常20-46 mole /sec/ml之間。</p>
護理措施	<p>1.3/21個案入院當天迅速並徹底以肥皂全身洗澡(包括頭髮)並使用溫水沖洗，總共重複二次，以減少農藥經由皮膚再次吸收。</p> <p>2.3/21協助醫師予活性碳洗胃，減少藥物吸收。每小時監測生命徵象及痰液量濃稠度及清除口中分泌物，每小時或必要時協助抽痰，以維持呼吸道通暢。</p> <p>3.每2小時評估呼吸音是否出現濕囉音或喘鳴聲，協助採半坐臥姿促進肺擴張以利呼吸。</p> <p>4.每日監測動脈血氧氣體分析值變化並依結果調整適當氧氣量，維持SpO<sub>2</sub>大於95%。</p> <p>5.呼吸器使用期間，每2-4小時檢查氣管內管位置及呼吸器設備，持續監測組織缺氧徵象，例如：嘴唇及四肢末梢血循、色澤。</p> <p>6.每天評估個案意識狀況及呼吸能力，與呼吸治療師及醫師討論呼吸器使用模式，教導個案每次抽痰後深呼吸以促進肺部擴張，採漸進式呼吸訓練幫助個案儘早脫離呼吸器。</p> <p>7.3/21至3/22監測心跳變化，並維持心跳於100次/分左右，依醫囑持續給予靜脈滴注 Atropine 10mg in N/S 500cc keep10ml/min，並觀察個案分泌物是否減少及心跳變慢，依醫囑PAM 15g IVD持續24小時使用，且持續觀察肌肉痙攣無力情形是否改善。</p> <p>8.每日追蹤AChE血中濃度直到恢復至正常值。</p> <p>9.3/24個案移除呼吸器後，立即指導個案呼吸肌的練習，每2-3小時做深呼吸運動及有效使用腹部力量咳嗽方式(教導放置一個輕軟適中的枕頭在腹部，先深呼吸然後用腹部的肌肉咳嗽)。</p>
護理評值	<p>3/21開始使用解毒劑至3/22停用，無肌肉痙攣無力情形。</p> <p>3/23分泌物已減少，抽痰次數減為每2-3小時一次，肺部仍有輕微的濕囉音，胸部X光顯示肺浸潤有明顯改善。3/24移除氣管內管後，使用氧氣面罩6L/min，監測呼吸每分鐘15次左右、SpO<sub>2</sub>：100%，痰量少白稀且自咳情形良好。</p> <p>3/23意識清楚，瞳孔對光有反應直徑大於3.5mm，心跳為竇性節律次數為70-90次/分、血壓：110/60mmHg。</p> <p>3/23追蹤血中AChE濃度為30 mole/sec/ml屬正常範圍。</p>

## 問題二、睡眠型態紊亂/疾病影響、醫療環境干擾

主客觀資料	<p>S：</p> <p>1.3/23插管期間個案筆述：「很害怕睡到一半扯到管子會痛，所以不敢亂動」、「如果管子掉了又要重插，我該怎麼辦？」、「會被叫起來抽痰實在睡不穩」</p> <p>2.3/24個案拔管後曾表示「平常睡覺習慣關燈，這邊的燈好像都一直都亮著」、「常會聽到機器叫的聲音，很煩！」、「每天都沒有睡飽，真的好累！」</p> <p>O：</p> <p>1.3/23觀察到個案面無表情、眼瞼下垂，在白天易打瞌睡、有黑眼圈，注意力不集中且經常打哈欠皺眉。</p> <p>2.3/24個案晚上睡眠時間，雙眼閉目並沒有睡著，有時將棉被蓋住頭部。</p> <p>因醫護人員每兩小時協助翻身抽痰，以致夜眠時間經常中斷容易被驚醒。</p>
護理目標	<p>1.3/24個案能說出影響睡眠的原因。</p> <p>2.3/25個案能說出幫助睡眠的方法至少二項。</p> <p>3.3/25-3/26照護期間個案能夜眠持續6-7小時。</p>
護理措施	<p>1.3/23了解個案在家中的睡眠習慣，可作為護理活動之依據。</p> <p>2.3/23向個案解釋其身上管路皆固定良好，只要動作輕柔即可，不用太過擔心怕牽扯管路或掉落危險而不敢翻身。</p> <p>3.3/23介紹周邊環境及告知治療時間，晚上多採取集中性護理，減少夜間治療並降低音量，使個案獲得舒適且有品質的睡眠。</p> <p>4.3/24了解個案除外在環境導致睡眠不良，是否有其他因素影響，鼓勵並引導個案表達心中的擔憂，共同討論干擾睡眠的因素。</p> <p>5.3/24白天提供書籍報紙閱讀或聽音樂，避免日夜顛倒睡眠型態。</p> <p>6.3/25提供個案舒適的睡眠環境，依其習慣關燈、調控監視器及各項機器的音量，以降低噪音音量。</p> <p>7.3/25會客時間與個案及家屬共同討論能令其放鬆的措施：請案妻前來，協助睡前床上溫水擦澡，並使用精油背部按摩，視情況讓家屬繼續陪伴個案，使用床簾維持隱私增加安全感。</p> <p>8.3/25教導個案促進睡眠的技巧：請家屬帶個案熟悉的枕頭、棉被，還有家人的照片於身邊，讓個案安心增加歸屬感。</p> <p>9.3/25依醫囑給予Ativan 0.5mg一顆口服睡前使用促進睡眠。</p>
護理評估	<p>1.3/24會談時個案可說出影響睡眠的因素及內心所擔憂的事，表示：「每次聽到機器在叫就很緊張，以為自己身上是不是出現什麼問題，又害怕管子會掉了，所以才一直無法安心睡覺」。</p> <p>2.3/25個案表示：「現在晚上睡覺前護士小姐會幫忙擦澡及雙腳用熱水浸泡，覺得很舒服」、「也會讓太太多陪我一會，讓我覺得很安心，而且老婆也會幫我身上到處搥一槌」、「晚上燈關著聽著音樂不知不覺就睡著了」。</p> <p>3.3/26個案表示：「現在晚上大概10-11點間睡覺，早上6點多自己會醒來，夜間也不會醒來，跟平常在家差不多一樣」。</p> <p>4.3/25-3/26觀察個案白天會看報紙、聽廣播，黑眼圈已較改善，打哈欠的情形也減少。</p>

