

一位酒精性肝硬化病人肝臟移植術後急性混亂之護理經驗

吳晨綠、王滇雅、蔡佩臻*

中文摘要

本文描述一位54歲個案因酒精性肝硬化接受肝臟移植手術的照護經驗。筆者於照護期間2017年5月10日至6月1日運用羅氏適應模式評估，確立個案主要健康問題有：急性混亂、體液容積過量、焦慮。在護理過程中，彈性增加會客時間以提供個案安全感、調整病室內燈光以增加定向感、與醫師討論增加輔助藥物促進夜間睡眠等策略，順利度過手術後的急性混亂階段。與營養師、醫師共同討論調節個案水份攝入與排出，並給予合適的飲食衛教，改善個案體液容積過量狀態。再則，協助個案了解移植術後的病程進展、耐心回答個案反覆性疑問及指導放鬆技巧，成功降低焦慮程度，最終使個案順利轉至普通病房，並逐漸恢復健康。(志為護理，2019; 18:2, 118-128)

關鍵詞：肝臟移植、羅氏適應模式、急性混亂

前言

根據行政院衛生福利部統計資料顯示(2017)，慢性肝病及肝硬化為2016年臺灣十大死因第十名，而肝硬化末期時肝臟移植是唯一的治療方法(楊、葉、邱，2013)。肝臟的摘出與新器官的植入會造成病人生心理平衡的混亂，移植手術本身的風險、術後用藥

與營養、病人與家屬對治療的認知及配合度等，都是肝臟移植成功與否的關鍵(劉、黃、李、胡，2010)。

本文個案為一位酒精性肝硬化患者，在接受活體肝臟移植手術後，因治療需要入住加護病房單一保護隔離病室，加上酒精濫用病史及手術造成的衝擊，造成個案術後產生急性混亂

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理部護理師、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理部護理長*
接受刊載：2017年4月17日
通訊作者地址：蔡佩臻 333 桃園市龜山區復興街5號
電話：886-3-328-1200 #2304 電子信箱：u22020@cgmh.org.tw

的情形，不僅使家屬擔心也增加了醫療團隊照護上的困難度，筆者期望藉此照護經驗，提供加護病房護理人員照護肝臟移植手術患者之參考。

文獻查證

一、酒精性肝硬化與肝臟移植簡介

肝臟是負責酒精代謝的主要器官，但當大量且慢性的酒精累積，會抑制肝臟內酵素的活性，進而導致肝細胞受損，受損的肝細胞釋放多種炎症因子，持續的炎症反應下，最終將發展為肝硬化。酒精性肝硬化患者5年內死亡率有60%~85%，若在15年內未接受肝移植，則90%的患者可能會死亡(Carithers & McClain 2016)；同時行政院衛生福利部器官捐贈移植作業手冊(2017)規定，藥癮患者、感染無法控制及酒癮戒除未滿半年者不適宜肝臟移植手術。

二、肝臟移植術後健康問題及照護

(一)急性混亂及其護理

急性混亂狀態神經症狀包含意識清醒程度降低、失去定向感、焦慮和情緒激動，而生理症狀則常有震顫或肌肉不自主抽搐情形，是加護病房常見的合併症(王等，2012；Bates, 2017)。造成急性混亂的危險因子分為三大類別：1.疾病因素，如憂鬱症、電解質不平衡和睡眠剝奪等，2.環境因素，如隔離、住加護病房和缺乏燈光刺激，3.醫療處置，如限制臥床、身體約束和手術大於10小時等都是造成急性混亂的重要因子(陳、孫、黃，2012)。此外，王等學者以肝臟移植病人為研究

對象，發現有酒精濫用史患者於術後發生急性混亂的機率較其他肝硬化患者高出26%(王等，2012)。

急性混亂的症狀有賴於臨床第一線護理人員的觀察與判斷，30~40%的急性混亂可透過適當的護理處置來降低其發生率(Bates, 2017)。而加護病房急性混亂的護理照護指引包含：1.維護病人環境：減少噪音、維持適當照明、提供日曆或電視等物品以幫助病人放鬆及提供定向感。2.溝通技巧：藉由溝通過程，提升病人安全感及方向感，鼓勵病人與家屬的互動，增加病人心理支持。3.提高睡眠品質：延長不間斷的睡眠時間，集中護理，避免片段的治療與處置(Fan, Guo, Li, & Zhu, 2012)。

