

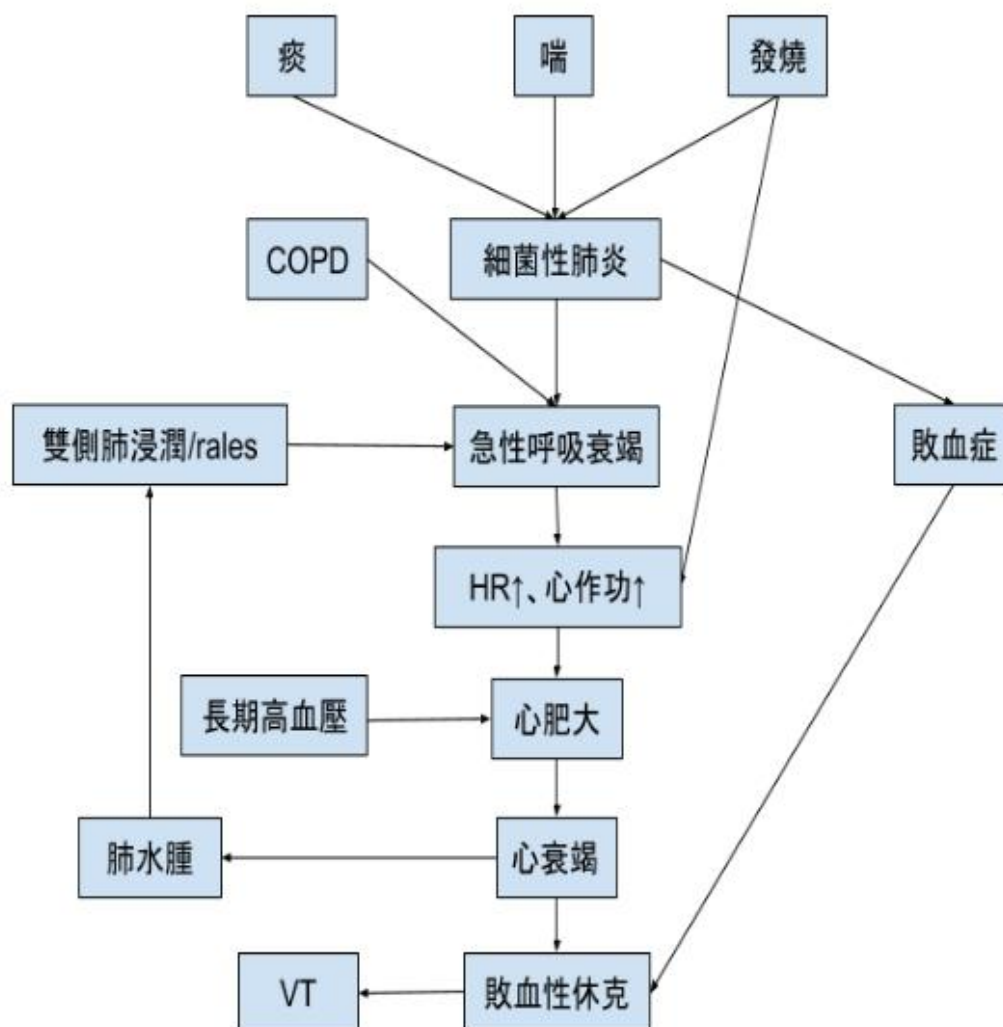
案例一 第三組

組員：鄭若瑄 (051119015) 詹岱蓉 (061119008) 鍾溫婷 (061119005)

詹詠婷 (061119014) 李鴻頡 (061119024) 高育萱 (061119031)

呂可婷 (061119037) 謝伊芳 (061119045)

