

# 惠來醫療社團法人宏仁醫院

## 病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單 膿 胸

病歷號碼: ☐男 ☐女

姓 名: 床號:

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 項目           | 說明日期/時間: _____年____月____日____時____分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 說明對象         | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 外傭/看護 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 語言           | <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 國籍           | <input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 外籍: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 教育程度         | <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中、初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 說明類別         | <input type="checkbox"/> 疾病/治療方針 <input type="checkbox"/> 手術/檢查之前/後注意事項 <input type="checkbox"/> 用藥指導 <input type="checkbox"/> 醫療設備使用注意事項<br><input type="checkbox"/> 藥物/飲用交互作用 <input type="checkbox"/> 飲食與營養 <input type="checkbox"/> 復健指導 <input type="checkbox"/> 社會資源 <input type="checkbox"/> 護理指導<br><input type="checkbox"/> 入院環境介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 學習動機         | <input type="checkbox"/> 積極 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 學習障礙         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 語言不同 <input type="checkbox"/> 聽力不良 <input type="checkbox"/> 視力不良 <input type="checkbox"/> 理解能力不良 <input type="checkbox"/> 家務壓力過大<br><input type="checkbox"/> 文化差異 <input type="checkbox"/> 經濟困難 <input type="checkbox"/> 宗教影響 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 疲憊 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>若有障礙的替代說明方法_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 說明方式         | <input type="checkbox"/> 討論 <input type="checkbox"/> 衛教、社會資源單張 <input type="checkbox"/> 示範 <input type="checkbox"/> 影片/衛教看板 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>若有障礙的替代說明方法_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 說明者<br>簽章    | <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 治療師(物理、職能、聽語治療) <input type="checkbox"/> 社工師<br><input type="checkbox"/> 其他_____簽章: _____<br><input type="checkbox"/> 輔助紀錄者簽章: _____/主治醫師簽章: _____<br><input type="checkbox"/> 主治醫師簽章: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 說明<br>內<br>容 | <p>(一) 病人健康狀況、症狀<br/>您的主治醫師: _____</p> <p>A. 暫定診斷: _____側 膿胸, 說明如下:<br/>         膿胸, 指的是肋膜腔積膿。肋膜腔是位於胸壁和肺臟之間的潛在性空腔, 它的功用在於形成負壓以協助肺部的呼吸功能以及維持肋膜液的平衡。正常生理下, 肺臟貼著胸壁, 若有任何異常時, 肋膜腔便展現它的存在, 如有外傷引起肋膜腔積血, 即為血胸; 肺泡破裂, 空氣積存於肋膜腔, 即為氣胸。</p> <p>B. 住院原因:<br/> <input type="checkbox"/>症狀 臨床的症狀包括發燒、胸痛、咳膿痰, 血液檢查有白血球增生。_____<br/> <input type="checkbox"/>異常檢驗值 _____<br/> <input type="checkbox"/>檢查報告 _____<br/> <input type="checkbox"/>其他補充說明 _____</p> <p>(二) 治療計畫的概要<br/>A. 