

照護一位境外感染登革熱個案之護理經驗

摘要

本篇文章是描述照護一位境外感染登革熱個案之護理經驗。照護期間自 2013 年 5 月 9 日至 5 月 14 日，筆者藉由訪談、觀察、傾聽以及理學檢查收集資料，運用 Gordon 十一項健康功能評估，歸納分析並確立護理問題有：體溫過高、急性疼痛、焦慮及知識缺失。經由專業的觀察，建立良好的護病關係，以病人的舒適度為原則，提供個別性的照護，進而改善發燒和頭痛引起的生理不適；照顧期間發現個案因無法掌握疾病和擔心害怕傳染他人感到焦慮，故筆者運用同理心給予支持，藉由引導活動轉移注意力，建立人際支持，以改善焦慮的負面情緒，針對知識缺失，能運用團隊資源，提供相關傳染疾病防護知識，加強個案對疾病的因應能力，避免再次感染及發生登革熱休克症候群的風險。由於近年國人至東南亞國家人數有上升情形，罹患傳染病之發生率也上升，期望藉由此照護經驗，提供臨床護理人員照顧境外感染登革熱患者之參考。

關鍵字：境外感染、登革熱、護理經驗

前言

由於近年來國人出國旅遊、探親及經商需頻繁往返東南亞國家，國內傳染疾病移入有升高情形，其中以登革熱為國內最常見的境外移入傳染疾病，當疾病進展嚴重引發出血、休克易導致死亡，致死率高達 40-50%(Pye, 2012)。經衛生福利部疾病管制署統計，2013 年登革熱境外移入病例高達 262 件，東部地區以境外登革熱感染為主(衛生福利部疾病管制局，2014)。本文描述一位正值家庭、事業、社經地位穩定的中年個案，於泰國辦公返國罹患第一型登革熱病毒，經由護理評估發現個案對於登革熱防治的訊息不正確，對疾病的預後感到焦慮，再加上個案出院後仍需頻繁往返登革熱流行疫區處理公務，而登革熱休克症候群常發生於曾感染不同型登革熱病毒的旅客上(Pye, 2012)，筆者評估個案為登革熱休克症候群的高風險群，盼透過護理措施的介入，協助個案提升對疾病的因應能力，增加返家後、出國前之防護措施，避免再次感染登革熱及預防境外傳染病之傳播，故引發書寫此文之動機，期望藉此護理經驗，提供護理人員照護境外感染登革熱個案之參考。

文獻查證

一、境外移入登革熱疾病相關概述

登革熱為國內法定第二類傳染疾病；登革熱病毒可分為一至四型的血清，可藉由埃及斑蚊及白線斑蚊叮咬傳播，主要發生於熱帶、亞

熱帶地區，常見的檢查包含抽血分離出登革熱病毒，且於二週內返國，則屬於境外感染登革熱之病例。症狀包含：發燒至少 5 天、頭痛、血小板低下。住院需採隔離，以支持療法為主。患者於發病前一天至發病內 5 天具有傳染能力，斑蚊於此時叮咬感染者，即可攜帶病毒叮咬傳染他人(古、許、劉，2010；行政院衛生署疾病管制局，2012)。國內疫情於 2012 年 3 月，境外感染登革熱個案返回社區後，造成共 9 例登革熱感染之病例(李、蘇、簡、巫、施，2013)，研究指出每年境外登革熱移入個案的傳播，易引起本土登革熱疫情流行(關、吳、舒，2012)。由此可知境外感染登革熱是不可乎視的。

二、登革熱病患常見生理問題及護理措施

登革熱常見症狀為高燒 38°C 以上，持續至少五天，在照顧上需觀察病患意識、生命徵象，持續監測輸出入量，依冷、熱使用烤燈或冰枕，以舒適為原則加減衣物，維持身體清潔，補充水份，使用退燒藥物應避免 aspirin(蔡、林，2010；衛生福利部疾病管制局，2013)。

登革熱次常見症狀為頭痛，特徵有：後眼眶痛、流眼淚，或似偏頭痛般伴隨有聲音恐懼、畏光等 (Kalakatawi, Kalakatawi, Nasser, & Elrefae, 2013)，在照顧上紀錄頭痛變化，可採用適切的疼痛評量工具，如數字等級量表(明、洪，2011)，觀察刺激來源，佈置光線柔和且安靜的環境，引導病患休息以恢復體力，以局部按摩舒緩疼痛，及依醫囑給予藥物治療(簡、方、蕭、孫，2014；衛生福利部疾病管制署，2013)。

