

一位食道切除個案再次重建之 手術全期護理經驗

史紋綺¹、林春珍²

中文摘要

本文敘述一位69歲男性因食道腐蝕性灼傷切除食道後再次接受重建之手術全期護理經驗。於2020年1月28日至2月8日，經由訪談、傾聽、身體評估及查閱病歷方式收集資料，運用手術全期照護之概念確認主要健康問題為焦慮、潛在危險性手術情境傷害及疼痛等。運用多媒體影音提供正確手術資訊，並傾聽病人感受以緩解焦慮；術中給予正確擺位及防護措施，避免潛在危險性手術情境傷害發生；術後利用非藥物方式緩解病人疼痛，促進早期下床，避免併發症產生。透過團隊合作照護使個案逐漸康復，同時學習返家的自我照護，希望藉此經驗分享面對食道重建手術的個案應先關注心理需求，透過資訊提供讓其瞭解疾病照護重點協助其回歸原有生活。(志為護理，2024; 23:1, 128-138)

關鍵詞：食道腐蝕性灼傷、食道重建、手術全期護理

前言

臺灣自殺身亡人口逐年攀升，2020年已經是國人死因第11位(衛生福利部，2021)。其中以「固體或液體物質自殺及自為中毒」占最高(林，2020)。食道腐蝕性灼傷個案為恢復由口進食，需要行食道重建手術，手術成功率約77%(郭等，2018)；過程帶給個案及家屬身心莫大的衝擊，藉由手術全期的整合性照

護，降低個案及家屬術前的不確定感、焦慮，減少手術中風險，促進術後恢復極其重要。

個案先前因照護妻子的壓力而服用腐蝕性物質自殺確診為憂鬱症，因一時衝動導致永久性的傷害，不僅承受肉體痛苦也無法由口進食，備受煎熬，為恢復由口進食行食道重建，面臨第二次手術使個案更焦慮不安，故激發筆者想探討面臨再次手術的情緒照護需求，希望透

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理師¹、高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部副主任²

接受刊載：2023年6月12日

通訊作者地址：林春珍 807高雄市三民區自由一路100號

電話：886-9-2276-1015 電子信箱：alice840122@gmail.com

過手術全期護理模式減緩疾病對其造成的衝擊，除提供手術全期生理監測減緩不適，還要透過團隊合作與術後關懷訪視滿足其心理的缺憾，撫平其感情的失落，同時運用跨團隊照護模式減輕照護壓力，希望藉此次經驗面對腐蝕性食道灼傷個案，除了關注手術全期生理變化外，更要重視術後情緒的關懷。

文獻查證

一、食道腐蝕性灼傷及重建手術之概述

食道腐蝕性灼傷是指食道遭腐蝕性物質所侵蝕的損傷，常見以強酸或強鹼居多，在急性期8週後有80%會產生食道狹窄，需行食道擴張或重建手術來恢復原本功能，重建方式為截取部分腸胃道，例如：胃、空腸或結腸，用來替代原先狹窄或切除的食道(郭等，2018)。通常此類病人胃已遭腐蝕，故無法用胃來重建食道，臨床上空腸的蠕動、治癒能力及清潔程度優於結腸但易造成狹窄，所以右結腸重建食道為最佳選擇(Jan et al., 2020)。近90%腹腔沾黏是因過去曾經手術所造成，當人體組織受創時會釋出發炎物質導致沾黏，使再次手術時的出血量、困難度增加，造成個案對手術過程及結果產生焦慮(Hu et al., 2021)。

