照顧一位腹膜透析併發橫膈疝氣病人之護理經驗

高玉貞、蕭玉芬
澄清綜合醫院中港分院 護理部

摘要

本文描述一位52歲接受腹膜透析1年之女性，因併發橫膈疝氣，引發身心不適的護理經驗。護理期間2016年3月5日至3月16日，筆者運用Gordon十一項健康功能型態評估爲指引，藉由會談、觀察、身體評估及查閱病歷等方式收集資料，發現個案有低效性呼吸型態、急性疼痛、焦慮等健康問題。於照護期間，主動持續關懷、傾聽個案需求、鼓勵說出內心感受，以及尊重個案不願意轉血液透析的想法，提供個別性護理協助緩解其生理不適，教導深呼吸、放鬆技巧及肢體按摩以減輕舒緩術後傷口疼痛；而針對術前的焦慮積極與醫療團隊討論，提供相關資訊及護理指導，澄清相關疑慮，並藉由家人陪伴及腎友經驗分享，提供正向鼓勵與支持，降低焦慮感，改善身心不適症狀，幫助個案穩定持續性的腹膜透析，達到最佳的生活品質。希望藉此照護經驗，提供臨床護理人員日後照護相關個案之參考。

關鍵詞：腹膜透析、橫膈膜疝氣、低效性呼吸型態、急性疼痛、焦慮

通訊作者：高玉貞
通訊地址：臺中市西屯區臺灣大道四段966號
E-mail：5228@ccgh.com.tw
電話：04-24632000轉52363

受理日期：2017年10月；接受刊載：2018年3月

前言

台灣末期腎病（end stage renal disease, ESRD）人口逐漸增加，依據衛生福利部2012年統計，台灣地區透析病人數共66,606人，其中腹膜透析病人由8.7%增加到9.7%[1]，表示選擇腹膜透析為治療末期腎衰竭的患者有逐年增加的趨勢。謝（2011）研究指出，腹膜透析雖對病人影響較小，具有較高的生活品質及良好的透析效果，但在漫長透析治療歷程中，病患需承受各種長期合併症的威脅，所造成身心不適症狀與心靈困擾是影響生活品質之要素[2]。而橫膈疝氣是腹膜透析治療過程中少見但嚴重性高的併發症，臨床上可能造成病人水胸、呼吸困難、脫水量不佳等情形，嚴重者甚至威脅病人生命，並造成透析失敗，約有二分之一的患者將被迫轉成血液透析治療[3]，對末期腎病患者的生活品質及心理調適將再次造成衝擊。

本文個案已接受腹膜透析1年多，此次因發生橫膈疝氣併發症，經外科醫師評估後建議由腹膜透析轉換成血液透析治療模式，但個案拒絕轉換透析治療模式，對於疾病控制及預後的不確定，使得病患感到害怕及擔憂並出現情緒低落，表示若無法成功恢復腹膜透析治療，將終止並放棄其他替代性透析治療，筆者任於腹膜透析室多年，臨床上由於案例並不多，接受治療後可再成功恢復腹膜透析的案例更是少，因此引發筆者想深入了解，藉由適當的護理措施協助個案順利渡過危機並重返腹膜透析治療以達到個案之期望，並盼此經驗提供日後臨床照護之參考。