診斷:<br/> <input type="checkbox"/>血液學 <input type="checkbox"/>電解質 <input type="checkbox"/>肝功能 <input type="checkbox"/>腎功能 <input type="checkbox"/>細菌培養 <input type="checkbox"/>放射線影像學檢查<br/> <input type="checkbox"/>胸腔超音波 <input type="checkbox"/>內視鏡 <input type="checkbox"/>其它或說明_____</p> <p>膿胸病程變化一般可由急性期的積水, 到亞急性期的積膿, 最後發展到慢性膿胸造成纖維增生。胸部X光顯示肋膜積水的現象, 接著經由胸壁穿刺吸取肋膜液, 由其外觀, 加上一連串生化檢查, 酸鹼值測定, 格蘭氏染色以及細菌培養, 除了確定診斷外, 也可掌握膿胸病程, 採取正確有效的治療方法。臨床醫師在處理膿胸病人, 會掌握如下的基本原則: 確定造成膿胸的潛在病因, 做膿液的細菌培養及選擇正確有效的抗生素, 改善病人狀態。</p> |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <p><b>B. 治療：</b></p> <p><b>* 主要藥物：</b></p> <p><input type="checkbox"/>靜脈輸液 <input type="checkbox"/>抗生素 <input type="checkbox"/>去痰劑 <input type="checkbox"/>止痛劑 <input type="checkbox"/>藥 <input type="checkbox"/>其他或說明_____</p> <p><b>* 主要處置：</b></p> <p><input type="checkbox"/>禁食 <input type="checkbox"/>放置胸管引流 <input type="checkbox"/>監測肋膜液入量 <input type="checkbox"/>矯正貧血及出血傾向</p> <p><input type="checkbox"/>其他或說明_____</p> <p>肋膜液的檢查，若有發炎的徵象，應視同積膿，可先採取插胸管以引流肋膜腔積膿，急性期或亞急性期，約有近 80%的病人，可以胸管插管治療，若引流治療不理想或病程進入慢性期，就須考慮開胸手術治療。</p> <p><b>手術方式：</b></p> <p>1.標準開胸術 ( standard thoracotomy): 於第五肋間位置,約 20-25 公分橫向傷口進胸腔,是膿胸合併嚴重沾黏病患的手術方式。</p> <p>2.小傷口開胸術 ( mini-thoracotomy): 於第四或第五肋間位置，約 10-15 公分橫向傷口進胸腔,以利清除化膿之組織液。</p> <p>3.胸腔鏡手術(thoracoscopy)及影像輔助式胸腔手術 (Video-Assisted Thoracic Surgery 簡稱 VATS),病患在微小傷口下完成手術,縮短療程,減少疼痛並可迅速康復回到工作崗位。</p> <p><b>C. 衛教(預期效果及危險性、替代方式)：</b></p> <p>開胸手術的目的，在於剝除增厚的肋膜組織，故稱“剝皮術”，將多處空腔積膿徹底清除，以達到擴創術的目的，更期望塌陷的肺臟，能重新膨脹，改善呼吸功能。如剝皮術不能克盡其功，肺臟因塌陷太久，膨脹不良，造成空腔的存在，若不處理，勢必會反覆積膿，無法痊癒，這時，便須考慮將胸壁外的肌肉轉移到肋膜腔內，用於填補空腔；或者，將多根肋骨切除，使胸壁塌陷，以消滅空腔。總之，無不想盡辦法，用以清除積膿，剝除增厚助膜，避免空腔，以達到手術治療的目的。</p> <p><b>手術併發症:</b>可能併發症、副作用或危險程度: 併發症發生的機率約為: 15%-30%,可能發生的手術後遺症及併發症：(a)麻醉引起之過敏性休克(b)手術出血(c)傷口感染(d)肺炎(e)中風(f)心血管梗塞(g)敗血症(h)呼吸衰竭。</p> <p>由於抵抗力不同，潛在性疾病不同，致病細菌不同等原因，臨床醫師在處理膿胸病人，都會掌握如下的基本原則：確定造成膿胸的潛在病因，做膿液的細菌培養及選擇正確有效的抗生素，改善病人營養狀態，補充體液，矯正貧血等。醫學文獻報告約有 10%，甚至有的報告 40%的死亡率。即使插胸管引流治療得到痊癒，至少也得住院二週以上。早期診斷，早期治療，仍然是處理膿胸顛不可滅的信條。若有發燒不退，咳嗽不斷，甚至胸痛的症狀，須尋醫診治，以免延誤治療時機。</p> <p><b>非手術治療(替代方案)</b></p> <p>1.<input type="checkbox"/> 引流管引流 2.<input type="checkbox"/> 抗生素 3.<input type="checkbox"/> 化學肋膜沾黏術 4.<input type="checkbox"/> 其他</p> <p><b>經由以上說明，家屬/病人已充份了解目前治療計劃及疾病可能發生之風險，同時了解疾病診斷因病情變化仍可能持續修正、也可能產生罕見或無法預期之變化，並<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意 接受本院之醫療處置。</b></p> |
| 說明對象自我評值        | <input type="checkbox"/> 我已完全瞭解 <input type="checkbox"/> 我部分瞭解 <input type="checkbox"/> 我完全不瞭解<br>簽名：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 欲徵詢第二意見         | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 對說明對象自我評值之回饋或追蹤 | <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>需加強說明：</p> <p>日期/時間：_____年_____月_____日_____時_____分</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

備註：填寫”其他”時，需於表格內註明內容。