

# 照顧一位直腸癌患者 行腹腔鏡腹部會陰切除術之 手術全期護理

林叔萱、李菊華\*、辜漢章\*\*

## 中文摘要

本文探討一位直腸癌患者接受永久性結腸造口之手術全期護理經驗，於2015年4月22日至5月2日照護期間，藉由訪視、觀察、身體評估、會談及病歷查閱等方式收集資料，運用Gordon 11項健康功能型態評估，進行手術全期分析，確立個案有：焦慮、潛在危險性損傷、知識缺失及身體心像紊亂等護理問題；藉由手術全期護理師的角色，運用支援、教育性技巧，使個案於術前減輕疑慮、接受手術，術中提供全程防護，確保個案手術安全無潛在性傷害發生，術後與個案、家屬共同討論並設定護理計劃，運用醫護團隊力量、親情及病友的支援系統，得以自我調適重拾信心，進而提升自我照顧能力，並於出院後恢復日常生活，維持良好生活品質。(志為護理，2018; 17:2, 97-107)

關鍵詞：直腸癌、腹腔鏡腹部會陰切除術、手術全期護理

## 前言

衛生福利部統計資料顯示，2014年國人十大死因中惡性腫瘤已連續33年高居首位，也是65歲以上人口主要死因第一位，其中結腸直腸癌位居第3名(衛生福利部統計處，2015)。當身體受到老化、疾病甚至癌症的威脅時，將造成身體、

心理及社會人際關係上重大的影響。本篇個案報告探討一位直腸癌患者，從被診斷癌症到術後需面臨不同以往的排便型態時，產生結腸造口的衝擊、心理焦慮與自我照顧障礙，故引發筆者探討動機。因為疾病及治療所引發的不確定感，透過手術全期的照護以有效提升病人復原的信心(Knowles et al., 2014)，

奇美醫療財團法人奇美醫院手術室護理師、奇美醫療財團法人奇美醫院手術室小組長\*、臺南市立安南醫院一委託中國醫藥大學興建經營護理部副護理長\*\*

接受刊載：2017年2月21日

通訊作者地址：辜漢章 臺南市安南區州南里12鄰長和路二段66號

電話：886-6-355-3111轉1995 電子信箱：cd4187@gmail.com

藉此分析個案問題，統籌溝通技巧、衛教及醫護團隊力量，並配合個案學習新事物的能力，促使個案正向自我調適並具備自我照護能力，於返家後得以進行造口護理、飲食調適及維持日常生活品質，希望藉此護理經驗提供護理人員照顧此類病人時，提供更完善的照護品質。

## 文獻查證

### 一、直腸癌行腹腔鏡腹部會陰切除術

臨床上大腸癌好發位置常見於直腸，低位直腸癌治療會進行電腦斷層，確定腫瘤大小與周圍組織侵犯程度，由放射線及化學治療輔助下，待腫瘤縮小再行手術治療(National Comprehensive Cancer Network, 2016)，如腫瘤距離肛門口5公分以內符合手術標準時，即接受腹部會陰切除手術，並進行永久性結腸造口，實證醫學顯示，腹腔鏡手術可降低術後疼痛、縮短術後臥床時間、出血量較少及提早進食的優點(許，2012；陳等，2012)。

### 二、直腸癌病人手術全期護理照護重點

#### (一)手術前期

由於對疾病狀態、治療計劃與醫療照顧系統的不清楚與複雜感受，使病患感到失控、焦慮，甚至降低其自我照護信心與能力，進而影響其生活品質與家庭適應(陳、簡、洪，2012)。因此手術前期照護重點主要提供病人及家屬心理支持，給予手術相關護理指導。手術室護理人員可經由術前訪視，主動向病人及家屬自我介紹，說明訪視目的，運用語言及非語言的互動、觀察、傾聽等會談

技巧，鼓勵病人表達心中感受及對手術的期望，適時安排醫師說明手術過程，並提供手術訪視衛教手冊，向病人及家屬介紹手術前各項準備事項、手術醫療團隊、手術流程、手術室環境、術後可能會留置的引流管等，討論手術相關疑惑，讓病人知道整個手術過程會有訪視的護理人員陪伴，以有效的降低病人焦慮，進而提升對護理的滿意度(任，2012)。