文獻探討

一、腹膜透析併發橫膈疝氣常見問題及護理

橫隔疝氣發生率約1.6-1.9%，主要原因不明，乃透析液藉胸腹壓力差，經由天生的橫隔膜缺陷或孔洞進入肋膜腔造成肋膜積水，較好發於女性常以右側水胸表現，最常見的臨床表徵是咳嗽、呼吸困難、呼吸急促或窘迫、脫水量下降。治療上，需先暫停腹膜透析2-6週，改血液透析治療或夜間採用全自動腹膜透析（automated peritoneal dialysis, APD）少量多次低負壓性換液治療，若內科治療無效，則改採用外科手術以化學性肋膜粘黏術（pleurodesis）或胸腔鏡修補手術（video-assisted thoracoscopic surgery, VATS）治療[4]。當出現大量肋膜積水時，肺部的擴張會受限制，就會產生低效性呼吸型態的問題，此時護理重點為定期評估呼吸型態與血氧濃度變化，維持舒適的半坐臥式，教導噘嘴式呼吸增加氧合改善呼吸困難，必要時給予氧氣治療，重要的是給予個案心理支持與陪伴，以減輕病人的焦慮害怕[5]。接受胸腔鏡橫膈膜修補手術病人於術後可能會面臨急性傷口疼痛問題，可透過口語式疼痛視覺類比量表（Visual Analogue Scale, VAS）評分，來確定病人疼痛指數；疼痛程度0-10分，一般希望將疼痛程度控制在小於4分。疼痛處置常見有：依醫囑提供藥物治療如NSAID類、Morphine用藥，來處理不同程度的疼痛；提供非藥物處置：如深呼吸、輕柔換藥技術、舒適的身體擺位、肢體按摩，藉由聽音樂、聊天、看電視等來轉移注意力[6]。

二、焦慮問題及其護理

焦慮（anxiety）是一種對未來或不確定事件感到擔心或不安，一種面臨威脅的心理反應。它會讓人感覺不安、緊張，內心害怕、恐慌[7]。接受胸腔鏡手術對病人而言是一種壓力，病人會因對手術過程不了解，及對術後結果的不確定感，於術前會出現不安、擔憂、害怕等焦慮反應。不舒服的狀況或壓力會影響手術後生、心理的調適與疾病的復原[8]。護理人員可運用0-10分視覺類比尺度量表（Visual Analog Score, VAS）來評估病患焦慮程度，分數越高代表焦慮程度越高。採用全人照顧方法：藉由主動關懷、傾聽，鼓勵表達內心感受；使用治療性觸摸及以同理心的態度接受個案所經驗到的情緒反應，給予心理支持；提供術前相關衛教及護理指導，以減輕焦慮與澄清心理擔憂；介紹相似病情的案例彼此經驗分享，適時給予希望；鼓勵家人陪伴及使用放鬆技巧幫助轉移焦慮的情緒如：教導深呼吸、聽音樂、按摩、芳香療法等，並藉由宗教信仰降低焦慮引起的不適感，使其與疾病共存達到自己所期望的生活[7,9,10]。

護理評估

一、個案簡介

施小姐52歲，已婚，高中畢，職業家管，國語溝通，信仰佛教，在家排行第二，共有3個兄弟姐妹，皆已各自成家，與大哥比鄰而居，與小妹感情最好，小妹是一芳療師，服務於百貨公司精油專櫃，與先生結婚28年，育有1子，先生現在大陸經商，目前與兒子同住，相處融洽。

二、疾病史與治療過程

個案過去無重要病史，母親亦為常規血液透析患者，2014年11月9日因喘、噁心、嘔吐入院，尿素氮：128mg/dl，肌酸酐11.4 mg/dl，診斷為末期腎病，接受緊急血液透析治療後，個案因母親透析後，常感疲憊不適，害怕與母親一樣情況，並考量日後生活作息方便性，於2014年11月14日行腹膜透析植管， 12 月 8日開始腹膜透析，透析處方為連續性可活動式腹膜透析（continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD）：1.5%鈣濃度2.5透析液1.5L×4袋／天，之後每月定期回診追蹤。2016年3月5日個案返院回診主訴呼吸喘、咳嗽、倦怠，X-ray檢查發現右側肋膜腔積水，辦理住院，診斷為橫膈疝氣，依醫囑暫停腹膜透析治療，3月8日接受Hickman置入術，並每星期1、3、5 施行血液透析治療，3月9日接受胸腔鏡橫膈膜修補手術，3月16日治癒出院，於5月7日恢復腹膜透析。

