

照顧一位福爾尼埃氏壞疽男性病人之加護經驗

廖恩亨、蕭佳玲、陳雅惠、黃智傑

臺中榮民總醫院 護理部

摘要

本文為一位福爾尼埃氏壞疽男性，面對大範圍肛門、生殖器周圍皮膚受損，至手術室行筋膜切開與傷口清創手術，因氣管內管無法依計畫拔除入住加護病房之護理經驗。照護期間為 2022 年 4 月 13 日至 5 月 5 日，藉由直接照護、身體評估、紙筆溝通及病歷查閱等方式收集資料，並運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估，歸納健康問題為：組織完整性受損、呼吸機脫離反應功能失常及身體心像紊亂。照護措施有：首先在傷口照護執行無菌技術，每日標記傷口範圍及記錄，與跨領域團隊成員討論傷口復原狀況；並穩定氧合及制定肺部復健運動計畫，運用高頻胸壁振盪輔助器具及教導個案呼吸咳嗽技巧改善肺部負荷，協助成功脫離呼吸器；利用鏡子的反射看清楚傷口外觀，增進個案對腸造口的認知，提供相關照護衛教單張指導及造口模型，學習腸造口黏貼操作，並討論造口去除異味方法，以增加對疾病的正向看法；因筆者本身在諮商技巧較不熟捻且考量個案體力負荷為重，時常藉由片段耗時間，收集資料與提供心理支持，建議單位可增設此類個案衛教素材，並定期討論困難傷口的個案，增進單位同仁的傷口照護技能，協助儘早加強個案出院的自我照護能力，提升生活品質，冀望藉此分享提供臨床照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2024；20（4）：46-54）

關鍵詞：福爾尼埃氏壞疽、呼吸器脫離訓練、組織完整性受損、身體心像紊亂

通訊作者：陳雅惠

通訊地址：臺中市西屯區台灣大道四段 1650 號

E-mail：r924260180@gmail.com

受理日期：2023 年 11 月；接受刊載：2024 年 3 月

前言

福爾尼埃氏壞疽（Fournier's Gangrene）是因急性感染，而好發於會陰、生殖器及肛門周圍區域，會沿著筋膜層外擴散至表皮組織及深部筋膜而導致壞死性筋膜炎 [1]。30% 的病人在感染初期，症狀僅輕微紅腫，但此疾病進展非常快速，若引發敗血症則死亡率高達 90%，疾病發展過程需立即介入多次清創手術和抗生素治療，死亡率可降至 50% 以下。因為病灶處在會陰部及生殖器之私密部位，而大多數男性將生殖器視為男性的重要象徵，若在術後面臨非預期性生殖器官大面積開放性傷口、腸造口及恥骨上導尿管留置，會出現憂鬱、貶低自我及拒絕查看傷口等負向情緒及行為 [2,3]。

此個案為中年男性，因罹患福爾尼埃氏壞疽，於術後呼吸器無法依計畫移除，入住加護病房長達 23 天，由於大範圍的肛門、生殖器周圍皮膚傷口需多次行筋膜切開及清創手術治療，且術後身上留置腸造口與恥骨上導尿管，身體外觀重大改變又因復原情形不如預期，常有沮喪、不安及負向的自我價值觀，故引發筆者選案動機。經評估後，藉由照顧此個案的經驗，深入了解福爾尼埃氏壞疽相關文獻、病程變化及重症病人術後的身心調適，與改善因疾病所帶來身心衝擊，提供個別性護理措施，最後脫離呼吸器，順利轉至普通病房，使其重獲信心及肯定自我存在價值，提升生活品質。

文獻探討

一、福爾尼埃氏壞疽概論

依據統計福爾尼埃氏壞疽男性發病率為女性10倍，且好發於有免疫性疾病及長期使用類固醇的病人，為肛門周圍或生殖器周圍小血管形成血栓、阻塞性動脈內膜炎導致皮膚和組織壞死，病人通常患處出現腫脹、劇烈疼痛等嚴重感染症狀，因易引發嚴重敗血症，必需立即治療，最常見的細菌感染為腸球菌屬（Enterococcus）、克雷伯氏肺炎桿菌（Klebsiella Pneumonia）、大腸桿菌（Escherichia Coli）[4]。臨床治療方式為儘早行筋膜切開術及多次清創患部壞死組織，配合開放性傷口照護促進組織修復，進行傷口與血液的細菌培養，給予廣效性抗生素、監測生命徵象、維持電解質平衡與控制感染；若感染未獲控制而侵犯到肛門或泌尿道，則需暫時性留置腸造口和放置恥骨上導尿管，減少患處傷口再次感染風險，以提高傷口癒合情形 [1,2]。