二、手術全期護理

手術全期護理是以病人為中心給予全方位的照護，讓手術全期獲得安全完善的照顧，手術全期包括以下三期(任，2012)。

(一)手術前期護理

指決定手術至送到手術室這段期間，此期對陌生環境、手術未知情境與無法

預期的結果產生焦慮及壓力，在等待手術的期間焦慮通常會達到高峰(任，2012)。運用「焦慮視覺類比量表」評估焦慮程度，0分為沒有焦慮，10分為極度焦慮；配合簡式健康量表(brief symptom rating scale; BSRS-5)評估其心理困擾狀態，預防再次自殺之情況，內容共6題，每題選項0-4分， ≤ 5 分為正常；6-9分為輕度，應關懷傾聽、引導情緒抒發；9-14分為中度，可轉介心理諮商或專業諮詢；15以上為重度，需給予專業輔導或精神科(王等，2019)。此期護理重點為透過術前訪視，主動建立良好的護病關係，藉由觀察、會談、傾聽及運用溝通技巧來鼓勵病人和家屬表達內心感受與情緒，透過圖像、衛教單張及多媒體教材讓病人及家屬充分了解術前準備、手術環境與過程、術後可能產生的引流管等，來減輕焦慮，並向其說明手術過程會由護理人員陪伴，減少不安全感，面對焦慮情緒時可運用音樂介入，減緩焦慮(洪等，2021)。

(二)手術中期護理

指病人上手術檯接受麻醉到完成手術的時間，當接受全身麻醉後喪失自我照顧能力，手術過程須完全仰賴他人照護(任，2012)。外科手術病人壓力性損傷發生率為18%，因長時間固定不動大於三小時，合併剪力、摩擦力及潮溼的情況下，人體組織會浸潤變軟、缺氧及皮下局部血管供應受損，產生壓力性損傷；而65歲以上及身體質量指數低於18.5kg/m²病人更是高風險族群(陳琬儒、許，2021)。護理重點為手術前後確認皮膚完整性及床單、布單平整，並選擇適

合的減壓墊分散壓力及剪力，術中注意保持皮膚乾燥，避免摩擦力產生。此個案臥位採平躺，容易受壓部位為腳跟、尾骨、肩胛骨及枕骨；平躺時雙手避免外展超過90度，防止肩關節脫位及臂神經叢損傷(辜等，2019)。術中注意體溫控制，低體溫會使免疫功能受損，傷口感染率增加、血小板功能減弱、凝血物質活性降低而抑制凝血功能，造成出血時間延長，引發心律過快、心律不整，嚴重導致死亡(方等，2017)。開始前確認所有管路及電極貼片無直接壓迫於皮膚，並將其用棉捲包覆，使用電燒儀器時，為預防電燒傷應選擇皮膚平坦富含肌肉且靠近切割處位置黏貼迴路貼片，應避開骨凸處、疤痕、毛髮旺盛處，未使用電燒筆時應將其放回收納盒遠離個案皮膚，手術前中後落實執行紗布、縫針、尖銳物及器械計數，避免異物滯留(任，2012)。

(三)手術後期護理

指進入恢復室或至病房、加護病房到病人完全恢復為止，此期照護重點為疼痛控制、預防傷口感染、提供術後護理指導及返家的自我照護方式；傷口疼痛在術後前幾天為最明顯問題，手術室護理人員應於手術後第2-3天至病房訪視個案，評估術後狀態(任，2012)。以疼痛十分量表來測量疼痛程度，0分為不痛，10分為最痛，並評估性質、部位及時間；再觀察手術部位有無紅、腫、熱、痛，避免術後傷口感染，增加疼痛，除藥物控制外，可配合舒適擺位、放鬆技巧、冷熱敷、束腹帶使用以及聽音樂轉移注意力，減輕疼痛不適之問題，促進

病人自在翻身及早期下床活動，減少術後合併症(陳威宏，2019)。

三、面對再次手術之心理壓力及其護理

面對二次手術會因過去經驗而感到害怕，害怕是一種的負面的情緒感受，自覺受到威脅，病人會因未知手術而產生不確定感及焦慮(陳俞里等，2019)。「不確定感」(uncertainty)是一種個人感官知覺，在無法控制自我時容易產生(朱等，2018)。術前對於即將面對的陌生環境、未知手術情境以及無法預期的結果，有較強烈的不確定感；不確定感使病人產生焦慮，造成血壓上升、心跳加快、術前血糖控制不穩等，會使麻醉使用劑量增加，進而影響傷口復原(張等，2018)。故此時護理重點應著重於提升自我調適能力，護理人員可以藉由建良好的護病關係，運用同理心傾聽並鼓勵表達感受，並適時提供相關資訊，減輕個案的不確定感，降低其焦慮，使安全感提升(陳俞里等，2019)。