三、護理評估

護理期間自2016年3月5日至3月16日，筆者運用Gordon十一項健康功能型態為評估工具，進行整體性評估，透過會談、觀察、身體評估與查閱病歷等方式收集個案資料，評估如下：

（一）健康感受及健康處理型態

個案平日生活規律，無抽煙喝酒的習慣，表示

若有身體不適會主動求醫，不亂吃成藥，平日無服用保健食品的習慣，開始行腹膜透析治療後，每月規則於腹膜透析門診追蹤，當醫護人員衛教或說明檢驗報告時會認真遵循相關飲食及透析處方治療，也會主動向醫護人員詢問不適情形如何處理。此次住院個案對於醫護人員給予衛教都能遵循配合，表示想儘快恢復腹膜透析治療

（二）營養代謝型態

個案身高150公分，體重為49.5公斤，身體質量指數22kg/m2，一天所需熱量為1,500-1,700卡，蛋白質攝入量為8-9份/天，觀察病人皮膚略乾，髮量中等無掉髮情形，個案由口進食，無假牙，口腔黏膜完整，在家早餐1瓶洗腎配方奶230C.C.加上1顆水煮蛋或蛋餅，中午2份瘦肉加2碟青菜配1碗飯，點心為1/2-1瓶洗腎配方奶，晚餐大致與中餐相同，無宵夜，住院期間三餐訂醫院伙食，每天熱量攝取約1,500-1,800卡，因擔心害怕手術，進食量約平日的1/2，住院前在門診追蹤每月抽血報告Hb維持在10-12g/dl、Alb 維持在3.4-3.5g/dl，3/9胸腔鏡手術傷口共3處約1×1cm，外觀乾淨無滲液，右側胸管留置，傷口無紅腫異味及分泌物情形，3/10抽血Albumin：3.5g/dl，Hb：10.3g/dl，血液值白血球：5,017/mm3，皆於正常範圍。

（三）排泄型態

小便自解順暢無疼痛情形，每天約400-500cc，澄清色黃，腹膜透析脫水量平均500-600cc/天，排便1-2次/天，黃色成形軟便，無使用軟便藥，腹部兩側觸感柔軟，無腹脹情形，腸蠕動音10-12次/分，3/5透析品質監測指標：尿素氮廓清率：2.02、肌酸酐週清除率：61.5皆達標準，Na：137mEq/L、Cl：98mEq/L、K：3.8mEq/L在正常範圍內。

（四）活動運動型態

無規律運動習慣，偶會去附近公園散步，日常生活能自理，四肢肌肉強度評分5分，表示最近半個月有咳嗽，在活動後有喘的情形，3月5日回診時，主訴爬2-3層階梯就會覺得很累、很喘，一直在咳嗽咳到越來越喘，感覺好像吸不到空氣，個案說話話語斷斷續續，必須休息3分鐘才有辦法完整談話，體溫36.5℃，脈搏86次/分，呼吸26次/分，血壓142/96mmHg，肺部聽診右側濕囉音，胸部X-ray檢查：右側肋膜腔積水，體重從2016年3月2日41Kg，增加到3月5日42.8Kg，雙下肢水腫1價，平均腹膜脫水量減少約200-300C.C./day，個案因活動後常感喘不適情形，於住院期間多閉目休息或在病室內走動，綜合主客觀資料有「低效性呼吸型態」之健康問題。

（五）睡眠休息型態

平時晚上約10點就寢，早上8點起床，自覺睡眠時間已足夠，無午睡或使用安眠藥的習慣，3/10個案表示「昨天晚上傷口痛，打完止痛針後有睡著，但沒多久還是痛醒，睡不好」，夜眠斷續約4-5小時，個案面帶倦容，外觀看起來憔悴，沒有黑眼圈情形，3/12主訴「現在傷口疼痛情形有好多了，晚上可以睡到6-8個小時」。

