

於急診照護一位患柏格爾氏病 合併動脈潰瘍及慢性疼痛個案 的護理經驗

汪依霖、江錦玲*

中文摘要

本文為於2013年10月14日到2013年10月17日在急診留觀室照護一位32歲女性被確診柏格爾氏病合併慢性動脈潰瘍的經驗。筆者以羅氏適應模式為評估指引，運用會談、身體評估、理學檢查、病歷回顧收集病患資料進行整理和分析，依其迫切性確立三大健康問題：周邊組織灌注改變、慢性疼痛及調適功能障礙。在護理過程中，透過關於柏格爾氏病、慢性疼痛、動脈潰瘍傷口照護等知識為基礎，護理人員主要在協助病患缺血性潰瘍傷口的癒合及減輕其疼痛，並且讓病患學習與慢性疼痛共處及處理技巧，透過傾聽及心理支持，協助個案面對疾病及對藥物依賴的調適。(志為護理，2018; 17:3, 101-111)

關鍵詞：柏格爾氏病、慢性疼痛、羅氏適應模式、藥物依賴

前言

血栓閉塞性血管炎又稱柏格爾氏病(Buerger's disease)，此為阻塞性、非化膿性炎性、非粥狀動脈硬化性的節段性血管炎，常侵襲四肢中小動靜脈及神經(Haro, Acin, Bleda, Varela, & Esparza, 2012)，少數致腦部、腸胃道和冠狀動

脈或其他處的血管損害(林等，2013)。發生率最高的地區為亞洲和東歐(Hida & Ohta, 2013)。好發45歲以下的男性，以往女性患者為1%以下，近來增加到11%~23%，也許和女性吸菸人口增加相關(Vijayakumar, Tiwari, & Prabhswamy, 2013)。患者常有患肢肢體蒼白、冰冷、

天主教輔仁大學附設醫院專科護理師、慈濟學校財團法人慈濟大學護理學系助理教授*

接受刊載：2017年4月13日

通訊作者地址：江錦玲 97004花蓮市中央路三段701號

電話：886-3-856-5301 #2230 電子信箱：jiinling@gms.tcu.edu.tw

疼痛、發紺甚至壞死的情形，發病年齡早，對病患的生活品質影響甚鉅。

本文描述一位柏格爾氏病的年輕女性個案，因肢體疼痛及右手食指動脈潰瘍至急診求診並於留觀室待床三天的護理過程。該病致病機轉尚未明確，除了造成開放性傷口外，個案因發病和疼痛多年，造成生理與心理種種不適，並對人生及醫療失望，且有對止痛藥物依賴的情形，引發筆者探討此個案的動機。期望透過羅氏適應模式評估，引導患者以不同的方法面對慢性疾病帶來的改變及疼痛，且緩解身體的不適。

文獻查證

針對護理柏格爾氏病的相關文獻整理如下：

一、柏格爾氏病病因、病程及治療：

柏格爾氏病的病理機轉尚不清楚，在疾病的急性期時，病理組織切片可看見阻塞性、高度細胞性及發炎性的血栓，特點是血管的內皮細胞結構大部分不會受到損傷，是至今公認唯一的確診方法。

臨床常見的症狀如：間歇性跛行、休息時疼痛、手腳末端蒼白、發紫、發紅和遊走性表淺栓塞性靜脈炎，有60%的患者會進展到潰瘍或壞死，嚴重時會演變至壞疽，甚至是敗血症(Vijayakumar et al., 2013)。

目前最有效的治療策略還是戒菸，不僅可以延緩病程的進展，也可以避免截肢(林等，2013；Haro et al., 2012)。藥物治療上，血小板抑制劑如：aspirin, clopidogrel可治療間歇性跛行的症狀及改

善循環；鈣離子阻斷劑的使用可以擴張血管減輕灌流壓力；靜脈注射類前列腺素如：PGE1，除可用以減緩血小板凝集及鬆弛血管平滑肌作用，並且能緩解疼痛(Bozkurt, Köksal, & Demirbas, 2006)。只要完全戒菸，手術幾乎不需要，若為肢體嚴重缺血的病患，可行血管重建及繞道手術，但成功率不高；若進展到壞疽甚至感染，截肢就必須被考慮(靳曾、孫，2013)。

