

照顧一位神經性膀胱患者排尿障礙之護理經驗

吳宜靜

澄清綜合醫院 護理部

摘要

本文為照顧一位26歲女性因神經性膀胱出現解尿困難，面臨導尿管留置之護理經驗。護理期間由2017年12月1日至2017年12月15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，確立個案有排尿型態障礙、潛在危險性感染及無望感三項護理問題。在護理過程中，教導凱格爾運動與膀胱訓練，及利用留置導尿管改善排尿問題；透過教導每日導尿管照護、正確洗手方式、飲食衛教，教導如何辨識感染症狀預防泌尿道感染發生；採取主動關懷建立良好護病關係，以主動關懷的態度鼓勵個案表達自我感受，適時給予正向回饋及家庭成員支持，使個案能正向思考並積極參與自我照護與訓練，降低其無望感，進而讓個案能提升生活品質早日回歸正常生活。建議在照顧此類病人時，衛教內容可運用多媒體工具強化病人正確照護知識以降低感染發生，主動提供出院準備服務，結合居家照護及後續門診之聯繫，給予整體性照護。（澄清醫護管理雜誌 2020；16（3）：45-54）

關鍵詞：神經性膀胱、無望感、護理經驗

通訊作者：吳宜靜

通訊地址：臺中市區平等街139號

E-mail：7228@ccgh.com.tw

受理日期：2019年9月；接受刊載：2019年11月

前言

排尿障礙是神經性膀胱病人一直困擾的長期併發症，盛行率可達25%，更是泌尿道感染的高危險群[1]。排尿障礙迫使病人採用尿布、尿套、間歇導尿、導尿管留置等處理方式，其中導尿管留置雖可有效排空膀胱，但也提高泌尿道感染機會，文獻更指出當導尿管多留置一天，泌尿道感染的發生就會增加5%，同時增加病人日常生活獨立困難，使得病人的身心層面皆受影響[1,2]。本文探討個案由於神經性膀胱導致尿滯留，反覆住院與導尿管留置，加上個案僅26歲卻歷經多次膀胱訓練失敗感到失落，造成生理及心理很大的衝擊，故引發筆者動機。期透過留置導尿管改善尿滯留症狀外，更能針對其需求提供個別性照護措施，並教導個案正確照護技巧；以主動關懷的態度鼓勵個案表達自我感受，使其能正向思考並積極參與自我照護與訓練，使個案獲得護理提供的完整且連續性的照護，提升個案生活品質。

文獻探討

一、神經性膀胱定義及治療

腦中風、脊髓損傷、脊髓病變、多發性硬化症等中樞神經系統的病變，都可能造成神經性膀胱（Neurogenic Bladder），其中又以脊髓損傷最為常見[1]。脊椎是支撐人體的重要構造，會受到老化、肥胖、骨質密度、姿勢不良、遺傳及環境因素影響；而文獻指出肥胖導致椎間盤突出造成之不完全脊髓損傷如：馬尾症候群（Cauda Equina Syndrome, CES）發生機率，而若引發脊椎椎間盤突出與脊椎狹窄導致神經壓迫嚴重，更可導致間歇性或進行性的尿失

禁或排便失禁 [1,3]。診斷神經性膀胱，除詳細病史及身體檢查外，更需評估水分攝入量、尿量、餘尿量，及安排膀胱功能測量、尿流速測定等相關尿流動力學檢查 [4]。神經性膀胱治療包含：控制膀胱或括約肌的功能藥物、手術 - 如尿道括約肌切開術、脊髓神經根切斷術或尿液分流術、膀胱訓練、電刺激及導尿 [5]，而神經性膀胱最終治療目標為必須做到維護上尿路功能、有足夠之膀胱儲存及排空的功能、要適時控制感染、病人能自主排尿、能夠早期拔除導尿管 [1]。文獻中提出間歇性導尿是導尿管的較佳替代選擇方案，病人有較高的接受度，且讓病人能獨立執行排空膀胱、減少感染狀況 [6]。

二、神經性膀胱常見問題及照護

神經性膀胱之病人最常出現排尿困難、餘尿量過多及尿滯留、尿失禁等困擾問題 [1]。文獻提及可藉由物理治療如：電療、肌力訓練、骨盆底肌肉運動並合併膀胱復健治療能改善神經性膀胱病人引發之排尿障礙 [7,8]。凱格爾運動可增強骨盆底肌肉力量以改善尿道括約肌閉鎖功能不全產生的漏尿問題，建議運動量以一天 3 回，每回 5-30 次，每次肌肉收縮時間應 1-10 秒，兩次收縮間需放鬆 2-20 秒 [9]。規律的運動可幫助控制食慾與改善身體狀況，合併運動與飲食控制可產生最好的減重與長期體重維持，以減輕脊椎承受之壓力 [10]。