#### (二)手術中期

病人因接受深度麻醉無自我照顧能力，需完全依賴護理人員以得到自我照顧需求，因此護理重點需著重維護病人安全、提供防護措施，使病人免於潛在危險環境中，包含(1)術前辨識及核對病人身份，預防手術部位、病人及手術術式錯誤；(2)正確、安全執行轉運，預防跌落；(3)預防電燒傷：術前檢視電燒機警示功能是否正常、電刀迴路片黏貼在平坦皮膚表面，避開骨突處、毛髮或受壓部位；(4)預防非預期異物留置傷害：建議落實術前及術後正確敷料、尖銳物及器械計數，避免異物留置；(5)控制體溫：手術室溫度、濕度、麻醉、未加溫的點滴、身體的暴露等均會造成低體溫，應適當給予保暖、調節手術室溫度及測量體溫；(6)預防感染：嚴格遵守無菌技術原則，檢視器械與衛材的有效日期及消毒完整性；(7)預防因手術臥位所造成神經肌肉的傷害：手術過程中採截石臥位，雙手擺放及腳架位置應避免關節神經受損及過度伸展，可纏上彈性繃帶避免靜脈鬱積，慢慢抬高及放下大腿的動作，可以協助靜脈回流與避免關節

損傷(Amanda, 2011)；(8)維持皮膚完整性：手術過程中因手術時間、臥位和搬運時發生剪力，容易導致壓瘡產生(黃，2012)，腹腔鏡直腸手術採截石臥位，使用油壓腳架以預防皮膚受壓及術後肌肉痠痛情形。

### (三)手術後期

直腸癌手術後因結腸造口留置，造口照護成為病人出院前後關注的焦點，當生理層次自我照顧需求得以滿足時，可增進返家後生活的適應，護理指導包含(李、吳，2015)：(1)衛教病人如何評估正常造口顏色、形狀、排出物及造口周圍皮膚正常狀態；(2)造口便袋更換、排空及造口便袋滲漏處理；(3)訓練病人於固定時間排空腸道，指導正確灌洗方法，使病人較能掌控排便時間，進而改善生活品質；(4)飲食調整：術後待腸蠕動恢復，可逐步採取流質、低渣、軟質等飲食，以循序漸進適應，最終恢復正常飲食；此外，飲食對氣體及氣味的影響，常成為結腸造口病人壓力來源，因此建議針對高纖食物、易造成異味食物以及易產氣食物，加以分類及衛教。

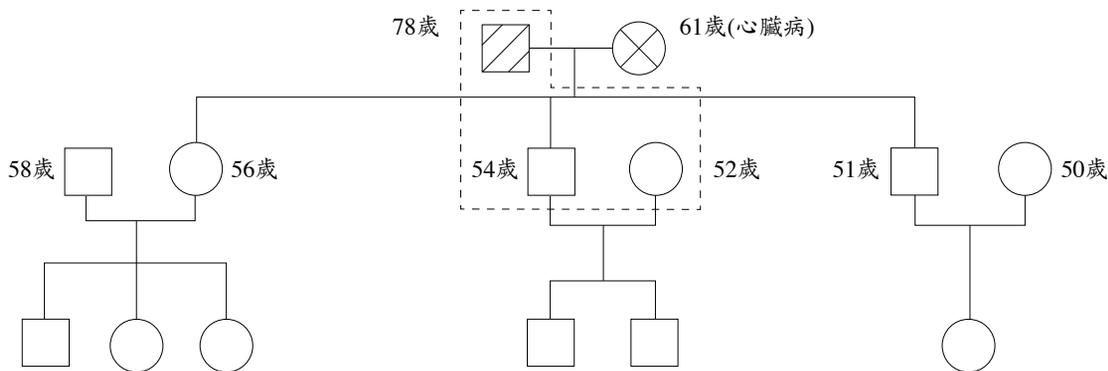
永久性結腸造口患者，術後在面臨

不同以往的排便型態時，除了要重新學習照護外，若無法適應新的排泄出口，則容易因身體心像改變造成自我肯定不良，以致出現生氣、害怕、感覺殘廢不完整、失落等情緒反應(Perston, 2010)；特別是老年患者，容易出現失落、失望、挫折等負面情緒，進而影響新事物的學習能力，因此護理人員應著重減輕病人身體心像改變的迷失及增加自我照護能力，鼓勵病人去探討並正視身體新的結構(曾，2011)，護理措施中可加強人際關係互動的恢復，增強家人朋友及社區支持，協助其調適並重建正向之身體心像(李、吳，2015)。