二、相關的常見護理問題、評估與措施：

回顧相關文獻，可以了解此疾病由於侵襲中小動靜脈，形成血栓造成缺血，其臨床症狀、治療及護理大致上和動脈阻塞雷同(蔡，2013)，以下將常見的護理問題、評估及措施統整如下：(一)周邊組織灌流缺損與皮膚完整性受損的評估與護理：收集完整的病史、用藥史，以身體評估及檢查確認供血不足的證據，如：皮膚特徵、指甲床及毛髮的變化、水腫程度、肌肉塊有無萎縮、最重要的「6P」：疼痛(pain)、感覺異常(paresthesias)、耐受溫度變動(poikilothermia)、麻痺(paralysis)、蒼白(pallor)、無脈搏(pulselessness)(蔡，2013)，若已造成傷口，則必須評估傷口的類型為動脈或靜脈性潰瘍、部位、大小、傷口床、分泌物、有無癒合等，其處置重於避免造成潰瘍的相關因素，其次才是傷口床的處置(羅，2012)。護理措施上主要目標著重於增加肢體血流供應、預防血管受壓迫，以維持組織的完整性。因此協助並擬定一個運動及休息的計畫十分重要，指導個案在休息時將肢體放低於心臟以增加血流供應，適

度步行、分級肢體運動及主動姿勢運動(Buerger-Allen運動)，可透過肌肉運動，增進血流及側枝循環，但有疼痛情形須立即休息；維持患肢溫暖及避免緊縮衣物及飾品，避免兩腳交叉以致血管壓迫、收縮；鼓勵戒菸及避免二手菸以預防尼古丁引起的血管痙攣；避免肢體外傷，應穿著堅固的鞋子及配戴手套(Smeltzer, 2006)。(二)疼痛的評估及護理：通常伴隨末稍動脈功能不全疾病的疼痛是慢性而持續的(Smeltzer, 2006)，國際疼痛研究協會指出，超過六個月以上的疼痛會造成睡眠障礙、社交畏縮、自主神經症狀或行為異常，尤其常並存憂鬱症，使患者無法施展精力、執行必要的治療(Arnow, Hunkeler, & Blasey, 2006)。慢性疼痛的藥物治療多依照世界衛生組織倡導之三階梯式疼痛治療原則，依照疼痛的強度與性質分三階段選擇適合的止痛劑與輔助藥物，止痛藥物包括非鴉片類止痛劑、弱效鴉片止痛劑、強效鴉片止痛劑，輔助性藥物如：抗憂鬱劑、抗痙攣藥以及局部麻醉劑(胡等，2011)。此時可提供的護理措施包括：透過觀察、病史詢問、心理狀態及身體評估、評估工具來了解疼痛的種類、對病患的意義及影響，疼痛的評估應朝向整體考量，其並非單純來自生理因素，心理、靈性及社會文化因素皆須納入評估內容(邱、邱，2007)。特別要提到的是，目前約有20%的人口受到慢性非癌症疼痛的影響，然而鴉片類藥物處置於此仍存在爭議，在過去的20年間，鴉片類藥物的使用全球成長了96%，其中有77%~80%用於非癌症性的疼痛(潘，

2010)。從實證回顧研究結果顯示大部份是過度依賴藥物的行為所致，成癮僅佔小部份(牟、蔡、馮，2010)，因此治療者須評估患者是否有過量使用成癮物質的不良適應模式，並能區辨「生理、心理依賴」、「耐受性」和「成癮」的不同，評估使用藥物的種類、使用頻率、使用原因、劑量、有無戒斷症狀產生，評估患者的情緒、行為及認知狀態，在探究患者有無物質濫用情形時，必須避免批判性行為以建立相互信賴的治療性人際關係，協助檢視物質濫用和心理社會的相關性(黃等，2008)。(三)心理層面評估與照護：此疾病造成四肢顏色改變和潰瘍、截肢影響身心調適；因疼痛導致自覺失去對身體的控制、工作能力受限，甚至社交退縮。因疾患使身體界線、外觀或是功能的改變都可能造成負面情緒，影響生活品質(莊、柯、包，2013)。在護理過程中，首先要建立良好而專業的護病關係，評估個案對自己境遇的看法，運用同理心、陪伴、傾聽，引導病患表達感受並提供心理支持、正向回饋。適時地介入其他的社會及家庭資源、醫療團隊，必要時轉介心理諮商師或身心醫學科。

護理評估

一、個案簡介：

關小姐，32歲，未婚，專科畢業，從事服務業，慣用國語，信仰民間信仰，與父母同住，是三個小孩中的老么，住院期間主要照顧者是自己，因收入不穩定，主要經濟來源是薪水、父母和乾姐姐的接濟，無食物、藥物過敏史，以前