(二)體液容積過量及其護理

體液容積過量是指體液調節機轉失調時，病人經歷液體滯留的狀態(Halbardier, 2015)。肝臟移植患者術後可能因肝臟功能尚未恢復，血流堆積於其他臟器循環，體內為了調節平衡，會刺激內分泌腺體分泌，使大量的鈉和水份滯留在體內，導致尿液減少、腹水及周邊水腫的現象。同時，移植術後肝臟合成白蛋白的能力尚未恢復，血管膠體滲透壓下降，同樣也會導致腹水及四肢水腫(褚、徐，2015；Halbardier, 2015)。

護理措施包含：1.維持體液平衡：定期追蹤體重、腹圍、中心靜脈壓力及攝入排出量，另外，若醫師評估需要放置引流管，引流肋膜積水或腹水時，應協助放液並觀察血液動力學變

化。2.監測肝臟功能及白蛋白值：依醫囑補充白蛋白或新鮮血漿以提升血管內滲透壓。3.減少體液容積過量的合併症：限制水份鹽份的攝取，避免食用醃製、罐頭或加工食品，若口渴時可口含冰塊或檸檬片。4.維持皮膚完整性：教導在水腫部位擦拭乳液，予適度按摩以增加血液回流及緩解病人的緊繃不適，並定時檢視骨突處有無發紅情形(李，2015；褚、徐，2015)。

(三)焦慮及其護理

肝臟移植病人相較於其他外科患者，手術前後有較大的情緒落差，從術前對於重生的期待，到術後面臨多種不確定的感受，包含不了解治療方式、不清楚疾病進展、臨床症狀不如預期進步、擔心排斥或死亡發生，因而常有焦慮的情形出現，再加上術後於加護病房住院期間行保護性隔離，缺乏家人陪伴及心理支持，也會加劇病人焦慮的狀態(楊等，2013；陳、陳、許，2016)。

焦慮可藉由消除不確定感來緩解，因此陳等(2016)指出護理人員應主動建立良好的治療性關係，專注傾聽以了解焦慮原因，針對其焦慮原因提供護理措施，面對病人負面情緒時給予支持鼓勵、提供個別性的資訊、邀請病人共同參與制定治療計畫等。亦可使用冥想、聽音樂或肌肉放鬆等技巧轉移注意力，以降低焦慮程度；適時依醫囑給予抗焦慮及鎮靜藥物，並觀察病人用藥後反應(潘、陳、湯，2015)。

個案簡介

一、基本資料

黃先生，54歲，高職畢業，溝通語言為國臺語，信仰道教。與太太育有一24歲女兒，女兒未婚，三人同住，夫妻共同經營火鍋店，家境經濟狀況小康，與妻子女互動關係良好，是家中主要決策者，住院期間太太同時為捐贈者和主要照顧者，女兒於白天前來探視。

二、病史及就醫經過

個案為酒精性肝硬化患者，家屬表示個案過去三年幾乎每天飲用一瓶高粱酒，半年前因慢性肝硬化疾病的惡化，經專科醫師及移植團隊評估討論後，決定進行活體肝臟移植，捐贈者為同血型的太太，等待移植期間仍偷喝啤酒情形。個案於2017/5/10轉入加護病房，5/11接受活體肝臟移植手術，術後採保護隔離。6/1因病情穩定轉至普通病房繼續治療。

護理評估

照護期間為2017/5/10至2017/6/1，筆者以羅氏適應模式為評估架構，藉由直接照護、病歷查閱、身體評估等方式收集資料，進行生理、心理及社會整體性評估，收集資料如下：

一、生理適應模式

(一)氧氣和循環：5/11~5/13術後使用呼吸器，5/13移除氣管內管後，使用鼻導管氧氣3L/min，末梢血氧值皆達100%，5/15胸腔X光顯示右側肺部積水，經胸腔外科醫師評估放置引流管，引流液呈清澈黃色液，每日引流液總量小於500ml，觀察無發燒情

形，心跳：80-90次/分、血壓：140-150mmHg、呼吸：10-15次/分、末梢血氧值：99-100%、Hb:8.8g/dL、Hct:25.9%，皮膚有黃疸情形，觸摸溫暖，嘴唇與指甲無發紺，未使用呼吸輔助肌，5/15動脈血氧分析報告正常，評估此項目適應。

