

一位食道癌手術後個案入住加護病房之護理經驗

葉麗敏¹、陳德坤²

澄清綜合醫院中港分院 護理部¹、重症醫學科²

摘要

本文探討一位食道癌手術個案，因接受食道再造術（胃管重建及空腸造口）後，入住加護病房之照護經驗。筆者自 2019 年 4 月 24 日至 4 月 27 日藉由直接照護觀察、身體評估、溝通及查閱病歷，運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估進行資料收集，確認個案主要健康問題有：急性疼痛、營養少於身體所需、術後空腸造口灌食與傷口照護知識缺失及焦慮。筆者在護理過程中，密切觀察個案術後傷口疼痛反應，配合止痛藥物給予，教導以非藥物疼痛控制方式如轉移注意力、深呼吸及肌肉按摩以緩解疼痛；針對營養少於身體所需，給予中心靜脈導管全靜脈營養支持，再藉由空腸造口灌食提供腸道營養，每天評估空腸造口消化情形調整造口灌食熱量；運用實務操作及回覆示教練習，指導術後空腸造口灌食技巧及傷口照護知識；對於個案因疾病預後的不確定性及擔心後續治療而焦慮不安，筆者經由傾聽、關心、鼓勵及陪伴，並引導其表達心裡感受，讓個案抒發情緒及緩解焦慮，重建治療信心。希望藉此分享照護經驗，做為護理人員在臨床上護理此類個案參考，以提升臨床照護品質。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（2）：74-83）

關鍵詞：食道癌、急性疼痛、營養少於身體所需、焦慮、知識缺失

通訊作者：葉麗敏

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：limenu881239@yahoo.com.tw

受理日期：2021 年 4 月；接受刊載：2021 年 10 月

前言

食道癌（Esophageal Cancer）為全世界第八大癌症，根據行政院衛生福利部統計 2018 年食道癌為台灣癌症死亡原因第九位，是男性癌症死亡原因第五位 [1]。多數病患在診斷時已有吞嚥困難的症狀及營養狀況不佳，外科手術是唯一治癒的方法 [2]。食道重建手術的病患無法由口進食會影響消化功能，為了改善營養狀態會執行空腸造口手術，但空腸造口灌食與照護，會降低病患的生活品質，因而出現焦慮及憂鬱負面情緒 [3]。護理人員如何提供個案完整的護理措施，降低焦慮情緒，協助接受罹病後的改變及重拾信心是非常重要的。

本文個案為 52 歲男性，首次診斷食道癌，接受食道再造術 - 以胃管重建腸造口術入住加護病房，在照護過程中，筆者發現個案術後不僅承受傷口疼痛及空腸造口灌食的照護問題，面對未來的治療方向及預後不確定性更產生焦慮不安，因此引發筆者探討動機，想要評估其因應壓力方式，提供個別性的照護措施，滿足個案在加護病房的各項生理需求，並給予同理關懷，增進其因應能力，再度拾起信心並正向面對治療。期望藉此個案的完整護理過程，提供類似個案照護經驗之分享，提升照護品質。

文獻探討

一、食道癌治療及營養照護

早期食道癌幾乎沒有症狀，隨著腫瘤變大，會出現漸進性的喉嚨異物感、吞嚥疼痛困難、聲音嘶啞，50% -80% 食道癌病人呈現營養不良而體重減

輕等 [2,4,5]。食道癌病患的治療包括手術切除、放射治療及化學治療；外科食道重建手術（Esophagus Reconstruction）是早期食道癌首選治療方法，適用於病灶在食道中段的患者 [5]。病患在治療期間常面臨的困境包含：營養不良、身體活動功能惡化與肺部合併症 [1]。此三大困境亦即是食道癌患者三大照護策略，好的營養對食道癌後續治療以及病程恢復很重要，愈早即開始腸內專業營養支持評估與介入，並積極維持增加身體活動功能，愈可避免疾病惡化，減少術後感染率及合併症的發生 [4,5,6]。空腸造口（Jejunostomy）灌食，是提供食道癌病患營養最有效的方式，在手術同時放置空腸造口，以儘早在術後開始為病患進行腸道灌食，獲得足夠營養支持，以幫助手術後恢復，灌食時機應在空腸造瘻口置入 24 小時內執行 [7,8]。空腸造口照護：首次灌食 24 小時以 5% 葡萄糖水 50ml/小時的速度進行，24 小時後依病患的狀況給予管灌配方奶。每日評估空腸造口周圍皮膚癒合狀況，空腸造口傷口以無菌技術及生理食鹽水清洗，無菌紗布覆蓋，保持傷口乾燥，若出現滲液多時，增加換藥次數保持傷口乾燥。使用空腸造口灌食前，先評估空腸造瘻管的位置、周圍皮膚及傷口情形，灌食時應將病患床頭抬高 30-45 度，以防吸入性肺炎；灌食過程中應視病患反應調整速率，當病患有持續性上腹部疼痛、腹脹、噁心、嘔吐、腹瀉及傾倒症候群等症狀時，應立即減慢灌食速度、暫停灌食或調整管灌配方濃度，以降低相關腸胃不適症狀出現，視病患情況監測其體重，評估病患之營養狀態 [8]。手術後無法由口進食，亦可給予靜脈點滴補充，持續營養評估並給予營養指導，適時修正營養照護策略，以預防治療期間營養惡化 [9]。