神經性膀胱病人是泌尿道感染的高危險群，反覆的泌尿道感染易導致腎功能惡化，故應優先保存腎臟功能及尿路系統免於遭受感染 [11,12]，當尿液檢查發現菌尿症，應鼓勵病人每日攝取 2,000-3,000cc 水份，以沖刷尿液 [1]。導尿管留置病人於移除留置導尿管後的 7 至 21 小時內，容易發生尿滯留現象，而必須面臨重新置入留置導尿管，若無法移除導尿管留置情況下，應鼓勵病人參與導尿管照護，教導正確洗手技巧；每日使用溫水進行尿道口會陰部清潔；女性擦拭會陰部時應由前往後擦拭，以防範肛門周圍細菌感染泌尿道；衛教下床活動導尿管固定妥當避免凹折，集尿袋應低於膀胱位置避免尿液逆流並觀察有無出現沉澱物，尿量超過一半應立即倒出；飲食方面避免攝取含咖啡因食物，鼓勵病人食用乳酪、全穀類、魚類、蔓越莓與柑橘含維生素 C 之酸性食物，維持尿液 pH 在 6.5 以酸化尿液、抑制

細菌生長，避免泌尿道感染 [1,2,11]。

神經性膀胱病人因排尿障礙問題導致身心靈面臨重大挑戰，常會產生負向心理狀態，臨床上護理人員應有責任及早發現出病人是否出現憂鬱症狀及無望感 [13]。研究指出憂鬱與社會支持呈現負相關，擁有較多家人、親友的社會支持來源有助於減少疾病威脅及增加個人對疾病的適應，進而提升生活品質 [14]。在照護上應運用同理心建立良好護病關係，詳細說明照護計畫及指導；增加探視時間並主動關懷，給予傾聽鼓勵表達內心感受，肯定自我價值；教導正向因應壓力方式，宗教上心靈撫慰；教導深呼吸、聊天等轉移注意力與放鬆技巧；鼓勵自我照顧及參與支持性團體活動等，運用整合性的照護，提昇病人自信心，正向面對疾病，積極接受治療 [14,15]。

護理過程

一、個案簡介

黃小姐，26 歲，高中畢業，未婚，於書局擔任事務工作，身於單親家庭，與案父、奶奶、案弟同住。奶奶（74 歲）有高血壓病史；案父（52 歲）從事室內裝潢工作，有高血壓病史；案弟（24 歲）從事房仲業。個案與家人相處和睦，平時經濟可自主，住院期間因無須他人協助日常照顧，家人偶來陪伴，未整天在醫院照顧個案。

二、過去病史及就醫過程

個案於 2011 年罹患氣喘，開始長期使用支氣管擴張劑 Symbicort 2 puff BID；2012 年 2 月 7 日進行鼻中膈彎曲手術；2016 年診斷有高血壓，已規則服用降壓藥 olmetec 20mg 1# QD 約 1 年。就讀高中時期，當大笑或肚子用力就會滲尿，自覺不嚴重故未就醫。於 2017 年 11 月 15 日突然出現解尿困難，於外院治療，開始放置導尿管並服用泌尿道平滑肌作用劑 Dampurine 25mg 1# Tid。於 11/30 經醫師評估後移除導尿管，可自解 300ml 尿液後辦理出院。但於 12/1 07:00 又因脹尿無法順利自解尿液，故至本院急診求治，超音波檢查發現餘尿量約 200ml，醫師予放置 14 號導尿管後，建議入院治療。12/2 會診神經內科醫師安排腰椎核磁共振檢查，結果發現右側第十一、十二胸椎及第五腰椎到第一薦椎有椎間盤突出情

形。12/4進行尿路動力學檢查顯示逼尿肌與擴約肌不協調及無力，診斷為神經性膀胱。分別於12/8及12/11拔除導尿管，超音波檢查餘尿量均超過150ml，醫師評估個案仍有留置導尿管之必要性，故重新置放14號導尿管。12/14醫師評估個案病況短時間無法移除導尿管，向個案及家屬解釋說明病情並建議可改門診復健治療及轉介營養科門診進行減重計畫，個案考量後於12/15辦理出院，改門診持續復健及追蹤治療。

