照顧一位胰臟癌患者接受手術治療術後之護理經驗

林邑璇[1]、黃月芳[4]、陳曉梅[3]、方俊慧[2]
澄清綜合醫院 護理部[1]、一般外科[2]、中山醫學大學暨中山醫學大學附設醫院 護理系[3]、
台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓醫院 內科部[4]

摘要

本文描述照護一位28歲女性因低血糖昏迷，進而診斷罹患胰臟癌，接受外科手術治療後，面對生理上的不適及心理衝擊產生無望感之護理經驗。護理期間自2019年6月12日至2019年6月22日，透過直接照護、觀察、會談及身體評估收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態進行整體性評估，確立個案有急性疼痛、消化道活動功能失常及無望感三項護理問題。於護理過程中，透過教導傷口固定及漸進式活動，並協助舒適擺位，教導轉移注意力技巧，配合自控式止痛劑使用，緩解疼痛感；透過飲食衛教，指導採少量多餐，補充水份及適當電解質攝取，教導並協助按摩腹部，促進腸胃蠕動，並鼓勵個案下床活動，緩解腹脹噁心感，消化道功能恢復，可進食。採取主動關懷，告知病情治療方向，鼓勵主動參與治療計畫，協助心理調適，引導正向思考，給予正向回饋及鼓勵家屬支持，改善無望感。建議在照顧此類病人時，可以運用多媒體工具，利用照片及影片，強化正確照護知識，獲得更完善的資源，並配合個管師追蹤及後續門診聯繫，給予整體性的照護。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（1）：70-79）

關鍵詞：胰臟癌、無望感、護理經驗

通訊作者：陳曉梅
通訊地址：台中市南區建國北路一段 110 號
E-mail：fiona@csmu.edu.tw

受理日期：2021 年 2 月；接受刊載：2021 年 8 月

前言

根據衛生福利部[1]統計資料顯示，2019年十大死因以惡性腫瘤為首，也是25-44歲人口死因首位，其中胰臟癌位居第八名。臨床胰臟癌多採用外科手術治療，術後常會有傷口疼痛與腸胃道功能恢復延遲等問題，對於病人而言要去接受罹患癌症以及面對確診後隨之而來的負向情緒，在心理上可能會產生絕望，甚至出現對治療的疑慮[2,3,4]。協助病人漸進式的恢復腸胃道功能，改善身心整體狀況，維持術後生理功能，是主要照護重點[5]。本文描述一位28歲女性因低血糖昏迷，診斷罹患胰臟癌，接受手術治療後，於照護期間發現個案經常出現皺眉、因疼痛而害怕活動，又伴隨術後腸胃道併發症，導致情緒低落、神情顯哀傷，對於未來治療感到茫然，引發照護動機。期望藉由教導疼痛控制及飲食照護技巧，緩解術後疼痛及維持術後初期腸道營養，改善腸胃道併發症狀，並協助心理調適，使個案獲得完整的連續性照護，以正向積極的態度面對治療。

文獻探討

一、胰臟癌簡介

胰臟癌 70%好發於胰臟頭部，分為胰腺腫瘤及胰神經內分泌腫瘤，胰島素瘤佔最多數，屬胰神經內分泌腫瘤，典型臨床症狀包含低血糖徵象、血糖值平均低於 50mg/dL、服用或注射葡萄糖後症狀可立即消失，稱為 Whipple 三聯徵 [6,7]。因胰臟為腹膜後器官，早期難以發現，因而診斷時常已

為晚期；臨床以外科手術治療為主，多採胰十二指腸切除術（Pancreaticoduodenectomy，又稱 Whipple Operation），術後有 30-40%可能發生併發症，包含膽汁外漏、出血、胃排空延遲、感染等，若有遠處器官轉移則需用化學治療或免疫治療等 [5,6,7]。

二、胰臟癌病人手術常見問題及照護重點

病人於接受胰十二指腸切除術，術後常有傷口疼痛問題，建議使用自控式硬脊膜外止痛（Pateint-Controlled Epidural Analgesia, PCEA），並教導當疼痛程度明顯增加時或在預期易誘發疼痛的活動前 15 分鐘，可自行按壓控制鈕；運用疼痛十分量表評估疼痛性質、部位及程度；協助舒適擺位放鬆，避免肌肉緊繃；適當固定傷口減少移動時的疼痛；向病人仔細地說明處理疼痛的方法，增加對疼痛的控制感；教導以深呼吸及聽音樂的方式轉移注意力；鼓勵使用有鎮靜療效的精油進行芳香療法；並提供多媒體 / 手冊有效地提高患者了解手術對治療風險和減緩傷口疼痛的方法 [5,6,8,9]。