## 護理過程

### 一、個案簡介

鄭先生78歲，身高158公分，體重55公斤，國小肄業，平日以臺語溝通，妻子過逝，育有一女二子，目前與大兒子及媳婦同住，日常生活可自理，年輕時務農，多年前已退休，現於大兒子的便當店內幫忙；住院期間主要照顧者為大媳婦，於大陸經商的小兒子也返臺協助照顧。家庭圖譜如圖一。



圖一、家庭圖譜

## 入院經過及照護過程

入院經過	
2014/12	肛門疼痛、腹瀉量少多次，由家人陪同至門診求治，大腸鏡檢查及切片報告發現：距肛門皺褶2公分處，有4×3×3公分的腫瘤，腫瘤分期cT4N1。
2015/01/26~02/27	行化學治療及放射線輔助療法，持續門診追蹤。
照護過程	
2015/04/22	入院，第一次術前訪視，個案對手術仍感疑慮。
2015/04/23	第二次術前訪視，聯絡主治醫師，於查房時與個案及家屬討論手術相關訊息。
2015/04/24	全程參與照顧，手術時間自09:15至15:05，術後至恢復室觀察。
2015/04/25	術後第一次訪視，術後裝置疼痛控制器，疼痛感可接受。
2015/04/26	術後第二次訪視，對腸造口提出疑問。
2015/04/27	術後第三次訪視，排氣多次，嘗試喝水無不適，採清流質至軟質飲食；鼻胃管、尿管及疼痛控制器移除。
2015/04/28	術後第四次訪視，造口師訪視，教導個案及媳婦造口護理。
2015/04/29	術後第五次訪視，媳婦可正確執行造口灌腸及造口護理。
2015/04/30	術後第六次訪視，移除雙側傷口引流管，進食正常飲食。
2015/05/01	術後第七次訪視，個案能主動參與腸造口護理。

## 三、整體性護理評估

於護理期間自2015年4月22日至5月2日，藉由手術全期護理以觀察、訪視、傾聽、身體評估及病歷查閱等方式進行資料收集，運用Gordon 11項健康功能型態評估加以分析，評估如下：

## (一)健康認知與健康處理型態

病人平日生活作息規律，身體狀況良好，平時若有病痛會自行購買成藥服用；此次住院對於手術存有疑慮，4/22「這個『歹物件』不是拿起來就好了，為什麼之前還要化療跟電療？是不是沒有用好？還是藥沒有效？我之前身體都很好，也不曾開過刀，這次要開什麼刀我也不是很清楚、開完刀不知道會怎麼樣？會不會開很久？我不是後天才要開刀，為什麼明天晚上就不能吃東西喝水？」，時常眉頭深鎖、嘆氣；術後初期，面對永久性結腸造口如何照護

感到擔心，4/26「若有大便出來，我自己不知道要怎樣處理、怕自己不會照顧，還要麻煩家人，如果媳婦不在怎麼辦？」。評估個案有知識缺失健康問題。

## (二)營養與代謝型態

個案身高158cm，體重55kg，理想體重54.59kg，BMI：22kg/m<sup>2</sup>，平日三餐正常，因牙齒搖動蔬菜不易咀嚼，故攝取量少，每日飲水量1,000-2,000cc，半年多前開始有腹瀉情形，但食慾沒有特別影響；入院評估albumin: 3.8gm/dl，術後鼻胃管引流並禁食，每班依醫囑給予5% glucose及0.45% N/S靜脈輸液1000 ml/天；術後第3天已排氣，嘗試喝水無不適後，採清流質飲食，每餐可吃完200cc白粥，鼻胃管予以拔除，術後第4天採軟質飲食，營養師依個案需求熱量設定為1,650kcal，飲食攝取足夠供應身體所需，但病人及家屬仍擔心出院後飲食準