二、登革熱病患常見心理問題及護理措施

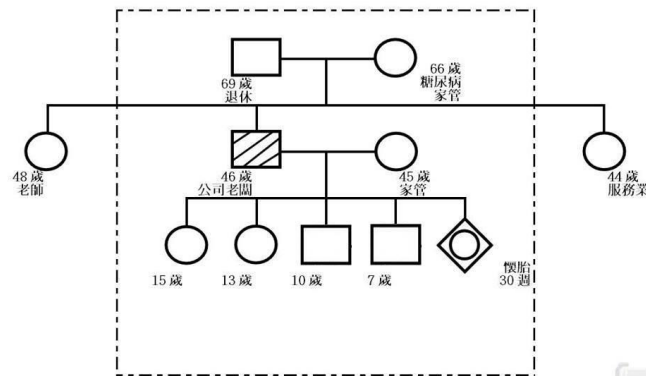
初次診斷登革熱患者，對於疾病的認知缺乏，擔心是否已傳染給他人，這樣不確定的感受形成壓力，而身體不適也易伴隨焦慮的情緒 (Hashmi et al,2012；蔡、林，2010)。此時護理人員應採取主動關懷、觀察病人語言和非語言行為，傾聽病人的問題，運用團隊資源，隨時與醫師、感控護理師監測病情發展，澄清不正確訊息，使病患認識疾病、治療及防護措施。針對焦慮可依病患的喜好，引導活動轉移情緒，協助家人採取正確防護措施，適時提供親情的陪伴，利用宗教力量達到心靈的安適，並可視需求服用鎮靜藥物，以降低個案的負面感受 (蔡、林，2010；張、韓，2009；莊、林、李，2011)。針對知識缺失，王等研究指出，接受登革熱訊息越多，其防治行為越好，而國內旅人對登革熱的防護知識，在「疾病嚴重度」及「防護」方面較不了解 (王、蔡，2011)，因此提供個案足夠的知識，可增加對疾病的因應能力。急性期照顧需衛教個案評估排泄物的顏色及皮膚變化、活動時應避免碰撞跌倒、清潔使用電動刮鬍刀及軟毛牙刷，以防血小板低下導致出血危機。在自我防護上需衛教個案，早晨及傍晚時間為蚊蟲叮咬高峰時期需避免外出，如必要應穿著淡色長袖衣物、皮膚暴露處擦拭含 DDT 成份之防蚊液。居家照護需每 7 天換洗盛裝水的容器，住屋內須加裝紗窗、紗門及放置捕蚊器 (Skinner, 2013)。疾病管制局已架設民眾版之頁面，並於各地成立旅遊醫學門診，提供國際疫情和傳染疾病防護資

訊，當通報境外感染登革熱個案，衛生局人員將儘速至個案住家周圍地區，對民眾進行健康監視及宣導（行政院衛生署疾病管制局，2012；古、許、劉，2010）。

護理評估

一、個案簡介

陳先生，46歲，大學畢業，信仰基督教，育有二女二男，與父母、子女同住。於泰國經營糖果公司，經濟穩定，使用國台語溝通，決策者為自己，與妻子互動最好，家庭樹如下：



二、過去病史與求醫過程

個案無任何過去病史及住院經驗。於2013年5月1日由泰國返家，自5月5日開始發燒，曾至他院使用藥物治療，抽血檢驗無發現異常，返家後持續發燒，5月9日至本院門診求治，經醫師評估疑似登革熱感染，住院採隔離治療，5月10日檢驗結果確定為登革熱第一型血清感染，住院期間密切監測出血徵象並給予點滴使用，視臨床症狀給予支持性療法，病患自5月14日痊癒後出院。

三、護理評估

筆者在 2013 年 5 月 9 日至 5 月 14 日照護個案，並且藉由實際照護、身體評估、會談、翻閱病歷及應用 Gordon 十一項功能性健康型態評估，收集個案健康相關資料如下：

(一)健康認知與健康處理型態：

個案沒有菸酒的習慣，不服用成藥，每年定期做健康檢查，包含抽血及胸部X光報告皆為正常，認為健康是靠規律運動和均衡飲食來維繫。5/9 個案為高知識份子，在患病後提出很多疾病相關疑問，個案表示：「以前被蚊子叮都沒事，也從來不擦防蚊液」、「以前聽過登革熱，但好像沒聽過從國外感染登革熱，國外的登革熱和國內登革熱有不一樣嗎?」、「每個月需要飛去泰國處理公務，半個月回國一次，泰國的房子有很多花盆，管家大約一兩個月會換水」、5/10 個案主訴「我還會再感染到登革熱嗎?」、「量血壓的手都有一點一點的出血?我需要更注意什麼事嗎?」。5/10 觀察個案量完血壓，手臂隨即出現皮下點狀出血約 3x2 公分，血小板 $76 \times 10^3/\mu\text{L}$ 。在詢問醫療人員時，說話速度加快會不斷重複詢問治療，及自身的變化是否有惡化。針對上述評估，個案對登革熱疾疾相關資訊接受不足，顯示個案有「特定知識缺失」的護理問題。