三、護理評估

護理期間從2017年12月1日至2017年12月15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，如下：

(一) 健康認知與健康處理型態

個案表示平日感冒不舒服會去診所看醫生。高血壓規則服用降血壓藥Olmotec 20mg 1# QD，血壓控制在130/80-140/90mmHg之間。個案表示氣喘嚴重時一天噴兩次藥，最近這一個月只有一天噴一次支氣管擴張劑Symbicort 2 puff，預防氣喘發作。無其他過敏史。個案表示高中時期，大笑或肚子用一點力就滲尿，因覺得不嚴重故未就醫，最近半月開始出現解尿困難才就醫治療。12/1因解尿困難，於急診留置導尿管後入院治療，入院時體溫36.8°C、心跳86次/分、呼吸20次/分、血壓134/86mmHg。12/2衛教個案導尿管照護，應每日以清水清洗尿道口及導尿管，12/4個案表示：「可以用濕紙巾擦拭尿道口跟導尿管就好嗎？」、「下床活動時怎麼會有漏尿情形！」，12/4觀察個案手提尿袋下床活動，尿袋位置偶而會高於膀胱。12/4個案表示：「我覺得尿道口有時候會出現灼熱感。」，12/4體溫為37.8°C，觀察個案下床活動時，會沒留意，出現導尿管凹折情形，經以上評估確立個案有「潛在危險性感染」護理問題。

(二) 營養與代謝型態

個案151公分，65公斤，BMI: 28.5kg/m²，標準體重為48.6公斤，屬於肥胖範圍，個案表示平時飲食喜好肉類，但不挑食，三餐都吃外食，每天喝水量約1,000cc。12/1營養師評估建議攝取每日基本熱量為1,400kcal/天。12/1血液檢驗報告呈現WBC: 10.5x10³/

uL、Hb: 12.3g/dl、Alb: 4.8g/dl、Na: 142mEq/L、K: 3.6mg/dl、BUN: 6mg/dl、Creatinine: 0.61mg/dl、CRP: 0.4mg/dL。住院期間個案會自行外出買自助餐，12/3-12/5觀察個案食慾良好無挑食情形，每餐1-2樣肉類主菜及2-3樣青菜，飯後會吃少許水果跟湯品，熱量攝取約1,800kcal/天，熱量攝取過多。評估個案皮膚完整無破損，毛髮正常量多色黑，口腔黏膜無破皮且無出現吞嚥困難或異常疼痛情形，雙下肢無水腫情形。

(三) 排泄型態

個案平日排便1次/天無便秘情形，色黃軟硬適中，無異常出血情形，11/15因突然尿不出來入院治療，留置導尿管。11/30尿管拔掉後，可以自解尿液300ml後辦理出院。12/1又因解尿困難，超音波檢查發現餘尿量大於200ml，予以放置14號導尿管，倒出尿量約550ml。12/1個案表示：「我平常工作搬重的東西時就會出現漏尿情形。」尿液檢查結果呈現尿紅細胞4+、尿白細胞酯酶16+。觀察個案尿液呈深黃色無沉澱物，尿量約1,200ml/天。依醫囑給予膀胱肌肉鬆弛擴張劑Tazopin 2mg 1# HS服用。個案表示：「本來是覺得頻尿，小便斷斷續續的，後來就變得越來越難尿出來。」、「為什麼感覺想尿卻尿不出來呢？有時候用力時才会有幾滴尿液，感覺膀胱一直脹脹的。」，12/2觀察個案每日水分攝取約1,000cc，全身皮膚乾燥無水腫，12/2腰椎核磁共振檢查呈現右側第十一、十二胸椎及第五腰椎到第一薦椎有椎間盤突出情形。經以上評估確立個案有「排尿型態障礙」護理問題。

(四) 活動與運動型態

個案於書局擔任事務工作，與家人同住生活可自理，無固定運動的習慣。個案表示平時在家會看電視、聽音樂，偶而會和同事參加健走活動。」12/2觀察個案四肢肌力程度為5分，可自行活動不需他人協助，活動時呼吸22次/分，無出現費力情形。住院期間除外出買三餐外，下午也會在病房走廊散步約20分鐘。