一天會抽半包菸，抽了10多年，因柏格爾氏病已戒菸3年，於2009年5月在臺大醫院因右手無名指慢性潰瘍經歷四次清創手術及右手無名指第一指節截肢手術。

二、疾病求醫過程：

個案六年前被確診為柏格爾氏病患者，三年來常規於整形外科及疼痛科門診治療、服藥及每周行神經阻斷術，每隔一段時間會因疼痛至急診求診。

此次因右手食指約1*1公分慢性潰瘍經兩個月仍不癒合且四肢末端極度疼痛，於2013年10月14日經門診整形外科主治醫師轉至急診待床住院。

三、護理評估：

筆者於2013年10月14日至2013年10月17日在病患於急診待床期間，運用傾聽、會談、身體評估、實驗室檢查及病歷回顧等方法，以羅氏適應模式為評估指引收集相關資料如下：

(一)生理模式

1.氧合與循環：呼吸型態平順規則，每分鐘約18次，胸廓對稱起伏，無使用呼吸輔助肌，血氧濃度99~100%，呼吸音清晰。10/14 血球檢查：Hb:13.5g/dL、Ht:38%。自肘關節及膝關節以下四肢冰冷，呈現缺血性發紅，手指腳趾末端發紺的情形，右手食指約1*1公分慢性潰瘍，雙上肢橈動脈脈搏1價，雙下肢足背動脈脈搏+-，艾倫試驗陽性，微血管填充試驗>2秒，評估病患四肢可分辨尖與鈍的差別，但對溫度較不敏感。觀察病患行走跛行，表示「感覺麻麻的，平常就已經很刺痛了，走稍微久一點就更痛」、「就算用烤燈烤，手腳還是冰

的。」、「我之前在臺大做核磁共振，醫生說我膝蓋和手肘以下的血管都塞住了！」評估此項目為不適應，有周邊組織灌流改變的健康問題。

2.營養：身高158公分，體重48公斤，BMI:19.2，屬正常。皮膚飽滿，飲食無特別的限制，三餐在醫院外自行購買餐點或由家人帶來，可全部吃完，表示「吃東西都還好，但是如果痛起來就會比較吃不下，我不喝白開水，每天大概都喝5~6杯綠茶」，評估次項目無適應問題。

3.排泄：腹部外觀無疤痕或病灶，腸蠕動音約10~15次/分鐘，腹部柔軟，無壓痛，住院期間有常規軟便劑使用，每天可解一次成型黃軟便；排尿順暢、色黃、無沉渣，無解尿不適或急迫感。評估此項目無適應問題。

4.活動與休息：觀察白天神情疲憊，走路微慢，步態尚穩。表示「平日手腳都很痛，能工作就不錯了，根本沒辦法運動！偶而會跟姐姐和朋友去逛逛街，如果很痛就休息。」「晚上痛起來根本完全睡不著！打了嗎啡之後大概能睡3小時，最多4小時。」留觀期間，夜間有4~5個小時在留觀室外面講電話，僅有2~3小時連續睡眠，白天用完午餐、打完止痛針後可睡約1~2小時。評估此項目不適應，有慢性疼痛及潛在性合併症：睡眠型態紊亂的問題。

5.皮膚完整性：右手食指約1*1公分慢性動脈潰瘍，其餘皮膚及口腔黏膜有光澤、組織飽滿，無水腫、乾燥亦無脫屑之情形，評估此項目有皮膚完整性受損的問題。

6.感覺與知覺功能：溝通語言為國語。

會談時說話速度正常，注意力有時會分散，觸摸自己的手或腳，有皺眉的表情，情緒輕微緊張，會想中斷會談，表示想去走走買東西轉移注意力。約每3~4個小時就會詢問是否可打止痛針，眉頭皺緊、眼角泛著淚水，以視覺類比量表評估疼痛指數，可明確表達四肢麻痛、刺痛，像是有幾萬根針在刺、表示目前疼痛10分，平日疼痛指數約7分，隨時隨地都在痛，打過morphine或神經阻斷劑後，約可緩解到5~6分。表示「打完嗎啡效果大概2~3小時，我其他時間會自己推點滴架出去走走，或是和朋友、和你們聊天，試著轉移注意力。」「你們總在問疼痛指數有幾分……總分只有10分，可是告訴妳們，我的疼痛是一百分、一千分！這是你們無法想像的痛！」「你們都怕我有成癮的問題，我只是很痛，我沒有成癮，我跟那些常來打針毒蟲不一樣！」「我現在真的很痛！你們再不給我打止痛我就要鬧了喔！」。評估此項目為不適應，有慢性疼痛及調適功能障礙的健康問題。

7.體液電解質：2014/10/14 CRE:0.9 mg/dL、BUN:12mg/dL、GLU:96mg/dl、Na:140mmol/L、K:4.3mmol/L,在急診期間每日攝取2,000~3,000毫升液體，評估此項目無適應問題。