二、福爾尼埃氏壞疽術後生理照護

（一）組織完整性受損

透過積極的手術清創切除感染的皮膚、皮下組織及筋膜，對福爾尼埃氏壞疽病人至關重要，術後常以生理食鹽水浸濕敷料進行機械式清創，透過更換敷料過程將壞死碎屑及生物膜一併去除，以促進傷口癒合及預防再次感染 [1]。其照護重點如下：1. 換藥前應洗手並以無菌方式執行換藥，予生理食鹽水行清潔傷口後，再使用生理食鹽水沾濕紗布填塞，換藥過程濕紗不可填塞過緊，並協助使用枕頭墊高下肢以促進血液循環；2. 標記傷口範圍及深度，於每次換藥過程評估傷口分泌物、滲液、味道、顏色及外觀，並觀察傷口邊緣有無新生紅色肉芽組織；3. 觀察下肢末梢血循、溫度變化及腸造口皮瓣顏色和排泄物型態，並衛教病人身上引流管照顧的方式；4. 選擇腸造口合適的食物，例如：避免進食產氣食物（如：根莖類及豆類製品）、易產臭味食物（如：韭菜及洋蔥）及刺激性食物，並採高蛋白飲食以促進傷口癒合 [4,5]。

（二）呼吸器脫離常見生理影響及護理照護

當術後病人因傷口疼痛而不敢活動及咳嗽，會

使痰液堆積造成氧氣需求增加，導致無法順利脫離呼吸器，除配合抗生素治療，護理重點如下：

1. 呼吸器管路護理：穩定氧合、生命徵象及維持呼吸道通暢，氣管內管留置氣囊壓力 20 至 25cm H₂O，排空呼吸器管路積水降低嗆咳，將床頭抬高 30 至 45 度，每日適度調降鎮靜藥物劑量及使用 0.2% Chlorhexidine 執行口腔護理，降低呼吸器相關肺炎產生 [6]。2. 呼吸器脫離計畫：（1）與醫師和呼吸治療師討論呼吸器訓練計畫，訓練期間當病人自覺呼吸不適即暫緩訓練，在充分休息後予重新訓練；（2）配合胸腔復健運動：教導上肢舉高手臂超過雙肩運動及擴胸運動，教導雙下肢足踝活動及抬臀運動；（3）將 1-2 公斤砂袋放置在病人上腹部，訓練橫膈肌、呼吸肌肉強度與耐力；（4）執行胸腔物理治療（扣擊）和使用高頻胸壁振盪輔助器具；（5）教導每日早晚各進行 5-10 次深呼吸及有效咳嗽技巧，將上半身微向前傾，使肩膀放鬆同時雙手按住傷口，深呼吸後在肺部充滿氣體下，以腹部力量咳嗽，使痰液鬆動以促進痰液排出 [7-9]。

三、福爾尼埃氏壞疽術後身體心像

病人調適身體改變的過程，會產生焦慮、沮喪及害怕等負面情緒，並逃避面對疾病導致的身體變化，護理重點如下：（一）當病人因突發的改變感到信心受挫、沮喪及感到焦慮，引導並鼓勵病人表達身體心像改變的感受；（二）治療時給予隱私空間並同理因身體改變所造成的情緒低落；（三）耐心回覆病人提問，讓其知道外觀改變是短暫，鼓勵配合治療照護計畫；（四）透過照片清楚知道傷口情況及身上管路位置後，鼓勵病人觸摸及透過鏡子觀看傷口及管路位置，協助認識新的身體構造；（五）鼓勵家人探視增強支持系統並提供病人未來生活照護上的相關資訊，協助病人重新塑造正向的身體心像，逐步邁向正常生活並接受現存的身體改變 [1,3]。