個案簡介

一、基本資料

王先生69歲已婚國中畢業，慣用台語，信仰道教，未退休前為漁工，現已退休並以打零工為主，排行老么，有三個姐姐，育有三女，皆已成年且在外工作，與案妻同住，主要照顧者為看護及小女兒，家中經濟小康，罹病前沉默寡言，不愛與人爭吵，無不良嗜好。

二、過去病史及現在病史

個案罹患高血壓10年，規則服藥，無藥物、食物過敏史，家族未有精神科病史。於2017年12月案妻罹癌住院，家庭

生活起居需仰賴個案照顧，但案妻個性強勢、嘮叨，因此兩人常吵架，於2018年1月出現易怒，情緒起伏大，睡眠減少等情形；某次與老婆爭吵後吞服安眠藥及喝鹽酸自殺，就醫後被診斷為憂鬱症、食道腐蝕性灼傷，立即行食道胃切除及行空腸造瘻手術。此次住院因想再次由口進食，於2020年1月29日進行食道重建，入院時簡式健康量表(brief symptom rating scale; BSRS-5)測得5分，屬正常，且此次入院非因再次自殺或自傷造成，故無照會精神科。

護理評估

筆者自2020年1月26日至2月8日照護期間以訪視、會談、觀察、身體理學評估檢查及查閱病歷等方式收集資料。

一、生理層面

(一)一般外觀及身體心像

1月26日入院，身高176公分，體重56公斤，體溫367°C，心跳88次/分，呼吸12次/分，血壓132/87mmHg，SPO2 98%，左頸有一食道斷端，平日以造瘻袋覆蓋，顏色粉紅，左腹空腸造瘻置入一條矽膠鼻胃管，周圍皮膚呈現粉紅，無滲液，腹部凹陷，肋骨及劍突明顯清晰可見，評估腸蠕動音8-11次/分，四肢末梢皮膚溫暖，指甲呈現暗粉紅色，按壓兩秒內反白可恢復，皮膚乾燥輕微脫屑，眼瞼紅潤，眼白偏黃，頭髮乾燥粗糙呈灰白色。術中體溫362-367°C，心跳70-82次/分，呼吸12次/分，血壓93-103/62-77mmHg，血氧濃度98-100%；手術使用電燒、超音波手術刀切割組織及止血；術後留置導尿管一條，負壓引流

管四條，位置於左右頸部及腹部小腸、大腸吻合處，右鼻放置14Fr NG Tube引流吻合處血水與腸液；腹部傷口17公分，頸部傷口10公分，皆由紗布覆蓋。

(二)營養

身高176公分，體重56公斤，body mass index (BMI)值18，屬過輕(理想體重68公斤)，入院前無運動習慣，屬輕度活動量，經計算後每日所需熱量建議為1,492-1,741大卡〔BEE：66+(137.7*體重)+(5*身高)-(6.8*年齡)*1.2~1.4〕，住院前每日攝取3-4罐亞培安素(熱量約1,125大卡)，飲水量約800mL；術中靜脈輸液量N/S1200mL、L/R1,400mL；術後照會營養師調整管灌飲食，增加熱量攝取，以促進傷口癒合，改為一日灌食亞培安素6罐。

(三)睡眠

個案表示住院前服用stilnox協助入眠後夜眠時數約6-8小時，1月29日於等候室見到個案觀察個案神情疲憊、雙眼發紅，頻頻打哈欠，前日夜眠時數6.5小時；術後轉至加護病房當天給予鎮靜藥物，隔日拔管後甦醒，次日個案因疼痛關係夜眠時間約5-6小時，睡眠頻頻中斷，個案表示「常常在痛，睡的不是很好。」

(四)排泄

術前每日解尿3-4次，一次約300mL，每日解便1-2次，糞便顏色土黃性質稀軟，術中尿量800mL，術後留置導尿管，每日排出尿量約1,550-1,800mL，術後第二天解出少許色土黃知稀便。