疼痛護理

造成食道癌術後疼痛的原因，包括重建手術左頸吻合處傷口、胸腔胸管引流留置及腹部空腸造口，建議採用脊髓硬腦膜外麻醉，可有效緩解術後疼痛不適 [5]。止痛藥物包括 Pethidine、Epidural PCA（Patient Controlled Analgesia, PCA）、NSAID 及 Acetaminophen 等，配合病患自控止痛法（PCA）

的使用，由病患自己決定止痛藥用量及何時給藥，為手術後使用效果較好的止痛方法 [10]。護理過程除了適當止痛藥物外，教導放鬆技巧及轉移注意力方式來減輕傷口疼痛，教導避免傷口拉扯自我照顧技巧，例如：使用束腹帶固定，給予支托維持舒適臥位，咳嗽時將傷口壓住，運用肌肉按摩與宗教慰藉之非藥物疼痛控制方式，可有效緩解術後傷口不適 [11,12]。護理人員確實的執行系統性疼痛評估，及接受病患的自我報告疼痛程度，是疼痛處理的重要原則 [13]。文獻指出病患認為換藥是最痛苦的護理措施 [14]，若能在換藥前 30 分鐘給予止痛藥，就能達到止痛效果 [15]。

焦慮護理

病患手術後氣管內管留置轉入加護病房照護，面對陌生環境及各項侵入性的醫療處置，手術的壓力與無法表達對治療的痛苦與感受，容易引起病患生理不適及產生焦慮 [16,17]。當癌症病患面對內在及外在壓力產生焦慮時，醫護人員需適時評估壓力源及嚴重度，臨床上以視覺類比量表（Visual Analog Score, VAS），為評估病人焦慮程度的工具，焦慮視覺類比量表 0-10 公分水平線，每一公分代表 1 分，病患在直線上指出其焦慮程度，分數從 0 至 10 分，0 分代表完全沒有焦慮，1-3 分為輕度焦慮，4-6 分為中度焦慮，7-10 分為重度焦慮，10 分代表極度焦慮，分數越高代表焦慮程度越高 [17,18]，護理人員在面對個案的焦慮情緒，應運用陪伴、主動關懷及同理心等技巧，讓個案及家屬表達對罹癌的自我感受，協助適應疾病過程，並能主動表達治療的不適感受，提升信心、希望感，共同分擔心理壓力，討論計劃治療方向及生活目標 [19]。音樂治療介入對病人的焦慮、疼痛、疲憊、生活品質、心跳速率、呼吸頻率和血壓數值有正向的影響，接受手術治療的癌症病人聽音樂可減少麻醉和止痛藥物的使用量及住院日數 [20]。適時調整會客時間允許家屬陪伴，協同醫療團隊予病情解釋，提供適當的醫療訊息，藉由與醫療團隊的雙向溝通，鼓勵積極正向的面對疾病及後續治療，可緩解個案的焦慮程度 [3,21]。

護理過程

一、個案簡介

劉先生，52歲，國中畢業，主要語言為國、台語，宗教為一般民間信仰，育有一男（18歲）、一女（21歲），與妻及子女同住，職業為廚師，經濟來源為廚師工作所得及積蓄，家庭互動良好，主要照顧者為太太。