8.神經內分泌：意識清楚、定向力正常，瞳孔對光反射正常，四肢肌力5分，無內分泌相關病史，評估此項目無適應問題。

(二)自我概念

1.身體自我：個案生病之前，覺得健康情況良好，不常感冒。「你看我的手腳，你有看過一個女生這麼年輕就被截

肢的嗎？」、「我知道我氣色很糟，有時候連鏡子都不太敢看。」，在會談時曾經握著筆者的手說「好溫暖喔！好羨慕你們，指甲都是粉紅色的、暖暖的，我的手這樣，塗指甲油也不好看，更別說做水晶指甲了。」評估有身體心像紊亂的問題。

2.人格自我：覺得自己是很堅強的人，凡事只能靠自己，住院從來不用人來陪，朋友們有問她就會說明自己的狀況，但是覺得不用告訴所有人，因為不是每個人都能理解，表示「我生病這麼久了，知道生這個病之後會怎麼樣，生命會比較短，但也沒甚麼好怕的，每個人都會經歷這一段，我只求不要痛。」、「我想找一個正職的工作，薪水可以比較穩定，打算要參加連鎖百貨公司內部考試」。

3.人際自我：表示朋友會帶一點吃的和飲料過來。「好朋友都在外縣市，搬回家之後只能電話連絡，大家都很忙。」，在感情上，表示十年來有過十段感情，自己定不下來，也有男生知道自己生病，就嚇跑了，不奢望以後可有家庭。評估此項目有身體心像紊亂的問題。

(三)角色功能

第一角色為32歲女性；第二角色為女兒、妹妹、姑姑；第三角色為某連鎖百貨兼職計時人員。

1.操作性行為：未婚，與父母同住，按時出勤，公司開會一定都會參加，和同事關係佳，計畫要參與公司的正職人員培訓。

2.情感性行為：表示家庭關係良好，

和父母相處融洽，有意見不合會溝通，和兄姊關係很好，沒有住在一起，如果姪子姪女回來，會幫忙帶小孩、相處甚歡。經評估無此項目適應問題。

(四)相互依賴

重要他人為父母，主要照顧者是自己，住院期間父母偶爾會來探視，個案表示自己自立自強、不用人照料。認為家庭是唯一堡壘，爸媽最疼自己，卻讓他們擔心，很過意不去。10/15個案請假外出，觀察到個案面帶微笑挽著父母的手步出急診。評估此項目無適應問題。

確立問題

綜合上述，確立護理問題為：1.周邊組織灌流改變／血栓閉塞性血管炎2.慢性疼痛／血栓閉塞性血管炎、慢性動脈潰瘍3.睡眠型態紊亂／疼痛4.皮膚完整性受損／周邊組織灌流改變致傷口不易癒合5.調適功能障礙／對鴉片類止痛藥依賴6.身心像紊亂／疾病造成外觀及功能上的改變。此次於急診留觀室待床期間，針對問題迫切性及限於篇幅，以下僅呈現三項主要問題的護理過程。

護理措施及結果評值

問題一、周邊組織灌流改變／血栓閉塞性血管炎

護理目標：(一)10/16個案可以表達休息痛或間歇性跛行的情形獲得改善，或者是活動的時間可以延長。(二)10/17個案可以說出需要改變的生活方式，以及改善影響周邊循環的因素。(三)出院前動脈潰瘍停止惡化至壞疽的情形、沒有進一步的感染。

主客觀資料	護理措施	結果評值
<p>第一層次評估</p> <p>1.主觀資料： (1-1)10/15主訴「平常麻麻的很刺痛，走稍微久一點就更痛」 (1-2)10/15主訴「就算用烤燈烤，手腳還是冰的。」 (1-3)10/14主訴「之前在臺大做核磁共振，醫生說膝蓋和手肘以下血管都塞住了！」 (1-4)10/14主訴「在心情不好或緊張的時候、天氣冷或變化時就會更痛。」</p> <p>2.客觀資料： (2-1)10/14觀察自肘關節及膝關節以下四肢冰冷，呈現缺血性發紅，手指腳趾末端發紺的情形。 (2-2)10/14右手食指約1*1公分慢性潰瘍，滲液少量粉紅色，中央凹陷、發黑，周圍發白。 (2-3)10/15評估其雙上肢橈動脈脈搏1價，艾倫試驗陽性，下肢足背動脈脈搏+-，微血管填充試驗>2秒。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.每班評估6P，四肢末梢循環的改變情形。 2.評估並叮囑個案門診開立之抗血小板凝集藥物仍要照時間服用。 3.每日及需要時以無酒精性優碘及白紗執行傷口照護，並且評估傷口是否有黃腐肉或黑色的組織增加。 4.維持四肢溫暖，建議穿戴手套、襪子，需要時予以烤燈使用，穿著保暖的衣物。 5.建議活動不應過於疲倦，若散步時感到疼痛時就應休息至緩解再繼續行走，以協助側枝循環建立，指導臥床休息時床頭宜搖高30~60度，使下肢低於心臟。 6.指導Buerger-Allen運動的方法：首先平躺將雙腿抬高超過心臟，繼而坐於床沿、小腿下垂向上下內外運動足部和腳趾，最後再平躺，每個動作約3~5分鐘，此步驟依個人耐受程度每日約4~6次。 7.皮膚乾燥時應使用乳液避免皮膚龜裂。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.10/16觀察個案外出行走活動的時間由每次的10分鐘延長為30分鐘，回病床休息會抬高枕頭。個案可口述，跟剛來急診時比較起來，感覺可以走比較久一點才會痛。 2.10/16個案一天可執行2~3次Buerger-Allen運動。 3.10/17觀察個案四肢末梢發紺、觸診冰冷、雙上肢橈動脈1價，雙下肢足背動脈+-，表示仍有麻刺和鈍鈍的感覺。 4.10/17評估傷口床的滲液減少、且黑色的組織向內收縮，周圍皮膚有發紅，無黃腐肉或臭味。 5.10/17觀察個案佩戴棉質手套和襪子，手拿暖暖包。

