

照顧一位手術後併發腸皮膚瘻管之失智症個案的護理經驗

林伊柔 林月娥*

中文摘要

本文探討一位患有中度失智症，且因腸阻塞術後併發腸皮膚瘻管合併症的護理經驗。護理期間為2014年5月21日至6月20日，運用Gordon十一項評估進行資料收集，確立皮膚完整性受損、疼痛、營養不均衡及主要照顧者無助感等護理問題。以減少瘻管周圍皮膚受到排泄物侵蝕、低壓抽吸排泄物與改變換藥方式以促進舒適度；以同理心接受個案對於疼痛情緒反應及換藥分散注意力緩解疼痛；給予個別飲食衛教及適合管灌飲食，使傷口逐漸縮小與病況穩定，能接受瘻管縫合手術；對照顧者給予困難傷口衛教、提供心情抒發及支持，以提升生活品質。期藉此個案照護經驗分享，共同提升照護品質。(志為護理，2015; 14:4, 89-98)

關鍵詞：失智症、腸皮膚瘻管、手術後

前言

腸皮膚瘻管定義為腸道腔室及皮膚間不正常的通道(Schechter, 2011)，一般發生在手術後5-10天，其中75%-85%的腸皮膚瘻管為手術引發合併症，為來自於腸道吻合部位的破裂及滲漏(Tong, Lim, & Brody, 2012)，而敗血症、體液電解質不均衡及營養低下為腸瘻管最主要死

因(Schechter, 2011)。本個案因罹患腸皮膚瘻管的合併症，使得個案在患病過程中除承受疾病所帶來的身體創傷外，亦面臨營養不均衡及傷口滲漏等問題而增加個案的身心負荷，且個案患有失智症，無形中亦加劇家屬照顧上的無助感。如何協助個案保護傷口周圍皮膚、改善營養不均衡、收集瘻管滲液、控制滲液的異味及維持生活品質，均為護理

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院外傷科病房護理師 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理督導、長庚科技大學護理系兼任講師暨國立臺北護理健康大學護理研究所博士生*

接受刊載：2015年05月27日

通訊作者地址：林月娥 桃園縣龜山鄉復興街5號 林口長庚紀念醫院護理部

電話：886-3-328-1200 #2804 電子信箱：amy436643@cgmh.org.tw

上一大挑戰，而引發筆者深入探討之動機，期盼藉由此照護經驗，做為日後護理同仁照護此類個案之參考。

文獻查證

一、腸皮膚瘻管的定義、病因及治療

瘻管(fistulas)其定義為兩個或多個結構間不正常的通道，如臟器之間、臟器與皮膚間或臟器與腔室間等，皆可稱之為瘻管，而依據瘻管通道發生部分可分為：內瘻、外瘻及混合瘻，而腸皮膚瘻管屬外瘻(吳，2013)；每日排出量500c.c稱為高排出量瘻管，200c.c以下稱之為低排出量瘻管，介於中間稱之為中排出量瘻管(Kate, 2014)，而高排出量瘻管因敗血症及營養不均衡等問題，致死率高達5-20%(Davis & Johnson, 2013)。形成腸皮膚瘻管的原因可能為手術中腸道吻合部位裂開、癒合不佳、營養不良或感染問題所致(Kate, 2014)。治療瘻管以液體的補充、引流局部膿液、控制瘻管排出物及傷口周圍皮膚照護為照護重點(Schechter, 2011)。

二、皮膚瘻管之相關照護

瘻管周圍皮膚由於長時間曝露在排出物中，受到排出物對皮膚的刺激，而導致皮膚完整性受損，故腸皮膚瘻管的護理目標為保持瘻管周邊皮膚完整性，維持引流暢通，適當的營養補充，保持電解質平衡及控制氣味促進病人的舒適(吳，2013；Bryant & Nix, 2012)。瘻管的評估與記錄包含：瘻管的根源、排出物的性質、每日排出物引流量的觀察與記錄、瘻管開口的高度與位置、瘻管周邊皮膚的完整性(吳，2013)。