(二)營養：手術前食慾佳，口味偏重，喜好吃冰淇淋等甜食，無偏食習慣。個案身高167公分，術後第一天體重68公斤，身體質量指數：24(kg/m²)，屬體重正常。5/12起因有急性混亂及肝臟功能不穩定情形，不適合由口進食，醫師囑給予營養劑使用。5/19開始由口進食，每日進食量約1,500g-2,000g，鹽分攝取<3g/天，5/20檢驗報告中albumin值1.99g/dL，且有雙下肢有凹陷性水腫(+++)，醫囑予連續三天靜脈點滴albumin 4瓶/天後，上升至3.16 g/dL，評估此項目適應。

(三)排泄：手術前排泄功能正常，無使用軟便劑習慣，手術後因醫囑限制臥床，於床上使用尿布，5/25移除尿管後約2-3小時，解尿一次200ml黃色尿液。5/22由口進食後第三天開始，每日解1-2次黃色軟便，排泄型態無特殊改變，評估此項目適應。

(四)活動與休息：5/17個案表示：「晚上我會去公園散步，放假有機會的話會開車出去走走」，手術前無服用安眠藥習慣；手術後因保護性隔離措施與醫囑限制臥床，因此大多時間臥床看電視休息，評估四肢肌力4分，可自行翻身及活動肢體，夜間睡眠時

間約6小時，評估此項目適應。

(五)感覺知覺功能：手術前意識清醒，聽、嗅、味、觸、痛、溫覺皆正常。5/12依據昏迷指數評估手術後意識為E2VEM5，眼神無法對焦，左嘴角及雙上肢不自主抽動約8-10次，每次約15秒，於熟睡時緩解，5/13抽血檢驗 ammonia: 147ug/dl，觀察個案夜間無法入睡，意識E3V5M5，眼神恍惚、自行拆掉傷口束腹帶及心電圖貼片、時而哭泣，時而喃喃自言自語「趕快叫我老婆來，我要回家了，等一下有朋友要來找我」、「你們為什麼這麼多人在我家」；5/14意識E4V4M6，雙眉緊皺、全身肌肉緊繃、手握拳頭、坐立難安，主訴「你們沒看到電視下面一直站著一個人嗎，他站好久了」、「那個人老老的，沒什麼頭髮，他說他叫什麼昆的」、「我昨天晚上睡覺，每次眼睛張開就會看到他」、「後來他沒有跟我說話，但一直看著我」。心跳：110-120次/分、收縮壓:100-110mmHg、呼吸:20-30次/分、末梢血氧值:100%，經以上資料收集，評估個案術後前期有急性混亂問題。

(六)體液電解質：平時在家飲水量1,500ml-2,000ml/天，手術後初期禁食，以中心靜脈營養針、靜脈點滴及輸血補充體內容積約2,000ml/天，5/19觀察個案一次喝下一瓶600ml運動飲料，並表示：「我口好渴，可不可以再多喝一點？」，統計飲水量1,650ml/天，腹部傷口滲液及腹水量共5,020ml/天、尿量550ml/天。5/20電解質檢驗

報告: BUN: 65.6mg/dl、Cr: 2.09mg/dl、Na: 133mEq/L、K: 4.8mEq/L、Cl: 98 mEq/L、albumin 1.99g/dL, 中心靜脈壓14cmH₂O, 體重74公斤, 較手術前增加6公斤, 5/20觀察雙下肢凹陷性水腫(+++), 皮膚光亮、薄且緊繃, 中央靜脈導管針孔注射處滲出淡黃色液量多。5/24主訴「感覺我兩隻腳跟象腿一樣, 膝蓋那邊都彎不起來」, 5/24腹部超音波檢查診斷腹水量多, 經以上資料顯示個案有腹水多及雙下肢水腫情形, 評估有體液容積過量之健康問題。

(七)神經及內分泌: 個案無糖尿病、無甲狀腺亢進及其他內分泌遺傳疾病。觸摸頸部無腫塊、軀幹及四肢比例正常、神經肌肉正常、無麻木或疼痛感、性生殖器官發育正常, 評估此項目適應。

二、心理適應項目

(一)自我概念: 案妻描述個案術前個性樂觀正向, 對於困境自認為船到橋頭自然直, 順其自然。5/19進入病室, 個案詢問「現在要做什麼? 傷口是不是又濕了? 濕很多嗎? 為什麼會一直這樣?」, 5/21抽血時主訴「現在又要幹嘛? 要打什麼針?」, 5/19-5/23因急性排斥連續五天進行血漿置換術, 5/23個案表示:「洗完這個我的抽血結果有比較好嗎? 有下降嗎? 肚子水有比較少嗎?」、「我不是都沒有進步」、「我真的好得起來嗎?」、「以後是不是會常常這樣排斥發作啊」, 5/24主訴:「我一整身的水喔, 翻個身都這麼吃力, 什麼