備，主動提出飲食相關疑慮。

### (三)排泄型態

病人2014年9月開始出現腹瀉情形，少量多次，最多可達10次／天，手術前一天清潔灌腸解出水便，4/24術後左腹有一結腸造口外觀紅潤，禁食期間腸造口少量腸液排出，4/29排出多量黃色稀糊便，住院期間由媳婦協助結腸造口清潔；入院時小便正常，術後尿管留置，尿液淡黃無沉澱物，量2,500-3,000ml／天，4/27存留尿管拔除後尿液可自解。評估手術過程個案無自我照護能力而有自我照護潛在危險性損傷健康問題。

### (四)活動與運動型態

平時可自我照顧，年輕時養成早睡早起的生活習慣，活動皆以步行方式，白天會到兒子的便當店幫忙整理青菜、包便當等工作；術中採全身麻醉，採截石臥位；術後多臥床休息，4/26表示：「我都不敢走動，怕大便漏出來」，心情低落，大多待在病室，在筆者及家屬鼓勵下以輪椅代步至空橋活動，4/27小兒子探視，個案心情愉悅，經由攙扶下可緩慢步行至病房外。術後傷口為五個洞口、會陰部約8公分之縱切口，三條CWV引流管存。

### (五)睡眠與休息型態

於家中睡眠型態規律，晚上10點就寢，睡眠時間約6-7小時，中午有午睡習慣，約2小時，無睡眠中斷、服用助眠藥物等情形；術前因焦慮有中斷情形，睡眠時間約5-6小時；術後自控式疼痛控制器使用，未因疼痛影響睡眠情形，夜間睡眠時間約6-7小時。

### (六)認知與感受型態

意識狀態清楚，輕微重聽，4/23術前表示「這個『歹物件』不是拿起來就好了，這次要開什麼刀我也不是很清楚、開完刀不知道會怎麼樣？會不會開很久？開刀時你會在開刀房裡面嗎？」，對談時，觀察個案眉頭深鎖、倦怠，使用焦慮數字量表(10分法)評估焦慮程度7分，評估個案有焦慮健康問題。術後裝置自控式疼痛控制器，傷口疼痛指數約3-4分，未額外使用止痛藥，術後第三天移除疼痛控制器，下床走動無疼痛不適。

### (七)自我感受與自我概念型態

白天幫忙案子便當店生意後，空閒時間會到社區活動中心下棋或與鄰居話家常，覺得自己個性隨和，十分重視人際關係，術後對於造口留置表示「我都不敢走動，怕大便漏出來，別人會聞到臭味。」、「我自己都不敢看了，別人看到不是會嚇到！我這樣如果去便當店幫忙，客人聞到不知道會怎麼想？」。心情顯得低落，不太愛說話，多臥床休息。另外，在教導造口護理時不敢直視，要媳婦學就好。評估個案有身體心像紊亂健康問題。

### (八)角色與關係型態

個案角色為人父，與大兒子及媳婦同住，關係融洽，大小事都由大兒子負責，大女兒也嫁入好人家，自己最放心不下的就是小兒子，表示小兒子很早就離家去做生意，個性獨立，平常都會打電話回家關心家裡狀況，只是生意忙碌很少回家，這次住院專程回來照顧，感到很欣慰。