護理過程

一、個案簡介

陳先生，59 歲，專科畢業，與妻子同住，育一對子女，原為家中主要決策者，住院期間醫療決

策則為個案、案妻及案女共同討論後決定；經濟來源為自家經營工廠，經濟無虞。

二、過去病史

2022年1月接種第2劑新型冠狀病毒疫苗(Moderna)後身體不適，2022年3月住院行肝臟切片檢查診斷免疫性肝炎，門診規則追蹤。

三、住院與治療經過

2022年4月13日因睪丸嚴重腫大及會陰部紅腫入院，診斷福爾尼埃氏壞疽，行會陰部筋膜切開及清創手術，術後無法脫離呼吸器入住加護病房治療。4月16日第2次清創以預防傷口感染，並行恥骨上膀胱造瘻術及結腸造口術，4月18日因會陰部紅腫擴散至雙側腹股溝，病況持續進展，行第3次腹壁清創術，4月19日開始行呼吸器脫離訓練，4月21日成功脫離呼吸器；4月27日再行第4次清創術，以促傷口癒合，5月3日行雙側腹股溝皮瓣修補術，5月5日轉至普通病房續治療。

護理評估

護理期間2022年4月13日至5月5日，藉由直接照護、身體評估、紙筆溝通及病歷查閱等方式收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估，護理評估如下：

一、健康感受-健康處理型態

居家時未使用偏方或健康食品的習慣，無吸菸、吃檳榔及喝酒的嗜好，因2022年3月免疫性肝炎於門診每月追蹤，遵從每日口服類固醇10mg Prednisolone；4/22情緒低落：「我之前不舒服時都會看醫師，所以這次陰囊痛的時候我就盡快就醫，是否與我吃類固醇藥物有關？」。加護病房期間會主動詢問病情，能配合醫療處置及規則服藥。

二、營養代謝型態

入院身高171公分、體重70公斤，身體質量指數(Body Mass Index, BMI)：23.9kg/m²，屬正常範圍，居家3餐以外食為主，無飲食禁忌。住加護病房期間，氣管內管留置，口腔黏膜及牙齒完整，口腔輕微異味；採鼻胃管灌食，4/19觀察2小時胃餘量大於500mL，會診營養師及全靜脈營養小組增

加腸道外營養(1,600卡/天)，4/30改由鼻胃管持續灌食80ml/hr(1,500卡/天)。腹部叩診輕微鼓音、觸摸柔軟且無壓痛感，住院期間血糖值：94-120mg/dL。4/13會陰部傷口呈開放性，肉眼可見睪丸及副睪丸，傷口延伸至肛門口，長30公分×寬20公分×深2公分，傷口基底90%呈鮮紅、10%呈黃腐肉，傷口周圍發紅並帶有黃紅色分泌物量多且有異味情形。4/18會陰部傷口細菌培養報告：Enterococcus、Klebsiella Pneumonia及Escherichia Coli；4/19抽血報告顯示Albumin：2.4g/dl、WBC：10,790/ μ L、Lactate：14.6mg/dL、C-Reactive Protein：6.773mg/dL；4/16手比向傷口處後筆述：「我覺得好濕！」、4/22低頭看向傷口表情哀傷：「我有聞到臭味，是不是表示傷口沒有轉好？」。經評估確立有「現存性感染」、「組織完整性受損」及「焦慮」之健康問題。

三、排泄型態

個案居家排尿正常，每日自解6-7次，無泌尿道系統疾病，每2日解一次黃色成形便，無排便困難情形。住加護病房期間因傷口位於會陰部，為預防尿液及糞便汙染，4/19放置恥骨上導尿管及左腹部腸造口，每日尿量約2,000-2,300c.c，尿液呈淡黃、清澈狀；左腹部腸造口外觀粉紅，每日解便量約200-500cc，糞便呈黃褐色狀。

四、活動運動型態

個案日常生活自理，無規律運動；4/13手術後氣管內管留置，鎮靜劑Dormicum Pump 5mL/hr滴注入加護病房，維持鎮靜程度評估(Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)：-1至-2，抽痰時無咳嗽反應，可抽出少量灰白黏稠痰液，呼吸16-18次/分，末梢血氧93-95%；4/14停用鎮靜藥物後意識清醒、臉部脹紅顯不安，筆述：「我會喘！」、「我吸不到氣！」，呼吸型態呈淺快費力，胸腹起伏不協調，呼吸25-28次/分、末梢血氧87-90%，呼吸音呈濕囉音，追蹤胸部X光顯示右下肺葉浸潤，痰液細菌培養報告：Pseudomonas Aeruginosa(綠膿桿菌)及Stenotrophomonas Maltophilia(嗜麥芽窄食單胞菌)；4/16神情緊張手比向頸部，筆述：「我覺得有痰，咳不出來」，咳嗽力量微弱無法將痰液咳出，痰液量多、呈淡黃