時候才好得了」、「感覺我兩隻腳跟象腿一樣, 膝蓋那邊都彎不起來, 以後怎麼走路?」, 5/26大夜班觀察個案睡眠差, 獨自在病室內時, 臉部表情緊張, 四處張望掃視, 每小時按護士鈴重複表示「我老婆什麼時候可以來? 可以幫我打電話叫她來嗎?」、「我現在想要下床」、「我睡不著覺, 一直不睡覺, 肝臟會不會有問題?」, 並以貝克焦慮量表評估焦慮程度為30分, 屬嚴重焦慮, 評估此項目有焦慮問題。

(二)角色功能: 個案第一角色為54歲中年男性, 第二角色為先生、父親, 第三角色為個案, 個案表示:「換完肝就是重生了, 我會努力好起來, 不要再讓老婆女兒擔心。」於住院期間和家屬互動佳, 主動詢問自我照護相關知識, 對於衛教內容能認真學習, 此項目適應。

(三)相互依賴: 個案住院前為家中決策者, 若有重要決策會與妻女討論, 住院後主要由案妻照護, 觀察個案會向案妻表達自己的心情, 案妻會耐心傾聽及給予安撫, 協助更換傷口或尿布時, 個案會緊握案妻的手, 案妻也會共同協助且給予個案支持性語言, 期間女兒也會前來探視陪伴, 互動關係良好, 此項目適應。

問題確立及護理措施

綜合以上資料評估分析, 依時間順序, 確立個案主要健康問題為: 急性混亂、體液容積過量及焦慮, 護理措施詳述如下:

一、急性混亂／與重大手術後的身心衝擊有關(5/10-5/16)

(一) 第一層評估：

S1:5/13時而哭泣，時而喃喃自言自語
「趕快叫我老婆來，我要回家了，等下有朋友要來找我」、「你們為什麼這麼多人在我家」

S2:5/14主訴「你們沒看到電視下面一直站著一個人嗎，他站好久了」、「那個人老老的，沒什麼頭髮，他說他叫什麼昆的」、「我昨天晚上睡覺，每次眼睛張開就會看到他」、「後來他沒有跟我說話，但一直看著我」。

O1:5/10轉入加護病房，5/11接受活體肝臟移植手術，術後採保護隔離。

O2:5/12手術後意識為E2VEM5，眼神無法對焦。

O3:5/12左嘴角及雙上肢不自主抽動約8-10次，每次約15秒。

O4:5/13個案夜間無法入睡，意識E3V5M5，眼神恍惚、自行拆掉傷口束腹帶及心電圖貼片。

O5:5/13抽血檢驗 ammonia: 147ug/dl。

O6:5/14意識E4V4M6，雙眉緊皺、全身肌肉緊繃、手握拳頭、坐立難安。

(二) 第二層評估：

主要刺激：重大手術且手術大於10小時、疾病進展因素

相關刺激：加護病房、保護隔離病室

剩餘刺激：過去酒精性濫用病史(過去三年幾乎每天飲用一瓶高粱酒)

(三) 護理目標：

1.5/14全身無不自主抽動情形。

2.5/15能眼神對焦，說出正確的人、時、地，依昏迷指數評估為E4V5M6。

3.5/16無視幻覺的情形，且表現出適當的動作行為。

(四) 護理措施：

1.每班執行精神狀態評估，包含觀察整體外觀、舉止、意識程度及定向感。

2.5/12與藥師、醫師討論給予合適之鎮靜物後，維持足夠的睡眠時間。

3.白天拉開窗簾維持病室內適當的燈光，提供適度光線刺激。

4.由家屬提供資訊，協助將電視轉至個案在家最常收看的頻道，增加聲光刺激。

5.每班交接班後會再次跟個案自我介紹、重複清楚提醒日期、時間及地點。並在個案正前方牆面上懸掛日曆，增加個案定向感。

6.每日協助抽血及追蹤各項血液生化值結果，5/13 ammonia: 147ug/dl，立即告知醫師，並協助予lactulose liquid 20ML TID服用。