病人在接受胰十二指腸切除術後，可能因為十二指腸切除使得胃動素缺乏，造成胃蠕動減弱，產生腸胃道功能恢復延遲的併發症，通常需禁食 3-5 天，並給予靜脈輸液 [10,11]。護理重點為監測腹脹型態、持續時間、是否合併噁心、嘔吐；檢視腹部外觀，評估腸蠕動，了解腹脹部位、性質；調整舒適臥位，以靠墊支托；使用局部指壓按摩幫助腸胃蠕動；與營養師討論飲食計畫；監測每日輸出入量；衛教補充肉湯、清湯等含鈉、鉀量較充足的液體；教導每餐進食前可喝 120ml 少量開水，促進胃排空；衛教術後採少量多餐進食、細嚼慢嚥；減少攝取油膩或辛辣食物；避免牛奶、麵條、洋蔥、蘋果等發酵類碳水化合物，避免脹氣；建議食用果汁或開胃食物促進食慾；鼓勵早期下床，採漸進式活動，促進腸胃蠕動；鼓勵家屬陪伴進食，給予支持；配合促腸蠕動藥物使用 [11,12,13]。

三、胰臟癌病人心理問題及照護重點

確診癌症對病人而言除身體病痛外，要接受它是種極大的壓力，還要接觸未知的醫療訊息，可能使病人出現無望、恐懼的心理問題 [3,4]。護理重點為主動關懷，鼓勵表達罹病感受，同理、傾聽其想法並給予安慰；詳細說明照護計畫，理解可能的疾病發展；教導正向因應壓力方法，提供心理支持；以冥想、繪畫等方式調適負面情緒；鼓勵親友陪伴，藉由休閒娛樂或社交活動，增加正向情緒感受；衛教可藉由宗教信仰，提供精神寄託，正向面對疾病；運用整合性照護，給予治療過程中的支持，提升病人自信心，使其積極接受治療 [6,13,14]。

護理過程

一、個案簡介

陳小姐，28 歲，大學畢業，已婚，育有一子約兩個月大，擔任電子業行政工作。平日與案父母、案夫、案子、案姊及姊夫同住。案父（63 歲）與案母（58 歲）一同經營五金行，無特別病史；案姊（29 歲）從事教職；案公公（67 歲）與案婆婆（60 歲）一同經營水果批發商，無特別病史；案夫（28 歲）擔任電子工程師。經濟來源為案夫妻的薪資收入，經濟狀況小康。住院期間案夫為主要照顧者，案母於假日會輪替照顧。

二、過去病史及就醫過程

個案無過去病史，於 2019 年 4 月產後開始經常出現呆滯、嗜睡症狀。5/4 因意識不清至本院急診求治，血液檢驗報告 Hb：9.2mg/dL，空腹血糖（AC Sugar）：24md/dL，診斷為低血糖昏迷，經緊急處置，血糖回升至 202mg/dL，意識清楚後返家。經醫師建議於 5/7 至內分泌科門診做詳細檢查，行腹部超音波發現胰頭有 0.9cm 結節。5/20 行腹部電腦斷層發現疑似有 1.7x1.9cm 的胰頭腫瘤；5/28 行腹部核磁共振攝影顯示胰臟頭部疑似有 1.7x1.9cm 假乳突狀瘤，故轉診至一般外科，安排於 6/12 入院接受胰十二指腸切除術，術前胸部及腹部 X 光檢查正常。

6/12 術後體溫 36.6 度、脈搏 75 次 / 分、呼吸 16 次 / 分、血壓 97/67mmHg，AC Sugar：84mg/dl；術後禁食，鼻胃管留置採減壓引流；腹部正中央手術傷口約 10cm，滲液少，紗布覆蓋並使用束腹帶；腹部共留置四條引流管分別於左上腹胰臟處、左上腹胰空腸吻合處、左下腹屈氏韌帶處及右上腹膽管處；6/12 術後給予自控式硬脊膜外止痛（PCEA）使用，劑量為強效型鴉片類止痛劑 Morphine 50mg+ 強效型鴉片類止痛劑 Fantanyl 1mg+ 類神經阻斷劑 Droperidol 2.5mg 以 0.2ml/hr 持續靜脈滴注，單次按壓劑量設定為 1.5ml/hr。6/12-6/14 一天約按壓 6-7 次，

於 6/15 停用，改給予強效型鴉片類止痛劑 Mophine 10mg IM Q6H/PRN 使用。

6/12-6/18 鼻胃管引流量逐漸遞減至約 10ml/ 天，呈黏稠墨綠色，予以移除。6/18 開始嘗試流質飲食；腹部手術傷口癒合良好，無滲液，予以拆線，紗布覆蓋。6/19 左上腹胰空腸吻合處及左下腹屈氏韌帶處引流管之引流量各遞減至約 14ml/ 天及 10ml/ 天，皆呈清澈淡紅色，予以移除；改進食軟質飲食。6/20 右上腹膽管引流管之引流量遞減至約 38ml/ 天，呈濃稠墨綠色，予以移除；6/21 左上腹胰臟處引流管引流量遞減至約 230ml/ 天，呈透明清澈色，予以移除。6/22 手術傷口乾淨無滲液，美容膠覆蓋，經醫師評估病情穩定辦理出院，改門診追蹤。