綠色黏稠狀，約每小時需抽痰一次。4/22 四肢肌力皆 4 分，術後傷口易因牽扯導致疼痛，需協助每 2 小時翻身活動和日常沐浴、如廁等日常活動，身體外觀乾淨、無異味。經評估確立有「潛在危險性肺吸入」及「呼吸機脫離反應功能失常」、「焦慮」及「現存性感染」之健康問題。

五、睡眠休息型態

平時夜眠時間約 6-7 小時，未曾使用安眠藥，有午休習慣，白天工作時不會出現打瞌睡情形；住加護病房期間易受常規護理照護活動及會陰部開放性傷口疼痛不適等導致短暫清醒，於照護活動結束能再入眠，夜眠可持續 5-6 小時，白天無打哈欠或黑眼圈的情形。

六、認知感受型態

個案聽力、視力及思考能力皆正常；4/14 意識清楚，可藉點頭、搖頭和使用電子白板溝通，會主動詢問目前疾病治療方式；4/20 換藥時雙眼緊閉、咬緊牙關、全身用力憋氣且雙手抵抗力強，期間呼吸器偶發出警報聲，換藥結束後筆述：「每次換藥都好痛…尤其紗布拿掉時（最痛）」，加護病房疼痛評估（Critical-Care Pain Observation Tool, CPOT）：5 分；4/22 換藥時表情痛苦、雙手握拳至發紅且疼痛難忍時會拍打床墊，說話語氣重且發出嘆息：「每次換藥都是折磨，可以幫我打一點止痛劑嗎？」，CPOT：4 分；5/5 表示：「吃了止痛藥後，現在換藥沒那麼痛了」，給藥後 CPOT 降至 2 分。經評估確立有「急性疼痛」之健康問題。

七、自我感受-自我概念型態

個案自述個性隨和，偶爾與朋友聚會聊天，有煩心的事會向親友闡述。4/16 筆述：「傷口這麼大，我之後怎麼下床走路？」；4/22 緊握雙手、眼神哀傷無助：「大便從這裡出來會聞到臭味，不能像正常人趕快沖水清掉」；4/23 眼角泛淚光、言語中透露感慨：「為什麼是我！讓家裡的人擔心，造成他們的負擔」。經評估確立有「焦慮」及「身體心像紊亂」之健康問題。

八、角色、人際關係型態

依據艾瑞克森心理社會發展理論，個案現屬中年期（40-65 歲），此階段為建立穩定工作

與家庭並從中獲取成就。第一角色為丈夫，為家中主要決策者；第二角色是父親，育一對子女、皆已成年和步入社會；第三角色是兒子，雖未與案母同住，但每日仍會撥打電話關心身體狀況；住院期間妻子為主要支持者、女兒則為主要決策者，觀察個案談到與家人互動時語氣平和，家屬對個案病況非常關心，家庭相處融洽；第四角色是病人，在住院期間能配合執行護理活動及遵從醫療。

九、性與生殖型態

育一對子女，與案妻互動良好；4/15 床邊照護對於傷口處理時需暴露其部位，觀察個案緊閉雙眼、轉頭逃避，拒絕觀看傷口；4/20 筆述：「如果傷口都沒有變好，我以後就都要靠這個洞大便、靠尿管泌尿嗎？那我的人生不就沒希望了」；4/24 觀察個案說話時表情皺眉：「下面（會陰處）傷口這麼大，看起來很恐怖！」。經評估確立有「焦慮」及「身體心像紊亂」之健康問題。

十、因應-壓力耐受型態

與案姐經營自家公司，生病後將重心轉至自身健康；4/21 雙眼望向天花板：「為什麼遇到這種事情的人會是我」；4/28 言語中透露感慨：「雖然工作有其他人幫忙處理，但我好想趕快恢復健康回家」，住院期間無法工作，雖可配合醫療處置，但仍害怕疾病無法恢復。經評估確立有「焦慮」之健康問題。