7.5/13鼓勵太太和女兒於會客時間前來陪伴，鼓勵家屬多與個案討論家中事件，適時彈性延長會客時間，以增加個案安全感。

(五) 護理評估：

1.5/14觀察面部肌肉正常，四肢無不自主抽動情形。

2.5/15意識E4V5M6，眼神對焦，可正確回答人、時、地。

3.5/16觀察與人互動表現適當且正常，詢問下主訴：「現在都沒有看到人啦(手指著電視下方)」

二、體液容積過量／新植入肝臟尚未發揮功能導致(5/19-5/30)

(一) 第一層評估：

- S1: 5/19喝完600ml飲料後個案表示：「我口好渴，可不可以再多喝一點？」
- S2: 5/24主訴「感覺我兩隻腳跟象腿一樣，膝蓋那邊都彎不起來」。
- O1: 5/19飲水量1,650ml/天，腹部傷口滲液及腹水量共5,020ml/天，尿量550ml/天。
- O2: 5/20抽血檢驗Cr: 2.09mg/dl、Na: 133mEq/L、albumin 1.99g/dl。
- O3: 5/20中心靜脈壓 14cmH₂O，體重74公斤，較手術前增加6公斤。
- O4: 5/20觀察雙下肢凹陷性水腫(+++)，皮膚光亮、薄且緊繃，中央靜脈導管針孔注射處滲出淡黃色液量多。
- O5: 5/24腹部超音波檢查診斷腹水量多。

(二) 第二層評估：

- *主要刺激：植入肝臟功能尚未恢復影響體液調節
- *相關刺激：albumin過低
- *剩餘刺激：喝水量未控制

(三) 護理目標：

1. 5/29雙下肢凹陷性水腫程度由(+++)下降至(+)
2. 5/30體重由74公斤下降至≤68公斤。

(四) 護理措施：

1. 每日定時測量個案體重。
2. 每班監測中心靜脈壓力、記錄每班的喝水量、進食情形及各項排出量。
3. 記錄腹部引流球之腹水量與肋膜引流管引流量，與醫師討論限制放液量與利尿劑之使用。

4. 5/19開始由口進食，與營養師共同討論，衛教家屬增加攝取蛋白質的量，例如個案喜歡的魚肉和牛肉，避免加工醃製及罐頭食品，以降低鹽分攝取量。

5. 5/20依醫囑給予fresh frozen plasma 4U Q8H、furosemide 20mg/2ml/amp 1PC Q8H IV，增加尿量。

6. 5/20協助醫師增加腹部傷口縫合5針，以減少傷口組織滲液。

7. 5/20會診腎臟科，安排血液透析，以增加體液代謝量。

8. 5/21主訴口渴，協助口含冰塊減緩口渴感受，用有刻度的水杯裝水給個案，與醫師討論限制三班喝水量分別為500m、300ml、200ml，衛教家屬避免湯品，以減少由口進食之水量。

9. 5/23協助每兩小時以翻身枕翻身及以枕頭抬高個案的雙下肢，鼓勵床上進行下肢活動，避免水腫部位的皮膚破皮受損。

10. 5/24會客時間協助案妻使用乳液由下而上按摩雙下肢，促進靜脈回流減輕腫脹不適。

(五) 護理評估：

1. 5/29測量雙腳足背水腫程度為(+)
2. 5/30體重67公斤。

三、焦慮／對健康狀態改變及死亡威脅的不確定感(5/19-5/29)

(一) 第一層評估：

S1: 5/19進入病室，個案詢問「現在要做什么？傷口是不是又濕了？濕很多嗎？為什麼會一直這樣？」。

S2: 5/21抽血時主訴「現在又要幹嘛？要打什麼針？」。

S3:5/23連續五天進行血漿置換術後，個案表示：「洗完這個我的抽血結果有比較好嗎？有下降嗎？肚子水有比較少嗎？」、「我是不是都沒有進步」、「我真的好得起來嗎？」、「以後是不是會常常這樣排斥發作啊」。