(一)傷口照護方面

在傷口周圍使用無痛保膚膜或人工皮，在瘻管凹陷處使用Aquacel Ag，此敷料好處在於其利用纖維垂直吸收，可鎖住滲液形成凝膠，保持適當傷口濕潤且有抑菌效果，而卡地姆碘敷料其優點為吸收傷口滲液、促進傷口癒合、有效抗菌、粉狀劑型吸足傷口滲液後形成易去除膠體，減少換藥時疼痛(楊，2013)。

(二)疼痛

造成傷口疼痛問題除了術後傷口疼痛外，不適當的換藥方式、發炎反應及病人疼痛感受也是造成疼痛的原因，而文獻指出換藥常被病人認為是最痛苦的護理措施(王等，2014)。傷口換藥包括移除敷料、清潔傷口、覆蓋敷料及固定敷料。緩解傷口換藥疼痛之護理措施包含：換藥前給予短效、副作用小的止痛劑，合宜的換藥技術，選擇合宜之傷口敷料及減少換藥頻率，分散注意力，音樂治療等方法(靳，2007)。

(三)腸皮膚瘻管飲食指導

因消化液及大量蛋白質會經由瘻管流失，大部分瘻管病人會有營養不良、體液電解質不平衡的現象，而需依據病人瘻管部位不同，採取不同種類營養補給(吳，2013)。元素飲食是由胺基酸、單醣、脂肪酸等簡單分子所組成，在腸道中極易被吸收、消化，以保持小腸結構及功能的完整性，並提供病人的營養需求(謝，2009)，其易溶於水且低渣，為營養成分均衡的飲食，臨床上再搭配高熱量及高蛋白飲食，以提供身體足夠蛋白質及熱量作為體組織修復及新生作用(蕭，2009)。

三、失智症患者與照顧者壓力及其護理

失智症為漸進性認知功能減退而造成記憶力受到影響，使得個人正常生活能力受損，而失智症患者也會因不同的時期產生不同的症狀及產生不同程度的影響患者生活自理能力，而以後期記憶喪失嚴重，導致產生患者無法獨立自我照顧，目前治療方式為延緩疾病的進展或改善症狀(梁、程、陳，2014)。因失智症是一種緩慢進展的疾病，隨著病程進展而漸漸無法獨立完成家務或生活自理，而造成照顧者身、心的負荷(梁等，2014；郭、劉、甄，2014)，個案的問題行為及症狀是導致照顧者受到身心折磨及負荷的主要來源(黃，2011)。照顧者常見壓力，如：睡眠不足、疲倦、精神緊張之生理問題，無助與焦慮等心理問題，及社交與娛樂減少等社會問題，致影響工作及減少家庭收入等經濟問題，故應適時提供照顧者疾病相關知識與支持，以減少照顧者負向感受，促進照顧者與個案間的良好關係，並運用傾聽照顧者而提供情緒、心理的支持，以提升照顧者自我價值，藉此協助照顧者自我調適，降低壓力及無助感(鄭、賴、陸，2012)。

一、個案簡介

張女士，87歲，已婚，不識字，年輕時務農，以臺、客語溝通，信仰佛教，育有6子女，患有失智症5年，住院期間由案媳為主要照顧，子女會輪流來醫院探視個案。

二、過去病史

2009年3月行右側股疝氣無腸切除術及4月行股疝氣及腸沾黏分離合併腸切除

術後，同年亦發現罹患失智症於門診追蹤，2013年診斷高血壓，均規則服用藥物。

三、此次求醫過程

2014年4/5因腹痛至急診求治，診斷為腸阻塞。4/6行腸黏連與腸減壓，並修復腹壁疝氣及右側股疝氣。4/10因手術傷口有黃色滲液而行拆線，傷口大小為 $18*3.5\text{cm}^2$ ，以生理食鹽水紗布濕敷，4/20開放性傷口下段可見5公分腸子外露，並予傷口低壓抽吸 $20\text{cmH}_2\text{O}$ 使用，排泄物量約 $1,300\text{c.c}/\text{天}$ 。7/23因病況穩定、傷口無感染且持續縮小，進行腹部腸外露縫合手術，於術後轉入加護病房觀察。