(五)活動與休閒

入院前無運動習慣，屬輕度活動量，

個案表示平日興趣就是與街訪鄰居打麻將；1月29日進行食道重建手術採全身深度麻醉，平躺收手立正姿，評估受壓處為枕骨、肩胛凸、尾骶骨及足跟，消毒範圍從頸部以下至大腿上1/3；手術時間8小時，溫度維持20度；術後轉加護病房，運送期間確保安全，維持呼吸道通暢、生命徵象以及注意管路功能，於加護病房無下床活動；2月1日轉至一般病房在案女協助下坐於床緣，無下床活動，2月2日在案女協助下至病房外活動。

(六)身體健康狀況

1月27日檢查報告顯示Hb16.1g/dl，RBC5.4*10⁶/mm³，HCT46.7%，PLT 243*10³/uL，PT12秒，PTT24秒，GOT 22 IU/L、GPT 34 IU/L，albumin 3.6g/dL，CHOL186mg/dl，BUN14 mg/dl，creatinine0.7 mg/dl無明顯異常，術中出血量475mL，1月30日拔管後清醒表示「我的傷口會痛。」、「我覺得傷口脹脹的，肚子也酸酸的。」評估疼痛指數8分，要求使用肌肉注射止痛劑三次，藥物使用後疼痛指數下降至5分，引流總量220mL/天，呈淡紅色血水狀。1月31日至加護病房探視「我痛到都不敢動，不敢翻身。」測量心跳112次/分，呼吸17次/分，血壓152/96mmHg，面部表情僵硬，肌肉緊崩，評估疼痛指數為7-8分，引流總量175mL/天，呈淡紅色血水狀；2月1日引流管量120mL/天，呈淡粉色血水樣，傷口無滲液，疼痛指數下降至4-5分；2月2日引流管量50mL/天，呈淡粉色血水樣，疼痛指數3分。

二、情緒層面

1月28日術前訪視表示「會喝鹽酸是

因為老婆生病，所有家事都要我做，還要照顧她，我做不好她又會唸，覺得很煩！跟他吵架後我就吃安眠藥跟喝鹽酸。」、「老婆生病，我又沒有工作，一直花錢，感覺壓力很大，一時想不開就喝鹽酸。」、「如果再給我一次機會，我會不這麼傻，其實我很後悔變成這樣。」談話中眼眶發紅，語露擔憂「上次手術都沒做準備就被推進來開刀了，開刀後插了好多管子，真的很可怕！明天要開刀很緊張，希望今晚能夠好好睡。」、「開完身上有哪些傷口？會很痛嗎？」、「閉上眼睛還是會想到要開刀，開刀的時候你會在旁邊陪我嗎？」，言談中個案顯現焦慮、不安，簡式健康量表測得7分，屬輕度情緒困擾，焦慮視覺類比量表測得8分；2月1日術後訪視時詢問是否還有輕生念頭，個案搖頭表示「目前暫時沒有這種念頭，現在我最希望能夠看到我小女兒出嫁的樣子。」、「我原本以為每天跟老婆吵架已經夠痛苦了，所以我才會喝鹽酸，沒想到喝完之後，才是真正痛苦的開始。」觀察個案表情皺眉、眼眶發紅，言語間充滿悔恨。

三、社會層面

個案表示在罹病前自己是一位堂堂正正的大男人，負責賺錢養家，一手拉拔三位女兒長大，言語中面露驕傲及自豪，自從女兒長大後，自己也退休，退休後與案妻同住於鄉下，但2017年12月案妻罹癌住院，家庭生活起居需仰賴個案照顧，但案妻個性強勢、嘮叨，因此兩人常吵架，壓力倍增，加上經濟仰賴子女照顧，自覺自己不在像以前一樣，言語中透露低落，個

案表示平日也鮮少與他人透露自家狀況，認為家醜不得外揚。平日與兄弟姊妹甚少接觸個案表示「他們來找我，每次都是想要借錢，不來也好。」住院期間情緒無明顯起伏，少與病友互動、交談，大部分時間都在觀看手機，白天由看護照顧，晚上待小女兒下班後再至醫院照護，只有小女兒來探視時才會主動關心小女兒工作現況。