<p>(2-4)10/14觀察病患行走時跛行之情形。</p> <p>(2-5)10/15個案外出後身上有煙味，表示剛才朋友有抽菸。</p> <p>(2-6)左手血壓：116/60mmHg，右手血壓：122/56mmHg。</p> <p>第二層次評估</p> <p>主要刺激：柏格爾氏病。</p> <p>相關刺激：雷諾氏現象，冰冷或情緒、尼古丁的刺激。</p>	<p>8.指導個案避免環境的冷刺激，如減少在半夜和凌晨外出、減少喝冰涼的飲料，另衛教喝綠茶可抑制血栓形成但勿加糖或空腹喝，以避免對身體有不利的影响。</p> <p>9.觀察個案是否仍有接觸尼古丁，要避免接觸二手菸。</p> <p>10.教導放鬆技巧如聽音樂、深呼吸等，協助情緒等及壓力帶來的影響。</p> <p>11.依醫囑予以promostan(PGGE1)靜脈點滴注射，每班觀察並且評估周邊循環及傷口情形。</p>	<p>6.個案自述：「我去外面活動，要避開吸菸的人群」。</p> <p>7.10/17個案表示：「飲料我真的戒不掉，不過我會盡量買去冰的。」</p> <p>8.10/20個案住院後傷口無擴大或感染，但潰瘍傷口未癒合良好。</p> <p>9.2014年2月因傷口癒合不良，再度入院行清創及自由皮瓣移植手術。</p>
---	---	--