四、護理評估

於2014年5/21- 6/20護理期間，以直接照護方式、運用觀察、與家屬訪談及護理評估等技巧，並以Gordon 11項健康功能型態評估進行，資料收集如下：

(一)健康認知及健康處理型態：

個案雖罹患高血壓，但入院後血壓保持在 $110/60\text{ mmHg}$ 左右，故暫停降血壓藥物。失智症發病前喜愛戶外運動，案子經常陪同去爬山，以清淡飲食為主，發病後因逐漸退化，時常坐著發呆，住院中以案媳及照顧服務員共同照顧，5/21案子表示：「2009年開疝氣之前，疝氣已發生約5年，因害怕開刀疼痛，故一直拒絕至醫院求治，平時感冒也是很嚴重才到診所求醫。」

(二)營養代謝型態

入院時身高 151 cm ，體重 52.2 kg ，BMI： $22.9\text{ kg}/\text{m}^2$ 屬正常範圍。5/24體重為 49.5 公斤，經由營養師評估個案理想體重計算為身高 $(1.51\text{ m})^{2*}$ BMI $(22\text{ kg}/$

m²)=50.2公斤，應攝取熱量為50.2公斤*35大卡=1,757卡/天，蛋白質攝取量為1.5克*50.2公斤=75.3克/天。因牙齦萎縮，假牙鬆脫，不愛戴假牙，食物以軟食、切碎為主。入院前胃口正常，不喜愛水果，住院後偶爾喝水會噎到，可由口進食少量布丁、蒸蛋等，大部分由鼻胃管灌食、採醫院元素飲食、家屬所準備魚湯、水果、蒸蛋、新鮮肉類等食物打成流質灌食。5/21-5/24管灌量可達2,500-3,000c.c./天。口腔黏膜完整、皮膚乾燥脫屑無彈性、頭髮無光澤易斷裂，5/22抽血 albumin：2.01 g/dL，Hb：9.3 g/dL。以上評估個案有營養不均衡護理問題。

(三) 排泄型態：

入院前個案有便秘問題，約2-3天解黃色硬便，小便色黃無沉澱物、無灼熱感。4/6 BUN：22.2 mg/dL、Cr：0.61 mg/dL；術後4-5天解便約150g/次。4/10腹部傷口開始滲出黃色液，4/20腹部傷口抽吸，傷口滲出糞水1,300c.c./天，屬高排出量瘻管。依灌食內容不同，糞水的濃稠度也有變化，傷口周圍紅腫、浸潤，導致傷口周圍人工皮無法密貼，傷口周圍有1.5cm向外擴張發紅情形。以上評估個案有皮膚完整性受損護理問題。

(四) 活動與運動型態

5/21案子表示：「我媽年輕時協助我父親一起務農，愛乾淨，每天打掃家裡，在2009年失智症發病前，可與外傭一起照顧我中風的爸爸。假日與我們一家出門爬山，失智症發病後多與外傭待在家」，住院前個案可自行執行日常活動，肌力均為5分。此次入院後，抽吸器

持續接在腹部抽吸滲液，下肢肢體肌力3分，上肢肢體肌力4分。沐浴、進食、穿衣、如廁皆需別人協助。日常生活功能量表(ADL)之巴氏量表30分(總分100分)為完全依賴程度。以上評估個案有身體活動功能障礙護理問題。

(五) 睡眠休息型態

5/22案媳表示：「我婆婆住院後晚上9點入睡，早上5點起床，晚上約有1-2次夜尿情形，但醒來後易再度入睡，不需服用藥物。」，觀察個案中午約有2-3小時午睡。開刀後半夜會因傷口滲濕而中斷睡眠，幸而白天有午睡，不致有打哈欠、倦怠等情形。案媳表示自己白天要上班，晚上到醫院照顧個案，因為個案半夜常需上廁所及傷口會滲濕，致案媳睡眠斷斷續續，感到很疲憊且無助。以上評估主要照顧者有無助感護理問題。

(六) 認知及感受型態

個案患有失智症，對人、地、時間不太清楚，會將照顧服務員誤認為女兒，記憶力差，但無幻視、幻聽等方面的問題，5/23詢問個案當天稍早的事，會表示：「我已經忘記，不記得了」。輕微重聽，失智症評估量表11分(mini-mental state examination)，為中度失智症，5/21家屬表示：「她過去沒想過要學習識字，對新事物的接受度不高」。換藥時，個案會顫抖、緊閉雙眼、會發出「喔……，傷口怎麼這麼痛」的呻吟聲，雙手會想按壓傷口等情形。以上評估個案有疼痛護理問題。