問題三、無效性因應能力/不適當的應付方式、支持系統不足

主客觀資料	<p>S：</p> <p>1.3/22案妻表示：「當知道錢被騙走的那天，我們兩個都很難過，我氣不過就開始吵架，之後他就跑出去，沒想到那天晚上就出事了。」</p> <p>2.3/24與個案會談表示：「我不知道以後該怎麼辦，辛苦賺來的血汗錢全被騙走，我什麼都沒了房子沒了車子也賣了，小孩都小還在唸書，怎麼辦呀沒錢讓他們讀書，沒錢繳學費...」、「心情不好遇到這種事也不方便跟外人說，兄弟姊妹他們日子也不好過，怎麼開口？小孩還小不懂事，跟老婆說又只會頂嘴，鬱卒啦，歹命人沒法度...」</p> <p>O：</p> <p>1.3/23至3/24可觀察到個案表情凝重，常皺眉、嘆息、閉上眼睛。</p> <p>2.3/23至3/24個案在會客時間多半沉默不語，與家人互動少，時間一到即催促家人趕快離開。</p> <p>3.面對壓力缺乏因應能力，採消極喝農藥的方式逃避。</p>
護理目標	<p>1.3/25個案能說出經歷的壓力源並表達心中感受。</p> <p>2.3/25個案能和家人分擔事件經驗及感受，促進彼此了解想法。</p> <p>3.3/26個案能說出面對壓力源時，可採取的2-3個因應方法，防範自殺行為。</p>
護理措施	<p>1.急性期間滿足個案生理需求，3/23個案意識恢復期間，以親切的態度主動探視及陪伴，真誠的關心病患與其建立良好信賴的護病關係。</p> <p>2.耐心傾聽以同理心及不批判的態度，多予陪伴並善用肢體語言，鼓勵、安慰個案說出心中真實感受及擔心的事。</p> <p>3.3/24個案表示平常會聽台語歌，請家屬攜帶個案喜愛的台語音樂予聆聽，以放鬆心情。</p> <p>4.3/24-3/25偕同個案家人一起參與溝通，增加彼此互動尋求認同，建立信任關係，彈性延長會客時間約40-60分鐘。</p> <p>5.3/24-3/25利用會客時適時介入參與，引導個案描述過去遭遇壓力衝突時所採取的方式和感受，以及此次壓力事件的感受和壓力源。</p> <p>6.3/25鼓勵太太及兒女表達出對個案自殺事件的內心感受，減少其愧疚感，並強調家庭成員溝通的重要性。</p> <p>7.3/25引導個案及家屬思考：有類似問題可以找誰幫忙、可以用什麼方法解決。</p> <p>8.3/25鼓勵個案在日後處理壓力衝突事件時可利用宗教力量，或培養體能活動的習慣等正向應變措施。</p> <p>9.3/26聯絡社工人員，協助尋求有關的社會資源援助。</p> <p>10.3/26詢問個案意願表示同意轉至普通病房後，會診精神科醫師給予心理輔導。</p> <p>11.3/26提供免費或付費之心理、家庭關係之電話諮商服務，如行政院衛生署安心專線，讓個案了解有多元服務管道可利用。</p>
護理評估	<p>1.3/25個案說出心理感受：「一下子負債太多了，又不知道怎麼解決才好，越想越難過才想說死了算了...」，「比欠卡債還慘，被騙錢應該不能跟銀行商量吧？古意人（台語）什麼都不懂」。</p> <p>2.3/26個案表示：「我很後悔會自殺，以後不再衝動，不會再做傻事，對家裡的人感到抱歉，我會重新振作自己」、「小孩來看我，問我有沒有好一點的時候，真的很心疼他們」、「要趕快好起來回去跟老婆重新做生意打拼賺錢」。</p> <p>3.3/26能說出合宜的調適方法面對壓力，如：「會到郊外散心讓心情平靜、如果心情真的很差又出現壞念頭時會念佛經或到常去的廟裡讓自己冷靜下來」、「接下來會好好地跟妻子討論如何面對往後生活，也會試著向銀行說明目前的經濟狀況尋求解決方法」。</p> <p>4.3/26面對醫護人員及家屬表情溫和，會點頭微笑及打招呼，會客時也會主動跟家人說話。</p>