一、概念圖



二、各疾病定義及臨床症狀

	定義	臨床症狀
細菌性肺炎	肺部的組織受到細菌的感染，而產生發炎同時實質化的現象（實質化指肺部有積液或纖維化）	II. 臨床表徵 1. 高燒、寒顫、肋膜性胸痛、咳嗽且伴有大量鐵鏽色或綠色膿性的痰，胸痛會因吸氣或咳嗽而加重。 2. 咳血。 3. 噁心及嘔吐。 4. 疲憊、肌痛及軟弱。 5. 身體評估時，視診會發現病人有盜汗、呼吸加快、患側胸部起伏降低，擴張度減少；觸診時心跳加快、患部有壓痛且觸覺震顫增強；叩診時患部出現濁音或實音，橫膈膜離軌度降低；聽診時患部有支氣管呼吸音或呼吸音減弱，也會聽到囉音及肋膜摩擦音。 6. 若為下肺葉感染，病人可能會有腹痛。
急性呼吸衰竭	$\text{PaO}_2 \leq 50\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ ，且有酸中毒($\text{PH} \leq 7.25$)	二 氧 化 碳 過 高 型 頭痛、嗜睡、眩暈、昏迷、高血壓、心跳加快、撲動、脈搏搏動增強、盜汗、乳突水腫、深部肌腱反射降低、皮膚溫暖潮紅、呼吸性酸中毒 血 氧 過 低 型 • 不安、躁動、失去定向力、混亂、譫妄、失去意識、針樣瞳孔、昏迷 • 心臟節律障礙、心跳加快、高血壓、漸漸會心跳減慢及低血壓、發紺（嚴重時）、皮膚蒼白且溼冷 • 呼吸速率及深度增加、呼吸困難、逆理脈（Pulsus Paradoxus）