(七) 自我感受-自我概念型態

個案應對有禮，打針或換藥結束，都會向護理人員說：「謝謝，你們很乖」。看到案媳打哈欠也會叫案媳再睡

一下，主訴：「我自己可以下來上廁所」。對於事物的認知或記憶方面較為退化，對於日常事物和短長期記憶常流露出茫然不知的眼神。

(八)角色關係形態

平時與案夫、外傭同住，但案子一家經常到家裡，年輕時家裡決策者為案夫，退休後決策者為案子、案媳。家人對於個案的態度溫和且包容。對於個案即將接受第二次瘻管縫合手術表示擔心。5/21家屬表示：「我媽在鄉下時經常與鄰居走動，來到城市居住後較無與街坊鄰居互動。」

(九)性一生殖型態

結婚65年，育有4女2子，孩子已成家立業多年，已停經超過20年，無其他異常症狀。

(十)應對—壓力—耐受型態

失智症發病前情緒穩定，遇到困難會告知案子、案媳共同討論解決。案子

為決策者，個案能尊重且肯定他人的決定。

(十一)價值信仰型態

信仰佛教，平時常由案子一家人陪同至廟宇參拜，遭遇困難或重大改變時會至廟裡拜拜求心安，住院期間於床頭放置佛經機播放佛經。

問題確立

綜合上述評估確立個案護理問題有：

1. 皮膚完整性受損／與刺激性排泄物長期浸潤、與手術傷口有關。
2. 疼痛／與傷口周圍皮膚紅腫潰瘍、與手術傷口有關。
3. 營養不均衡／與瘻管持續滲出排泄物、無法完全由口進食有關。
4. 主要照顧者無助感／與個案患有失智症及腸皮膚瘻管照護困難有關。
5. 身體活動功能障礙／與長期臥床有關。因篇幅限制，在此依照護優先順序討論四個護理問題。

(一)皮膚完整性受損／與刺激性排泄物長期浸潤、與手術傷口有關

資料收集	<p>主觀資料 5/21 案媳：「為什麼傷口一直濕？一天換藥那麼多次，皮膚都破了」 5/22-23 案媳：「流出來的東西是什麼？為什麼臭臭的？不會感染嗎？」</p> <p>客觀資料 5/21 1. 腹部中間有一開放性傷口約16*3.5 cm² 2. 腹部中央傷口周圍有1.5公分向外擴張的紅腫、浸潤 3. 傷口周圍紅腫皮膚表面潮濕，且不斷受到刺激性排泄物浸潤，靠近病床即聞到糞便味 4. 開放性傷口每天約有1,300c.c土黃色排泄物引流出 5. 一天換藥6-7次，換藥時傷口會自發性出血</p>
護理目標	<p>6/5皮膚周圍浸潤能縮小至1公分 6/10腹部傷口排泄物量可降到1,000c.c以下 6/20前換藥次數能由原本一天6-7次降為一天4次</p>
護理措施	<p>1. 每班評估傷口外觀及排泄量、顏色、味道，有無特殊變化如持續出血與紀錄，並與醫師討論與選擇換藥方式(如傷口周圍使用無痛保膚膜或人工皮，瘻管凹陷處使用Aquacel A敷料或卡地姆碘敷料等)，以減少換藥次數與換藥時之疼痛</p>