二、家族史與過去病史

家族病史父親有結腸癌，60歲過世，個案於2013年11月因車禍引起左側鎖骨骨折行內固定手術目前已痊癒。無藥物及食物過敏史。

三、求醫及住院過程

2019年3月個案因上腹痛、吞嚥困難及近六個月體重下降10公斤至本院求診，經胃鏡切片、胸腹部電腦斷層及食道攝影檢查，診斷為食道癌，骨掃描檢查無骨轉移。4/23入院，4/24進行食道再造術，以胃管重建腸造口術及縱膈腔胸腔內淋巴根除術，術後轉入加護病房照護，4/27個案轉至病房繼續照護。

四、健康評估

護理期間為2019年4月24日至2019年4月27日，筆者經由在加護病房直接照護觀察、身體評估及溝通，進行Gordon 11項健康功能型態評估。

（一）健康認知和健康處理型態

4/25個案主訴「我有抽菸、嚼檳榔、喝酒習慣已經有30年，平時睡不著，也會喝酒助眠。」4/26個案主訴「我以後再也不敢抽菸、嚼檳榔、喝酒，我知道這些跟食道癌有關係」，筆者於4/26詢問個案是否了解這次手術過程，個案神情皺眉、且語帶疑惑表示「術前醫師有解釋治療風險、手術目的過程，但對於空腸造口灌食及傷口照顧，還是不清楚。我不知道腸造口灌食要怎麼用？這個傷口每天都要換藥嗎？腸灌食現在用機器灌，會不會很難用，我要注意什麼？」觀察照護期間會頻繁詢問術後傷口照顧等相關問題，可遵循醫護人員的醫療指示配合治療。評估個案有術後空腸造口灌食及傷口照顧知識缺失/缺乏訊息提供之問題。

（二）營養與代謝型態

個案身高為162公分，體重為47.5公斤，身

體質量：18.5kg/m²，理想體重：57.73公斤，屬體重偏低，4/24個案太太：「我先生近六個月來因吞嚥困難，進食量減少，體重下降了10公斤。」觀察個案口腔黏膜光滑，潮濕呈粉紅色，4/23開始以中心靜脈導管予全靜脈營養、大量點滴D5S 1bot IVD bid使用，熱量共1,850卡/日。4/24手術後轉入加護病房，觀察皮膚無壓瘡無水腫情形，術後鼻胃管留置。4/25空腸造口予5%葡萄糖水連續灌食20毫升/小時，無腹脹不適，4/26予空腸造口管灌飲食（元素）500卡/日連續灌食20毫升/小時，4/27予空腸造口管灌飲食（元素）800卡/日連續灌食30毫升/小時，灌食期間消化佳、無腹脹鼓音，4/24抽血檢查Albumin：3.0g/dl、Na：138mmol/L、K：4.6mmol/L、Hb：10.0mg/dl。每六小時監測血糖：125-132mg/dl，因全靜脈營養使用血糖值屬於正常範圍。評估個案有營養少於身體所需/吞嚥困難飲食攝取量不足之問題。

（三）排泄型態

個案表示：「住院前平時喝水1,500-2,000毫升，解尿順暢，解便一日一次，大便性質黃軟。」4/24-4/27術後導尿管留置，尿液每日1,800-2,500毫升，清澈無沉澱物，尿比重：1.010。術後2天未解便，4/26個案表示已排氣，無腹脹不適感，聽診腸蠕動音為6-8次/分，4/27個案轉至病房時已交班追蹤解便情形。評估此項目分析結果為適應。

（四）活動運動型態

個案住院期前，日常生活自理，每日固定到附近學校散步，4/24術後留置管路多，為防止自行拔管，個案的雙手保護性約束，於翻身或家屬探視時，會鬆開約束約15-20分鐘，觀察個案不敢隨意自行移動身體，皺眉表示傷口會痛；更換臥姿時，給予按壓PCA一次，個案筆述：「動作慢一點，我會痛。」慢慢地移動身體，四肢肌力為4分，4/25-27四肢肌力提升至4-5分，自我照顧能力需部分協助。4/24術後氣管內管留置，呼吸器氧氣濃度30%使用，血氧濃度：100%，呼吸：12次/分，心跳：80次/分。4/25經由呼吸訓練醫師評估協助移除氣管內管，使用鼻導管氧氣濃度：3L/min，呼吸平順，無使用呼吸輔助肌，痰液可自咳，呈現白稀狀、量

中，聽診呼吸音正常，呼吸：13次/分，血氧濃度：99%，予誘發性肺計量使用，吸至500ml，持續深呼吸練習。4/26及4/27練習誘發性肺計量時，可至750ml。評估此項目分析結果為適應。