十一、價值、信念型態

個案信奉民間信仰，年節皆會至廟宇祈求平安；住院期間案妻於會客時間則使用符水擦拭身體，將祈求的平安符放於個案胸前。

護理問題確立、措施及評估

綜合上述護理評估，確立個案護理問題歸納為下列：「現存性感染」、「組織完整性受損」、「潛在危險性肺吸入」、「呼吸機脫離反應功能失常」、「急性疼痛」、「焦慮」及「身體心像紊亂」，因篇幅有限依個案健康需求程度優先順序，擬定相關護理計畫；針對以下 3 項護理問題「組織完整性受損」、「呼吸機脫離反應功能失常」及「身體心像紊亂」進行詳述。

一、組織完整性受損/與壞疽導致筋膜層壞死有關 (4/13-5/5)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：4/16手比向傷口處後筆述：「我覺得好濕！」。 S2：4/22個案：「我有聞到臭味，是不是表示傷口沒有轉好？」 O1：4/13會陰部傷口呈開放性，肉眼可見睪丸及副睪丸，傷口延伸至肛門口，長30公分×寬20公分×深2公分，傷口基底90%呈鮮紅、10%呈黃腐肉，傷口周圍發紅並帶有黃紅色分泌物量多且有異味情形。 O2：4/18會陰部傷口細菌培養報告：Enterococcus、Klebsiella Pneumonia及Escherichia Coli。 O3：4/19抽血報告顯示Albumin：2.4g/dl、WBC：10,790/μL、Lactate：14.6mg/dL、CRP：6.773mg/dL。 O4：4/22低頭看向傷口表情哀傷。 O5：4/27行第4次清創術，以促傷口癒合。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 4/22個案能說出2項傷口感染徵象。 2. 4/30會陰部傷口範圍能縮小至長28公分×寬18公分×深2公分且組織滲液量減少。 3. 5/5會陰部傷口周圍新增紅色肉芽組織。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 4/13-5/5每2小時監測生命徵象及每4小時監測體溫變化。 2. 4/13-5/5每2小時協助翻身調整姿勢並觀察傷口外觀，若有滲濕情形予更換敷料。 3. 4/13-5/5依醫囑抽血監測感染指標，如：WBC及CRP檢驗數值結果。 4. 4/13-5/5換藥前後需正確洗手並採無菌技術，於每天09：00、13：00、17：00及21：00進行濕敷填塞傷口換藥，觀察傷口性質、滲液量及有無紅腫熱等感染症狀，和觀察肌肉及筋膜顏色及味道，標記傷口紅腫範圍拍照記錄傷口變化並上傳到電子病歷，與醫療團隊共同討論傷口復原狀況。 5. 4/13-5/5換藥過程去除敷料時動作輕柔緩慢，並以生理食鹽水將傷口濕潤後再移除敷料，減輕拉扯疼痛及破壞新生血管。 6. 4/13-5/5持續追蹤細菌培養報告，並依報告結果調整抗生素使用方式，於4/20-5/4依醫囑給予抗生素治療：Flomoxef 1,000mg Q6H IVA。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1. 4/22個案說出：「傷口如果有化膿且有紅腫痛的情形，就是感染」。 2. 4/30觀察會陰部傷口仍呈開放性，約長28公分×寬18公分×深2公分，傷口基底95%呈鮮紅、5%呈黃腐肉；傷口換藥次數由一天4次減少至一天2次，且無額外更換敷料情形。 3. 5/3行雙側腹股溝皮瓣修補術，5/5觀察會陰部傷口已新增紅色肉芽組織，傷口紅腫消退。</p>

二、呼吸機脫離反映功能失常/與痰液聚積、咳嗽技巧不佳無法有效將痰液排出有關 (4/13-4/24)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：4/14臉部脹紅顯不安，筆述：「我會喘！」、「我吸不到氣！」。 S2：4/16神情緊張手比向頸部，筆述：「我覺得有痰，咳不出來」。 O1：4/13手術後氣管內管留置，鎮靜劑Dormicum Pump 5mL/hr滴注，RASS：-1至-2，抽痰無咳嗽反應，可抽出少量灰白黏稠痰液，呼吸16-18次/分，末梢血氧93-95%。 O2：4/14呼吸型態呈淺快費力，胸腹起伏不協調，呼吸25-28次/分、末梢血氧87-90%，呼吸音呈濕囉音，胸部X光顯示右下肺葉浸潤，痰液細菌培養報告：Pseudomonas Aeruginosa及Stenotrophomonas Maltophilia。 O3：4/16咳嗽力量微弱無法將痰液咳出，痰液量多、呈淡黃綠色黏稠狀，約每小時需抽痰一次。</p>
----------------------	--