問題二、慢性疼痛／血栓閉塞性血管炎、慢性動脈潰瘍

護理目標：(一)10/15個案在治療後口述疼痛緩解並可以在夜間獲得比較多的休息。(二)個案可表達在疼痛控制下，疼痛有改善。

主客觀資料	護理措施	評值
<p>第一層次評估</p> <p>1.主觀資料：</p> <p>(1-1)10/14主訴「你們總是問疼痛指數有幾分，你的總分只有10分，可是告訴妳們，我的疼痛是一百分、一百分！這是你們無法想像的痛！」</p> <p>(1-2)10/15主訴「我真的好痛！可以幫我打止痛嗎？我已經忍耐4個小時了！」</p> <p>(1-3)10/15主訴「平常就已經很痛了，走稍微久一點更痛。」</p> <p>(1-4)10/15「痛起來完全睡不著！打了嗎啡之後只能睡3、4個小時。」</p> <p>2.客觀資料</p> <p>(2-1)10/14會談時說話速度正常，注意力有時會分散，觸摸自己的手或腳，有皺眉的表情，情緒輕微緊張，表示當下疼痛指數6分，會想中斷會談表示想去走走買東西。</p> <p>(2-2)10/14早上0830交班畢，個案隨即詢問是否可打止痛針，皺眉哭泣。</p> <p>(2-3)10/15觀察白天神情疲憊。</p> <p>(2-4)10/15於留觀期間，夜間有4~5個小時在外面講電話，僅有2~3小時連續睡眠，白天用完午餐、打完止痛針後可睡約1~2小時。</p> <p>第二層次評估</p> <p>主要刺激：血栓閉塞性血管炎、慢性動脈潰瘍</p> <p>相關刺激：缺乏疼痛處理技巧的知識</p>	<p>1.以VAS及傾聽評估疼痛情形、止痛措施介入後緩解的程度。</p> <p>2.評估疼痛對個案的情緒、社交、家庭生活、對人生的想法的影響程度。</p> <p>3.與疼痛科醫療團隊討論可常規使用止痛藥物，並和個案共同討論最佳的疼痛控制策略，如：在急性發作時除了常規口服止痛藥物外，在個案嘗試了轉移注意力或深呼吸放鬆技巧後仍感疼痛不適時，允許予以病患針劑嗎啡使用、睡前輔助性藥物使用以改善夜眠等。</p> <p>4.提供藥物的作用、副作用說明及正確的資訊，同時教導、評估藥物成癮、生理依賴的發生、可能症狀，並會診身心醫學科及疼痛科醫師。</p> <p>6.依醫囑予以morphine 10mg IM Q4H PRN。</p> <p>7.輔以抗憂鬱劑pinsaun及rivotril治療以緩解焦慮和失眠。</p> <p>8.配合睡前止痛藥物及安眠藥物，讓個案能在夜間有較多休息。</p> <p>9.營造舒適的睡眠環境，教導睡前4~6小時避免攝取咖啡因、茶類的飲料，以提升睡眠品質。</p> <p>10.評估個案的社會及家庭支持系統，鼓勵可以和護理人員分享內心的感受。</p> <p>11.告訴個案筆者願意陪伴她，傾聽，不批判，予以心理支持、治療性觸摸，減少一個人的孤獨感。</p>	<p>1.10/14個案表示「打完嗎啡效果大概2~3小時，疼痛指數約可以從10分降到6~7分。」</p> <p>2.10/16個案表示「昨天晚上打完止痛加上吃安眠藥，我可以睡4個小時。」</p> <p>3.11/16個案表示「有比較規則打止痛就比較舒服了。」</p> <p>4.在11/20出院後的個案再度來急診掛號要求打止痛；病患表示返家後有嘗試去中醫針灸，和去麻醉科行神經阻斷，平常在家沒事會做一些深呼吸、冥想的活動，但是成果都沒有嗎啡來得好，也很擔心自己的情況越來越糟。</p> <p>5.11/20患者可以表示平常有吃口服嗎啡的狀況下、天氣又不會太冷的小時候，白天還可以上八小時的班。</p> <p>6.2014年4月個案因皮瓣組織癒合不良、傷口疼痛入院，並接受右手食指第一指節截肢手術。</p>

問題三、調適功能障礙／鴉片類止痛藥物依賴

護理目標：(一) 10/15個案可以表達因為疼痛或壓力造成對自己和生活的影響。(二) 能夠主動說出自己的需要，並與醫療團隊討論除了嗎啡以外可因應的疼痛方式。

主客觀資料	護理措施	評估
<p>1.主觀資料： (1-1)10/14主訴「你們都怕我有成癮的問題，我只是很痛，我沒有成癮，我跟那些常來打針毒蟲不一樣！」 (1-2)10/14主訴「我現在真的很痛！你們再不給我打止痛我就要鬧了喔！」 (1-3)11/20出院後的個案又再度來急診掛號要求打止痛；病患表示返家後有嘗試去中醫針灸，和去麻醉科行神經斷，平常在家沒事會做一些深呼吸放鬆的活動，但是成果都沒有嗎啡來的好。 2.客觀資料： (2-1) 10/14約每3~4個小時就會詢問是否可打止痛針，眉頭皺緊、眼角泛著淚水。 10/15常可以看到個案看著自己的手腳沉思、皺眉。</p>	<p>1.評估並觀察病患調適不良的原因，除了疼痛之外仍尚有其他壓力源待處理:如因工作上必須經常請假來自上司和父母的壓力且經濟來源不穩定的壓力等，發現個案還有自我概念低下與缺乏良好的解決技巧等問題。 2.鼓勵個案表達自己的感覺及對疾病治療、疼痛與藥物使用上對生活及社交、人生造成的影響，引導個案自己說出是否有方法可以改善現況。 3.以不批判的態度引導病患說出自己的感受，協助病患重新檢視自己對疼痛的調適方法和自己可以改變的能力:例如利用其他疼痛控制技巧偕同止痛藥物使用，讓病患更有控制感。 4.在治療性關係建立後，觸摸個案的雙手或輕拍肩膀。 5.同個案討論除了嗎啡以外的疼痛處理方式，協助並鼓勵訂定目標，如：在疼痛來襲時，可以在想使用嗎啡之前先使用深呼吸放鬆技巧或冥想、找護理人員聊天或使用手機等社交媒體等技巧，讓其可參與自己的治療計畫。</p>	<p>1.10/15個案可以說出「生這個病，一來是很痛，二來是我不得不放棄我原本的工作、男朋友，我的人生都被天翻地覆了，我對未來不敢有甚麼期待」 2.10/16個案表示「打完嗎啡效果大概2~3小時，我其他時間會自己推點滴架出去走走、或是和朋友、和你們聊天，試著轉移注意力。」 3.2014年2月個案再度至急診就醫要求嗎啡，表示目前有常規一天服用四次嗎啡，但是最近還是很痛，要求要打20毫克的嗎啡才有用，提及自己在臺中某醫院，其醫師都會馬上開藥，不會像這裡一樣像防賊一樣防著自己，接著筆者請病患仔細回想近來的嗎啡用量是否過量，有過度依賴的情形？個案隨即沉默，表示願意回去想想，也請個案記錄平日就醫所用止痛藥種類及劑量，個案陸續至疼痛科及身心醫學科門診追蹤，並於回門診時經過急診室，告知護理人員有到門診就診。</p>