（五）睡眠與休息型態

個案住院前，睡眠時間約4-5小時/天，平常睡不著時，用喝高粱酒半瓶及服用安眠藥幫助入睡，4/25個案表示：「手術後因為很累，雖然有機器警報聲，還算睡得著。」觀察個案4/24至4/27夜間翻身時會影響睡眠外，但翻身後即可馬上入睡，夜晚睡眠時數約為8小時，白天午睡1小時，觀察個案白天無精神倦怠及打哈欠情形。評估此項目分析結果為適應。

（六）認知感受型態

個案意識清楚，視力正常，聽力無重聽，嗅覺靈敏，觸覺無異常。4/24術後PCA使用，個案翻身及夜眠前，會先給予按壓PCA一次，4/25依醫囑給予口服止痛藥Panadol 1tab PO tid、Traceton 1tab PO HS。4/24觀察個案左頸縫線傷口約7公分，傷口外觀乾淨無滲液及紅腫情形，紗布覆蓋，有一JP引流管留置，引流量30ml/day，每日引流量逐漸減少，引流液顏色變黃紅色；右胸管留置，外觀乾淨無滲液紗布覆蓋，引流量100ml/day，每日引流量漸減少，引流顏色漸變淡黃；腸造口留置，每天定期予傷口換藥，觀察傷口外觀乾淨無滲液無紅腫情形，4/25個案：「用力咳嗽、咳痰時，管子和腹部傷口很痛。」4/25觀察傷口換藥前，雖先給予按壓一次PCA，個案皺眉表情痛苦，四肢僵硬，疼痛指數6-7分，測量生命徵象，心跳：100次/分，血壓：152/90mmHg，4/25個案：「傷口要換藥，先幫我打止痛針。」評估個案有急性疼痛/術後傷口換藥及管路牽扯傷口有關之問題。

（七）自我感受 - 自我概念型態

4/25個案：「我的身體健康才重要，身體本來還很好，突然得這食道癌，讓我覺得容易緊張。自己才50幾歲，就得這個病以後要怎麼辦？」筆者詢問個案對身體外觀的感受，個案表示：「現在生命健康最重要，50幾歲了，鼻胃管、傷口外觀可以接受，最擔心手術後恢復狀況，擔心之後還要做什么治療。」

觀察個案表情顯焦慮不安、嘆息，監測心跳：100次/分，血壓：140/72mmHg，呼吸：20次/分，以焦慮視覺類比量表評估為5分，顯示為中度焦慮。評估個案有焦慮/擔心疾病預後及後續治療之問題。

（八）角色關係型態

個案第一角色50歲男性為家中決策者，第二角色為丈夫、父親，家庭互動良好，平時與親戚相處融洽，會客時，太太及兒女會緊握個案雙手給予支持。第三角色為病患，個案能配合醫護人員指導，主動練習深呼吸、咳嗽及床上翻身活動。評估此項目分析結果為適應。

（九）性與生殖型態

個案第二性徵正常無異樣，育有一男一女，表示關係良好，太太在會客時，會握著先生的手，給予支持鼓勵。評估此項目分析結果為適應。

（十）因應壓力耐受型態

平時遇到困難時，會與太太共同討論，一起找出解決辦法，4/24筆述：「這些管子這麼多，什麼時候可以拔掉？」4/24個案第一天聽到呼吸器鳴叫聲時，呈現焦慮不安神情，看著呼吸器用嘴型表示「怎麼了？發生什麼事？」4/25詢問個案表示：「食道癌手術的壓力，擔心的是後續治療及無法吃東西，還有回家後面對傷口照顧、空腸造口灌食的照顧的壓力。」評估個案有焦慮/擔心疾病預後及後續治療及術後空腸造口灌食及傷口照護知識缺失/缺乏訊息提供之問題。

（十一）價值與信念型態

個案信仰道教，平時祭拜祖先，初一、十五到廟裡拜拜，住院期間家屬到大型廟宇祈求符咒燒成灰放入洗澡水使用，藉以消除災厄，住院期間家屬有求平安符放在床頭，個案也相信神明會保佑自己，身體會盡快康復。評估此項目分析結果為適應。

護理問題確立

綜合以上護理評估，個案的連續健康問題有：一、急性疼痛/術後傷口換藥及管路牽扯傷口；二、營養少於身體所需/吞嚥困難飲食攝取量不足；三、空腸造口灌食及傷口照護知識缺失/缺乏訊息；四、焦慮/擔心疾病預後及後續治療。