(一)皮膚完整性受損／與刺激性排泄物長期浸潤、與手術傷口有關

護理措施	<p>2.5/23觀察瘻管引流情形，並依醫囑以nelaton內接抽痰管放置於傷口下段，並予20cm H₂O低壓抽吸引流與觀察抽吸情形</p> <p>3.5/25傷口周圍浸潤傷口予人工皮黏貼，使用生理食鹽水濕紗濕敷開放性傷口，以減少滲液浸潤</p> <p>4.5/29後以nelaton合併低壓抽吸排泄物至收集瓶內。</p> <p>換藥步驟如下：</p> <p>4-1準備：採平躺姿勢，緩慢移除敷料</p> <p>4-2清潔：以生理食鹽水濕潤口腔棉枝，動作輕柔清洗傷口周圍</p> <p>4-3剪裁適當大小的aquacel Ag放入開放性傷口</p> <p>4-4傷口周圍紅腫浸潤傷口以卡地姆粉劑敷料輕灑</p> <p>4-5將nelaton放入開放性傷口中，依醫囑給予20cmH₂O低壓抽吸</p> <p>4-6乾紗鬆塞至開放性傷口中，紗布棉墊覆蓋</p> <p>4-7固定管路，以防抽吸開口移動</p> <p>5.傷口敷料每班更換，引流排泄物之管路每天更新與觀察</p> <p>6.採低渣飲食以預防排泄物濃稠導致抽吸功能不佳，採低渣飲食種類，如去皮、筋的嫩肉、過濾蔬菜汁或加工豆製品，如：豆漿、豆腐、豆花，及一天兩次MgO及睡前sennoside服用</p> <p>8.與營養師討論合適的管灌飲食及額外補充水果、蔬菜及新鮮肉類，以補充個案蛋白質(如瘦肉、蒸蛋等)及維生素A、B、C(如葡萄、奇異果等)以利傷口癒合</p>
評值	<p>6/5開放性傷口15.5*3.5 cm²，傷口出血少量，給予加壓後可止血，皮膚周圍浸潤皮膚縮小至1.2cm，因傷口周圍浸潤傷口人工皮易脫落，使傷口敷料不易固定，且管灌食物影響排出物濃度，故抽吸功能時好時壞，每次換藥僅能維持4小時，與醫師討論後另評估其他適當換藥方式</p> <p>6/10傷口排出量減少為950c.c/天</p> <p>6/20以22號nelaton抽吸後因管路洞口大，排出物濃稠度不受影響，且卡地姆粉劑不易使敷料滑脫，一天換藥次數降為4-5次，皮膚周圍浸潤皮膚所小至1cm</p>

(二)疼痛／與傷口周圍皮膚浸潤、紅腫、與手術傷口有關

資料收集	<p>主觀資料</p> <p>5/21-5/23 「啊，傷口怎麼這麼痛。」、「傷口也痛、旁邊也很痛，怎麼會這樣？」</p> <p>5/23 案媳：「她傷口這麼大、皮膚這麼紅，你換藥輕一點，她看起來很痛」</p> <p>客觀資料</p> <p>5/21</p> <p>1.執行傷口換藥時出現雙手顫抖、緊閉雙眼及雙手抵抗等情形，並發出呻吟聲</p> <p>2.主訴疼痛十分量表指數為5-6分</p> <p>3.換藥時生命徵象為PR：106下/分、RR：16下/min、BP：146/68mmHg</p> <p>4.腹部中間有一開放性傷口約16*3.5公分，周圍有1.5公分向外擴張的紅腫、浸潤</p>
護理目標	<p>5/25家屬能協助個案執行緩解疼痛技巧至少兩項</p> <p>6/10換藥時個案無皺眉、顫抖及抗拒情形發生</p>
護理措施	<p>1.每班執行疼痛評估，包括生命徵象、臉部表情、疼痛部位、強度及持續時間，評估疼痛加重及緩解的原因</p> <p>2.換藥前30分鐘，依醫囑給予口服acetaminophen 500mg/tab 1PC，預防不適感</p> <p>3.每次換藥前，向個案解釋換藥步驟，並握住個案雙手，安撫個案情緒</p> <p>4.協助個案採舒適臥位，動作輕柔並適當支托腹部</p> <p>5.以生理食鹽水濕潤敷料後再使用濕潤棉枝，以滾輪式輕柔移除敷料及清洗傷口排泄物，填塞紗布勿過緊以防紗布緊黏於組織上，給予無痛保膚膜保護傷口周圍浸潤組織</p> <p>6.換藥時可請看護或家屬與個案聊天以分散注意力，或讓平時有聽佛經習慣的個案聽佛經，請個案一邊覆頌</p> <p>7.定時觀察個案傷口敷料，如有傷口滲濕時，立即更換衣物及床單，增加舒適度</p> <p>8.協助個案每天擦澡，且注意傷口周圍有無存留之排泄物，以增加個案舒適度</p> <p>9.傾聽個案對疼痛的抱怨，並表達關心其感受，並適時回饋稱讚個案之勇氣</p>