(二)營養與代謝型態：

個案吞嚥功能正常，牙齒完整，無偏食，定時定量，平日每餐進食量約為一碗飯，無服用保健食品。5/10 隔離期間飲食由醫院提供，

因疲倦導致食慾降低，進食量降於 1/3，經更改餐食一天六餐，個案能維持每日所需的熱量。入院時身高 175 公分，體重 63 公斤，身體質量指數為 21% 為正常值，一天所需之卡路里為 2022 大卡，5/9 抽血檢查：白血球:9000mm³、血紅素:13g/dl、血比容:13%、白蛋白:3.5g/dL、血糖值:103mg/dl、鈉離子:130mmol/L、鉀離子:4.5 mmol/L。5/9 胸部 X-ray 正常無積水。個案發燒時主訴，5/9「身體一下發抖、一下發燙、心跳很快，是不是發燒了?」、「退燒後流了一身汗，很不舒服」。觀察發燒時皮膚發熱及乾燥、臉潮紅、精神倦怠，5/9-5/12 發燒時生命徵象變化：耳溫：38-39.6°C，心跳 90-110 次/分，呼吸 20-24 次/分，血壓 90-110/50-60 mmHg。5/10 經檢驗室診斷為登革熱第一型血清感染。經上述評估顯示個案有「體溫過高」的護理問題。

(三)排泄型態：

平日和住院期間解便次數為 1-2 次/天，大便呈為黃軟成形，無服用軟便劑，腸蠕音 15-20 次/分，叩診為鼓音，觸診腹部柔軟，肛門無痔瘡。平日解尿約 5-6 次，解尿順暢無疼痛，住院期間解尿量 2000-2500 毫升/天，解尿清澈無沉澱物。5/9 糞便及尿液檢驗和腹部電腦斷層正常。經上述評估顯示個案無此護理問題。

(四)活動與運動型態：

個案喜歡從事戶外活動，每星期打網球 2 小時，喜歡看運動節目。上下肢肌力為 5 分，日常活動可自理，心電圖檢查正常。住院期間因

隔離活動受限病室。5/10 查房時個案眼望窗外景色。5/10 個案主訴「這一連幾天都躺在床上，還好有護士每天提醒要我下床動動，才不會悶的發慌」，經上述評估顯示個案無活動護理問題。

(五)睡眠休息型態：

平日無使用助眠藥，每天睡眠 7-8 小時，不需喝咖啡及茶類提神，入睡習慣使用眼罩。住院期間個案表示睡眠有改變，5/10 「這幾天平均睡不到 6 個小時，夢到身上全是蚊子要叮我，真可怕的夢」、夜班同仁表示查房時，個案易驚醒，觀察白天個案無黑眼圈，精神狀況佳，午覺休息約一小時，故經上述評估顯示個案無睡眠休息的護理問題。

(六)認知與感受型態：

意識清楚，無近視，閱讀能力及雙耳聽力正常，十二對腦神經評估正常。5/11 上午「一早起床就感覺頭痛，從眼窩延伸到整顆頭，一陣一陣的脹痛，只能躺在床上睡覺，一動也不動，睡覺之後覺得好一些，但不到十分鐘又開始頭痛。以前我也會頭痛，但沒有像現在這樣完全不能做事，眼淚也一直流，讓我很痛苦也很害怕」、下午「燈光太強，廣播很大聲，我的頭好痛」、「頭痛的時候，眼罩的鬆緊帶擱的頭更痛」。5/11 觀察個案頭痛發生時，體溫 36-37°C、血壓 150/80mmHg、不時以手壓著頭，面容愁苦、使用眼罩蓋住雙眼，無下床活動，以疼痛數字等級量表，評估疼痛指數為 7 分(範圍為 0-10 分)，頭痛約維持 5 小時，一天頭痛次數為 2 次。故經上述評估顯示個案有「急性疼痛」