護理評估

於 2019 年 6 月 12 日至 2019 年 6 月 22 日護理期間，透過直接照護、觀察、會談及身體評估收集資料，運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行整體性評估，如下：

一、健康認知與健康處理型態

個案表示自覺平時健康狀況佳，很少就醫，平時感冒採多休息、多喝開水，靠抵抗力自然痊癒。個案表示自 5/7 因低血糖昏迷後，會隨身帶軟糖，但覺得可能是產後身體虛弱造成的；當 5/20 檢查發現自己可能罹患癌症，心裡感到害怕，不想面對，未曾主動搜尋相關資料。6/13 個案表示：「雖然我怕開刀風險，但還是要開，怕錯過黃金治療時間。」，藉由家人的鼓勵，個案於住院期間皆能配合醫療處置。

二、營養與代謝型態

個案身高 150 公分，體重平時約 39 公斤，平時喜好吃烤肉，每日飲水量約 1,200ml。孕期增至 50 公斤，4 月產後約 46 公斤，但產後食慾差，每餐約減少 1/3 的進食量，熱量攝取約 915Kcal/ 天。6/12 入院時約 41 公斤，BMI：18.2kg/m^2 ，標準體重為 49 公斤，體重過輕；術前血液檢驗報告 Na^+：142mmol/L，K^+：4.2mmol/L，AC Sugar: 54mg/dL，Hb：10.4g/dL，Platelet：433 10^3/uL，Albumin：3.4g/dL；術後腹部手術傷口約 10cm，滲液少；腹部四條引流管放置處傷口 Y 型紗布覆蓋，無滲液。6/13 術後血液檢驗報告 WBC：9.02x10^3/uL、CRP：1.08mg/dL。6/12-6/19 左上腹胰空腸吻合處引流管引流液由 53ml/ 天遞減至 14ml/ 天，呈清澈淡紅色，予以移除，傷口呈淡粉色，滲液少，以紗布覆蓋。6/12-6/19 左下腹屈氏韌帶處引流管引流液由 30ml/ 天遞減至 10ml/ 天，予以移除，傷口滲液少，以紗布覆蓋。6/12-6/20 右上腹膽管處引流管引流液由 345ml/ 天遞減至 38ml/ 天，呈濃稠墨綠色，6/20 予以移除，傷口無滲液，以紗布覆蓋。6/12-6/21 左上腹胰臟處引流管引流液由 525ml/ 天遞減至 230ml/ 天，呈清澈透明色，6/21 予以移除，傷口無滲液，以紗布覆蓋。6/18 腹部手術傷口癒合良好，無滲液，予以拆線並以紗布覆蓋；6/22 改用美容膠覆蓋。6/22 血液檢驗報告 Na^+：139mmol/L，K^+：4.5mmol/L，AC Sugar：102mg/dL， Hb：10.0g/dL，Platelet：428 10^3/uL，Albumin：3.3g/dL。

6/12 術後禁食，鼻胃管留置，行減壓引流。6/12-15 鼻胃管引流量約 160-300ml/ 天，呈黏稠墨綠色；依醫囑給予每日 D5S 1,000ml、D5W 1,000ml 及 Aminopoly 500ml 靜脈滴注，輸入量 2,500ml/ 天，輸出量 2,000-3,000ml/ 天，輸出入總量約 ±500ml/ 天。6/15 個案額頭冒汗且咬緊牙關，嘔吐約 100g 黏稠墨綠色液狀物，哭泣地表示：「肚子又脹又痛，好難受。」，鼻胃管引流液約 350ml/ 天，呈黏稠墨綠色；術後第四天未排氣，有腹脹情形，叩診鼓音聲大，腸蠕動約 1 次 / 分，依醫囑給予促腸蠕動劑 Promeran 7.68mg Q8H IVD 及止吐劑 Novamin 5mg stat IM 使用。6/16 個案有乾嘔情形，以手撫摸腹部，面部皺眉表示：「我覺得肚子很脹，有點反胃、噁心想吐。」，鼻胃管引流液呈黏稠墨綠色約 245ml/ 天，有腹脹情形，腸蠕動約 2 次 / 分，腹部 X 光檢查有輕微胃脹氣，確立有「消化道活動功能失常」護理問題。

6/18 鼻胃管引流量約 10ml/ 天，予以移除，開始進食流質飲食，營養師建議攝取熱量為 1640Kcal/ 天，由案夫準備米湯，個案嘗試喝約 400ml/ 天，有輕微腹脹，依醫囑將輸液改為 D5S 500ml BID 靜脈滴注。6/19 開始進食軟質飲食，由案夫準備鹹粥，攝取熱量約 600-800Kcal/ 天，無腹脹情形。6/18-6/21 輸入量 2,075-2,630ml/ 天，輸出量 1,720-2,470ml/ 天，輸出入量約正 160-350ml/ 天。6/22 出院當天體重約 40 公斤。