## 問題四、焦慮/身體健康受疾病威脅及治療過程、環境不熟悉

主客觀資料	<p>S：</p> <p>1.3/23個案筆述：「我身上為什麼插那麼多管子」、「身上的電線是幹什麼的」，「嘴巴的管子插著很難過」</p> <p>2.3/24拔管後表示：「我管子拔掉後喉嚨覺得怪怪的，怎麼會這樣，我的呼吸正常嗎？還是有其他問題，為什麼電腦一直叫？」</p> <p>3.3/25表示：「我什麼時候可以轉到普通病房？」、「農藥會不會殘留在身體裡面呀？我這樣以後會不會突然生病」</p> <p>O：</p> <p>1.3/23個案常觸摸氣管內管、鼻胃管、心電圖電線等，會緊盯著點滴滴注，當監視器或呼吸器發出聲響時，個案表情緊張會立刻招手詢問醫護人員。</p> <p>2.3/24發現個案躺在床上煩躁不安，上前詢問見其緩慢坐起面部神情顯疲勞、眉頭緊繃，兩眼明顯有黑眼圈，說話時雙手會不斷摩擦或緊握拳頭，話語中充滿擔心。</p> <p>3.3/25焦躁不安、說話音量提高，會重複詢問病情是否有變化及何時能轉病房或出院。</p>
護理目標	<p>1.3/26以前能減低對加護病房人員、環境、設備及處置不了解所產生的焦慮。</p> <p>2.3/26以前能確認焦慮來源，主動表達對自己身體狀況的感受。</p> <p>3.3/26個案可執行減輕焦慮的方法至少兩種並能表示緊張焦慮感減輕。</p>
護理措施	<p>1.主動對個案自我介紹，並介紹加護病房的環境，告知監視器、呼吸器及個案身上各種管路的位置、作用及其必要性，主動探視關懷病患，在個案氣管內管放置期間給予紙筆及充分的時間以利溝通。</p> <p>2.3/23向其說明三班皆有護理人員照護，告知護理常規為每二小時翻身、抽痰，每三小時量體溫，讓個案熟悉治療時間。</p> <p>3.3/23告知若有機器警報聲響起，護理人員會立即處理請個案放心，並教導叫人鈴的使用以減少不安全感。</p> <p>4.3/24執行任何治療及檢查前皆給予充分解釋並徵求同意以減輕個案對疾病無法控制的挫折感。</p> <p>5.3/24鼓勵個案說出內心想法及真實感受，會談時坐在其身旁做眼對眼的接觸，以開放的態度不評論或反駁其說法，耐心傾聽幫助個案確認焦慮原因。</p> <p>6.3/25會客時間請家屬幫忙個案作背部、頸部、手部按摩，放鬆肌肉讓焦慮程度減輕，延長會客時間讓家人陪伴在旁，與家屬溝通入內探視時，要保持鎮定平和的態度，勿將焦慮轉移給個案。</p> <p>7.3/25針對病情變化、檢驗報告提供正確訊息，以減少個案及家屬的不確定感，個案若有不明白之處則請醫師加以解釋，隨時澄清其疑慮。</p> <p>8.提供衛教單張自我評估是否有後遺症發生以減輕焦慮。</p> <p>9.3/26教導深呼吸(示範動作：閉上雙眼，做慢而深的呼吸約5次)、學習肌肉放鬆技巧(示範動作：採舒服的姿勢，想像自己在大草原上，然後先緊縮再放鬆肌肉，動作輕柔持續約5秒，由腳→臀部→手→臉部，面部可做誇張表情)，轉移注意力紓解緊張情緒。</p>
護理評估	<p>1.3/25個案見到護理人員會點頭打招呼，且能了解監視器上所顯示的數值的意義，「我的呼吸看起來還可以喔！氧氣濃度有98，正常啦對不對」。</p> <p>2.3/26表示：「很想趕快轉到病房去，在這裡害怕生病不會好，雖然醫生說可能當時農藥喝不多，病情才能恢復得這麼快，不過怕有後遺症的問題」、「覺得一直在這裡好像身體很差一樣，擔心沒辦法轉病房」。</p> <p>3.3/26個案表示：「自從講出擔心的事，心裡比較不悶，而且用了小姐教我肌肉放鬆的方法身體比較不會那麼僵硬」、「醫生和護士小姐跟我說病情有穩定，現在比較不會那麼緊張害怕了」。</p>