二、呼吸機脫離反映功能失常/與痰液聚積、咳嗽技巧不佳無法有效將痰液排出有關（4/13-4/24）（續）

<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/18協助下個案可維持呼吸道通暢，並去除呼吸道過多的分泌物，抽痰次數每2-3小時1次，個案無呼吸困難情形。 2. 4/21個案能執行有效咳痰技巧，且未使用頸部力量。 3. 4/24在移除氣管內管後自行將痰液咳出，並維持末梢血氧大於95%以上。
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/13-4/24每2小時及視需要記錄生命徵象、呼吸型態及末梢血氧濃度；每8小時及視需要聽診並記錄呼吸音，有異常立即告知醫師並給予處置。 2. 4/13-4/21協助抬高床頭30度以上及調整鎮靜藥物使用，排除呼吸器管路積水；每8小時檢視並維持氣管內管氣囊壓力在20-25cm H₂O，並使用Chlorhexidine漱口水執行口腔清潔，去除口腔內痰塊並使用護唇膏保持嘴唇濕潤。 3. 4/13-4/21每2小時及需要時依無菌技術進行抽痰，向個案說明步驟：「我們準備要抽痰了，請深呼吸咳嗽」及調整FiO₂：100%使用且抽吸時不超過15秒；抽痰結束時觀察生命徵象及末梢血氧濃度變化，並評估和紀錄痰液量、顏色與性質。 4. 4/13-4/24每2小時翻身時協助背部扣擊5分鐘，並依醫囑予高頻胸壁震盪機，每日4次、一次15分鐘，促進痰塊鬆動，刺激咳嗽將痰液咳出。 5. 4/13-4/24教導每日早晚各執行10次深呼吸後咳嗽，床頭抬高至45度並協助身體略向前傾，先將雙手按住腹部或抱著枕頭輕壓住傷口，運用腹部力量配合咳嗽排出肺部廢氣與將痰液咳出。 6. 4/13-4/24教導每日置1公斤砂袋於橫膈肌上方加壓訓練，於每天的09：00、13：00、18：00，每次20分鐘，以增加橫膈肌之收縮力。 7. 4/14-4/20右下肺浸潤依醫囑給予抗生素治療：Cefepime 2,000mg Q8H IVA和化痰藥物：Acetylcysteine 600mg BID PO使用。 8. 4/15教導並陪同個案執行胸腔復健運動；（1）上肢運動：雙手各舉起1公斤手腕式砂袋並順勢由上至左右兩側向外伸展擴胸運動；（2）下肢運動：雙腳足踝進行上翹下壓及旋轉運動，分別於每日10：30、14：30及19：30陪同進行每次15分鐘運動，以增加肺部的通氣量。 9. 4/15-4/21每日與醫療團隊共同討論脫離計畫，當病人自覺呼吸不順暢或使用呼吸輔助肌，立即停止訓練，恢復原呼吸器模式休息。
<p>護理評值</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/13-4/18個案氣管內管留置期間人工氣道通暢，監測呼吸17-20次/分鐘、末梢血氧維持95-97%，無呼吸困難症狀。 2. 4/20會客期間家屬在旁個案可上舉雙手、向外伸展擴胸運動15分鐘；個案能先深呼吸2-3次後以腹部力量將痰液咳至氣管內管內，再由護理師協助抽痰，觀察咳嗽過程無使用頸部力量情形。 3. 4/21於12：35移除氣管內管改氧氣鼻導管3L/min使用，指令下可正確深呼吸咳嗽將少量痰液咳出，一天抽痰1至2次。 4. 4/24氧氣鼻導管2L/min使用，監測呼吸15-20次/分、末梢血氧維持95-98%，清楚咳嗽聲且可自行將痰液咳出，痰液量少、呈白稠狀。