(五) 睡眠與休息時間

個案表示平日睡眠約7-8小時，不須吃安眠藥就很好入睡。觀察個案住院期間約晚上11:00就寢，早

上07:30起床，夜眠約8小時，中午會休息1-2小時，觀察個案白天精神狀態佳，無打哈欠疲憊情形。

(六) 認知與感受型態

個案意識清楚，無近視情形，身體評估時可清楚說出疼痛部位，對於知覺、溫度及觸感亦可正確的辨識。12/2個案表示：「因為插尿管讓我覺得下床走路覺得尿道口有點疼痛，但是不需要打止痛針，我會注意不要拉到尿管。」評估個案疼痛指數為2分，觀察個案休息時無出現皺眉神情，心跳78次/分、血壓135/81mmHg。

(七) 自我感受與自我概念型態

個案表示自己平日很注重外表，外出或工作都會打扮，也很在意他人看法。12/6觀察個案獨自在病房閱讀聖經，表情淡漠顯失落，案父探視時個案表情皺眉，不願與案父多聊話。個案表示：「這次住院希望導尿管不要放太多天才好。」12/8個案滿臉憂容表示：「拔掉尿管想要試著自己解尿，但是試了好久仍然尿不出來，導尿管又要放回去，為什麼會尿不出來呢？」、「這種事情為什麼會發生在我身上？我現在也還26歲而已」、「我是不是以後都要長期放導尿管過日子了？」、「好像真的很嚴重，我是不是治療沒效果了！」，觀察個案獨自一人在病房哭泣，且神情悲傷。以上評估確立個案有「無望感」護理問題。

(八) 角色與關係型態

個案平日與案父、奶奶及案弟同住，與家人互動融洽。12/1-12/3觀察個案白天時間雖然大多無家屬陪伴，但晚上案父及案弟及奶奶會輪流探視並給予鼓勵支持，也會關心個案目前治療進展。12/3個案表示：「每天晚上家人都會打電話問我有沒有不舒服」、「白天家人都要上班，我自己在醫院就可以了。」

(九) 性與生殖型態

個案15歲開始有月經，月經週期規則，每次約7天。12/1個案表示：「大學畢業有交過男朋友，談了2年感情後來因個性不合分手，目前沒有男朋友。」個案女性第二性徵明顯，乳房對稱，無壓痛。12/2執行導尿管護理視診尿道口無紅腫或膿樣分泌物，陰道分泌物少量，無惡臭味。

(十) 因應與壓力耐受型態

個案表示平日遇到困難或不開心的事情都會跟案父及奶奶商量。12/7個案表示：「導尿管一直插著，心理覺得很難過，不過家人晚上下班有空都會來醫院陪我聊天、吃晚餐，爸爸也鼓勵我心情放輕鬆，要配合醫師治療，希望可以不用一直依賴導尿管。」，12/11案父聯絡親友前來醫院探視個案，觀察個案聊天時表情愉悅、面帶微笑。

(十一) 價值與信念型態

個案表示生性樂觀，遇到不開心的事情相信只要轉念就會渡過難關，信仰基督教，平時假日會去教堂參加活動，認為信仰宗教是發自內心也可以安定心寧。12/10觀察個案會在病房閱讀聖經，個案表示：「我每天都有禱告，祈求身體能早日康復。」12/12個案表示：「我覺得心情不好的時候會找朋友聊天或看勵志的書，跟其他昏迷或半身不遂的病人，我還可以活動自如，已經覺得很安慰了。」

問題確立與護理計畫

經由以上護理評估，確立個案有「排尿型態障礙 / 與神經肌肉損傷有關」、「潛在危險性感染 / 與導尿管照護認知不足有關」及「無望感 / 與疾病預後不佳有關」三項護理問題，提供護理計畫如下：

問題一：排尿型態障礙 / 與神經肌肉損傷有關 (12/1訂)

主 / 客 觀資料	主觀資料 1. 12/1 個案表示：「我平常工作搬重的東西時就會出現漏尿情形。」 2. 12/1 個案表示：「本來是覺得頻尿，小便斷斷續續的，後來就變得越來越難尿出來。」 3. 12/1 個案表示：「為什麼感覺想尿卻尿不出來呢？有時候用力時才會有幾滴尿液，感覺膀胱一直脹脹的。」
--------------	---