的護理問題。

(七)自我與概念評估：

個案平日注重儀容，表示從年輕一路打拼到現在，認為命運是可以改變的，凡事只要盡力就能成功。個案得知患有傳染疾病後感到擔心，5/9 個案主訴「我聽說這個病會死人，很怕看不到我將出世的小孩」、5/10「發燒的時候我和家人住在一起，我還跟朋友一起吃飯，他們是不是都先來醫院一起檢查，我很擔心我的家人和朋友被感染，如果傳染到我老婆影響到寶寶的健康，我一定會後悔一輩子」、「住院只有給點滴，不用打抗生素嗎?我很擔心病不會好!」，5/10「昨天發燒，今天手臂出現瘀青，明天是不是會變的更嚴重，我會嚴重到加護病房插管嗎?」、「醫生今天會來查房嗎?大約幾點?」。5/10 於早晨查房時，個案會不斷詢問醫師查房時間，顯露擔心、緊張，眼神皺眉和不安，經上述評估顯示個案有「焦慮」的護理問題。

(八)角色關係型態：

個案為兒子、丈夫、爸爸，及公司老闆的角色，家庭為三代同堂，太太表示「我老公很明理，結婚二十幾年沒吵過架，和家人及朋友還有員工的關係都很好」。住院期間皆使用手機聯繫家人，公司文件暫轉交案妹協助處理。故經上述評估顯示個案無角色關係的護理問題。

(九)性-功能型態：

個案和太太相處融洽，第二性徵正常，無疝氣等問題，每星期至

少一次性行為，無使用避孕措施，案妻不在身邊時會自行解決，表示性生活美滿。5/10 個案主訴「現在沒有心思想到性的方面」。故經上述評估顯示個案無性-功能的護理問題。

(十)應對-壓力-耐受型態：

家中排行老二，個性沉穩，生活中遇到困難，會以運動抒壓，聽取多方意見再處理現有問題。此次面對疾病的壓力源來自於，無法控制疾病的變化及擔心傳染到親友，5/11「目前最大的壓力，是突然生病了，也不知道有沒有傳染給大家，還好家人們不斷給我支持，醫生護士也提供專業的知識和關心問候，我會加油對抗病魔」。故經上述評估個案仍能說出自我感受，顯示個案無壓力的護理問題。

(十一)價值-信念型態：

個案表示目前生活滿意，家人是生命中最大的支柱，於談及與家人的相處，目光是肯定且自信的。觀察個案隨身物放置全家福照片，5/10 主訴「生病以後顧慮的事變多，有時候會向神禱告，心煩了就打給太太說說話會好一些」，經上述評估顯示個案無此相關的護理問題。

問題確立與護理計劃

綜合以上資料，確立個案護理問題：一、體溫過高／與疾病導致症狀有關；二、急性疼痛／與疾病導致舒適情況改變有關；三、焦慮／與無法掌握病情及擔心傳染給他人有關。四、特定的知識缺失／與缺乏對登革熱的疾病訊息有關；

一、體溫過高／與疾病導致症狀有關(2013.5.9-2013.5.14)

主觀資料	(1)5/9 個案主訴「身體一下發抖、一下發燙、心跳很快，是不是發燒了?」。 (2)5/9 個案主訴「退燒後流了一身汗，很不舒服」。
客觀資料	(1)5/9-05/12 耳溫 38-39.6℃。 (2)5/9-05/12 心跳 90-110 次/分、呼吸 20-24 次/分。 (3)5/9 發燒時皮膚發熱及乾燥、臉潮紅、精神倦怠。 (4)5/10 經檢驗室診斷為登革熱，第一型血清感染。
護理目標	(1)5/10 個案能藉由解熱劑使用後，體溫可降至 37℃。 (2)5/11 個案能說出處理發燒的原則三項。 (3)5/13 耳溫能恢復正常 36-37℃。
護理措施	(1)5/9-5/14 每 4 小時觀察意識、生命徵象的變化。 (2)5/9-5/14 紀錄個案每日飲水及排尿情形，詢問是否有口渴情形。 (3)5/9 衛教個案發燒臨床症狀包含:發熱、發冷、心悸。 (4)5/9 給予個案發燒日常照護衛教單張，內容如:感覺冷時需穿戴保暖、感覺熱時可脫掉外套，退燒時衣服濕透了需立刻更換乾淨的衣服。 (5)5/9-5/12 當個案主訴發冷、寒顫發生，給予烤燈使用 15 分鐘。 (6)5/9-5/12 當個案於發熱時，依醫囑使用冰枕 15 分鐘，冰枕置於枕部、腋下。 (7)5/9-5/12 當個案退燒後，主動協助更換衣物，維持身體舒適，並能於每日早晨補足病房內的病人服，以便溼溼時更換。 (8)5/9-5/12 個案病室內有 1000 毫升之保特瓶，予早晨 8 點及中午 12 點及傍晚 6 點協助裝滿溫水，告知個案需於入睡前提前喝完二瓶半約 2500 毫升的水。 (9)5/9-5/12 依醫囑予 N/S 1500ml IV QD。 (10)5/9-5/12 耳溫高於 38℃，依醫囑予 Tinten 500mg 1# PO Q4H PRN，並說明藥物作用和副作用，及評估使用藥物後體溫變化。
護理評估	(1)5/9 8AM、6PM 及 11PM，05/10 4AM 及 10AM，05/11 8AM，05/12 6PM 因耳溫 >38℃，依醫囑予退燒藥一小時後，耳溫降至 37℃。 (2)5/11 主訴「發燒有時候會忽冷忽熱，冷的時候要多穿衣服，熱的時候就脫外套，流汗了我會換乾淨的病人服」。 (3)5/13 耳溫 36.2-37℃