急性心衰竭	突發性的心臟功能不良，造成缺氧、低心輸出量、血液動力學不穩定及休克症候群	左 心 衰 竭 1.心搏過速 2.左心室擴大（PMI 向下向後延伸） 3.左心房壓力或肺微血管楔形壓（PCWP）升高 4.血壓過低 5.動脈血液氣體分析值改變（PaO₂ 下降，PaCO₂ 上升） 6.肺充血、肺水腫（呼吸漚囉音），粉紅色泡沫痰 7.呼吸困難、呼吸淺快、組織缺血 8.端坐呼吸、陣發性夜間呼吸困難 9.咳嗽〔聽診時可聽到漚囉音或爆裂聲（Crackles）〕帶泡沫痰 10.異常之第 3 心音（由於心室血流填充時的阻力，造成心室壁的顫動）																																													
敗血症	身體出現明顯感染症狀，且 SIRS 症狀符合兩個或以上： 1. 體溫>38 度或<36 度 2. 心跳速率>90 次/分鐘 3. 呼吸速率>20 次/分鐘或 PaCO ₂ <32mmHg 4. WBC>12000/mm ³ 或 <4000/mm ³ 或未熟白血球>10%	可能出現發燒或體溫過低、呼吸急促、發冷、寒顫、嗜睡、皮膚溫暖、血糖過高、肌肉無力、白血球過低或過高，及意識改變。若嚴重敗血症或敗血性休克，因心輸出量減少造成組織缺氧、低血壓、皮膚濕冷，造成身體多重器官功能失調如急性呼吸窘迫症候群、肝功能異常、腎衰竭、腦病變或神經性病變，甚至出現瀰漫性血管內凝血問題。																																													
敗血性休克	休克是因為身體組織血流量不足而產生的複雜症候群。敗血性休克的發生是由於細菌產生的毒素釋放至病人的血液中，使體內的補體系統活化、微血管通透性增加、細胞受損、增加細胞的代謝及血栓的形成、血管擴張，產生各種發炎及免疫反應。	表 6-21 休克各階段生理變化 <table><tr><th>項 目</th><th>早期</th><th>代 償 期</th><th>進 行 期</th><th>不 可 恢 復 期</th></tr><tr><td>血壓</td><td>正常或偏低</td><td>正常或回升、脈搏壓變窄</td><td>收縮壓 < 90、脈搏壓變窄</td><td>嚴重低血壓，需處置</td></tr><tr><td>心跳速率</td><td>增加</td><td>> 100 次/分</td><td>> 150 次/分、節律異常</td><td>收縮不全、節律異常</td></tr><tr><td>呼吸速率</td><td>無變化</td><td>> 20 次/分，快而深</td><td>快而淺</td><td>急性呼吸衰竭或出現呼吸窘迫症候群，需要插管</td></tr><tr><td>尿輸出量</td><td>無變化</td><td>減少</td><td>< 0.5 ml/kg/h</td><td>無尿，需透析</td></tr><tr><td>皮膚</td><td>蒼白、溼冷</td><td>溼冷</td><td>溼冷、出現斑點或出血點</td><td>黃疸</td></tr><tr><td>意識</td><td>無變化</td><td>混亂</td><td>嗜睡→昏迷</td><td>無意識</td></tr><tr><td>酸鹼平衡</td><td>無變化</td><td>可能出現呼吸性鹼中毒</td><td>代謝性酸中毒</td><td>呼吸性或代謝性酸中毒</td></tr><tr><td>其他</td><td>無特殊變化</td><td>• 尿比重↑ • 肌酐清除率（CCr）↓ • 內分泌代償〔腎素－血管收縮素系統（RAS）、ADH、糖皮質類固醇〕</td><td>• 高血糖血症 • 尿素氮（BUN）↑ • 肌酐（Creatinine）↑</td><td>• 全身性發炎反應症候群（SIRS） • 血液凝固發生瀰漫性血管內凝血（DIC） • 有毒物質與細菌同時由肝與小腸中釋出 • 多重器官失效症候群</td></tr></table>	項 目	早期	代 償 期	進 行 期	不 可 恢 復 期	血壓	正常或偏低	正常或回升、脈搏壓變窄	收縮壓 < 90、脈搏壓變窄	嚴重低血壓，需處置	心跳速率	增加	> 100 次/分	> 150 次/分、節律異常	收縮不全、節律異常	呼吸速率	無變化	> 20 次/分，快而深	快而淺	急性呼吸衰竭或出現呼吸窘迫症候群，需要插管	尿輸出量	無變化	減少	< 0.5 ml/kg/h	無尿，需透析	皮膚	蒼白、溼冷	溼冷	溼冷、出現斑點或出血點	黃疸	意識	無變化	混亂	嗜睡→昏迷	無意識	酸鹼平衡	無變化	可能出現呼吸性鹼中毒	代謝性酸中毒	呼吸性或代謝性酸中毒	其他	無特殊變化	• 尿比重↑ • 肌酐清除率（CCr）↓ • 內分泌代償〔腎素－血管收縮素系統（RAS）、ADH、糖皮質類固醇〕	• 高血糖血症 • 尿素氮（BUN）↑ • 肌酐（Creatinine）↑	• 全身性發炎反應症候群（SIRS） • 血液凝固發生瀰漫性血管內凝血（DIC） • 有毒物質與細菌同時由肝與小腸中釋出 • 多重器官失效症候群
項 目	早期	代 償 期	進 行 期	不 可 恢 復 期																																											
血壓	正常或偏低	正常或回升、脈搏壓變窄	收縮壓 < 90、脈搏壓變窄	嚴重低血壓，需處置																																											
心跳速率	增加	> 100 次/分	> 150 次/分、節律異常	收縮不全、節律異常																																											
呼吸速率	無變化	> 20 次/分，快而深	快而淺	急性呼吸衰竭或出現呼吸窘迫症候群，需要插管																																											
尿輸出量	無變化	減少	< 0.5 ml/kg/h	無尿，需透析																																											
皮膚	蒼白、溼冷	溼冷	溼冷、出現斑點或出血點	黃疸																																											
意識	無變化	混亂	嗜睡→昏迷	無意識																																											
酸鹼平衡	無變化	可能出現呼吸性鹼中毒	代謝性酸中毒	呼吸性或代謝性酸中毒																																											
其他	無特殊變化	• 尿比重↑ • 肌酐清除率（CCr）↓ • 內分泌代償〔腎素－血管收縮素系統（RAS）、ADH、糖皮質類固醇〕	• 高血糖血症 • 尿素氮（BUN）↑ • 肌酐（Creatinine）↑	• 全身性發炎反應症候群（SIRS） • 血液凝固發生瀰漫性血管內凝血（DIC） • 有毒物質與細菌同時由肝與小腸中釋出 • 多重器官失效症候群																																											