護理措施與結果評值

一、急性疼痛/術後傷口換藥及管路牽扯傷口 (2019/04/24-04/27)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：4/24 個案筆述：「動作慢一點，我會痛。」 S2：4/25 個案：「傷口要換藥，先幫我打止痛針。」 S3：4/25 個案：「用力咳嗽、咳痰時，管子和腹部傷口很痛。」</p> <p>O1：4/24 術後 PCA 使用中，左頸縫線傷口約 7 公分，有一 JP 引流管、右胸管、腹部傷口空腸造口手術後留置。 O2：4/24 觀察傷口換藥時，個案皺眉表情痛苦，四肢僵硬，疼痛指數 6-7 分，測量生命徵象，心跳：100 次 / 分，血壓：152/90mmHg。</p>
<p>護理目標</p>	<p>4/26 個案能說出 2 項並做出緩解疼痛的方法。 4/27 個案換藥時，疼痛指數下降為 4 分，個案平時疼痛指數下降為 2 分。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每班評估並記錄疼痛情形，持續評估疼痛部位與性質，強度與持續時間、個案反應。 2. 每小時觀察並記錄個案生命徵象變化。 3. 每班提供舒適擺位：執行翻身擺位或協助傷口換藥時，提供軟枕於膝窩，避免牽動傷口周圍皮膚。協助個案採半坐臥姿，以減輕長時間臥床造成的痠痛不適，肌肉放鬆增進舒適。 4. 4/24 協同個案與醫師共同討論調整止痛藥時間及劑量，並告知個案無法忍受時可告知護理人員給予止痛藥使用。 5. 依醫囑給予口服止痛藥 Panadol 1tab PO tid、Traceton 1tab PO HS 及個案主訴疼痛時 pethidine 50mg IM Q6H PRN 使用。 6. 每天個案傷口換藥前依醫囑予止痛藥物 pethidine 50mg im stat 使用。 7. 4/24 給予止痛針 30 分鐘後，監測藥效，注意有無發生副作用。進行傷口換藥前，先詢問個案可否執行換藥，事先說明換藥步驟及可能帶來的疼痛感受，讓個案有心理準備。並採集中護理，執行護理措施。 8. 每次換藥時動作輕柔，教導個案深呼吸轉移注意力，於移除敷料前以生理食鹽水潤濕敷料，減少敷料與傷口的黏合度，減輕拉扯造成的疼痛。 9. 護理時避免傷口拉扯，使用束腹帶固定，教導個案以舒適臥位支托。 10. 教導個案執行翻身及深呼吸咳嗽，雙手環抱小抱枕固定傷口，以減輕傷口拉扯，由護理師用手固定管路位置防牽扯傷口，減輕翻身時導致傷口牽扯疼痛。 11. 教導個案緩慢深呼吸 5 秒後，慢慢將氣吐出，以緩解疼痛不適。 12. 4/24 衛教個案及家屬可以隨時或在改變姿勢前先按壓 PCA 一次。 13. 4/25 運用會客時間與個案及太太討論疼痛緩解方法，請家屬準備收音機，播放個案喜歡的歌曲，轉移注意力，鼓勵家屬協助個案手腳及背部按摩，先用溫水擦拭肢體及後背並使用乳液幫個案按摩放鬆肌肉，再執行被動及主動運動。
<p>結果評值</p>	<p>4/26 協助個案翻身時，個案會主動按壓 PCA 一次。翻身時個案會用軟枕墊在膝窩支托，雙手扶住傷口深呼吸慢慢吐氣 5 秒鐘，配合翻身的動作。</p> <p>4/26 於會客時，家屬協助個案用溫水擦拭肢體及後背並使用乳液幫個案按摩放鬆肌肉，緩解疼痛。</p> <p>4/27 個案：「打止痛針後，換藥比較不痛，指數 2 分，平時疼痛指數 1 分。」</p>