評值	5/25個案能於換藥時聽佛經、與家屬聊天等方法以減輕疼痛 6/10換藥時個案面部表情平穩，無皺眉、顫抖情形發生，評估疼痛十分量表為3分
----	--

(三)營養不均衡／與瘻管持續滲出排泄物、無法完全由口進食有關

資料收集	<p>主觀資料</p> <p>5/21 「我的腳怎麼變得這麼瘦」、「我現在都沒力氣站起來」</p> <p>5/22 家屬：「她現在只能喝牛奶嗎？這樣夠嗎？」</p> <p>客觀資料</p> <p>5/21</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.上肢肢體肌力4分，下肢肢體肌力3分，下肢水腫1-2+ 2.個案上下排牙齒各二，無法咀嚼食物，手術後鼻胃管留置 3.從4/20體重52.2公斤下降至5/24 49.5公斤，開放性傷口每天約有1300c.c土黃色排泄物引流 <p>5/22 攝入量=2,650g，排出量=2,270g</p> <p>5/24 1.血紅素：9.3g/dL、白蛋白：2.01g/dL</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.口腔黏膜濕潤、皮膚乾燥脫屑無彈性、頭髮無光澤易斷裂 3.醫囑開立TPN run 55c.c/hr+L-R輸液，以做為瘻管流失量Q8H補充依據
護理目標	<p>5/25照顧者可說出並準備高蛋白、高熱量且低渣飲食種類3種</p> <p>5/30個案體重未再下降，且無下肢水腫情形</p> <p>6/15瘻管排出物的量能減少至800c.c以下/天，增加由肛門排便次數</p> <p>6/20體重能增加至51公斤，白蛋白上升至3g/dL</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.與營養師及照顧者討論個案的熱量需求及食物攝取種類，評估攝取之熱量為1,757卡/天，蛋白質攝取量為75.3克/天 2.鼓勵家屬準備高蛋白、高熱量、低渣食物如冰淇淋、起司、去皮、筋的瘦肉等，打成流質飲食管灌以額外補充熱量 3.鼓勵個案在進食灌食前坐輪椅下床活動以幫助腸胃蠕動 4.增加元素飲食管灌次數，由一天5次增加至6次，且餐與餐之間鼓勵個案由口進食 5.床邊隨手可得個案愛吃的食物如布丁及蒸蛋，且增加食物的多樣性，以促進個案食慾 6.衛教照顧者高蛋白奶粉、雞蛋、瘦肉、花生、黃豆等都是蛋白質來源，可多準備或購買此類食物，並處理至軟爛可食用的程度 7.選擇濃縮、體積小及易消化食物，如瘦肉粥，自製新鮮水果汁，勿進食油炸及高纖維食物，如炸雞、芹菜及鳳梨等 8.鼓勵照顧者陪伴個案用餐，保持心情愉悅，每班紀錄個案每餐進食種類及份量 9.24小時監測個案體液輸入及輸出量，定期監測體重、蛋白質、電解質並紀錄 11.依醫囑適當給予靜脈輸液以維持水分及電解質，6/21-6/23依醫囑予補充白蛋白輸液一天兩次*3天
評值	<p>5/25照顧者可說出3種高熱量高蛋白低渣食物，如起司蛋糕、過濾果汁、瘦肉粥</p> <p>5/30體重為49.5公斤，下床後1小時無下肢水腫情形</p> <p>6/15瘻管土黃色排泄物量為850c.c，約每2天能由肛門解一次黃色硬便，因瘻管排出物的量未能達到目標值(減少至800c.c以下/天)，與照顧者續討論與調整灌食內容</p> <p>6/20體重為50公斤，白蛋白2.89g/dL，體重及白蛋白未達目標，與醫師討論後，家屬同意於6/21-6/23自費補充白蛋白共六瓶。術前7/20測量血紅素：11.3g/dL，白蛋白3.05g/dL</p>