討論與結論

本文描述一位年輕確診為柏格爾氏病合併有慢性動脈潰瘍的年輕女性，其疾病的特殊性及慢性化、長期疼痛、反覆就醫的心路歷程。發現個案因外觀、身體功能的改變以致有生理上的健康問題，更導致對人生歷程的失落及不適

應。經治療性人際關係的建立，和個案有良好的互動，評估個案的需求，以羅氏適應模式評估健康問題，思考如何避免個案的肢體循環及潰瘍情形不要惡化的措施，另透過身心醫學科及疼痛科醫師協助緩解疼痛，改善睡眠和情緒，以鼓勵的方式改變生活習慣，並了解個案是否有藥物成癮的問題。

在照護初期，個案常被當成嗎啡成癮的患者，故對急診的醫療團隊極度不信任、防衛，經筆者的接納及與其他醫療團隊的合作，得以讓個案鬆開心房，接受適當的護理措施。反思在第一線的急診護理人員常常受到主觀的影響，讓此類病患常有被標籤化的情形，因此，我們更須了解所謂「藥物成癮」必須有一個月以上對藥物產生耐受性及戒斷症狀，方能稱之為「成癮」，而此個案係因長期使用嗎啡，但無出現藥量增加及戒斷症狀，而是對藥物的身體和心理「依賴」，醫護人員必須要區分兩者的不同，才能予以正確的處置。急診照護時間短，治療成效須加以追蹤，才能確認個案的健康問題是否獲得解決。

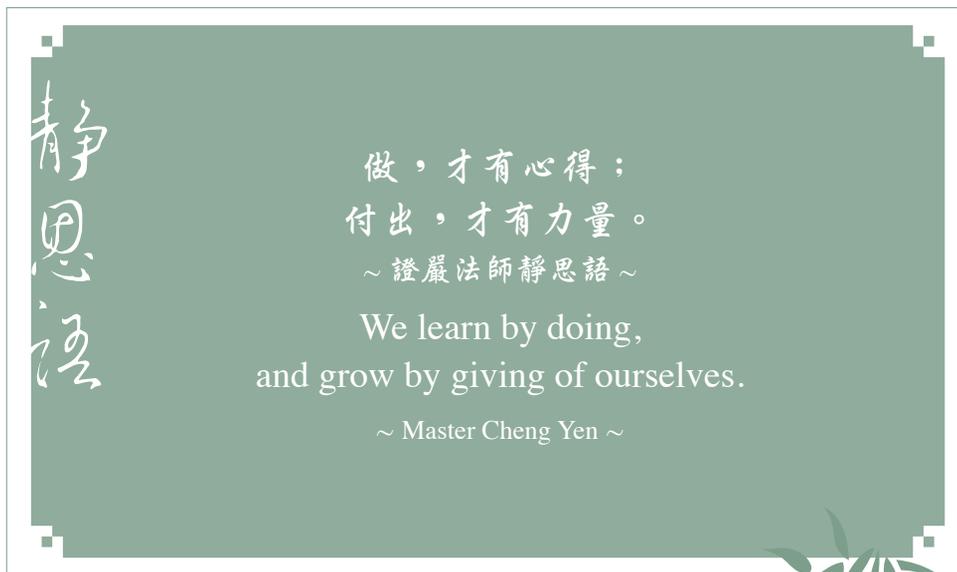
在照護的過程中，發現由於個案長期受疼痛所苦，對許多輔助性療法及非藥物轉移疼痛的方法缺乏成功經驗及信心，但當時因筆者經驗不足，未考量其他專科可行的措施，如：轉介至神經外科評估行扣帶迴切開術，此為在腦部扣帶迴作一局部破壞以改變病患對痛覺的感受及疼痛經驗，以降低疼痛對日常生活的影響等，感到不足。日後得知此個案反覆入院，雖有行局部神經阻斷治療，仍有掛急診、門診要求施打止痛劑，先前已評估有藥物依賴的隱憂，最後建議至身心醫學科追蹤，此可作為未來照護頑固性難治疼痛病患照護上之借鏡。