（六）認知感受型態

個案意識清醒，理解及表達能力良好，視、聽、嗅、觸覺正常，3月9日行橫膈膜修補手術後主訴「開刀的傷口很痛，怎麼躺都不對，快痛死了」、「小姐！可不可以叫醫生幫我打止痛針」，個案躺於床上面部表情皺眉顯痛苦、不時發出疼痛呻吟聲，利用VAS疼痛評估量表讓個案表達對疼痛程度，個案疼痛指數自評為10分，依醫囑給予Ultracet（500mg）1#qid口服使用，3/14胸管移除，綜合主客觀資料有「急性疼痛」之健康問題。

（七）自我感受-自我概念型

表示自己是情感內斂，個性獨立的人，每天皆自己執行腹膜透析換液工作，平日喜歡穿寬鬆舒適服裝，對於此次發生橫膈膜疝氣併發症，除了感到身體不適外，亦擔心手術失敗和害怕無法繼續腹膜透析治療，3月5日個案表示「怎麼會這樣」、「開刀時間要多久？有人開這種刀失敗嗎，我真的好緊張！」、「萬一手術失敗怎麼辦？我不想去洗血液透析，我會怕，我不要」、「可不可以請醫師幫我用最好的產品修補，要自費也沒關係」，觀察個案面色凝重感到緊張焦慮與煩躁不安，反覆詢問有關手術開刀相關問題，3月7日個案表示「醫師幫我做穿刺引流後，感覺舒服多了，可以不要開刀嗎？」，使用VAS視覺類比尺度量表結果9分，綜合主客觀資料有「焦慮」之健康問題。

（八）角色關係型態

個案第一角色為52歲女性，第二角色為妻子、

母親、洗腎病患，遇有重大事件會與先生商量後再決定，雖然與先生時常分隔兩地，但每天會用通訊軟體與先生聊天關心彼此的生活，先生平均每個月會回台一次，個案目前與兒子同住彼此相處融洽。住院期間案妹及案子為主要照顧者，假日其他家人亦會來院探視，互動情形良好。

（九）性生殖型態

27歲結婚，育有1子，表示生病後已沒有月經，因早婚加上近十年老公至大陸工作，聚少離多與老公關係像是家人，少有親密行為，平時多以擁抱、語言來表達情感，覺得只要感情融洽比較重要。

（十）因應壓力耐受型態

無經濟壓力煩惱，現在只掛心兒子尚未娶妻生子，表示遇到問題時會先想辦法自己處理或找家人商討，個案現在主要的支持系統為案子與案妹，觀察個案術後常若有所思，擔心害怕手術治療失敗，3/11「不知道手術修補有沒有成功？」、「手術後再灌藥水如果又破了怎麼辦？想到就煩，沒有辦法靜下心來」類似言語在言談中，由此仍看到「焦慮」之健康問題。

（十一）價值信念型態

信奉佛教，在家有打坐習慣，偶會與好友至佛寺拜拜祈求全家人身體健康，現在認為身體健康最重要，希望能手術成功平安出院。

四、問題確立及護理計劃

經由以上護理評估，確立出個案之護理問題為：（一）低效性呼吸型態/與腹膜透析併發橫膈疝氣有關；（二）急性疼痛/與胸腔鏡修補手術及胸管留置有關；（三）焦慮／與個案擔心治療過程、對結果的未知有關。