### (九)性與生殖型態

個案與妻子育有一女二子，妻子十多年前過世後，無再與異性交往，主訴自己年紀大了，現在又生病，不會特別想性方面的事。

#### (十)因應與壓力耐受型態

與家人及朋友互動融洽，平時無壓力，表示兒女都已成家立業，自己也算盡了人生義務；目前最感挫折的是罹癌又有腸造口，面對疾病進行手術後的不確定感，顯露出不安。

#### (十一)價值與信念型態

個案表示多年前太太往生後，便習慣

自己照顧自己，雖然和大兒子同住，但還是不希望麻煩家人，這次罹癌當作是老天爺給的考驗，也只能接受，希望可以學會造口照顧能力，然後回復正常的生活。

### 問題確立、護理措施與評值

綜合護理評估及主客觀資料後，確立個案現存健康問題為手術前期：焦慮、手術中期：自我照顧潛在危險性損傷、手術後期：知識缺失、身體心像紊亂。

#### 一、手術前期：焦慮 / 與手術不確定感及身體受到疾病威脅有關、焦慮數字量表評估 焦慮程度7分(4/22-4/24)

主客觀資料	<p>S1.4/22「這個『歹物件』不是拿起來就好了，為什麼之前還要化療跟電療？是不是沒有用好？還是藥沒有效？」、「我之前身體都很好，也不曾開過刀，這次要開什麼刀，我也不是很清楚，醫生說怎樣做比較好，就配合他的方式。」、「開完刀不知道會怎麼樣？會不會開很久？」、「我不是後天才要開刀，為什麼明天晚上就不能吃東西喝水？」</p> <p>O1.4/22個案說話時眉頭深鎖，偶爾嘆氣，神情倦怠，多臥床休息。</p> <p>O2.4/24行腹腔鏡腹部會陰切除併永久性結腸造口術。</p>
護理目標	<p>1.4/22個案能表達對手術害怕之情緒。</p> <p>2.4/22個案能了解手術前腸道準備及禁食之目的。</p> <p>3.4/24手術前個案在訪視結束後能表示清楚手術過程與可能的預後。</p> <p>4.4/24手術前能表示焦慮程度減為3分以下。</p>
護理措施	<p>1.向個案及家屬自我介紹，並說明此次訪視目的，建立良好護病關係。</p> <p>2.建立隱私環境，拉起隔簾，以個案慣用語及開放式問句進行訪談，以專注表情傾聽個案主訴，並鼓勵其表達對手術的感受，適時解答疑惑。</p> <p>3.利用手術全期照護手冊衛教個案：手術室的環境，包括手術等候室、術中醫護人員全程照護、手術結束後至恢復室密切觀察。</p> <p>4.向個案說明手術前腸道準備的重要性，及手術前一日午夜後禁食的原因。</p> <p>5.將個案焦慮問題轉達主治醫師，並約定醫師查房時間，討論手術相關訊息，澄清對手術執行的疑慮。</p> <p>6.於麻醉前陪伴予心理支持，陪同麻醉醫護人員說明及執行準備步驟，直至麻醉完成。</p>
護理評值	<p>1.4/22個案表示對手術害怕的原因是對手術不了解有關。</p> <p>2.4/23個案能說出手術前禁食及腸道準備的用意。</p> <p>3.4/24可了解手術的目的是要切除腫瘤並重建排便管道。</p> <p>4.4/24個案進入手術等候室，表情平順表示「說不緊張是騙人的，都遇到了，只能接受，我兒子也有鼓勵我，要我放鬆心情，現在焦慮只剩3分，手術的部分就麻煩你們了。」</p>