(四)主要照顧者無助感/與個案患有失智症及腸皮膚瘻管併發症照護困難有關

資料收集	<p>主觀資料 5/22-5/30案媳：「我婆婆本來就有失智症，現在傷口又變成這樣，跟她說怎樣對身體好她又不聽…，到底要怎麼辦？」、「明明早上才剛離開病房，她卻跟我抱怨很多天都沒來探望、我都不關心她」、「白天看護照顧的時候我才能放心，晚上我照顧她，我都沒辦法好好睡」、「平時也只有我們一家人在照顧我婆婆，我先生的其他兄弟都只出一張嘴，平時也沒看到人，有什麼事情都怪我們沒照顧好，我壓力真的很大」</p> <p>客觀資料 5/21 1.案媳跟護理人員抱怨時很無奈、疲倦、侃侃而談，似終於有人能聽他訴苦 2.案媳跟個案講話時不時嘆氣，顯露無助</p>
護理目標	<p>6/1案媳能主動說出照護上的無助及壓力 6/5案媳及家人能了解失智症疾病及腸皮膚瘻管的相關照護知識 6/15家人能主動分擔照顧者的功能</p>
護理措施	<p>1.引導案媳說出不滿，護理人員可成為案媳的心理支持來源及發洩管道 2.主動關心及傾聽案媳的身心狀況，並提供鼓勵、支持 3.請社工介入，與案媳親人協商照顧責任分擔，如大家可提供的照護時間，輪流照護個案 4.針對家屬反應照護失智症個案上之困難，但未曾聽聞或參加任何失智症照護團體之經驗，故再次提供臺灣失智症協會「認識失智症」及中華民國大腸直腸外科醫學會所提供「肛門膿瘍及瘻管照護」的相關資料及衛教，並案媳主動參與照顧時，予口頭鼓勵，以提升案媳自我價值 5.幫案媳介紹其他有相同經驗照顧者，彼此分享照護經驗、相互學習、鼓勵，減輕照顧者壓力 6.提供家屬臺灣失智症協會的諮詢專線：0800-474-580</p>
評值	<p>6/1案媳：「我以前根本沒聽過腸皮膚瘻管，問親戚大家也都說不知道，照顧起來很慌張，還好你們都會跟我說怎麼照顧，我現在對自己比較有信心」 6/5案媳：「真的很謝謝你們還幫我介紹其他照顧者，大家一起訴苦、討論要怎麼照顧比較好，他們也都會鼓勵我，大家都好好喔」 6/15案媳：「最近我小叔們及弟媳願意一個禮拜來顧兩天，雖然只有兩天，但我覺得很高興，他們也可以體會我照顧上的辛苦，而且我也可以回家休息一下」</p>

結論與討論

本文中個案因患有失智症及腸阻塞術後導致腸皮膚瘻管等合併症，面對腸皮膚瘻管及持續滲出排泄物，進而嚴重影響個案及家屬的生活品質。筆者與醫療團隊照護上更換了許多不同方法，發現因補充營養使用自製管灌配方，雖能符合個案營養上所需，卻影響排出物的濃稠度而導致抽吸功能時好時壞，且因周圍皮膚浸潤導致人工皮黏貼不易，使得傷口經常滲濕，最後利用較大管徑的nelaton抽吸傷口，使用卡地姆粉劑取代

人工皮輕灑在傷口周圍，最終能維持傷口周圍乾燥、減少換藥次數，增加個案舒適度。對於主要照顧者提供抒發管道、傾聽及支持及給予個別性衛教，讓照顧者生、心理取得調適，減輕壓力及無助感，這與梁等(2014)及郭等(2014)所提出失智症照護者之照顧負荷與患者的認知障礙嚴重度與自我照顧能力具相關性，而給予照顧者支持也是很重要的照護重點。

而個案患有失智症，無法與個案深度談論面對此壓力的想法以提供因應措

施，且有時無法正確評估病患疼痛指數以緩解程度，為照護上一大限制；另因個案瘻管位置等因素，使得傷口癒合及營養吸收不如預期，照護上甚是困難。

傷口的評估與處理，為護理人員需要具備的照護重要技巧，對於不易處理的傷口，應與醫療團隊多次討論，才能找出最適合方法。筆者在照護過程中，深刻體驗到除了基本的護理知識及技巧外，臨床上更應依個案的瘻管位置、瘻管大小、及排出物的量、性質去提供合宜個案傷口護理計畫。與Davis & Johnson (2013)所提出瘻管傷口是臨床上困難傷口照護之一，應依個案傷口狀況不斷給予評估與選擇合適照護方式，才能有效改善瘻管傷口一致。筆者亦發現臨床上有照顧此類個案經驗的護理人員不多，建議臨床可定期舉辦困難傷口照護案例討論，藉由跨領域討論以提供更佳的照護方式，亦期藉本文提供臨床照護類似個案之參考，以共同提升照護品質。