二、急性疼痛／與疾病導致舒適情況改變有關(2013.05.11-2013.05.14)

主觀資料	(1)5/11 上午「一早起床就感覺頭痛，從眼窩延伸到整顆頭，一陣一陣的脹痛，只能躺在床上睡覺，一動也不動，睡覺之後覺得好一些，但不到十分鐘又開始頭痛。以前我也會頭痛，但沒有像現在這樣完全不能做事，還一直流眼淚，讓我很痛苦也很害怕」。 (2)5/11 下午「燈光太強，廣播很大聲，我的頭好痛」。 (3)5/11 「頭痛的時候，眼罩的鬆緊帶擱的頭更痛」
客觀資料	(1)5/11 觀察個案頭痛發生時，體溫 36-37℃、血壓 150/80mmHg、不時用手壓著頭，面容愁苦、使用眼罩蓋住雙眼、無下床活動。 (2)5/11 以疼痛數字等級量表，疼痛指數為 7 分(範圍為 0-10 分)，頭痛約維持 5 小時，一天頭痛次數為 2 次。
護理	(1)5/12 個案可藉由止痛藥物疼痛指數降低至 0 分。

目標	(2)5/13 個案能說出緩解疼痛方法 3 項。
護理措施	<p>(1)5/11-5/14 於查房時觀察個案的非語言行為，是否出現皺眉、呻吟等疼痛之表徵。</p> <p>(2)5/11-5/14 每班使用數字等級量表，以 0-10 的量化數字，紀錄疼痛的強度及性質變化。</p> <p>(3)5/11-5/14 評估個案疼痛刺激來源，如:光線、聲音、眼罩鬆緊帶。</p> <p>(4)5/11-5/14 於頭痛發生時，避免個案運動，鼓勵臥床休息採舒適臥位，協助調整枕頭的高度。</p> <p>(5)5/11-5/14 白天時間關閉病室內過多日光燈，減少光源刺激。</p> <p>(6)5/11-5/14 傍晚後予調整床頭燈，面向牆壁，避免光線刺激眼部。</p> <p>(7)5/11-5/14 調整病室內廣播音量，避免音量過大，造成個案不適。</p> <p>(8)5/11-5/14 護理人員推工作車動作輕柔，避免不要之吵雜聲</p> <p>(9)5/11-5/14 觀察個案因鬆緊帶造成頭痛加劇，故予使用自製黏貼式眼罩，舒緩頭痛且維持個案入睡的習慣。</p> <p>(10)5/11-5/14 衛教頭部按摩方法，反覆用手梳理頭髮及搓擦頭皮，每次 5 分鐘，一天四次，鼓勵自我頭皮按摩，時間分別於早上 9 點、下午 1 點、下午 6 點、晚間 9 點，並且觀察個案疼痛變化。</p> <p>(11)5/11-5/14 當個案表示疼痛開始發生時，即依醫囑使用 Tinten 500mg 1# PO PRN Q4H，並說明藥物作用和副作用，及評估使用藥物後疼痛強度之變化。</p>
護理評估	<p>(1)5/11 藥物使用狀況 Tinten 由一天 3 顆/天，5/11 降低 1 顆/天，使用藥物 30 分鐘後疼痛指數為 0 分。</p> <p>(2)5/12 個案主訴「頭痛的時候，如果感覺光線太強讓我頭痛，我就用黏貼式眼罩，躺在床上休息，按摩我的頭皮，感覺會好一些」。</p>