## 二、手術中期：自我照顧潛在危險性損傷 / 與全身麻醉狀態失去自我照顧能力有關 (4/24)

主客觀資料	<p>4/24此階段個案採全身麻醉，故無主觀資料。</p> <p>O1.4/24手術採雙手內縮、頭低腳高截石臥位，手術時間5小時50分。</p> <p>O2.手術中使用單極電燒切割組織及止血。</p> <p>O3.手術室內溫度攝氏20度，個案體溫36.5℃。</p> <p>O4.手術中有體液、血液流失之疑慮。</p> <p>O5.手術傷口及尿管、鼻胃管留存。</p> <p>O6.手術床小且無床欄，在麻醉誘導期及甦醒期肌肉收縮顫動，有導致跌落危險。</p>
護理目標	<p>1.4/24手術結束後，除手術傷口外，其餘皮膚完整，無發紅破皮等壓瘡現象且無電燒傷。</p> <p>2.4/24預防發生失溫、循環缺失及感染問題，使個案順利完成手術。</p> <p>3.4/24個案由手術至麻醉甦醒後，無跌落情形，且四肢活動功能正常，無肢體麻木或感覺異常情形發生。</p>
護理措施	<p>1.電燒傷防護措施：(1)檢視身上無金屬物品，防止術中電燒傳導(2)將電刀迴路板平整黏貼於靠近手術部位、表面平滑肌肉多、毛髮少的部位，並確認電燒機功能是否正常(3)消毒時消毒液適量，以防溶液蓄積造成電燒傷(4)手術中提醒刷手護理師電刀筆之安全擺放位置。</p> <p>2.保暖預防失溫：(1)手術前啟用溫毯，避免皮膚接觸冰冷床單，輸送過程中以溫棉被覆蓋，以維持體溫之恒定、(2)手術過程與麻醉人員配合溫輸液之補充，並使用溫生理食鹽水沖洗傷口。</p> <p>3.避免潛在性感染：(1)確定器械、術材滅菌完全、包裝完整性及在有效期限內(2)手術過程嚴格遵循無菌技術。</p> <p>4.擺位避免跌落及給予適當防護：(1)於手術臺鋪上全身脂肪墊，採截石臥位姿勢，雙腳纏上六吋彈繃，避免靜脈鬱積(2)使用油壓式腳架，腳架高度適當避免關節神經受損(3)以胸部約束帶適度保護，約束帶與皮膚間留有二指腹空間，避免壓傷(4)挪動時床輪固定，推床與手術床間避免空隙(5)麻醉甦醒期間在旁維護安全，搬運時固定床輪並注意管路安全，搬運後將床欄固定，注意四肢及頭部避免碰撞。</p> <p>5.皮膚防護：(1)保持鋪單的平整(2)術前、術後檢視皮膚完整性(3)手術中避免人員因素施力於個案身體，並維持歐式桌高度，防止壓迫造成皮膚受損。</p>
護理評估	<p>1.4/24檢視皮膚完整，無發紅、破皮及電燒傷發生。</p> <p>2.4/24手術過程中出血量300 ml，未輸血，生命徵象穩定，離開手術室前生命徵象：體溫36.2℃、心跳81次／分、呼吸22次／分、血壓102/65 mmHg。</p> <p>3.4/24手術期間沒有跌落情形發生，個案於麻醉甦醒後，可四肢正常活動，無肢體麻木及感覺異常。</p>

### 三、手術後期：(一)知識缺失 / 與結腸造口相關照護知識有關、對於造口產生排斥，不想學習照護(4/26-5/1)

主客觀資料	S1.4/26「若有大便出來，我自己不知道要怎樣處理？」、「如果睡覺壓到怎麼辦？」、「我不知道可以吃什麼東西？」、「出院以後怕自己不會照顧，還要麻煩家人，如果媳婦不在怎麼辦？」 O1.4/26顯露出擔心、不安的神情，心情低落、愁眉苦臉、頻頻嘆氣。 O2.4/26住院期間主要照顧者為大媳婦，返家後與大兒子及媳婦同住。
護理目標	1.4/28個案能參與執行造口袋更換。 2.4/29主要照顧者能正確執行腸造口灌洗技術。 3.4/30個案及家屬能正確說出腸造口日常生活注意事項。 4.出院前個案及家屬能學會造口護理。
護理措施	1.4/28安排會診造口護理師，採漸進式照護方式，陪同教導個案及媳婦造口相關護理：(1)造口護理之用物準備，並回覆示教(2)說明腸造口灌腸訓練原理及目的，並配合個案往常排便習慣，建立規律性排便(3)教導如何自我觀察造口周圍皮膚變化(4)教導如何剪貼便袋、黏貼及移除技巧(5)教導造口袋更換時機及清洗方式。 2.飲食指導，並提供造口飲食衛教單張做為參考：(1)進食時細嚼慢嚥，八分飽即可(2)多攝取蔬菜水果，少吃易引起脹氣、異味、便秘、刺激的食物。 3.配合衛教單張提供日常生活照顧須知：(1)避免背負重物的工作(2)穿著舒適衣物，避免造口壓迫(3)緊急狀況處理：若有腸造口周圍皮膚出血不止、造口發黑、內縮情形應立即回院處理。
護理評值	1.4/29訪視個案，主護表示昨日夜間因造口袋破裂，由媳婦實際執行造口護理，可正確說出造口護理的步驟及清潔方式，再由個案親自扣上造口袋，並可說出更換造口袋的時機及在提示下可說出造口飲食及生活注意事項。 2.4/30個案在筆者及主護協助下，可正確完成造口護理準備用物。 3.5/1個案能主動參與造口照護，筆者與主護、媳婦共同給予正向回饋。 4.出院當日，個案表示「雖然自己換造口會覺得不放心，但是已經有比較進步，也不會怕了」。 5.大腸直腸癌個案管理師電訪個案，表示個案更換造口技術更加熟練。