一、低效性呼吸型態/與腹膜透析併發橫膈膜疝氣有關（3/5-3/12）

主客觀資料	S1：3/5 最近半個月有咳嗽且活動後有喘的情形。 S2：爬 2-3 層階梯就會覺得很累、很喘，一直在咳嗽咳到越來越喘，感覺好像吸不到空氣。 O1：個案說話話語斷斷續續，必須休息 3 分鐘才有辦法完整談話。 O2：個案說話時臉色蒼白、嘴唇發紺，呼吸型態為淺快短促，未使用呼吸輔助肌，呼吸速率 22-26 次 / 分，未使用氧氣時血氧濃度為 92-94%。 O3：胸部 X 光顯示右側肋膜積水。 O4：聽診兩側肺葉，右下肺葉有濕囉音（Ralse）。 O5：3/6 腹膜透析 1 天灌入量 6,000C.C./day，流出量 5,700-5,800C.C./day，平均一天脫水量減少約 200-300C.C./day。 O6：體重從 3/2 41Kg 增加到 3/5 42.8Kg，雙下肢水腫 1 價。
護理目標	1. 3/6 個案能正確執行兩項護理人員教導改善呼吸喘的方法。 2. 3/11VATS 後個案在不需要使用氧氣鼻導管情境下，呼吸平順呼吸速率從 22-26 次 / 分降到 15-20 次 / 分，血氧濃度值可達 95-98%。
護理措施	1-1 3/5 陪同醫師向個案及家屬說明是因肋膜積水引發呼吸喘問題，可經由肋膜放液術引流積水獲得改善，並安撫情緒，減輕焦慮感。 1-2 每 4 小時探視個案增加安全感，讓個案表達呼吸困難之情形是否改善；並將叫人鈴放置可及之處，當個案感到呼吸困難時立即尋求協助。 1-3 3/5 教導並協助個案改善呼吸和換氣之姿勢，如抬高床頭，運用枕頭支撐背部採舒適坐姿，教導雙手放在床上桌或採三點式姿勢：坐姿時身體向前傾，雙手放於兩側膝蓋上，肩胛骨微抬高，幫助換氣，保持最佳氧合姿勢。 2-1 當病人主訴喘不適時，依醫囑給予氧氣鼻導管 3L/min 使用，並監測個案呼吸型態及血氧濃度變化。

護理措施（續）	2-2 3/6 協助醫師執行胸腔放液 800C.C.。 2-3 3/6 依醫囑會診一般外科，安排胸腔鏡修補手術（VATS）。 2-4 3/8 依醫囑暫停腹膜透析改行血液透析 1 個月，每週 3 次，每次 4 小時，依洗前體重決定脫水量。 2-5 3/9 教導噘嘴式呼吸，利用腹部肌肉，採吸吐氣比由 1：1 慢慢調整至吸吐氣比 1：4 方式，延長呼氣時間，促進橫膈擴張增加通氣量。
護理評值	1. 3/6 探視個案，正採半坐臥姿勢，採噘嘴呼吸改善呼吸喘問題。 2. 3/7 主訴胸腔放液後，喘的情形有改善，呼吸型態由淺快轉為平順，個案亦會藉由靜心打坐調息呼吸，或和案妹聊天轉移注意力。 3. 3/8 每次血液透析脫水 1.5-2Kg，將身體多餘水分移除。 4. 3/11 個案在不需使用氧氣鼻導管情境下呼吸平順不費力，呼吸速率 12-16 次 / 分，SPO2 達 95-100%。