四、智能層面

國中畢業，能識字及寫字，慣用臺語，與人對答如流，住院前自我照護功能皆可獨立完成，住院期間對於護理人員之指導能正確執行，測試定向感、記憶力、抽象思考皆正常，1/28個案表示「我知道我在醫院，明天就要開刀了。」與其會談時注意力集中，思考邏輯正常。

五、靈性層面

信仰道教，個案表示以前工作時要出海前會至廟宇祈求出入平安，本次住院前也有至附近廟宇祈求手術順利，案女有為其祈求平安符，並將平安符掛置個案胸前為保手術順利，個案表示如果順利出院後會至廟宇還願，感謝菩薩保佑。

問題確立

綜合以上評估確認健康問題為手術前期：

- 一、焦慮/與即將面臨二次手術及缺乏手術相關訊息有關
- 二、手術中期：潛在危險性手術情境傷害/與麻醉制動、手術臥位、異物滯留及電燒使用有關
- 三、手術後期：急性疼痛/與手術傷口及引流管有關

護理措施與執行過程

一、焦慮/與即將面臨二次手術及缺乏手術相關訊息有關；筆者運用以下護理措施改善焦慮問題：

(一)主觀資料：

1/28「上次手術都沒準備就被推進來開刀了，開刀後插了好多管子，真的很可怕！明天要開刀很緊張，希望今晚能夠好好睡。」、「開完身上有哪些傷口？會很痛嗎？」、「閉上眼睛還是會想到要開刀，開刀的時候你會在旁邊陪我嗎？」1/29「一切都拜託你們了，要好好照顧我。」

(二)客觀資料：

1/26入院，預計於1/29行食道重建手術。1/28術前訪視言談中顯焦慮不安，焦慮視覺類比量表測得8分。1/29表情明顯疲憊，雙眼發紅，頻打哈欠，雙手握拳眉頭緊皺。1/29移床後測量體溫36.3°C，心跳104次/分，呼吸16次/分，血壓146/92mmHg。

(三)護理目標：

個案於1/28經術前訪視後能表示了解手術過程及注意事項至少三項，焦慮視覺類比量表能下降至3分以下；並於1/29到手術室後能說出焦慮來源，並運用放鬆技巧來減輕焦慮程度。

(四)護理措施：

1.評估個案焦慮來源並提供靈性支持

1/28術前訪視先向個案自我介紹，告知手術期間會全程陪伴照護，引導個案說出上次手術經驗及感受，傾聽對於手術的想法與擔憂，並藉由非語言的方式例如輕拍其肩，來同理他的感受，提供

附近廟宇位置，供個案獲得靈性支持。

2.提供手術相關信息

1/28運用圖片資料說明手術環境，增加對陌生環境之安全感，運用手術前注意事項影片來解釋手術流程及術前準備，並向其說明須配合執行原因。訪視後個案表示「我已經知道大概的手術過程了」、「我前一天12點後就不能灌食東西，身上的金屬物品、假牙都要拿掉。」、「晚點還要吃瀉藥跟灌腸。」，再次評估個案焦慮視覺類比量表為3分，焦慮程度下降。

3.提供陪伴與支持以減輕焦慮並教導放鬆技巧

1/29個案入手術室時先向其打招呼，關懷他的感受，並給予陪伴增加安全感；教導深呼吸技巧，深吸3秒，吐氣兩秒的方式來減輕焦慮，麻醉時輕握其手陪同接受麻醉。個案看見筆者後雙手緊握筆者的手表示「你來啦！我很緊張，雖然知道等等要幹嘛，但是沒人陪我進來，我就沒有安全感。」移床後在陪同下緩慢深呼吸，接受全身麻醉。