問題一：排尿型態障礙/與神經肌肉損傷有關（12/1訂）續

<p>主/客 觀資料</p>	<p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 12/1 超音波檢查發現餘尿量大於 200ml，予以放置 14 號導尿管，倒出尿量約 550ml。觀察個案尿液呈深黃色無沉澱物，尿量約 1,200ml/ 天。 2. 12/1 尿液檢查結果呈現尿紅細胞 4+、尿白細胞酯酶 16+。 3. 12/2 觀察個案每日水分攝取約 1,000cc，全身皮膚乾燥無水腫。腰椎核磁共振檢查呈現右側第十一、十二胸椎及第五腰椎到第一薦椎有椎間盤突出情形。 4. 12/4 尿路動力學檢查結果為逼尿肌與括約肌不協調及無力情形。
<p>護理目標</p>	<p>12/4 個案每日能正確執行 3 回凱格爾運動方式，以加強骨盆底肌肉力量。</p> <p>12/5 可配合每日執行 3 次膀胱訓練。</p> <p>12/14 個案頻尿症狀緩解，於導尿管輔助下能正常排空尿液。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12/1 了解個案出現排尿障礙的感受。 2. 12/1 說明神經性膀胱造成排尿型態改變的原因。 3. 12/1 衛教個案採坐姿執行凱格爾運動來增強骨盆底肌肉力量，練習忍住大便的動作而夾住肛門約 5-10 秒，慢慢放鬆休息 5-10 秒，每次 3 回，每回 8-10 次。 4. 12/1 依醫囑給予膀胱肌肉鬆弛擴張劑 Tazopin 2mg 1# HS 服用。 5. 12/2 教導個案做膀胱訓練，使用橡皮筋綁住導尿管，定時每 2-3 小時放開 5 分鐘，若有尿意感應立即放開，晚間十點後應放開導尿管，以免影響睡眠。 6. 12/2 每日觸診個案膀胱是否出現脹尿情形，觀察導尿管是否出現阻塞及沉澱物情形。 7. 12/3 協助安排進行尿路動力學檢查，並持續追蹤檢查結果。 8. 12/4 衛教個案應避免攝取咖啡、茶、可樂含咖啡因食物。 9. 12/4 每天下午三點於病房播放「導尿管照護」及「如何正確洗手」衛教影片，以增強照護知識及印象。 10. 12/5 會診營養師評估個案飲食型態，共同討論擬定並提供減重計劃。 11. 12/6 會診復健科，由復健師教導每日執行背部電療 20 分鐘及軀幹軸心肌訓練 10 分鐘等腰椎復健運動。 12. 12/13 會診居家護理師共同討論個案出院管路照護相關事項，並指導返家後應持續記錄每日尿量、顏色及是否出現沉澱物情形，若異常應立即回診。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12/4 觀察個案每天至少喝超過 2,000ml 的水，會確實記錄尿量。個案表示：「我每天早中晚會坐在椅子上各做 8 次凱格爾運動，每次收縮骨盆肌肉時間可維持 5 秒。」 2. 12/5 觀察個案每日可配合膀胱訓練，每 2 小時會主動放開導尿管，個案表示：「現在有感覺想尿尿時，會放開橡皮筋，但晚上睡覺前，就會先不綁了，想說讓自己晚上好好睡。」 3. 12/7 觀察個案每日早上 10 點可配合物理治療師執行背部電療 20 分鐘及軀幹軸心肌訓練 10 分鐘。 4. 12/14 觀察個案導尿管順暢無出現漏尿情形，尿液顏色為淡黃色無沉澱物。 5. 12/15 觀察個案出院當天導尿管仍留置，表示：「會注意尿管不要折到及每天觀察尿液顏色。」 6. 12/19 電訪個案表示：「現在還有放導尿管，在家裡也有持續作膀胱訓練，尿量約 1,500ml/ 天。」、「我已經報名醫院減重班課程，希望可以減重 10 公斤。」