二、急性疼痛/與胸腔鏡修補手術及胸管留置有關（3/9-3/15）

主客觀資料	S1：3/9「開刀的傷口很痛，怎麼躺都不對，快痛死了」、「小姐！可不可以叫醫生幫我打止痛針」。 O1：案子「我媽媽從恢復室出來就一直哭喊說肚子痛，我都不知道該怎麼辦？」。 O2：接受胸腔鏡修補手術，右側胸管留置。 O3：躺於床上面部表情皺眉閉眼顯痛苦、不時發出疼痛呻吟聲。 O4：疼痛指數自評：10 分。 O5：臉色蒼白、呼吸淺快：24 次 / 分，脈搏 98 次 / 分，血壓 178/89mmHg。 O6：3/10 早上探視時，表情淡漠，維持固定姿勢不敢亂動，害怕別人碰觸傷口。
護理目標	1. 3/11 個案能執行 2 項減輕疼痛的方法。 2. 3/15 個案能說出疼痛指數由 10 分降至 3 分以下。
護理措施	1-1 輕柔的握住病人雙手給予安慰與支持，並在床旁引導病人作深而慢的呼吸動作，以舒緩緊繃情緒及放鬆肌肉，減輕疼痛。 1-2 鼓勵病人說出對疼痛感受，告知不要隱忍。 1-3 提醒家屬輕聲細語，調和室內柔和燈光，提供舒適寧靜環境。 1-4 鼓勵家人陪伴聊天，並教導使用如看電視、聽音樂、按摩等方式來轉移對疼痛的注意力。 1-5 3/9 安撫家屬，告知案子可至醫療器材行購買加長型軟枕，並教導協助個案翻身，採舒適臥位。 1-6 3/9 教導個案在咳嗽、翻身時，可藉由雙手按壓傷口減輕疼痛不適。 1-7 3/9 教導引流管可用安全別針固定於衣服上，以免牽扯造成疼痛。 1-8 3/9 15:00 依醫囑給予 pethidine 50mg IM，於 15:30 前往評估病人用藥後疼痛改善情形之效果，並交班注意有無藥物副作用發生。 1-9 3/10 做治療時，如：換藥、量血壓、協助翻身等動作輕柔。 2-1 每天至少 3 次使用 VAS 疼痛評估量表評估個案疼痛情形，與醫師討論，依狀況調整止痛藥的劑量。 2-2 於 3/9 依醫囑給予 Ultracet 1# qid po 使用。

護理評值	1. 3/9 個案於 15：00 使用止痛針 30 分後表示疼痛指數降至 3 分，閉目休息中，案妹正給予薰衣草精油按摩個案頸部、雙肩、小腿及腳掌至腳趾，幫助放鬆與舒眠。 2. 3/10 至病房探視，病室內正播放柔和音樂伴有案妹使用的薰衣草精油香氣散於空間中，個案正採半坐臥姿搭配深呼吸噘嘴緩慢吐氣，但表情仍淡漠。 3. 3/12 個案手術後第 1、2 天有要求打止痛針外，其餘時間會以深呼吸、聽音樂、來轉移對疼痛的注意力，表示「傷口疼痛情形改善，偶翻身咳嗽時，因胸管牽扯感到疼痛，疼痛指數降至 2-3 分」。 4. 3/13 個案面帶微笑，可自行下床活動如廁；因胸管留置略感不適，但可接受，疼痛指數 1-2 分。 5. 3/14 胸管移除，已無疼痛情形。

三、焦慮／與個案擔心治療過程、對結果的未知有關（3/5-3/15）

主客觀資料	S1：3/5「怎麼會這樣」、「開刀時間要多久？有人開這種刀失敗嗎，我真的好緊張！」、「萬一手術失敗怎麼辦？我不想去洗血液透析，我會怕，我不要」、「可不可以請醫師幫我用最好的產品修補，要自費也沒關係」。 S2：3/7「醫師幫我做穿刺引流後，感覺舒服多了，可以不要開刀嗎？」。 S3：3/8 我妹妹有去廟裡求平安符，保佑我手術成功，符我都有放在身上。 O1：3/5 與個案會談時，個案面色凝重感到緊張焦慮與煩躁不安，反覆詢問有關手術開刀相關問題。 O2：3/7VAS 視覺類比尺度量表：9 分。 O3：3/11 術後與個案會談時，個案常若有所思，常有「不知道手術修補有沒有成功？」、「手術後再灌藥水如果又破了怎麼辦？想到就煩，沒有辦法靜下心來」類似言語在言談中。
護理目標	1. 個案能於 3/8 前執行減輕焦慮的方法至少 2 項。 2. 3/15VAS 視覺類比尺度量表由 9 分降至 3 分以下。
護理措施	1. 主動探視、陪伴與傾聽個案的想法，適時給予同理的回饋，如輕撫肩膀、握手等，減輕緊張的情緒。 2. 3/6 協同外科醫師向個案及家屬解釋說明手術過程，表示手術時間 3-4 小時，術後胸管留置，並針對所提問題予以澄清。 3. 3/7 將所收集到術後照護相關資料做成電子檔，利用單位行動衛教護理車予進行衛教，並鼓勵說出擔心、害怕之事，當病人感到焦慮時，陪同做深呼吸放鬆技巧。 4. 詢問個案以往遇到困難挫折時的調適方式，與家屬討論可帶個案平時喜愛聽的佛曲音樂或是輕音樂來院播放，尋求心靈平靜。 5. 主動關懷個案，個案入洗腎室時主動上前打招呼及詢問上次透析後是否有不適情形，並給予肢體及言語上的鼓勵。 6. 請家人與友人給予肢體及言語上的鼓勵，並利用個案的宗教信仰儀式，使用非藥物輔助療法如冥想法、念佛號、聽佛曲音樂、精油按摩等方式來轉移焦慮情緒。 7. 當個案能運用緩解焦慮行為技巧時，立即給予口頭稱讚或鼓勵。 8. 3/8 介紹與個案相同疾病調適良好之腎友林女士給個案認識，分享心路歷程，減少不安情緒。 9. 出院前偕同醫師與個案重新討論腹膜透析模式，從 CAPD 改成 APD 採少量灌注的治療計畫及恢復腹膜透析的時間表，並提供聯絡方式，增加安全感。