二、潛在危險性手術情境傷害/與麻醉制動、手術臥位、電燒使用及異物滯留有關；筆者運用以下護理措施改善潛在危險性手術情境傷害問題：

(一)主觀資料：

1/29採全身麻醉，固定不動，無法收集主觀資料。

(二)客觀資料：

1/29早上8:00入手術室行食道重建手術，預計手術時間8小時，採平躺立正姿；麻醉前體溫36.7°C，心跳98次/分，呼吸14次/分，血壓144/96mmHg。

1/29術中使用電燒及Harmonic超音波手術刀。

1/29評估受壓處為枕骨、肩胛凸、尾骨以及足跟，身上皮膚除了空腸造瘻處及左頸食道段端，其他完整無破損略顯乾燥。

(三)護理目標：

1/29手術結束清醒後確認無神經肌肉損傷、壓損傷及電燒傷，並於手術後立即確認無異物滯留於體內。

(四)護理措施：

1.提供正確臥位保護措施

1/29使用C型頭圈、棉捲、全身減壓墊、足跟墊與毛毯保護平躺時受壓處，並確認床單、毛毯平整；使用約束帶確保病人手術中臥位安全，與肢體預留二指幅之空間；並確認所有管路無壓置於身體下，避免壓力性損傷產生。1/30氣管內管移除後清醒，四肢溫暖，血循良好，脈搏強度一致，肢體活動度良好，無神經肌肉損傷，除傷口外無其他不適。

2.避免電燒傷產生

導電迴路貼片貼於富含肌肉處，使用酒精性優碘及酒精消毒，先於兩側放置毛巾，待消毒完後移除，避免消毒溶液過多導致電燒傷產生，待完全乾燥後再給予醫師使用電燒刀。手術開始前確認電燒機及超音波手術刀功能，並檢視導電迴路是否正常。1/29手術於16:40結束，術後留置導尿管一條，引流管四條，位置分別於左右頸部及腹部小腸、大腸吻合處，右鼻放置14Fr NG Tube引流吻合處血水與腸液，腹部傷口17公分，頸部傷口10公分，皆以紗布覆蓋，

除開刀傷口外無其他皮膚壓損傷及電燒傷；

3. 正確計數並記錄避免異物滯留

手術前確認手術器械、耗材皆已滅菌，並檢視其完整性；並共同確認器械、紗布、腹部墊、縫針及尖銳物計數，並登錄於計數白板，每次縫合任一腔室前再次核對計數，傷口縫合後再次確認計數；並於術中隨時確認器械、紗布顯影線完整性。1/29手術後器械、紗布、腹部墊、縫針及尖銳物數量皆符合。

三、急性疼痛/與手術傷口、引流管有關；筆者運用以下護理措施改善急性疼痛問題：

(一) 主觀資料：

1/30「我的傷口會痛。」、「我感覺傷口脹脹的，肚子也酸酸的。」1/31「我痛到都不敢亂動，不敢翻身。」

(二) 客觀資料：

1/29術後腹部傷口約17公分，頸部傷口10公分，引流管4條。1/30拔管後清醒恢復意識，要求使用肌肉注射止痛劑共三次。1/31訪視個案，測量體溫36.4°C，心跳112次/分，呼吸17次/分，血壓152/96mmHg；面部表情僵硬、肌肉緊繃，疼痛指數為7-8分。

(三) 護理目標：

1/31個案能在衛教後講出兩種以上非藥物減輕疼痛的方法。2/3疼痛指數能下降至3分以下，並能早期下床活動。

(四) 護理措施：

1. 與加護病房護理師討論並共同衛教非藥物之止痛方式

1/31於術後第三天進行訪視，衛教除

使用止痛藥外，可搖高床頭30度，使用束腹帶，避免移動時拉扯腹肌引發疼痛，採舒適臥位讓脖子前傾，避免牽扯傷口及管路。提醒可冰敷傷口減輕疼痛，並陪伴練習深呼吸技巧，以轉移注意力。經衛教後個案主訴「我知道可以用束腹帶，這樣比較不會痛。」、「以後我要移動前，我會多深吸氣幾次，做好心理準備再移動。」