三、身體心像紊亂/與手術後傷口及身體外觀改變有關 (4/13-5/5)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：4/20筆述：「如果傷口都沒有變好，我以後就都要靠這個洞大便、靠尿管尿尿嗎？那我的人生不就沒希望了」。</p> <p>S2：4/22個案：「大便從這裡出來會聞到臭味，不能像正常人趕快沖水清掉」。</p> <p>S3：4/24個案：「下面（會陰處）傷口這麼大，看起來很恐怖！」。</p> <p>O1：4/15床邊照護對於傷口處理時需暴露其部位，觀察個案緊閉雙眼、轉頭逃避，拒絕觀看傷口。</p> <p>O2：4/22緊握雙手、眼神哀傷無助。</p> <p>O3：4/24說話時表情皺眉。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 4/25個案能正視傷口並主動討論腸造口及恥骨上導尿管所導致的身體外觀改變。</p> <p>2. 5/5能主動分享對於未來生活的想法。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 4/13向個案自我介紹，藉由主動關懷建立良好的護病關係，並運用同理心支持及傾聽身體心像改變的感受。</p> <p>2. 4/13-5/5協助更換尿布、清潔導尿管、換藥、可能暴露術後傷口或會客時，將圍簾拉起提供適當隱私，並協助營造適當的會談環境。</p> <p>3. 4/15-5/5協助換藥時及更換造口時，清楚說明每個步驟，並說明目前傷口與造口外觀及癒合情形，以增加個案參與感。</p> <p>4. 4/23利用鏡子的反射及腸造口模型練習，讓個案及家屬看自己的腸造口，教導腸造口照護方式和正常腸造口顏色、排泄物性狀及須立即更換造口袋時機。</p> <p>5. 4/24偕同醫師向個案說明傷口復原情形，明確告知尿管與腸造口為短暫留置；鼓勵個案勇於面對疾病治療及說出心中想法。</p> <p>6. 5/1當傷口逐漸改善時以正向的態度說明傷口情況：「傷口周圍皮膚顏色都很紅潤，開始長肉」，鼓勵個案以建立信心。</p> <p>7. 5/1向家屬與個案衛教管路照護方式：（1）恥骨上導尿管須維持引流系統通暢，擺放時引流袋應低於引流部位，避免垂墜地面或拉扯，每8小時或尿袋內尿量超過1/2時應傾倒尿液，並每日於導管置入處傷口護理；（2）每日觀察腸造口黏膜及外觀顏色正常應為粉紅色或紅色，並教導清潔造口時使用濕紙巾輕柔擦拭排泄物、排空造口引流袋及更換造口袋方式，若發現腸造口處周圍有回縮、脫出或持續出血等情形，需立即告知醫療團隊。</p> <p>8. 5/2與個案討論適合去除異味方法，協助使用室內空氣芳香劑，減少個案因糞便異味出現產生低自尊情形。</p> <p>9. 5/3照會出院準備服務團隊，提供個案返家後管路照護資訊及給予病友會相關資訊，使其獲得持續性照護。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1. 4/25個案主動表達：「我要學著與他們共存，我也會開始學習更換造口袋和導尿管清潔」。</p> <p>2. 5/2使用室內空氣芳香劑下，協助更換造口袋之糞便異味減輕。</p> <p>3. 5/3個案：「我女兒有找了一些中部有關腸造口病友會分享的資料，有其他病友的經驗分享，我知道我不孤單，我也會慢慢變好」。</p> <p>4. 5/5個案面帶微笑：「今天可以轉普通病房，雖然還要面臨幾次手術，之後的治療我都會樂觀面對，謝謝你們」。</p>

討論與結論

本文為福爾尼埃氏壞疽個案，因大範圍肛門、生殖器周圍皮膚受損，至手術室行筋膜切開與傷口清創手術，但氣管內管無法依計畫拔除而入住加護病房。個案在停用鎮靜劑意識清醒後，在言語無法表達、身處陌生醫療環境，術後呼吸訓練挫折及對疾病進展感到害怕，加上身上管路、腸造口留置及大範圍性器官旁傷口，而無法接受自己外觀改變，造成心理壓力產生負面情緒。筆者透過家屬、醫療團隊合作，擬定照護目標，提供相關照護衛教單張指導及造口模型學習腸造口黏貼操作等個別性的護理措施；制定胸腔復健運動計畫，運用高頻胸壁振盪輔助器具及教導個案呼吸咳嗽技巧，提升痰液清除功能，使其順利脫離呼吸器；運用關懷及傾聽等方式，引導個案說出擔憂，透過澄清問題及耐心回應，適時予以肯定鼓勵，讓個案清楚傷口治療計畫，正視外觀的改變，有信心面對未來，順利轉出加護病房。