## 討論與結論

近年來有機磷中毒有日益增加的趨勢，有機磷中毒將導致病情變化迅速，若延遲送醫容易因中毒症狀嚴重而危害生命。本文之個案乃有機磷中毒產生呼吸衰竭而轉至加護病房，文獻提及護理人員在面對此類病人時，除了給予生理性的照護外，也必須關懷他們的心靈，為了預防病患再次自殺的機會，健全的支持系統是必須的，除了家庭成員共同努力參與之外，適時會診精神科醫師，提供必要的藥物或心理治療、心理諮商，讓個案往後不再有以自殺來解決問題的意念及行為<sup>[20]</sup>。筆者初期在照護此個案時，感覺最困難的就是護病關係的建立，因個案是因經濟問題導致家庭紛爭而喝農藥自殺，故一開始個案及家屬皆不願多談，經筆者參考相關文獻後，調整對自殺的負面看法，以不批判、不臆斷自殺行為、運用同理心、傾聽及關懷，並延長會客時間鼓勵家屬溝通等措施，慢慢的鼓勵個案表達內心感受，終於能在個案轉至普通病房前，取得信任而建立良好的護病關係。3/26個案表示：「我很後悔會自殺，以後不再衝動，不會再做傻事，對家裡的人感到抱歉，我會重新振作自己」、「小孩來看我，問我有沒有好一點的時候，真的很心疼他們」、「要趕快好起來回去跟老婆重新做生意打拚賺錢。」，顯示個案在心理調適上有正向思考。本篇的限制為護理期間有限，而未能更加深入探討自殺行為帶給家庭的衝擊，以進一步了解個案兒女內心的想法，或轉介社工進行情緒輔導，預防自殺事件影響兒女日後的行為發展。在臨床建議部分，筆者自覺本身諮商輔導訓練並不充足，因此臨床護理人員應該多參與諮商的相關輔導課程，在日後照護此類個案時，及時整合社工人員、心理醫師以及社會資源，形成一個持續性照護團隊，使自殺個案與家屬，由入院、轉病房至出院返家後，都能有連貫性的照護計畫。

筆者於3/28至普通病房探視，個案及家屬表示社工人員已前來了解，並提供諮詢管道協

助幫忙，另對於會診精神科醫師並不排斥，鼓勵個案及家屬共同參與諮商，增進家庭支持系統完善。此外發現個案及家屬仍會擔心農藥殘留產生的後遺症，立即協助提供榮總毒物科諮詢電話及書面衛教資料，將農藥中毒相關後遺症狀逐一列出，如發病後8-14天會有遲發性神經病變，若出現遠端肌肉無力症狀建議返院複診等，讓個案日後可參考對照，一起幫助個案儘早恢復身心健康重返社會。