三、焦慮／與無法掌握病情及擔心傳染給他人有關(2013.5.9-2013.5.14)

主觀資料	<p>(1)5/9 「我聽說這個病會死人，很怕看不到我將出世的小孩」。</p> <p>(2)5/10 「住院只有給點滴，不用打抗生素嗎?我很擔心病不會好!」</p> <p>(3)5/10 「這幾天平均睡不到 6 個小時，我夢到身上全是蚊子要叮我，真可怕的夢」。</p> <p>(4)5/10 「發燒的時候我和家人住在一起，我還跟朋友一起吃飯，他們是不是都先來醫院一起檢查，我很擔心我的家人和朋友被感染，如果傳染到我老婆影響到寶寶的健康，我一定會後悔一輩子」。</p> <p>(5)5/10 「昨天發燒，今天手臂出現瘀青，明天是不是會變的更嚴重，我會嚴重到加護病房插管嗎?」</p> <p>(6)5/10 「醫生今天會來查房嗎?大約幾點?」</p>
客觀資料	<p>(1)5/10 夜班同仁表示查房時，個案易驚醒。</p> <p>(2)5/10 於早晨查房時，個案會不斷詢問醫師查房時間，顯露擔心、緊張，眼神皺眉和不安。</p> <p>(3)5/10 詢問醫療人員時，說話速度加快會不斷重複詢問治療，及自身的身體變化是否有惡化。</p>
護理目標	(1)5/13 個案能主動向護理人員口訴焦慮感已改善。
護理	(1)5/9-5/14 建立護病關係，主動關心個案，於晨間護理時做自我介紹。

措施	<p>(2)5/9-5/14 主動發現個案情緒，觀察非語言行為，善用傾聽技巧。</p> <p>(3)5/10 每次於治療前先給予個案解釋治療的目的，例如，測量生命徵象及抽血之目的。</p> <p>(4)5/9-5/14 每日與醫師查房聽取病情解釋及說明治療方向:如不需使用抗生素原因及住院的目的為監測病程改變，使個案能了解治療方向。</p> <p>(5)5/11 告知登革熱通報流程，已有衛生局人員進行居家民眾的探視並且宣導登革熱症狀，如有疑似之病例會到醫院抽血檢驗，以安撫個案不安的情緒。</p> <p>(6)5/10-5/14 聯絡案妻為個案準備運動類雜誌，及病室內放置每日運動版面的報紙，以轉移不安的情緒。</p> <p>(7)5/11-5/14 談話中了解個案對家庭的依賴，協助家人及個案均塗防蚊液，安排每日與案妻會面約 15-30 分鐘，鼓勵個案肢體接觸太太。</p> <p>(8)5/11-5/14 建議個案使用電腦連結無線網路，運用 skype 視訊和孩童互動，傳遞思念之情。</p> <p>(9)5/10-9/14 鼓勵個案身上配戴十字架，傳道提供聖經及宗教書籍，藉由經文勸勉能有正面的心靈支持。</p> <p>(10)5/10-9/14 經由個案同意寫下擔心的事項，轉交由傳道進行代禱。</p> <p>(11)5/10-5/14 於早上 9 點、下午 2 點及傍晚 7 點，播放本院護理之家之伸展操 DVD，鼓勵做輕度運動，增加室內的動態活動，發洩負面的情緒。</p> <p>(12)5/10-5/14 依醫囑予使用鎮靜藥物 Ativan 0.5mg 1# PO HS，說明藥物作用和副作用，及評估使用藥物後之變化。</p>
護理 評估	<p>(1)5/13 個案口訴「醫師每天查房，告訴我每天的狀況及治療的目標，再加上我聽到我的家人都沒有登革熱感染的症狀，我的心情放鬆很多」，觀察個案說話平順，無速度加快，表情有笑容。</p>

四、特定的知識缺失／與缺乏對登革熱的疾病訊息有關

(2013.5.9-2013.5.14)