問題二：潛在危險性感染/與導尿管照護認知不足有關（12/4訂）

<p>主/客 觀資料</p>	<p>主觀資料 1. 12/4 個案表示：「可以用濕紙巾擦拭尿道口跟導尿管就好嗎？」 2. 12/4 個案表示：「下床活動時怎麼會有漏尿情形！」 3. 12/4 個案表示：「我覺得尿道口有時候會出現灼熱感。」</p> <p>客觀資料 1. 12/1 入院血液檢驗值為 WBC: 10.5x10³/uL、CRP: 0.4mg/dL，尿液檢查結果呈現尿紅細胞 4+、尿白細胞酯酶 16+。 2. 12/4 觀察個案手提尿袋下床活動，尿袋位置偶而會高於膀胱，監測個案體溫為 37.8℃，觀察個案下床活動時，會沒留意，出現導尿管凹折情形。</p>
<p>護理目標</p>	<p>12/6 個案能執行 3 項預防感染措施。 12/13 個案無尿路感染，血液檢驗 WBC 維持在 5-10x10³/uL 之間，體溫維持在 37℃ 以下。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 12/4 持續每 6 小時監測個案體溫變化。 2. 12/2 衛教個案每日應攝取水份 2,000-3,000cc，以沖刷尿液，並每日紀錄尿液量情形。 3. 12/4 教導個案每日使用清水清潔會陰部及尿道口，並觀察外陰部周圍皮膚是否出現紅腫及膿樣分泌物情形。擦拭會陰部時應由前往後擦拭，以防範肛門周圍細菌感染泌尿道。 4. 12/4 教導個案執行導尿管護理前應用肥皂濕洗手，由手指洗至手腕，配合衛教單張執行內外夾攻大立腕 7 個步驟，每次洗手時間約 40-60 秒。 5. 12/4 教導個案外出時可攜帶含酒精的乾洗手液，使用時將該產品倒在手掌上，然後手掌搓揉，範圍包含手部和手指全部表面，直到雙手乾燥為止。 6. 12/5 衛教個案每日清潔導尿管後應更換紙膠位置，貼井字型在大腿內側上方。 7. 12/5 教導個案應留意導尿管通暢，每日至少要擠壓一次，勿凹折，且應保持低於膀胱部位以下，以避免尿液逆流。 8. 12/5 教導個案下床活動或外出可使用小腿集尿袋，且活動時應避免拉扯造成尿道傷害。 9. 12/5 評估是否出現血尿、發燒、腰窩疼痛、尿液排出量減少導尿管相關泌尿道感染症狀。 10. 12/6 教導個案集尿袋的尿量超過一半應立即倒出，每日應觀察導尿管或尿袋是否出現沉澱物或破損，若發生阻塞應立即更換。 11. 12/6 依醫囑追蹤 WBC、CRP、尿液之檢驗報告結果，異常時聯絡醫師處理。 12. 12/6 鼓勵個案食用乳酪、全穀類、燕麥、蕎麥、小麥、雞肉、鮭魚、豬肉等酸性食物與蔓越莓、柑橘含維生素 C 水果。 13. 12/6 教導個案應穿棉質衣褲，避免穿過緊的衣服或束褲，導致悶熱及增加細菌繁殖的機會。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1. 12/5 觀察個案下床活動時會將尿袋掛於活動點滴架下方掛勾處，並確認尿袋高度合適，不會碰觸到地面。 2. 12/6 觀察個案每天午餐飯後會喝 500ml 蔓越莓汁及維生素 C 錠劑。個案表示：「我每天用溫水沖洗導尿管跟尿道口前，都會記得用肥皂洗手才做。」、「我知道尿袋一半滿的時候就要倒掉才不會逆流。」 3. 12/13 監測血液檢驗值為 WBC: 8.94x10³/uL、CRP: 0.24mg/dL。 4. 12/15 觀察個案出院時尿道口無紅腫及膿樣分泌物現象，測量體溫為 36.8℃，個案表示：「回家後我會注意有沒有出現導尿管感染的症狀，有異常會馬上回診。」 5. 12/19 電訪個案表示：「我每天都有用清水清潔會陰部及尿道口，沒有出現發燒及疼痛情形。」</p>