護理評值	1. 3/6 個案表示「當我胡思亂想心煩時，我就會聽佛曲「了塵」想像自己彷彿置身在充滿蟲鳴鳥叫的森林裡，聽著清澈的流水聲，或念「觀世音菩薩」聖號來讓自己不要那麼緊張」，案妹也會在床旁提醒鼓勵，並透過精油按摩，幫助平復焦慮不安的情緒。 2. 3/7 主訴「醫師解釋後，我比較清楚我橫膈膜破損程度，希望這次自費開刀能修補完整，為了我家人我一定要加油才行」。 3. 3/14 表示「雖然開完刀快一週了，但仍擔心會有破洞沒補到，以後又復發了該怎麼辦？」，VAS 視覺類比尺度量表 5 分。 4. 3/15 胸管移除後行超音波檢查，醫師表示肋膜修補完整無破洞，個案面帶笑容的表示放心，不會再胡思亂想，VAS 視覺類比尺度量表 1-2 分。 5. 4/5 回診採 APD 小量灌注透析液 1L × 6 週期 / 天，持續 1 個月。 6. 5/7 回診經胸外醫師評估後開始恢復腹膜透析，透析處方 APD：透析液 1.5L × 4 週期 / 天。 7. 5/22 個案回診時表情愉悅向護理人員打招呼，表示開刀很成功，昨天兒子還陪她去走 3 號步道都能全程走完，很感謝大家在住院期間對她的照顧鼓勵。

討論與結論

本文係以Gordon十一項健康功能型態評估，照顧一位中年婦女因末期腎病接受腹膜透析治療，併發橫膈疝氣合併症，引發身心不適的護理經驗，經資料分析發現個案主要的健康問題，包括低效性呼吸型態、急性疼痛、焦慮等。臨床上腹膜透析併發橫膈疝氣之案例極為少數，治療上，多採內科治療需先暫停腹膜透析2-6週，或以化學性肋膜粘黏術（pleurodesis）處置，而此個案是本單位第一位經由胸腔鏡進行橫膈膜修補之病人，因此，病人在接受治療過程中面臨手術時所產生的諸多疑問，只能利用網路所收集到的資料並與其他醫療團隊成員討論，才能和個案解釋說明，這也是筆者照護時主要的難處，為了減低個案焦慮無助，筆者以主動關懷建立信任關係，提供個別性護理措施協助緩解其生理不適，利用每天陪伴與傾聽，深入了解病患心理的問題及需求，透過醫療團隊討論提供相關醫療訊息，共同探討未來可能面臨的問題，藉由佛曲音樂引導想像，透過肢體按摩滿足內外在需求，獲得心靈平靜，協助度過此次危機，此與劉等人[10]提出透析病人可藉由全人關懷，透過陪伴、分享、引導或宗教儀式，幫助調適心理重構生活，論述相同。故建議未來單位能藉由全人關懷與整合照護模式，透過跨團隊合作，包括外科醫師、營養師、呼吸治療師、心理諮商師，針對手術前、中、後期製作提供相關多媒體衛教影片，藉由手術成功案例之分享，降低病人焦慮及壓力，給予個案持續性與整體性照護，幫助重建希望，維持以往透析型態及生活品質。