三、排泄型態

個案表示平日排尿順暢，約 7-8 次 / 天，多呈淡黃色清澈，量適中；有便秘情形，約兩天解 1 次少量暗黃色顆粒狀硬便。6/12 術後導尿管留置。於 6/15 拔除尿管後，可自行解尿，呈清澈淡黃色。6/12-6/15 尿量約 1,800-2,500ml/ 天，呈清澈淡黃色。6/16-6/22 尿量約 1,400-2,000ml/ 天，呈清澈淡黃色。6/12-6/15 因術後禁食，皆無解便，6/15 教導案夫幫個案按摩腹部及協助漸進式下床活動，依醫囑給予促腸蠕動劑 Promeran 7.68mg Q8H IVD。6/17-6/22 約每兩天解 1 次少量暗黃褐色軟便。

四、活動與運動型態

個案表示無固定運動習慣，偶會陪案夫打羽球。6/14 評估四肢肌肉力量為 5 分，因身上管路多且傷口疼痛，多臥床休息，案夫會協助翻身與被動關節運動。6/15 案夫會攙扶個案採漸進式下床。6/18 個案疼痛緩解，可自行下床走路，步態緩慢，但平穩，個案表示:「現在我能自己下床散步了。」。6/20 可自行於走廊慢慢走約 10 分鐘 / 次，呼吸平穩。

五、睡眠與休息型態

個案表示平日約晚上 11 點就寢，早上 7 點起床，平均夜眠約 8 小時，睡眠習慣良好，無使用安眠藥。6/12-6/14 個案因術後傷口疼痛，有睡眠中斷情形，夜眠時間約 5 小時，個案表示：「晚上會因為傷口抽痛醒來，但按完止痛劑還是睡得著。」；6/15 術後第四天，隨著傷口疼痛緩解，夜眠時間可增至 7 小時，觀察白天個案精神狀況佳。

六、認知與感受型態

個案意識清楚，心智狀態正常，可以清楚表達身體疼痛部位及感受。6/12 術後給予自控式硬脊膜外止痛（PCEA）使用，劑量為強效型鴉片類止痛劑（Morphine 50mg）+ 強效型鴉片類止痛劑（Fantanyl 1mg）+ 類神經阻斷劑 （Droperidol 2.5mg 以 0.2ml/hr）持續靜脈滴注，單次按壓劑量設定為 1.5ml/hr。6/12 個案神情皺眉、肢體略僵，翻身時伴隨哀嚎，個案表示：「翻身時真的很難受，好痛。」、「不動還可以忍受，一動就很痛。」，評估疼痛指數 8 分。6/13 個案臥床休息，手摸著腹部，皺眉、微呻吟表示：「傷口總是隱隱作痛的。」評估疼痛指數 6 分，脈搏 105 次 / 分、呼吸 22 次 / 分、血壓 125/100mmHg。6/12-6/13 紀錄按壓自控式硬脊膜外止痛（PCEA）約 6-7 次 / 天，確立有「急性疼痛」護理問題。

七、自我感受與自我概念型態

個案表示平日會注重外表，定期在醫學美容診所保養，要保持自己最佳狀態。6/15 與個案交談時，個案多閉上眼睛，眼神迴避，個案嘆氣，皺眉表示：「活到現在我也沒有做什麼壞事，卻還是得到這個病，人生還有什麼希望呢？」。6/16 觀察個案面容哀傷，眼睛充滿血絲、眼下暗沉，面對主治醫師診視時的提問多以點頭或搖頭回應；執行護理治療時，個案表示：「我想就算做再多治療，這個病也不會從我身上消失，有時候真想就這麼放棄。」、「我覺得人生已經沒有什麼希望。」，確立有「無望感」護理問題。

八、角色與關係型態

個案平時與案父母、案夫、案子、案姊及姊夫同住，家庭關係和睦，相處親密，假日全家會一起聚餐。生病後案子由案父母照顧。住院期間案夫皆在旁陪伴，案父母晚上會到院探視。6/13 個案表示：「家人都很關心我，有他們在，我很感謝。」，案夫眼神堅定看著個案，表示：「生病後她總是怕麻煩我，其實我不會這麼想，我只想著要好好照顧她。」；6/14 觀察案母與個案互動溫馨，案母拍拍個案肩膀、安撫著表示：「有我在妳放心！養好身體，我們都等著妳回來。」，個案回應表示：「有媽在家照顧睿睿（指案子）我很安心。」

九、性與生殖型態

個案平日月經週期規律（週期約 21 天），經血量適中，呈暗紅色。乳房對稱，無壓痛。育有一子，約兩個月大，因奶量少，故無哺餵母乳；使用保險套避孕。6/12-14 執行導尿管護理診視尿道口乾淨，陰道分泌物量少，無惡臭味。6/15 個案神情淡然的表示：「生兩個小孩一直是我的願望，現在可能要幾年後才能再懷孕了吧！」、案夫向個案表示：「現在先把身體顧好比較重要，其他等身體比較好了再做打算。」