S4:5/24主訴：「我一整身的水喔，翻個身都這麼吃力，什麼時候才好得了」、「感覺我兩隻腳跟象腿一樣，膝蓋那邊都彎不起來，以後怎麼走路？」

S5:5/26每小時按護士鈴重複表示「我老婆什麼時候可以來？可以幫我打電話叫她來嗎？」、「我現在想要下床」、「我睡不著覺，一直不睡覺，肝臟會不會有問題？」。

O1:5/26觀察個案睡眠差，獨自在病室內時，臉部表情緊張，四處張望掃視。

O2:5/26貝克焦慮量表評估焦慮程度為30分，屬嚴重焦慮。

(二) 第二層評估：

*主要刺激：疾病進展及死亡威脅。

*相關刺激：加護病房行保護性隔離，缺乏家人陪伴

*剩餘刺激：對移植術後自我照護重點不了解

(三) 護理目標：

1.5/28可說出正確執行一項緩解焦慮之方法

2.5/29個案表現的焦慮程度減輕：由嚴重焦慮減為輕度焦慮。

(四) 護理措施：

1.主動和個案建立良好的治療性關係，

不中斷個案說話，耐心傾聽，並以開放性問題引導個案訴說對治療的擔心及害怕。

2.傾聽並了解個案重覆發問的疑問，給予水腫、傷口滲濕原因及「肝臟移植自我照顧衛教手冊」等相關資訊，以減緩因認知不足引起的不確定感。

3.5/23會客時間協同醫師進入隔離病室向個案解釋病況及給予正向鼓勵。

4.執行抽血、傷口換藥等處置前，先向個案說明後再執行，且執行過程中與個案聊天，例如電視上正播放之內容，以轉移個案注意力。

5.5/26夜間睡覺前指導個案深呼吸肌肉放鬆技巧，教導鼻子深吸一口氣，想像空氣緩慢地充滿下腹部、肋骨部位，最後空氣充滿整個肺部，吐氣時則以相反的順序慢慢吐氣，結束時輕輕地收縮下腹部，將廢氣完全吐出。

6.5/26家屬攜帶廟裡求來的護身符，協助貼於床頭及將祈福過的衣服放於個案胸前，以增加個案安全感。

7.5/27與醫師討論個案夜眠狀態，給予抗焦慮藥物使用。

8.夜班睡覺前播放鋼琴演奏輕音樂，指導個人深呼吸與肌肉放鬆方法，促進睡眠。

(五) 護理評估：

1.5/28個案可正確執行深呼吸肌肉放鬆技巧，並主訴於緊張擔心的時候，會握著護身符，播放聽音樂讓自己心情平穩下來。

2.5/29評估個案貝克焦慮量表評估焦慮程度為18分，屬輕度焦慮。

討論與結論

本文描述一位有酒精濫用病史個案，在接受肝臟移植手術後面臨急性混亂、體液容積過多及焦慮的過程，運用護理措施：傾聽陪伴、正向回答個案反覆的提問及指導放鬆技巧等，協助個案度過前期急性混亂與後期焦慮情形。同時，與各醫療團隊溝通討論治療計畫，調節體內水份與飲食，順利解決體液容積過多的問題。酒精性肝硬化之肝臟移植患者其術後產生急性混亂的發生率，較非酒精性肝硬化患者高(王等，2012)，但是筆者於護理過程發現，雖然肝臟移植手術患者至少需戒酒六個月以上，但法律上這並非絕對禁忌症，個案是否完成戒酒全依賴自己或其家人主訴，無確切的判斷依據，為移植前評估一大挑戰，且未完成戒酒即進行手術，將延緩術後恢復時間及術後護理上的不易。建議應在移植前後，皆由精神科持續追蹤病人戒酒行為，以增進患者的預後並獲得更好的生活品質，且建議可將酒癮患者的精神評估與酒精戒斷後的照護等相關課程納入肝臟移植單位護理人員的在職教育，以期增加臨床照護能力，提供病人更加完善的照護品質。

參考文獻

王思涵、謝佳恩、王俊毅、林惠娟、林麗絲、陳堯俐 (2012) · 酒精性肝硬化患者行活體肝臟移植術後加護病房瞻妄之危險因子分析 · *重症醫學雜誌*，13(4)，178-184。

行政院衛生福利部(2017，7月16日) · *器官移植作業準則* · 取自 www.ttpc.mohw.gov.tw/public/gpi/d9ce549ea79ea7ec161697d2fca2da0a.doc

[ttpc.mohw.gov.tw/public/gpi/d9ce549ea79ea7ec161697d2fca2da0a.doc](http://www.ttpc.mohw.gov.tw/public/gpi/d9ce549ea79ea7ec161697d2fca2da0a.doc)