Ventricular tachycardia (VT)	HR>100 次/分 EKG 圖形：無 P 波、PR 間隔無法判斷、QRS 波寬大怪異且連續發生 3 個以上的 VPC	6H： Hypovolemia(低血容) Hypoxia(低血氧) Hydrogenion/acidosis(酸中毒) Hyper/Hypokaemia(高/低血鉀) Hypoglycemia(低血糖) Hypothermia(低體溫)
------------------------------	--	--

三、後續處置重點

1. 敗血性休克：

- 早期治療(0-6 小時)以穩定呼吸為主，及早投與有效抗生素，並依序以輸液補充（避免使用澱粉類與高氯輸液）、升壓劑(正腎上腺素)、輸血以及 Dobutamine 等治療來達到治療目標：中心靜脈壓(CVP)8-12mmHg、上腔靜脈或混合靜脈血氧飽和度(SpO₂)分別為 70 或 65%、平均動脈壓(MAP)≥65mmHg、尿量≥0.5mL/kg/hr。腸道營養優於靜脈營養，血糖控制以低於 180mg/dl 為原則。

2. 感染/肺炎：

- 一般建議嚴重且患者的細菌培養報告尚未出來前以廣效型抗生素 vancomycin 進行治療，loading dose 25-30 mg/kg，維持劑量 15-20 mg/kg/dose，8-12 小時給予一次，腎功能不佳者需依照腎功能調整給藥間隔，若患者有 vancomycin 使用禁忌或是難治性的 MRSA，則替代藥品包括：daptomycin、linezolid 或 ceftaroline。若當患者的細菌培養報告出來後，在抗生素的選擇上則以報告結果為主。

3. 呼吸器脫離：

- 照顧使用呼吸器的病人，可以分為五個階段：
 1. 治療引起急性呼吸衰竭的原因
 2. 評估適合不適合 weaning
 - (1)是不是夠穩定
 - (2)Check weaning profile
 3. 自呼試驗(spontaneous breathing trial, SBT)
 4. 拔管
 5. 重新插管或順利脫離

➤ 病人具備條件：

1. 潮氣容積 $>5\text{c.c./kg}$ 以上
2. 最大呼吸壓力至少要 $>-20\text{cmH}_2\text{O}$
3. 呼吸次數 <30 次/分
4. 吸入氧分壓(氧氣濃度) $<50\%$
5. 維持 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$
6. $\text{PEEP} < 5\text{cmH}_2\text{O}$
7. 靜止狀態下每分鐘換氣量 $\leq 10\text{L/min}$

➤ 脫離呼吸器的原則：

1. 應避免使用抑制呼吸藥物、如鎮定劑、安神劑、肌肉鬆弛劑
2. 協助脫離訓練建議白天進行
3. 病人有足夠休息後，再安排進行，以免過度疲乏
4. 鼓勵表達，以降低焦慮和害怕以免增加耗氧量
5. 讓病人舒適地坐直或半坐臥以擴大最大的肺容積
6. 脫離的過程中也需要隨時監測生命徵象的改變
7. 呼吸器若做調整，應抽動脈血液做氣體分析，追蹤其變化

四、護理照護重點：

1. 注意用氧的安全性減輕血氧過低的現象
2. 促進呼吸道通暢
3. 評估病人咳嗽的有效性，促進痰液排出
4. 教導噉嘴式呼吸，延長呼氣時間，促進二氧化碳排出
5. 強調休息及漸進性活動
6. 持續追蹤發炎反應
7. 預防或處理因休克而伴隨產生的護理問題
 - (1)每 4 小時測量體溫，導尿管、注射部位無須定期更換，但需監測注射部位
 - (2)溫和地從事必須的護理工作，做任何治療前應給病人適當的說明跟解釋
 - (3)安排適於睡眠的環境，重新安排評估與治療的時間
 - (4)應持續觀察與評估病人及其家屬的情緒，並適時伸出援手或轉介