十、因應與壓力耐受型態

個案表示自己常抱持正向思考，遇到困難會努力想辦法解決，自 5/20 檢查疑似胰臟腫瘤後，

每天都擔心病情，會告訴自己別亂想，案夫會在旁陪伴緩解個案情緒。6/17 術後第三天，個案表情平淡的表示：「化驗結果還沒出來，我挺擔心的。」，案夫在旁陪伴，時而摸頭安撫個案，個案表示：「先生在旁邊比較有安全感，讓我覺得安心。」

十一、價值與信念型態

個案信奉傳統民間信仰，但認為宗教可以安撫人心。表示這次生病有去寺廟拜拜，祈求治療順利。6/12 住院時留著平安符掛在個案床頭。6/15 個案表示：「平安符讓我有安心感，但我覺得先生才是我的心靈支柱，他在我身邊陪我比平安符更有安全感。」；6/20 觀察案夫陪伴個案閱讀佛經，個案表示：「我現在終於了解人生無常，所以都會隨時在心裡默念經文，讓我的心感到有慰藉。」

問題確立與護理計劃

綜合以上評估，確立主要問題有「急性疼痛 / 與手術傷口有關」、「消化道活動功能失常 / 與腹部手術造成腸胃道功能恢復延遲有關」及「無望感 / 與因罹癌對未來失去希望有關」，提供護理計劃如下：

問題一 急性疼痛/與手術傷口有關（6/12-6/22）

主 / 客觀資料	**主觀資料** S1：6/12 個案表示：「翻身時真的很難受，好痛。」、「不動還可以忍受，一動就很痛。」 S2：6/13 個案表示：「傷口總是隱隱作痛的。」 **客觀資料** O1：6/12 觀察個案神情皺眉、肢體略僵，翻身時伴隨哀嚎，評估疼痛指數 8 分。 O2：6/13 個案臥床休息，手摸著腹部，皺眉且偶爾呻吟，評估疼痛指數 6 分，脈搏 105 次 / 分、呼吸 22 次 / 分、血壓 125/100mmHg。 O3：6/13 紀錄個案按壓自控式硬脊膜外止痛（PCEA）約 6-7 次 / 天。
護理目標	1.6/14 能執行 2 項緩解疼痛的措施。 2.6/18 個案於下床活動時，疼痛指數小於 3 分。 3.6/22 個案能表達疼痛緩解，疼痛指數小於 2 分。
護理措施	1.6/12 每 4 小時以疼痛十分量表評估傷口疼痛部位、性質、頻率及分數並記錄。 2.6/12 教導個案想起身前 15 分鐘可以先按壓自控式止痛劑，減緩活動時之疼痛感。 3.6/12 衛教個案翻身時，手按著肚子固定傷口，並請案夫協助翻身，動作輕緩，避免牽扯傷口。 4.6/12 衛教案夫協助使用約束帶固定傷口，鬆緊度約 1-2 指寬，減緩翻身時帶來的疼痛感。 5.6/13 將腹部四條管路固定於衣服上，避免拉扯並隨時注意是否有凹折情形。 6.6/13 與手術室護理師共同進行術後訪視，評估傷口狀況並確認引流管路位置。 7.6/13 教導個案在咳嗽或坐起身時，手輕輕壓著肚子的傷口，減緩肚子用力引起的疼痛。 8.6/13 教導閉眼深呼吸後集中注意力，吐氣 5-10 秒後再完全放鬆，讓身體的緊張度下降。 9.6/14 請個案感到疼痛時，使用深呼吸方法放慢呼吸速度，吐氣時將嘴呈 O 字型，轉移注意力。 10.6/14 每日與麻醉科護理師評估疼痛狀況及是否出現副作用症狀，以利適當調整 PCEA 劑量。 11.6/15 請案夫播放個案喜愛的宮崎駿音樂合輯給個案聆聽，轉移注意力。 12.6/16 請案夫使用水氧機，倒入個案喜歡的薰衣草精油，藉由香味放鬆身心。

問題一 急性疼痛/與手術傷口有關（6/12-6/22）（續）

護理評值	1.6/14 觀察案夫會先確認束腹帶鬆緊度合宜後，動作輕緩的協助個案翻身，個案會用手輕輕按住肚子，個案表示：「稍微壓著肚子再坐起來比較不那麼痛。」 2.6/18 觀察個案於走道散步，步態緩慢，但平穩，個案表示：「我現在可以慢慢自己下床走動，傷口不會那麼痛了。」，評估疼痛指數 2 分。 3.6/22 個案由臥姿轉為坐姿後休息 10 分鐘，脈搏 88 次 / 分、呼吸 18 次 / 分、血壓 110/74mmHg。個案表示：「現在感覺好很多，傷口有比較不會很痛了。」評估疼痛指數 1 分。 4.6/26 電話追蹤個案返家後的傷口疼痛狀況，個案表示:「現在傷口已經不會感覺到痛了。」