主觀 資料	<p>(1)5/9 「以前被蚊子叮都沒事，也從來不擦防蚊液」。</p> <p>(2)5/9 「每個月需要飛去泰國處理公務，半個月回國一次，泰國的房子有很多花盆，管家大約一兩個月才會換水」</p> <p>(3)5/9 「以前聽過登革熱，但好像沒聽過從國外感染登革熱，國外的登革熱和國內登革熱有不一樣?」</p> <p>(4)5/10 「我還會再感染到登革熱嗎?」</p> <p>(5)5/10 「量血壓的手有一點一點的出血?我需要更注意什麼事嗎?」。</p> <p>(5)5/10 「發燒的時候我和家人住在一起，我還跟朋友一起吃飯，他們是不是都先來醫院一起檢查，我很擔心我的家人和朋友被感染」。</p>
客觀 資料	<p>(1)5/9 個案為高知識份子，在患病後提出很多疾病相關疑問。</p> <p>(2)5/10 在詢問醫療人員時，會重覆詢問治療及自身的變化是否有惡化狀況。</p>
護理 目標	<p>(1)5/12 個案能說出登革熱症狀、傳染途徑、隔離目的及預防出血之注意事項共 5 項。</p> <p>(2)5/14 個案能口述出國前登革熱防護措施 5 項。</p>

護理 措施	<p>一、疾病急性照顧知識</p> <p>(1)5/9 依據衛生署疾病管制局網站，提供登革熱衛教單張，並作重點註記，簡化衛教內容。</p> <p>(2)5/9 藉由衛教單張，予個案說明感染登革熱之症狀，有至少發燒 5 天、頭痛及出血的危險，並告知國內外登革熱症狀皆相同。</p> <p>(3)5/9 提供埃及斑蚊及白線斑蚊圖片，予個案衛教登革熱傳染途徑，為病媒蚊叮咬傳播，解釋一起吃飯並不會導致傳染。</p> <p>(4)5/9-5/14 協助病房內使用捕蚊器，並且衛教使用捕蚊器之目的為，目前血液裡仍有傳染能力，班蚊於此時叮咬感染者，可藉由叮咬一下個人造成病毒的傳播，而捕蚊器使用可降低斑蚊的叮咬。</p> <p>(5)5/10 提供血便之圖片，衛教個案如發生黑便及鮮紅色糞便，需立刻通知護理人員。</p> <p>(6)5/10 衛教個案活動時應避免碰撞，予協助清空走道，維持安全的環境。</p> <p>(7)5/10 衛教個案每日由鏡子觀察皮膚狀況，注意有無瘀青發生。</p> <p>(8)5/10 連絡案妻為個案準備電動刮鬍刀，避免使用剃刀刮鬍子。</p> <p>(9)5/10 告知案妻準備軟毛牙刷，衛教個案清潔口腔以軟毛牙刷或漱口代替硬毛牙刷。</p> <p>二、疾病返家照護知識</p> <p>(1)5/10 告知個案防護的重要性，仍有可能得到登革熱，且再次感染易有休克症候群的發生，嚴重時會導致死亡。</p> <p>(2)5/12 衛教個案返家外出之自我防護措施，避免於早晨及傍晚間外出，必要時需穿著淡色長袖長褲，於肢體暴露處使用含 DDT 的防蚊噴液等。</p> <p>(3)5/13 經由個案提供之泰國居家照，予圖示衛教居家的防蚊措施如花盆內的水需 7 天更換，住屋需加裝紗窗、紗門。</p> <p>(4)5/13 指導個案查詢疾病管制局，於出國前可以得知當地疫情變化及相關新聞。</p> <p>(5)5/13 提供各地旅遊醫學門診據點及服務時刻表，以利個案於出國前提前約診，得到相關傳染疾病防護知識。</p>
護理 評估	<p>(1)5/12 個案能說出登革熱相關知識，「我因為被蚊子叮到感染登革熱，所以才發燒、頭痛，出血危險，生病的時候我改用軟毛牙刷、每天看鏡子瘀青有沒有變大，因為內容很多我一下背不起來，你給我的衛教單張，記不得的地方我就再拿來看」。</p> <p>(2)5/21 個案有擦拭防蚊液回診，表示「我下星期要回泰國，泰國的管家已經更換過花盆的水，準備好捕蚊器，明天要赴旅遊醫學門診，看一下還有什麼需要注意的事情，我不想再得到登革熱」。</p>

討論與結論

本文是描述一位患者因在國外工作被蚊子叮咬，而感染登革熱病毒的護理經驗，在隔離病房期間，筆者觀察到個案面對一連串的身體

不適及對疾病的不確定感，而導致極度的焦慮，所以筆者透過文獻支持給予個別性護理，以緩解體溫過高及頭痛引發的生理不適，並運用主動關懷技巧，鼓勵個案情緒表達，以降低負面情緒，針對認知不足的部份，筆者運用團隊資源，每日與醫師進行病情解釋及監測病情發展，協同感控護理師連絡衛生局，進行居家環境訪查，調查疫情變化，住院期間提供正確之疾病認知，運用轉移注意力及鼓勵人際連結改善焦慮情緒，使個案能於住院期間安心接受治療，並在出院後持續執行防護措施，此為筆者最感欣慰的。