### (二)身體心像紊亂 / 身體結構改變與永久性腸造口有關(4/26-4/29)

主客觀資料	S1.4/26「我都不敢走動，怕大便漏出來，別人會聞到臭味。」、「人老了啦，自己都顧不好了，現在還要顧這個！」、「我自己都不敢看了，別人看到不是會嚇到！」、「我這樣如果去兒子的便當店幫忙，客人聞到不知道會怎麼想」 O1.4/26心情低落，不太愛說話，多臥床休息。 O2.4/26換藥時不敢直視，要媳婦學就好。
護理目標	1.4/28個案對外觀改變能有正向態度，願意注視或觸摸造口袋。 2.能夠正視結腸造口，且至病室外活動。 3.出院前個案能主動參與照顧，並接受腸造口為身體的一部份。
護理措施	1.4/26以關懷、傾聽的方式，鼓勵個案說出對腸造口的看法及感受。 2.4/26傷口護理時予以解釋，並拉上隔簾及關門，提供隱私的環境。 3.4/26採漸進式方式鼓勵個案正視腸造口袋，再慢慢延伸至造口處，並一起討論造口情況。 4.4/26教導家屬以主動關懷方式，了解個案內心感受及需求。 5.4/26徵求個案同意，在家屬陪伴下可以輪椅或代行的方式，至病房走廊或空橋活動。 6.4/28安排造口護理師至病房訪視，運用圖表及手冊給予衛教，引導個案共同參與討論結腸造口照護，並給予鼓勵及正向回饋。 7.4/28經個案同意介紹相同病友與其經驗分享，與個案、家屬討論加入造口團體，由病友間獲得正向支援，讓個案知道勇敢接受治療與保健，仍可以獲得很好的生活品質。

護理 評 值	<p>1.4/27小兒子探視後個案心情愉悅，較願意與人交談，經由攙扶下可緩慢步行至病房外，並與隔壁病室的病友交談，分享術後恢復狀況。</p> <p>2.4/28造口師教導造口護理時，個案可正視造口。</p> <p>3.4/29個案主訴「雖然換袋子很麻煩，但是大便至少不會漏出來，也比較放心」。</p> <p>4.住院期間，個案可以自行更換造口袋，並由媳婦協助下執行造口護理。</p> <p>5.個案出院時表示「雖然還是不習慣，但是還是要慢慢學，畢竟也是自己的身體」。</p> <p>6.大腸直腸癌個案管理師電訪個案，表示個案仍去便當店幫忙，且與顧客互動佳，並且能接受顧客對於疾病及排便情形的關懷。</p>
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 結論

直腸癌患者在經歷手術切除得以延長生命的同時，需面臨腸造口伴隨終生的問題，身體的負荷與心理的衝擊，對病人來說都是艱鉅的課題，本篇個案報告筆者以手術室護理師的角色，照顧一位直腸癌患者在歷經手術前對疾病的不確定感、手術中在全身麻醉狀態下失去自我照顧能力，及手術後對永久性腸造口留置出現的照顧問題及適應等困難，運用個別性、教育性等護理技巧，以減輕其焦慮、提供安全的手術環境及重拾信心、增進自我照顧能力並重建正向之身體心像，最終回歸原有生活及社會角色。

由於永久性腸造口對個案而言是一個新的構造，會影響日後的生活品質，需要學習如何照顧並共存，對於老年期的個案是一種很大的挑戰，在護理過程中認知到腸造口護理師、大腸直腸癌個案管理師等資源的專業角色發揮，協助個案度過腸造口的適應期。手術全期護理的推廣已讓手術室護理人員不只侷限於框架內，而是能以整體專業形象做持續性的照護，在訪視過程中，發現臨床上醫療照護若能整合醫療團隊小組，提供心理支持、營養及造口諮詢窗口，及後續個案管理，以達到醫療連結社區之持