## 參考資料

1. 楊振昌：有機磷殺蟲劑中毒。毒藥物季刊 2000；1：1-17。
2. 蔡忠榮、許超群、鄭孟軒、洪仁宇、王傳生、鍾飲文、黃明賢、黃吉志：南台灣十年之有機磷中毒病例分析。高雄醫誌 2007；23：112-9。
3. 李明濱、廖士程：自殺原因與防治策略。台灣醫學 2006；10：367-74。
4. Chen YY, Liao SC, Chiang HC, et al: Suicide sex ratio: the interaction between mental illness and suicide methods. J Clin Psychiatry 2009; 70: 294-5.
5. Peter JV, Moran JL, Graham P: Oxides therapy and outcomes in human organophosphate poisoning: An evaluation using meta-analytic techniques. Crit Care Med 2006; 34: 502-10.
6. Munidasa UADD, Gawarammana IBS, Kularatne AM, et al: Survival Pattern in Patients with Acute Organophosphate Poisoning Receiving Intensive Care. Clinical Toxicology 2004; 42: 343-7.
7. 林貴滿：急性有機磷中毒。當代重症護理學，台北，華杏，2002；69-75。
8. Melum MF, Kearney K: Organophosphate toxicity. A J N 2001; 101: 57-8.
9. 郭素娥：急症與重症護理。成人內外科護理(三版)，台北，華杏，2004；382-407。
10. 潘咸亨、陳靖博：有機磷中毒。腎臟與透析 2004；16：142-4。
11. John M, Oommen A, Zachariah A: Muscle injury in organophosphate poisoning and its role in the development of intermediate syndrome. Neurotoxicology 2003; 24: 42-53.

12. Sudarsanam TD, Pichaimuthu K, Zachariah A, John G: Oximes in acute organophosphate poisoning. *Crit Care Med*. 2006; 34: 22-65.
13. Weissman BA, Raveh L: Therapy against organophosphate poisoning: the importance of ant cholinergic drugs with antiglutamatergic properties. *Toxic Appl Pharmacol*. 2008; 232: 351-8.
14. 陳常梅、伍碧琦：運用Watson關懷理論於一位加護病房重症患者主要照顧者之護理經驗。護理雜誌 2005；52：78-84。
15. 劉慧玲、林雪娥、李蓉、高錦慧：家屬需求與護理人員感受家屬需求及其滿意度之調查研究：以某醫學中心心臟血管外科加護中心為例。榮總護理 2004；21：10-19。
16. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA: Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002; 16: 297-303.
17. Tyni-Lenne R, Stryjan S, Eriksson B, et al: Beneficial therapeutic effects of physical training and relaxation therapy in women with coronary syndrome X. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy* 2002; 7: 35-43.
18. 李美媛：自殺相關理論探討。諮商與輔導 2007；260：2-6。
19. Chang HJ, Yang CY, Lin CR, et al: Determinants of Suicidal Ideation in Taiwanese Urban Adolescents. *J Formos Med Assoc*. 2008; 107: 156-64.
20. 曾雯琦：自殺照護的關懷倫理。護理雜誌 2006；53：14-19。
21. 盧叔芬、熊道芬：一位有機磷自殺老人病患之加護護理經驗。榮總護理 2003；20：19-28。
22. 吳春滿：運用Orem理論於一位有機磷中毒患者的護理經驗。護理雜誌 2002；49：88-94。
23. 林慧雯、周繡玲：照護一位有機磷自殺婦女病患之護理經驗。護理雜誌 2007；54：104-110。
24. 廖士程、李明濱、江弘基：企圖自殺者結構性介入服務。臺灣醫學 2008；12：713-21。

## Case Report

---

# Nursing Experience of Taking Care of a Patient Who Attempted Suicide by Taking Organic Phosphorus

Hsiu-Chun Lin<sup>1</sup>, Chia-Ling Lee<sup>1</sup>, Ai-Cheng Li<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Medical Intensive Care Unit, Chung Shan Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

<sup>2</sup> Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

Organophosphate is commonly used to attempt suicide. Because of its toxicity and quick effect, improper or delayed first aid treatment, and quick time to respiratory failure and death, professionals need first-aid knowledge and the ability to care for these cases to help them survive the critical period.

The purpose of this report is to describe a patient who attempted suicide by taking organic phosphorus. The care was provided from May 21, 2007 to May 26, 2007. Data were collected through direct patient care, observation, communication, and review of medical records. The problems identified included physical injury by organophosphate poisoning, sleep pattern disturbance, ineffective coping, and anxiety. In response to the problems above, the patient was given care to help him maintain normal functioning of respiratory system and circulatory system. Gastric lavage and antidote were used to reduce the harm. The patient was also treated for sleep disturbance, which enabled him to rest. To establish a good nurse-patient relationship, the patient was provided with care and listened by an empathetic nurse. Moreover, the patient was provided with psychological support to encourage him to express feelings and develop the ability to cope with stress. The patient gradually recovered through the treatment of the medical team and the implementation of nursing measures. The patient also indicated that, when facing stress or conflicts in the future, he would adopt positive coping strategies.

**Keywords:** Organic Phosphorus, Suicide

---

\* Corresponding Author: Ai-Cheng Li

Address: No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., Taichung, 40201, Taiwan.

Tel: 886-4-24739595 ext 34974

Fax: 886-4-23248108