問題二：消化道活動功能失常/與腹部手術造成腸胃道功能恢復延遲有關（6/15-6/22）

主 / 客觀資料	**主觀資料** S1：6/15 個案哭泣地表示：「肚子又脹又痛，好難受。」 S2：6/16 個案表示：「我覺得肚子很脹，有點反胃、噁心想吐。」 **客觀資料** 1.6/15 個案額頭冒汗且咬緊牙關，嘔吐約 100g 黏稠墨綠色液狀物，鼻胃管引流液 350ml/ 天，呈黏稠墨綠色；術後第四天未排氣，有腹脹情形，叩診鼓音聲大，腸蠕動約 1 次 / 分。 2.6/16 個案有乾嘔情形，以手撫摸腹部，面部皺眉，鼻胃管引流液約 245ml/ 天，呈黏稠墨綠色，有腹脹情形，腸蠕動約 2 次 / 分。腹部 X 光檢查顯示有輕微胃脹氣。 3.6/18 鼻胃管引流量約 10ml/ 天，予以移除，開始進食流質飲食，個案嘗試喝約 400ml/ 天的米湯，有輕微腹脹。
護理目標	1.6/18 個案能執行 2 項緩解腹脹的措施。 2.6/20 個案能維持正常腸蠕動音，約 3-30 次 / 分。 3.6/21 個案能表達有食慾，一天至少攝入總熱量 1,000Kcal。
護理措施	1.6/16 每班評估個案腸音及腹脹情形，並紀錄之。 2.6/16 衛教個案有腹脹噁心感時，可採半坐臥姿勢，用翻身枕支拖背部，避免胃脹氣壓迫造成不適。 3.6/17 教導案夫幫個案按摩腹部 2-3 次 / 天（以順時針方向，並避開傷口處），每次 5-10 分鐘，緩解脹氣。 4.6/18 衛教採少量多餐方式開始進食如舒跑、湯品等流質飲食，先喝約 50ml 的量，待半小時後腹部無疼痛、腹脹時再加量。 5.6/18 請案夫準備含鈉、鉀量較多的肉湯、無油清湯等流質飲食，避免用辣椒、蒜頭等辛辣物調味。 6.6/18 請案夫於每餐飯後 1 小時，鼓勵個案至走廊散步，每次 10 分鐘，3-4 回 / 天，促進腸胃蠕動。 7.6/18 會診營養師評估個案飲食型態，與個案共同討論，擬定飲食計畫。 8.6/19 請案夫準備有刻度的杯子，衛教進食前可以喝 120ml 的少量開水，以幫助消化。 9.6/19 鼓勵個案可以喝帶有酸味的柳橙汁、葡萄汁等促進食慾。

問題二：消化道活動功能失常/與腹部手術造成腸胃道功能恢復延遲有關（6/15-6/22）（續）

護理措施	10.6/19 衛教個案可採少量多餐，吃些稀飯、吐司、蒸蛋等易消化的軟質食物，避免吃牛奶、麵條、洋蔥、蘋果等容易導致脹氣的發酵類碳水化合物。 11.6/20 請案夫陪伴個案一起用餐，鼓勵個案進食，並隨時注意個案進食狀況。
護理評值	1.6/17 觀察案夫早晚都會幫個案指壓按摩腹部，個案表示：「我先生每次幫我按摩，我都會排氣，肚子就不會那麼脹了。」 2.6/18 觀察個案下午於走廊散步約 10 分鐘，個案表示：「中午喝完湯有點胃脹，散步一下有比較好。」 3.6/20 於上午評估個案腸蠕動音為 5 次 / 分，在正常範圍內。 4.6/21 觀察個案食慾有較好，早餐吃香蕉一根和吐司一片；中餐吃魚粥 380g；晚餐吃香菇雞湯 400ml 配白飯 180g 及營養素 250ml，評估攝取總熱量約 1,150 卡 / 天。個案表示：「今天媽媽帶了我最喜歡的香菇雞湯來，胃口有好些，有稍微多喝一點。」 5.6/26 電話關心個案返家後恢復狀況，個案表示：「現在吃東西後都沒有肚子脹或是噁心的感覺，食慾也有好些；每天早餐都吃一顆五穀饅頭、一顆水煮蛋配 350ml 無糖豆漿，中餐多以兩份炒葉菜類及一份肉類配一碗飯，下午會吃約 5-10 顆堅果，晚餐則和午餐差不多，但會加上一到兩種水果；每天喝水量都有 1,500ml。」估算個案每日熱量約於 1,400-1,500Kcal 之間。