續性照護目標，給予病人個別性及全人醫療照護。

## 參考資料

- 任秀如(2012)·手術全期護理·*醫療品質雜誌*，6(3)，27-30。
- 李旻燕、吳淑蓉(2015)·照顧一位病患接受直腸癌切除併行永久性結腸造口之手術期護理經驗·*高雄護理雜誌*，32(1)，91-103。
- 許倍豪(2012)·*腹腔鏡與傳統開腹手術切除乙狀直腸癌的手術治療—短期預後比較*(未出版碩士論文)，中山醫學大學醫學研究所，臺中市。doi:10.6834/CSMU.2012.00135
- 陳伊倩、簡姿娟、洪秀吉(2012)·癌症病患不確定感之照護策略·*秀傳醫學雜誌*，11(3/4)，137-143。
- 陳成賢、陳宏彰、尤昭傑、林倉祺、黃玄遠、黃燈明(2012)·腹腔鏡輔助右側大腸切除術—彰化基督教醫院10年經驗·*中華民國大腸直腸外科醫學會雜誌*，23(1)，19-26。
- 曾筱惠(2011)·照顧一位直腸癌患者之護理經驗·*長庚科技學刊*，15，81-90。
- 黃克勤(2012)·提升醫療團隊對手術全期照護之完整率·*中華科技大學學報*，50，215-234。
- 衛生福利部統計處(2015，6月17日)·*民國103年主要死因統計結果分析*·取自[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=5488](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5488)。
- Amanda, C. (2011). Safe positioning for robotic-assisted laparoscopic prostatectomy. *AORN Journal*, 94(1),37-45.

Knowles, S. R., Tribbick, D., Connell, W. R., Castle, D., Salzberg, M., & Kamm, M. A. (2014). Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 573-580. doi: 10.1097/won.0000000000000073

National Comprehensive Cancer Network. (2016). Rectal cancer: *NCCN clinical practice guidelines in oncology(version2)*. Retrieved from <https://www.tri-kobe.org/nccn/guideline/colorectal/english/rectal.pdf>

Perston, Y. (2010). Ensuring effective technique in colostomy irrigation to improve quality of life. *Gastrointestinal Nursing*, 8(4), 18-22.



# A Perioperative Nursing Experience of a Patient with Rectal Cancer Undergoing Laparoscopic Abdominal Perineal Resection

Shu-Xuan Lin, Chu-Hua Li\*, Han-Chang Ku\*\*

## *ABSTRACT*

This case report described a perioperative nursing experience of an elderly patient with rectal cancer undergoing laparoscopic abdominal perineal resection. Data were collected via visitation, direct observation, physical examination, conversation and chart review. The nursing period was from April 22 to May 20, 2015. A perioperative analysis was conducted with Gordon's Functional Health patterns as framework. Four health-related problems were identified: anxiety, risk for injury, knowledge deficit and body image disturbance. Nursing interventions included psychological support and skillful education to reduce the patient's anxiety, safety protections during operational procedures and formulating a postoperative care plan with the patient and families. With the assistance of the medical team and support systems from family and other patients, we helped the patient to regain confidence, promote postoperative self-care, accelerate postoperative rehabilitation and maintain a good quality of life. (*Tzu Chi Nursing Journal*, 2018; 17:2, 97-107)

**Keywords:** laparoscopic abdominal perineal resection, perioperative nursing, rectal cancer

---

RN, Operation Room, Chi-Mei Medical Center; Leader, Operation Room, Chi-Mei Medical Center\*; AHN, An Nan Hospital, China Medical University, Tainan\*\*

Accepted: February 21, 2017

Address correspondence to: Han-Chang Ku No.66, Sec. 2, Changhe Rd., Annan Dist., Tainan City 709, Taiwan

Tel: 886-6-355-3111 轉1995 ; E-mail: cd4187@gmail.com