問題三：無望感/與疾病預後不佳有關（12/8訂）

<p>主/客 觀資料</p>	<p>主觀資料</p> <p>1. 12/6 個案表示：「這次住院希望導尿管不要放太多天才好。」</p> <p>2. 12/8 個案滿臉憂容表示：「拔掉尿管想要試著自己解尿，但是試了好久仍然尿不出來，導尿管又要放回去，為什麼會尿不出來呢？」</p> <p>3. 12/8 個案表示：「這種事情為什麼會發生在我身上？我現在也還 26 歲而已。」</p> <p>4. 12/8 個案表示：「我是不是以後都要長期放導尿管過日子了？」、「好像真的很嚴重，我是不是治療沒效果了！」</p> <p>客觀資料</p> <p>1.12/6 觀察個案獨自在病房閱讀聖經，表情淡漠顯失落，案父探視時個案表情皺眉，不願與案父多聊話。</p> <p>2.12/8 觀察個案獨自一人在病房哭泣，且神情悲傷。</p>
<p>護理目標</p>	<p>12/10 個案能夠主動表達自我感受及想法。</p> <p>12/12 個案可採取 2 種正向因應壓力的方法。</p> <p>12/15 個案能表達正向感受。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 12/8 主動傾聽個案問題及需求，採漸進式與個案建立良好護病關係。</p> <p>2. 12/8 告知個案感到心情低落無人陪伴時可按叫人鈴通知護理師探視。</p> <p>3. 12/8 鼓勵個案說出內心感受並傾聽其困擾的問題，給予正向鼓勵，並說明目前治療方向，讓個案覺得安心與受到尊重。</p> <p>4. 12/8 每日監測及記錄個案是否出現憂鬱的潛在可能性。</p> <p>5. 12/8 鼓勵個案醫師巡房時主動提問病情進展及共同參與醫療決策。</p> <p>6. 12/8 鼓勵個案和奶奶討論對於放置導尿管的感受。</p> <p>7. 12/9 鼓勵案父及奶奶可多陪伴及探視並給予心理支持，建議可與個案一同用餐，餐後可外出散步，放鬆心情。</p> <p>8. 12/10 在個案可正確執行導尿管護理時適當給予讚美及鼓勵。</p> <p>9. 12/10 與個案討論宗教信仰對個案的意義，建議睡前可閱讀心理勵志書籍或作禱告讓自己內心平靜。</p> <p>10.12/11 教導個案可藉由深呼吸方式轉移注意力，也就是深深的吸一口氣，閉氣二、三秒，再微微張開嘴巴，緩緩吐氣，如此反覆做幾次，可使血液循環恢復正常，心跳減速，心情自然較為平靜。</p> <p>11.12/12 透過病房團體衛教分享脊髓損傷導致排尿障礙之案例，以提升個案的信心。</p> <p>12.12/13 會診居家護理師，鼓勵學習間歇性導尿以提升生活品質。</p> <p>13.12/15 出院前協助安排復健科回診時間，告知持續執行復健運動之重要性。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1. 1.12/7 個案表示：「導尿管一直插著，心裏覺得很難過，不過家人下班有空都會來醫院陪我聊天、吃晚餐，爸爸也鼓勵我心情放輕鬆，要配合醫師治療，希望可以不用一直依賴導尿管。」</p> <p>2. 12/10 個案表示：「我每天都有禱告，祈求身體能早日康復。」</p> <p>3. 12/11 觀察個案在醫師巡房時可主動詢問病情進展及表示願意配合治療，神情狀況佳。案父有聯絡親友前來醫院探視個案，觀察個案聊天時表情愉悅、面帶微笑。個案表示：「我睡前禱告完會做 5 次深呼吸，讓自己心情平靜，不要一直想不開心的事情。」</p>

問題三：無望感/與疾病預後不佳有關（12/8訂）續

護理評估	<p>4. 12/12 個案表示：「我覺得心情不好的時候會找朋友聊天或看勵志的書，跟其他昏迷或半身不遂的病人，我還可以活動自如，已經覺得很安慰了。」</p> <p>5. 12/15 出院前能表現正面情緒，個案表示：「雖然還是要帶導尿管回家，但是我還是會持續回門診做復健運動，相信會越來越好。」</p> <p>6. 12/19 電訪個案表示：「我想學習自己導尿的技巧，而且我相信有一天不需要再依賴導尿管。」</p>
------	--

討論與結論

本文 26 歲個案因神經性膀胱引發解尿困難面臨導尿管反覆留置，有排尿型態改變、潛在危險性感染及無望感之三項主要健康問題。照護過程中，個案因急性尿滯留與餘尿量過多留置導尿管，應用許等 [9] 文獻提及，教導個案執行凱格爾運動增強骨盆底肌肉力量，透過膀胱訓練引發脹尿感，期望早日能移除導尿管。運用王等 [11]、林等 [2] 及郭等 [1] 泌尿道感染的預防照護，正確執行導尿管清潔與照護，藉由攝取大量液體及蔓越莓、維生素等酸性食物預防泌尿道感染發生；主動關懷引導個案說出內心感受，引導個案正向思考，使其有正向的態度並積極接受治療，與李等 [14] 文獻相符。

但個案因排尿障礙短時間無法解決排尿問題，移除導尿管，實為臨床照護之困境，無法避免泌尿道感染的風險也是個案之限制。Seth 等人 [6] 提及間歇性導尿是導尿管的替代選擇方案，病人有較高的接受度，且讓病人能獨立執行排空膀胱、減少感染狀況。因此主動提供個案出院後續照護計畫，結合居家護理師追蹤個案導尿管自我照護情形，安排個案每星期一、三、五下午執行門診復健治療及參加 6 個月營養門診減重活動，幫助個案採低熱量飲食並持續電話追蹤成效，給予整體性照護，以提升病人最佳生活品質。此次照護經驗深感護理指導是護理人員所具備且獨特的功能，臨床上護理人員除可運用教學、諮詢提供病人自我健康照護資訊，提供衛教手冊及單張外，導尿管照護及間歇性導尿技能操作仍需透過回覆示教實際執行，建議在照顧此類病人時，可運用多媒體工具強化病人衛教內容，提供正確照護知識。