柏格爾氏病是一個在臺灣個案數稀少的疾病，也無相關的統計，但其特殊性、複雜性，讓筆者可以透過此次的個案報告，做為往後再照護到此類病患之參考。

參考資料

- 牟學懿、蔡家靜、馮靜修(2010)·非癌症病患醫源性成癮個案探討·*管制藥品簡訊*，(44)，1-3。
- 林明潔、吳岱穎、林光洋、郭冠良、黃惠娟、陳建志(2013)·個案報告與討論：柏格爾病·*家庭醫學與基層醫療*，24(6)，221-224。
- 胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃翰心、陳幼貴(2011)·成人癌症疼痛臨床照護指引·*腫瘤護理雜誌*，11(增訂刊)，87-127。
- 邱千蜜、邱燕甘(2007)·照顧一位慢性疼痛個案對藥物依賴之護理經驗·*長庚護理*，18(2)，285-293。
- 黃瑞媛、沈孟樺、李信謙、楊翠媛、謝佳容、巫慧芳、王美業、蔡素玲、徐、蕭佳蓉、許寶鶯、陳碧霞(2008)·物質濫用疾患的護理·於蕭淑真總校，*精神科護理學*(二版)，449-477頁)臺北:新文京。
- 莊俐麟、柯幸芳、包世芳(2013)·運用羅氏適應模式於一位喉癌病人之護理經驗·*志為護理*，12(2)，91-101。
- 靳曾珍麗、張玉梅(2013)·周邊血管疾病之護理·於劉雪娥總校閱，*成人內外科護理*(六版，791-794頁)·臺北:華杏。
- 潘雪幸(2010)·*台灣鴉片類藥品使用趨勢及特性分析*(未出版的博/碩士論文)·國防醫學院醫學科學研究所博士論文，臺北。
- 蔡青青(2013)·心臟血管系統疾病病人護理·於廖張京棣總校，*最新實用內外科護理學*(四版，11-70-11-74)·臺北:永大。
- 羅淑芬(2012)·下肢潰瘍傷口·於于博芮總校閱，*最新傷口護理學*(二版，265-284)·臺北:華杏。
- Smeltzer, S. (2006)·血管疾病及末梢循環障礙病人之評估與處理·於高紀惠總校閱，*布氏內外科護理學*(1066-1075)·臺北:藝軒。
- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., & Blasey, C. M.

- (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 262-8.
- Bozkurt, A. K., Köksal, C., & Demirbas, M. Y. (2006). A randomized trial of intravenous iloprost (a stable prostacyclin analogue) versus lumbar sympathectomy in the management of Buerger's disease. *International Angiology*, 25(2), 162-8.
- Hida, N., & Ohta, T. (2013). Current status of patients with Buerger disease in Japan. *Annals of Vascular Disease*, 6(3), 617-23.
- Haro, J. De., Acin, F., Bleda, S., Varela, V., & Esparza, L. (2012). Treatment of thromboangitis obliterans(buerger's disease) with bosentan. *BioMedCentral Cardiovascular Disorders*, 12(5), 1-7.
- Vijayakumar, A., Tiwari, R., & Prabhuswamy, V. K. (2013). Thromoangitis obliterans (Buerger's disease)- Current practices. *International Journal of Inflammation*, 2013, 1-9. doi:10.1155/2013/156905



A Nursing Experience of an Emergency Department Patient with Buerger's Disease and Arterial Ulcer Suffering from Chronic Pain

Yi-Lin Wang, Jiin-Ling Jiang*

ABSTRACT

This article described a nursing experience of a 32 year-old female patient in the emergency department observation unit diagnosed with Buerger's disease and arterial ulcer. The nursing period was from October 14th to 17th, 2013. With Roy's adaptation model as assessment framework, the patient's data were collected via interviews, physical assessment and examination, and chart review. Three major health issues were identified: altered peripheral tissue perfusion, chronic pain, and impaired adjustment. Basing on the knowledge of Buerger's disease, chronic pain, and arterial ulcer care, the nursing staff primarily assisted in Ischemic ulcer wound healing and pain relief, encouraging the patient to learn to coexist with chronic pain and to acquire management skills, and allow the patient to face and adjust to the diseases and drug dependence via listening and mental support. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:3, 101-111)

Keywords: Buerger's disease, chronic pain, drug dependency, Roy's adaptation model

Nurse Practitioner, Fu Jen Catholic University Hospital; Assistant Professor, Department of Nursing, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan*

Accepted: April 13, 2017

Address correspondence to: Jiin-Ling Jiang No. 701, Section 3, Zhong-Yang Rd, Hualien, Taiwan. 97004

Tel: 886-3-856-5301 #2230 ; E-mail: jiinling@gms.tcu.edu.tw