問題三：無望感/與因罹癌對未來失去希望有關（6/15-6/22）

主 / 客觀資料	**主觀資料** S1：6/15 個案嘆氣，皺眉表示：「活到現在我也沒有做什麼壞事，卻還是得到這個病，人生還有什麼希望呢？」 S2：6/16 執行護理治療時，個案表示：「我想就算做再多治療，這個病也不會從我身上消失，有時候真想就這麼放棄。」、「我覺得人生已經沒有什麼希望。」 **客觀資料** O1.6/15 與個案交談時，個案多閉上眼睛，眼神迴避。 O2.6/16 個案面容哀傷，眼睛充滿血絲、眼下暗沉，面對主治醫師診視時的提問多以點頭或搖頭回應。
護理目標	1.6/18 個案能主動表達內心感受及想法。 2.6/20 個案能執行 2 項能增加正向感受的措施。 3.6/22 個案能主動表達正向的想法。
護理措施	1.6/16 主動關懷個案，鼓勵說出內心感受及對罹癌的看法，並利用下班前的時間至病室陪伴個案。 2.6/16 鼓勵個案於主治醫師巡房時主動提出對照護計畫的想法或疑慮，共同討論，並參與醫療決策。 3.6/17 請案父母於探視時握著個案的手或拍拍個案的肩膀，口語傳達「妳可以的！加油！」、「我們大家都會陪著妳。」等正向話語。

問題三：無望感/與因罹癌對未來失去希望有關（6/15-6/22）（續）

護理措施	4.6/17 教導個案心情低落時，調整自己最舒適的姿勢，放鬆身體，閉眼調整呼吸的節奏，緩慢呼吸，使用冥想放鬆情緒，在吸吐之間思考自己的優點及家人鼓勵的話，給自己傳達「我是堅強的。」 5.6/18 提供並建議個案可閱讀熟悉的藥師佛經及心靈勵志小說，讓內心平靜。 6.6/18 請案夫準備筆記本，鼓勵個案可繪畫出自己的心情，抒發負面情緒；亦可將閱讀時喜愛的字句抄錄在旁，增加正向感受。 7.6/19 安排個管師提供胰臟癌相關疾病資訊，並向個案說明後續治療計畫及照護重點。 8.6/19 請案夫安排與個案較親密的案表妹到院，陪伴個案聊天或散步，增加正向情緒感受。 9.6/20 引導個案每日寫下一件出院後想做的事情，做為鼓勵自己積極參與治療的動力。 10.6/20 透過病房團體衛教分享胰臟癌術後病情控制穩定的案例，以提升個案的信心。
護理評值	1.6/18 至病室陪伴個案，個案面色黯淡、神情恍惚，個案表示：「昨天我知道化驗報告後就一直覺得很沮喪，其實蠻難過的，可是我不想讓家人受我的情緒影響，希望我能早點振作起來。」 2.6/20 觀察個案正在翻看癌症勵志書籍，個案表示：「我現在看的這本書的作者年齡和我相近，但書裡有寫到面對生命，不能放棄任何一種可能，我非常喜歡這句話，特別把它記在我的筆記本第一頁，每次看到都像是在對自己信心喊話，特別能感受到勇氣。」；案表妹至院探訪個案，與個案有說有笑，個案表示：「表妹今天來看我，和我一起到醫院旁的公園散步，我很開心。」 3.6/22 鼓勵個案返家後多和家人及朋友旅遊或聚會，讓心情放鬆，以正向的態度面對後續的治療，個案表示:「我知道治療過程漫長，我會好好配合醫生治療，希望會愈來愈好。」 4.6/26 電話關心個案調適狀況，個案表示：「目前身體狀況恢復蠻好的，心情上也比較釋懷了，一切會盡量往好的方向想。」

討論與結論

本文描述一位 28 歲女性個案因低血糖昏迷進而診斷罹患胰臟癌，接受手術治療後，有傷口急性疼痛的問題，後續又併發腸胃道活動功能失常，因罹癌的衝擊，對未來失去希望，引發無望感護理問題。照護過程中，個案因手術傷口導致疼痛問題，害怕活動與翻身，應用 [6] 及 [13] 文獻中提及配合藥物治療外，協助個案舒適擺位，並教導移動技巧，採深呼吸及聽音樂轉移注意力，緩解個案疼痛。運用 [12] 文中提到，提供術後飲食衛教，教導使用指壓按摩腹部，緩解腹脹噁心感，消化道功能恢復，可進食。又運用 [6] 和 [14] 文獻中提及主動關懷，引導個案主動傾訴內心感受，並參與醫療決策，教導冥想、繪畫抒發情緒方法，藉由宗教提供心靈寄託，促進正向思考，改善無望感。

照顧過程中，陪伴個案，協助心理調適，個案逐漸敞開心房後，也能調適負面思想，對生活感到有希望且願意努力，甚感欣慰。出院後安排每個月定期回診，並結合個管師電訪追蹤後續狀況。個案擔心返家後自己無法正確評估傷口是否有異常，護理師提供傷口照護的照片及影片，讓個案能了解傷口的變化。但因本院多媒體教學工具未建置完善，故搜尋網路圖片及影片，配合口頭講解，提供個案衛教。建議醫院教學單位能儘早完成多媒體工具建置，讓臨床提供衛教時，方便利用照片、影片等，強化衛教內容，提供正確照護知識，給予整體性照護。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：108年國人死因統計。