本次護理過程限制在於登革熱之疾病，在筆者工作的感控病房較為罕見，缺乏完善照護資訊，筆者需透過疾病管制局網站及文獻搜尋才得以提供患者疾病相關資訊，建議未來醫院可以制定此疾病標準照護流程及安排單位在職教育，提升護理人員知識及技能。近年來境外感染登革熱之比率有上升，經王等研究指出，出國前經由旅遊醫學門診獲得健康資訊的旅客，在登革熱防治行為上表現最正確，但民眾門診的利用率卻很低(王、蔡，2011)，故建議未來可加強旅遊醫學門診的宣導，以便國人於出國前得到完善傳染疾病知識，增強對防治登革熱之行為，進而避免國內疫情爆發，故希望藉由此個案討論，以做為日後照顧此類病患的參考。

參考文獻

王穎筠、蔡慈儀(2011)·出國旅客登革熱之防護知識及態度與其行為

之相關因素探討· *台灣衛誌*，30 (2)，191-200。

古桂菊、許承先、劉介宇 (2010)· 台灣地區境外移入登革熱病例之時間數列分析· *輔仁醫學期刊*，8 (4)，199-208。

行政院衛生署疾病管制局 (2012)· *登革熱防治工作指引* (第六版)· 台北市：行政院衛生署疾病管制局。

李依玲、蘇家彬、簡大任、巫坤彬、施秀 (2013)· 桃園縣蘆竹鄉境外移入本土登革熱群聚事件· *疫情報導*，29 (6)，69-74。

明金蓮、洪曉佩 (2011)· 急性疼痛評估與症狀護理· *源遠護理*，5(1)，11-16。

莊佳玲、林幼麗、李秀蘭 (2011)· 一位 N1N1 新型流感的急診護理經驗· *志為雜誌*，10 (4)，76-84。

張家佩、韓善寰 (2009)· 一位登革出血熱併發休克症候群患者之護理經驗· *志為雜誌*，8 (6)，97-105。

衛生福利部疾病管制局 (2014)· *登革熱報表*· 取自

http://nidss.cdc.gov.tw/NIDSS_Report.aspx?dt=2&dc=1&disease=0

[61&d=1&i=1&s=determined_cnt&RK=Y&Y1=2013&Y2=2013&](http://nidss.cdc.gov.tw/NIDSS_Report.aspx?dt=2&dc=1&disease=061&d=1&i=1&s=determined_cnt&RK=Y&Y1=2013&Y2=2013&MW1=&MW2=&Area=0&City=0&Town=0&Q=H)

[MW1=&MW2=&Area=0&City=0&Town=0&Q=H](http://nidss.cdc.gov.tw/NIDSS_Report.aspx?dt=2&dc=1&disease=061&d=1&i=1&s=determined_cnt&RK=Y&Y1=2013&Y2=2013&MW1=&MW2=&Area=0&City=0&Town=0&Q=H)

衛生福利部疾病管制署 (2013)· *登革熱/登革出血熱臨床症狀、診斷與治療* (第六版)· 台北市：衛生福利部疾病管制署。

蔡梅蘭、林雅蘋 (2010)· 照顧一位初次診斷肺結核病患之護理經驗·

領導護理，11 (1)，101-114。

簡美雯、方美玲、蕭雯娟、孫美華 (2014)·一位全身性紅斑狼瘡合併

第四型狼瘡腎炎患者之護理經驗，25 (2)，194-203。

關嫩嫩、吳和生、舒佩芸 (2012)·加強民眾防蚊對抗登革熱之探討·

疫情報導，28 (14)，237—245。

Hashmi, A. M., Butt, Z., Idrees, Z., Niazi, M., Yousaf, Z., Haider, S. F., &

Bhatti, M. R. (2012). Anxiety and depression symptoms in patients

with dengue fever and their correlation with symptom severity. *Int'l. J*

Psychiatry Medicine, 44(3), 199-210.

Pye, J. (2012). Raising awareness of dengue fever. *Nursing Standard*,

26(51), 53-56.

Kalakatawi, H. M., Kalakatawi, M. M., Nasser, H. H., & Elrefae, M. N.

(2013). Atypical dengue meningitis in Makkah , Saudi Arabia with

slow resolving, prominent Migrain like headache, phobia, and

arrhythmia. *Journal of global infections disease*, 5(4), 183-186.

Skinner A. (2013). Dengue fever. *Nursing Standard*, 28(1), 4-10.