筆者初次照護福爾尼埃氏壞疽個案，在照護期間因個案置入氣管內管期間無法說話，且疾病變化快速及腸造口排便的異味，住加護病房期間多處於負面情緒，雖有使用電子板手寫溝通，但筆者本身在諮商技巧較不熟捻且考量個案體力負荷為重，收集資料與提供心理支持時常是片段耗時，此為照護限制，得反覆與個案溝通關懷，才引導個案願意接受疾病事實並走出負面情緒，也因福爾尼埃氏壞疽臨床案例較少，初期僅提供書面衛教資料，要如何陪伴個案面對疾病，因應後續疾病變化為本文的困難，建議單位可增設此類個案衛教素材，如手術前後衛教注意事項影片等，並定期討論困難傷口的個案，增進傷口照護技能

與減少併發症發生，以儘早加強個案出院後的自我照護能力，進而提升生活品質。

參考文獻

1. Boughanmi F, Ennaceur F, Korbi I, et al.: Fournier's gangrene: it's management remains a challenge. *The Pain African Medical Journal* 2021; 38(23): 1-8.
2. Auerbach J, Bornstein K, Ramzy M, et al.: Fournier gangrene in the emergency department: diagnostic dilemmas, treatments and current perspectives. *Open Access Emergency Medicine* 2020; 12: 353-364.
3. Williams T: Addressing body image after reconstructive surgery in adult patients with cancer. *Plastic Surgical Nursing* 2021; 41(3): 132-140.
4. Berti-Hearn L, Elliott B: Colostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now* 2019; 37(2): 68-78.
5. Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, et al.: Wound bed preparation 2021. *Advances in Skin & Wound Care* 2021; 34(4): 183-195.
6. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, et al.: Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2022; 43(6): 687-713.
7. 沈季香、楊麗玉：探討胸腔物理治療對肺部感染病人住院天數、醫療費用之影響。護理雜誌 2020；67（2）：58-62。
8. 黃燕秋、吳泰璉、楊惠惠等：運用跨團隊合作提升加護病房病人呼吸器脫離率。台灣醫學 2021；25（1）：128-135。
9. 劉瑞芳、林蕙鈴、方瑱佩等：冠狀動脈繞道手術病人延遲拔管危險因素分析。呼吸治療 2019；18（1）：13-25。

Intensive Care Provided to a Male Patient with Fournier's Gangrene

En-Ting Liao, Chia-Ling Hsiao, Ya-Huei Chen, Jyh-Jye Huang

Department of Nursing, Taichung Veteran General Hospital

Abstract

This paper describes the intensive care provided to a male patient with Fournier's gangrene, characterized by extensive skin damage in the anal and genital areas. The patient underwent surgical fasciotomy and wound debridement in the operating theatre and was subsequently admitted to the intensive care unit, as the endotracheal tube could not be removed as originally planned. The care period was from 13 April to 5 May 2022. Data were collected through direct care, physical assessment, written communication, and medical record review. Gordon's 11 Functional Health Patterns were utilized to assess and summarize the patient's health issues, which included impaired tissue integrity, dysfunctional ventilatory weaning response, and disturbed body image. Nursing interventions included use of sterile wound care techniques, along with daily marking and recording of wound size. Interdisciplinary discussions on wound recovery were also conducted. Oxygenation was stabilized, and a pulmonary rehabilitation exercise plan was developed. This plan used a high-frequency chest wall oscillation device and included teaching the patient breathing and coughing techniques to improve lung capacity and facilitate successful ventilator weaning. A mirror was used to enhance the patient's awareness of their colostomy. The patient was provided with relevant care and educational materials, as well as stoma models, to facilitate the learning of colostomy system application. Additionally, techniques for stoma odor elimination were discussed, promoting a more positive outlook. Due to the author's limited counselling skills and patient's physical burden, data collection and psychological support provision were time-consuming and fragmented. We recommend that the department create educational resources for such cases and regularly discuss the treatment of difficult wound cases to enhance wound care techniques, facilitate early reinforcement of post-discharge self-care, improve patients' quality of life. This case report is intended to serve as a reference in clinical care. (Cheng Ching Medical Journal 2024; 20(4): 46-54)

Keywords : *Fournier's gangrene, Ventilator weaning, Impaired tissue integrity, Disturbed body image*

Received: November 2023; Accepted: March 2024