參考文獻

1. 郭漢崇、賴明坤、楊啟瑞：神經性排尿障礙。臨床泌尿學口袋書（上）。臺北市：臺灣泌尿科醫學會。2016。694-720。
2. 林蔚如、洪靖慈、鄭宇辰 等：預防導尿管相關泌尿道感染組合式照護。內科學誌 2017；28（1）：12-17。
3. Cushnie D, Urquhart JC, Gurr KR, et al.: Obesity and spinal epidural lipomatosis in cauda equina syndrome. The Spine Journal 2018; 18(3): 407-413.
4. 新竹馬偕紀念醫院:神經性膀胱衛教資訊。2014。Retrieved from http://www.hc.mmh.org.tw/object/Downloads/1104download_address.pdf
5. 李和惠、黃鈺雯、林麗秋：泌尿系統疾病病人護理-神經性膀胱篇。內外科護理學（下）。臺北市：華杏。2015。58-59。
6. Seth JH, Haslam C, Panicker JN: Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization. Patient Preference and Adherence 2014; 8: 191-198.
7. 王培任、王偉哲、陳順郎 等：神經性下尿路功能障礙病人經個人膀胱復健後效果之先導性研究。臺灣復健醫學雜誌 2015；43（2）：111-120。
8. 陳文玲：第12章腰椎。徐阿田、曹昭懿。骨科物理治療學（下）。臺北市：禾楓書局。2016。22-32。
9. 許曉霏、李詩敏、林芸萱 等：應用生理回饋於尿失禁婦女之骨盆底肌肉訓練-綜述性整理。健康生活與成功老化學刊 2017；9（1）：15-22。
10. 王聖方、陳志誠、鍾瑞容：肥胖與過重（臨床）診療指引與門診運動處方建議。家庭醫學與基層醫療 2016；31（3）：96-103。
11. 王佩琮、林湘玉、林意純 等：依適應症提示移除尿管可降低內科病房導尿管相關尿路感染。護理雜誌 2017；64（1）：70-79。
12. Faleiros F, K appler C, Costa JN, et al.: Predictive factors for intermittent self-catheterization in German

and Brazilian individuals with spina bifida and neurogenic bladder dysfunction. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2016; 43(6): 636-640.

13. 李玉琪、周汎濤、王秀紅：失志的概念分析。護理雜誌 2015；62（3）：83-88。
14. 李雅萍、程敏華、邱雅芳：脊髓損傷個案之社會

支持程度及相關因素探討。醫務管理期刊 2014；15（1）：1-16。

15. 蔡維倫、郭嘉琪：一位不完全脊髓損傷病人之急診照護經驗。長庚護理 2017；28（2）：303-312。

Nursing Experience of Caring for Urinary Disorder in a Neurogenic Bladder Patient

I-Ching Wu

Department of Nursing, Cheng Ching General Hospital

Abstract

This paper examines the nursing experience of caring for urinary disorder in a 26-year-old female neurogenic bladder patient. During the care period (1 December 2017 to 15 December 2017), data were collected through direct care, observation, interviews, and physical assessment. Gordon's 11-item Functional Health Pattern was used for comprehensive assessment and confirmed the following three care problems in the patient: urinary dysfunction, potentially dangerous infections, and hopelessness. During the nursing process, Kegel exercises and bladder training were taught, and indwelling urinary catheters were used to improve micturition. Daily catheter care, proper hand washing techniques, dietary education, and the identification of infection symptoms were taught to prevent urinary tract infections. Proactive caring was used to establish a good nurse-patient relationship, and the patient was actively encouraged to express her feelings. Appropriate positive feedback and support from family members were provided to the patient in order to encourage positive thoughts and active participation in self-care and training, which help reduce hopelessness. This enabled the patient to improve quality of life and return to normal life as soon as possible. It is recommended that, when caring for similar patients, multimedia tools be used for health education to strengthen the patient's correct care knowledge to reduce the incidence of infection and discharge preparatory services should also be proactively provided. This can be combined with home care and follow-up outpatient consultations to provide comprehensive care. (Cheng Ching Medical Journal 2020; 16(3): 45-54)

Keywords : *Neurogenic bladder, Hopelessness, Nursing experience*

Received: September 2019; Accepted: November 2019