2020。Retrieved from https://www.mohw.gov.tw/cp-16-54482-1.html
2. Dengsø KE, Andersen EW, Thomsen T, et al.: Increased psychological symptom burden in patients with pancreatic cancer: a population-based cohort study. Pancreatol 2020; 20(3):511-521.
3. Ratcliff CG, Deavers F, Tullos EA, et al.: Brief behavioral intervention for distressed patients undergoing cancer surgery: a case series. Cogn Behav Pract 2020; 27(3): 306-320.
4. Ravindran OS, Shankar A, Murthy T: A comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors. Indian J Palliat Care 2019; 25(3): 414-415.
5. Aviles C, Hockenberry M, Vrochides D, et al.: Perioperative care implementation: evidence-based practice for patients with pancreaticoduodenectomy using the enhanced recovery after surgery guidelines. Clin J Oncol Nurs 2017; 21(4): 466.
6. Mizrahi JD, Surana R, Valle JW, et al.: Pancreatic cancer. Lancet 2020; 395(10242): 2008-2020.
7. Tarcoveanu E, Lupascu C, Vasilescu A, et al.: The pancreatic endocrine tumors-experience of first surgical clinic iasi. Chirurgia 2019; 114(5): 641-642.
8. Enzinger AC, Uno H, McCleary N, et al.: Effectiveness of a multimedia educational intervention to improve understanding of the risks and benefits of palliative chemotherapy in patients with advanced cancer: a randomized clinical trial. JAMA Oncol 2020; 6(8): 1265-1270.
9. Groen JV, Khawar AA, Bauer PA, et al.: Meta analysis of epidural analgesia in patients undergoing pancreatoduodenectomy. BJS Open 2019; 3(5): 559.
10. Hanna MM, Gadde R, Allen CJ, et al.: Delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy. J Surg Res 2016; 202(2): 380-382.
11. Storck LJ, Imoberdorf R, Ballmer PE: Nutrition in Gastrointestinal Disease: Liver, Pancreatic, and Inflammatory Bowel Disease. J Clin Med 2019; 8(8): 1098.
12. 陳沛妘、林宇力、唐憶淨 等：腹脹之分類、評估與初步處置。家庭醫學與基層醫療 2019；34（6）：181-182。
13. Gustavell T, Langius-Eklöf A, Wengström Y, et al.: Development and feasibility of an interactive smartphone app for early assessment and management of symptoms following pancreaticoduodenectomy. Cancer Nurs 2019; 42(3): E1-E10.
14. Nehir S, Tavşanli NG, Özdemir Ç, et al.: A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. OMEGA-J Death and Dying 2019; 79(2): 115-131.

澄清醫護管理雜誌
CHENG CHING MEDICAL JOURNAL
Case Report

Nursing Experience of Caring for a Pancreatic Cancer Patient after Surgery

Yi-Hsuan Lin[1], Yueh-Fang Huang[4], Hsiao-Mei Chen[3], Chun-Hui Fang[2]

Department of Nursing[1], Division of General Surgery[2], Cheng Ching General Hospital;
Department of Nursing, Chung Shan Medical University[3];
Department of Internal Medicine, Sin-Lau Medical Foundation, the Presbyterian Church in Taiwan[4]

Abstract

This paper describes the nursing experience of caring for a 28-year-old woman who experienced a hypoglycemic coma and was subsequently diagnosed with pancreatic cancer. After surgical treatment, she felt hopeless due to physical discomfort and the psychological impact of the diagnosis. During the nursing period from June 12 to June 22, 2019, data were collected through direct care, observation, interviews, and physical evaluations, and Gordon's Eleven Functional Health Patterns were used for the overall assessment. Three nursing problems were identified, namely acute pain, digestive tract movement dysfunction, and hopelessness. In the nursing process, through teaching wound fixation and progressive activities, assisting with comfortable positioning, teaching distraction skills, and combining patient-controlled analgesics, the patient's pain was relieved; through diet and health education, the instruction to take several small meals a day, supplement with water, and consume proper amounts of electrolytes, teaching and assisting with abdominal massage, promoting gastrointestinal peristalsis, and encouraging the patient to get out of bed for activities, her abdominal distension and nausea were relieved, her digestive tract function was restored, and she became able to eat. Active care consisted of informing the patient of the treatment direction, encouraging her to actively participate in the treatment plan, assisting with her psychological adjustment, guiding positive thinking, providing positive feedback, and encouraging family support, and her hopelessness was alleviated. This case suggests that in the care of such patients, multimedia tools, photos, and videos can be used to strengthen the patient's correct care knowledge, while case manager follow-up and subsequent outpatient contact can be combined to provide holistic care. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(1): 70-79)

Keywords : Hopelessness, Nursing experience, Pancreatic cancer

Received: February 2021; Accepted: August 2021