參考文獻

1. 衛生福利部中央健康保險署：門診透析總額報告。2013。Retrieved from https://goo.gl/noJnSd
2. 謝淑玫：腹膜透析患者之症狀困擾睡眠品質與生活品質之探討。高雄市：義守大學。2011。
3. Nishina M, Iwazaki M, Koizumi M, et al.: Case of peritoneal dialysis-related acute hydrothorax, which was successfully treated by thoracoscopic surgery, using collagen fleece. Tokai J Exp Clin Med 2011; 36(4): 91-94.
4. Saito M, Nakagawa T, Tokunaga Y, et al.: Thoracoscopic surgical treatment for pleuroperitoneal communication. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2012; 15(4): 788-789.
5. 李思瑩、廖珮宏：急性胰臟炎合併肋膜積水病患之照護經驗。長庚護理 2011；22（1）：132-141。
6. 林怡君、甘鴻蓉：照顧手術後疼痛病史再次手術之護理經驗。北市醫學雜誌 2011；8（2）：159-170。
7. 徐莞雲、陳筱瑀：焦慮的概念分析。志為護理-慈濟護理雜誌 2008；7（3）：65-70。
8. 陳美菊、龔秀華、湯玉珊 等：改善骨科手術前病人焦慮程度之專案。長庚護理 2016；27（2）：197-208。
9. Lucchetti G, de Almeida LG, Lucchetti AL: Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. Hemodial Int 2012; 16(1): 89-94.
10. 劉月敏、謝湘俐、駱敏淑 等：血液透析患者的復原力與社會支持。台灣腎臟護理學會雜誌 2010；9（1）：33-43。

Nursing Experience of Caring for a Patient Undergoing Peritoneal Dialysis with Comorbid Diaphragmatic Hernia

Yu-Chen Kao, Yu-Fen Hsiao

Department of Nursing, Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

Abstract

This paper describes the nursing experience of caring for a 52-year-old female patient who underwent peritoneal dialysis for a year and experienced physical and mental discomfort due to comorbid diaphragmatic hernia. The care period was from March 5 to 16, 2016. The authors used Gordon's 11 Functional Health Patterns as a guide and conducted interviews, observations, and a physical assessment and examined her medical records to collect information. We found that the patient had an ineffective breathing pattern, acute pain, anxiety, and other health problems. During the care period, we proactively showed concern, listened to her needs, encouraged the patient to verbalize her innermost thoughts, and respected her views about not converting to hemodialysis. We provided personalized nursing aid to alleviate her physiological discomfort, taught her deep breathing, relaxation techniques, and limb massage to alleviate postoperative wound pain. We also proactively discussed her preoperative anxiety with the medical team, provided relevant information and nursing guidance, and cleared pertinent doubts. In addition, the companionship of her relatives and shared experiences with other dialysis patients provided positive encouragement and support. This decreased the feeling of anxiety and alleviated the symptoms of physical and mental discomfort, which helped the patient undergo stable and continuous peritoneal dialysis to achieve the best quality of life. We hope that this care experience can provide a reference for clinical staff when taking care of similar patients in the future.

Keywords : ***Peritoneal dialysis, Diaphragmatic hernia, Ineffective breathing pattern, Acute pain, Anxiety***

Received: October 2017; Accepted: March 2018