行政院衛生福利部(2017，7月16日) · *民國105年死因統計結果分析* · 取自 <http://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3352-113.html>

李美娟(2015) · 一位初次血液透析病人遭逢喪夫之痛的護理經驗 · *台灣腎臟護理學會雜誌*，14(3)，61-75。doi:10.3966/172674042015091403005

陳依鈴、孫守涓、黃采薇(2012) · 外科加護病房病人譫妄發生率及相關因素探討 · *彰化護理*，19(4)，33-40。doi:10.6647/CN.19.04.13

陳盈蓉、陳雅玲、許莉宛(2016) · 一位初次診斷肝癌術後病人之照護經驗 · *高雄護理雜誌*，33(2)，49-59。doi:10.6692/KJN-2016-33-2-5

楊惠茹、葉淑蕙、邱鈴惠(2013) · 一位肝臟移植病人術後之加護護理經驗 · *秀傳醫學雜誌*，12(3,4)，109-116。doi:10.3966/156104972013121203005

褚淑芸、徐淑芬(2015) · 一位肝硬化併發腹水及肝性胸水病人之加護護理經驗 · *馬偕護理*，9(1)，42-53。

劉淑倩、黃芷誼、李秋琴、胡雅娟(2010) · 肝臟移植手術後護理指導之改善 · *長庚護理*，21(3)，323-334。

潘容芬、陳春香、湯婉 (2016) · 一位主動脈剝離術後病人之重症護理經驗 · *志為護理*，15(3)，82-91。

Bates, C. (2017). Confusion and delirium in the acute setting. *Medicine*, 45(2), 110-114. doi:10.1016/j.mpmed.2016.11.002

Carithers, R. L. & McClain, C. J. (2016). Alcoholic Liver Disease. In Mark, F., Friedman, L. S., & Brandt, L. J., (Eds.), *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver*

Disease (Tenth ed., pp. 1409-1427). Pennsylvania, PA: Saunders.

Fan, Y., Guo, Y., Li, Q. & Zhu, X. (2012). A Review: Nursing of Intensive care unit delirium. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(6), 307-316. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182682f7f

Halbardier, B. H. (2015). Fluid and electrolyte management. In M. T. Verklan, & M. Walden (Eds.). *Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing* (Fifth ed., pp. 146-161). St. Louis, MO: Mosby.

靜
思
語

一個人面臨絕境時，還能心存感恩很是難得。
永保感恩心付出的人，比較不會陷入絕境。
~ 證嚴法師靜思語 ~

It is difficult to remain grateful in destitution;
however, a person who does good with a grateful heart
is less likely to fall into destitution.
~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of an Alcoholic Liver Cirrhosis Patient Suffering from Acute Confusion After Liver Transplant

Chen-Lu Wu, Chen-Ya Wang, Pei-Chen Tsai*

ABSTRACT

This article described a nursing experience of a 54-year-old patient with alcoholic liver cirrhosis undergoing liver transplant. From May 10th to June 1st, 2017, the authors conducted a comprehensive evaluation of the patient by applying attentive listening, written communication and Roy's adaptation model, confirming major health problems including acute confusion, fluid volume excess and anxiety. To address the patient's post-operational acute confusion, the nursing interventions we provided during the nursing process included flexible meeting time to bring the patient a sense of security, adjustment to the ward lighting to regain usual reality orientation, and discussions with the physician on administering complementary medicine to improve night-time sleep. For the fluid volume excess, we planned with physicians and dietitians on nursing interventions including monitoring the balance of the patient's fluid intake and output, and educating the patient and the family the importance of proper nutrition and diet modification. Furthermore, to reduce the patient's level of anxiety, we educated the patient and the family about the course of post-transplantation, patiently answered the patient's repeatedly doubts and instructed the patient with relaxation techniques. Ultimately, the patient was successfully transferred to the general ward and continues to recover gradually. (Tzu Chi Nursing Journal, 2019; 18:2, 118-128)

Keywords: acute confusion, liver transplant, Roy's adaptation model

RN, Department of Nursing, Chang Gung Medical Foundation at Linkou Branch; Head Nurse, Department of Nursing, Chang Gung Medical Foundation at Linkou Branch*

Accepted: April 17, 2018

Address correspondence to: Pei-Chen Tsai No.5, Fuxing St., Guishan Dist., Taoyuan City 333, Taiwan

Tel: 886-3-328-1200 #2304 E-mail: u22020@cgmh.org.tw