參考文獻

- 王惠美、趙慧玲、黃薇瑄、廖婉君、胡曉珍、陳德芳、于博芮(2014)·一般外科病患術後傷口換藥疼痛改善專案·*領導護理*，15(3)，96-107。
- 吳蕙菱(2013)·傷口瘻管的處理·於于博芮總校閱，*最新傷口護理學*(二版)，308-323·台北：華杏。
- 梁家欣、程蘊菁、陳人豪(2014)·失智症之重點回顧·*內科學誌*，25(3)，151-157。
- 郭穎樺、劉文良、甄瑞興(2014)·*中文修訂版照顧者負擔量表測量失智症主要照顧者負擔之信效度*·11(1)，63-76。doi：10.6200/TCMJ.2014.11.1.07
- 黃正平(2011)·*臨床老年精神醫學*(二版)·台北：合記。
- 楊晴文(2013)·傷口敷料之選擇與運用·於于博芮總校閱，*最新傷口護理學*(二版)，153-157)·台北：華杏。
- 靳燕芬(2007)·傷口換藥疼痛護理·*護理雜誌*，54(3)，87-91。doi：10.6224/JN.54.3.87。
- 鄭惠美、賴郁杰、陸瑞玲(2012)·護理指導團體增進失智症病人家屬照顧之成效·*榮總護理*，29(2)，110-117。doi：10.6142/VGHN.29.2.110。
- 蕭國鳳(2009)·高蛋白高熱量飲食·*膳食療養學實驗*(二版)·台中：華格。
- 謝淑玲(2009)·元素飲食·*膳食療養學實驗*(二版)·台中：華格。
- Bryant, R. A., & Nix, D. P. (2012). *Management of draining wounds and fistulas*, Acute and Chronic Wounds, (4th ed.) St. Louis, MO: Mosby.
- Davis, K. G., & Johnson, E. K. (2013). Controversies in the care of the enterocutaneous fistula. *Surgical of Clinics North America*, 93(1), 231-250. doi:10.1016/j.suc.2012.09.009
- Kate, V. (2014, January 23). *Enterocutaneous Fistula*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/1372132-overview>
- Schechter, W. P. (2011). Management of enterocutaneous fistulas. *Surgical of Clinics North America*, 91(3), 481-491. doi:10.1016/j.suc.2011.02.004
- Tong, C. Y., Lim, L. L., & Brody, R. A. (2012). High output enterocutaneous fistula: A literature review and a case study. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 21(3), 464-469。

The Nursing Experience of a Dementia Patient with Postoperative Enterocutaneous Fistula

Yi- Rou Lin, Yueh-E Lin*

ABSTRACT

This study presented the nursing experiences of a moderate dementia patient complicated with postoperative enterocutaneous fistula. The nursing period lasted between May 21st and June 20th, 2014. Gordon 11 functional health patterns were applied to assess patient's condition, and the following nursing problems were identified: impaired skin integrity, pain, nutritional imbalance, and helplessness in the primary caregiver. To accommodate these problems, the following nursing care were provided: reduce excrement leakage on the skins surrounding the fistula, facilitate comfort by employing low pressure suction and changing dressing methods; relief pain by approaching the patient's pain reaction with empathy and distract the patient's attention when dressing; reduce the wound and stabilize the condition by offering appropriate tube feeding diet and individualized health care to prepare for fistula closure; educate caregiver on difficult wound care and enhance the caregiver's life quality by providing emotional relief and support. The nursing experience can serve as a reference for nursing future patients with similar conditions. (Tzu Chi Nursing Journal, 2015; 14:4, 89-98)

Keywords: dementia, enterocutaneous fistula, postoperative

RN, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou; Supervisor, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Adjunct instructor, Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, & Doctoral Student, School of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences*

Accepted: November 16, 2014

Address correspondence to: Yueh-E Lin No.5, Fusing St., Gueishan Township, Taoyuan County 333, Taiwan
Tel: 886-3-328-1200 #2804 ; E-mail: amy436643@cgmh.org.tw