2. 與病房護理共同擬訂下床活動之計畫

2/1轉至普通病房，再次訪視個案，引導說出其感受，協助改變姿勢時，利用雙手固定傷口，多做幾次深呼吸，再改變臥位，使用枕頭給予頸部適當支撐。衛教下床活動前將雙手放置於傷口上固定傷口避免拉扯，注意所有管路是否固定於身上，避免管路拉扯引起疼痛；下床活動時採漸進的方式，先坐於床緣，無頭暈、無力症狀後再起身。坐輪椅時，可放置枕頭於雙膝，雙手置於枕頭上，使腹部彎曲，減少腹、頸部肌肉用力，避免造成疼痛不適。並鼓勵表達疼痛情形，給予陪伴及傾聽感受，當他說出感受時可輕拍肩膀或握住其手表示認同與關心。

3. 轉移注意力以減輕疼痛

鼓勵打視訊電話給案女及孫女，轉移注意力，減輕疼痛，或做喜歡的事情以轉移注意力，例如：玩線上麻將。照會營養師共同擬定術後飲食照護，增加熱量攝取，促進傷口癒合，以減輕疼痛。2/1個案主訴「我感覺沒有這麼痛了，比起前幾天好很多，移動的時候比較不舒服，脖子感覺酸酸的沒什麼力。」評估疼痛指數4分，個案深呼吸後在案女協助

下坐於床緣。2/3訪視個案主訴「現在不痛了，有吃止痛藥有差，但是脖子在轉動時，還是感覺酸酸、怪怪的，不過可以忍受。」評估疼痛指數2分，談話間嘴角上揚，頻頻點頭表示認同。

結論與討論

本文為探討一位因照顧妻子壓力而自殺造成食道腐蝕性灼傷之個案，為恢復由口進食接受重建手術，除承受身體痛楚，更擔憂手術過程與結果，進而產生焦慮及不安。透過術前訪視來建立信任關係，運用多媒體圖像資料提供完善的術前衛教及手術全期資訊以降低焦慮，術中密切監測生命徵象及保暖，維持輸液順暢與血循，預防不動所產生的術中合併症，並落實手術安全把關，以提升病人安全；術後除完整交班追蹤外，至加護病房共同參與照護，藉由團隊合作減輕術後疼痛、下床安全與預防術後合併症，讓其能逐漸適應與學習術後生活，返家後仍須追蹤病人自我照護及營養狀況，更可提升整體照護品質。

困難的是筆者為手術室護理人員，許多手術室外的專業資訊，只能仰賴其他醫療團隊協助，此外僅利用術前訪視及查閱病例來收集個案資料亦是容易遺漏重要資訊，使評估欠缺完整性，這是照護上的限制；建議未來手術室護理人員能學習不同領域的課程，促進全人照護模式的能力，包含術後照護、出院準備、居家訪視及飲食照護等；並期望醫院能設置完善的機制，在必要時啟動跨領域的照護，以提升照護品質，期盼本次護理經驗能幫助更多類似個案。

參考文獻

- 方雅晶、陳燕雪、劉玉婷、林姿佳(2017)·運用團隊資源管理提升全身麻醉術後個案之體溫·*護理雜誌*，64(3)，82-89。http://doi.org/10.6224/JN.000043
- 王興豪、洪宜翔、范聖育(2019)·住院癌症病人之情緒篩檢·*臨床心理學刊*，13(1/2)，25-38。http://doi.org/10.6550/ACP.201912_13(1_2).0003
- 任秀如(2012)·手術全期護理·*醫療品質雜誌*，6(3)，27-30。http://doi.org/10.30160/JHQ.201205.0006
- 朱怡瑾、劉曼盈、胡嘉桂、蘇家慧、陳姿蓉、陳俏漣、吳麗敏(2018)·不確定感之概念分析·*高雄護理雜誌*，35(2)，53-60。http://doi.org/10.6692/KJN.201808_35(2).0005
- 林育陞(2020)·男性自殺成因與現象之探討·*諮商與輔導*，412，14-17。
- 洪曉佩、曾麗華、張愉慧、許鈺絹、王菁瑜、明金蓮(2021)·成人術前焦慮之護理概念·*志為護理-慈濟護理雜誌*，20(1)，99-102。
- 郭芝君、許紘瑞、吳坤霖、蕭家仁(2018)·腸位道腐蝕性傷害-機轉與處置·*內科學誌*，29(1)，15-27。http://doi.org/10.6314/JJMT.201802_29(1).03
- 陳俞里、江沂容、朱鳳梅(2019)·一位穿孔性消化性潰瘍病人 面對疾病復發的護理經驗·*台大護理*，15(2)，132-145。http://doi.org/10.6740/NTUHJN.201907_15(2).0013
- 陳威宏(2019)·ERAS術後多模式疼痛治療·*台灣醫學*，23(2)212-222。https://doi.org/10.6320/FJM.201903_23(2).0009
- 陳琬儒、許翠華(2021)·手術全期壓力性損傷評估工具·*長庚科技學刊*，35，147-158。http://doi.org/10.6192/CGUST.202112_(35.12)
- 張瑟紋、石惠美、吳素蘭、王琦、賀倫惠、詹益聖(2018)·探討自體高濃度血小板將注

射退化性關節炎個案之焦慮、不確定感及相關因素。《健康科技期刊》，5(1)，48-67。
[http://doi.org/10.6979/TJHS.201810_5\(1\).0004](http://doi.org/10.6979/TJHS.201810_5(1).0004)
 辜漢章、吳昱葵、黃琬琴、蔡宜葵、曾偲華、張嘉蘋(2019)。降低心血管外科手術病人壓瘡發生率之專案。《長庚護理》，30(3)，361-371。
[http://doi.org/10.6386/CGN.201909_30\(3\).000](http://doi.org/10.6386/CGN.201909_30(3).000)
 衛生福利部(2021，6月18日)。109年國人死因統計結果。
<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5202-113.html>
 Hu, Q., Xia, X., Kang, X., Song, P., Liu, Z., Wang, M., Lu, X., Guan, W., & Liu, X. (2021). Review of physiological and cellular

mechanisms underlying fibrotic postoperative adhesion. *International Journal of Biological Sciences*, 17(1), 298-306. <http://doi.org/10.7150/IJBS.54403>

Jan, W. L., Wu, C. H., Chang, C. C., & Chen, H. C. (2020). Gradual development of stricture following gastric tube for esophageal reconstruction and salvage reconstruction using pedicled colon flap with supercharge to neck vessels: A case report and literature review. *The Journal of Taiwan Society of Plastic Surgery*, 29(1), 54-60.

靜
思
語

人生有求即多苦！
 如果只是一味地要求別人，
 會為自己招來無窮的痛苦。

~ 證嚴法師靜思語 ~

How bitter life when we have desires!
 Our demands on others
 will bring us endless misery.

~ Master Cheng Yen ~



Perioperative Nursing Experience of Esophageal Reconstruction After Esophageal Resection

Wen-Chi Shi¹, Chun-Chen Lin²

ABSTRACT

The patient of this case study is a 69 year old male who underwent esophageal reconstruction after esophageal resection in 2020 from 28 January to 8 February, Health data was collected throughout interviews, physical assessment and reviewing medical records, and used to determine perioperative nursing care and main health concerns. Identified patient concerns included anxiety, surgical errors and pain. The surgical team provided surgical information to the patient by multimedia and communicated with the patient to reduce the anxiety prior to the surgery. During the operation, carefully following standard operational procedures ensured surgical instruments were correctly positioned and protective measures taken in order to avoid potential surgical errors. Non-medical treatment was used in postoperative care to relieve pain, facilitate the patient getting out of bed and to avoid complications. The surgical team worked cooperatively to helped the patient recovers gradually and to learn self-care for returning home. This case study demonstrates that patient's psychological concerns can be successfully addressed prior to operation. Providing the surgical information and the main focus of patient's disease care will help the patient prepare for return to normal life after the surgery. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:1, 128-138)

Keywords: esophagus corrosive injury, esophageal reconstruction, perioperative nursing

Nurse, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital¹; Deputy Director, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital²

Accepted: June 12, 2023

Address correspondence to: Chun-Chen Lin No.100, Ziyou 1st Road, Sanmin District, Kaohsiung City 807

Tel: 886-9-2276-1015 E-mail: alice840122@gmail.com