二、營養少於身體所需/吞嚥困難飲食攝取量不足 (2019/04/24-04/27)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1: 4/24 個案太太:「我先生近六個月來因吞嚥困難,進食量減少,體重下降少了10公斤。」 O1: 4/24 入院體重為 47.5 公斤,身體質量: 18.5kg/m²,理想體重為 57.73 公斤。 O2: 4/24 抽血檢查 Albumin: 3.0g/dl, prealbumin: 26.6mg/dl, GlucoseAC: 127mg/dl。 O3: 個案口腔黏膜光滑,潮濕呈粉紅色,皮膚無水腫情形。 O4: 個案術後鼻胃管留置,腹部空腸造口存。</p>
<p>護理目標</p>	<p>4/27 轉出加護病房時體重維持 47.5 公斤。 4/27 個案抽血檢查 Albumin: 3.3g/dl。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每日評估測量個案體重,評估病患之營養狀態。 2. 4/24 追蹤各項相關檢驗報告結果,營養需求,異常時告知醫師處理。 3. 每班評估個案空腸造口消化、腸蠕動音情形,並與醫師及營養師討論空腸造口灌食熱量調整。 4. 每日監測輸出、輸入情形,觀察個案皮膚是否乾燥破皮,四肢是否出現水腫情況及每日監測尿比重。 5. 4/24 每六小時監測血糖變化。 6. 4/24 依醫囑予中心靜脈導管予腸道外營養輸注液全靜脈營養 1,600 卡 / 日、大量點滴 D5S 1bot IVD bid 使用,熱量共 1,850 卡 / 日。 7. 4/24 依醫囑予 Albumin 1bot.IVD bid* 三天使用,觀察給藥時有無不良反應。 8. 4/24 照會營養師開立營養處方及飲食建議,以盡早提供腸道營養。 9. 4/24 觀察使用腸道外營養輸注液全靜脈營養有無不良之反應及相關合併症。 10. 4/25 向個案說明空腸造口灌食目的:及早進食以幫助手術後恢復。 11. 4/25 予空腸造口予 5%葡萄糖水連續灌食 20 毫升 / 小時。 12. 4/26 予空腸造口管灌飲食(元素) 500 卡 / 日連續灌食 20 毫升 / 小時,觀察個案空腸造口消化情形。 13. 4/27 予空腸造口管灌飲食(元素) 800 卡 / 日連續灌食 30 毫升 / 小時,繼續觀察個案空腸造口消化情形,是否有嘔吐、噁心不適感情形。 14. 每天運用中心導管每日照護組合式措施,檢視中心靜脈導管置放位置,注意有無紅腫發炎之反應,維持管路通暢及執行無菌技術。
<p>結果評值</p>	<p>4/26 空腸造口管灌(元素) 500 卡 / 日連續灌食 20 毫升 / 小時,灌食期間無鼓音、無腹脹不適,與營養師聯繫調整為(元素) 800 / 日連續灌食 30 毫升 / 小時。 4/27 個案轉出加護病房時,體重: 47.8 公斤。4/27 個案抽血檢查 Albumin: 3.3g/dl。 4/27 個案表示:有營養補充,覺得體力比較好。</p>

三、空腸造口灌食及傷口照護知識缺失/缺乏訊息 (2019/04/26-04/27)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：4/26 個案訴：「對於空腸造口灌食及傷口照顧，還是不懂還需學習，我不知道腸造口灌食要怎麼用？」</p> <p>S2：4/26 個案訴：「這個傷口每天都要換藥嗎？」</p> <p>S3：4/26 個案訴：「腸灌食現在用機器灌，會不會很難用，我要注意什麼？」</p> <hr/> <p>O1：4/26 觀察照護期間個案會頻繁詢問術後傷口照護等相關問題。</p> <p>O2：4/26 個案神情皺眉、且語帶疑惑。</p>
<p>護理目標</p>	<p>4/26 個案及家屬可說出空腸灌食步驟及灌食之注意事項 2 項。</p> <p>4/27 個案及家屬可說出傷口換藥步驟，保持清潔乾燥。</p> <p>4/27 家屬會正確操作空腸造口灌食機器，注意維持灌食速度與順暢。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/26 評估詢問個案及家屬對於空腸造口及傷口換藥的了解程度。 2. 4/26 向個案及家屬運用衛教單張說明食道癌手術後飲食原則。 3. 4/26 說明空腸造口照護：每日評估空腸造瘻周圍皮膚癒合狀況，空腸造口傷口可以無菌技術及生理食鹽水清洗，無菌紗布覆蓋，保持傷口乾燥。 4. 4/26 利用會客時間給予個案及家屬說明灌食的步驟及方法、準備用物、灌食注意事項，協助個案採取半坐臥，床頭抬高 30-45 度，以防吸入性肺炎。如灌食過程中個案感覺腸蠕動厲害、疼痛、腹脹、噁心或嘔吐，立即將灌食速度調慢或停止灌食。 5. 4/26 教導個案及家屬灌食機器如何操作並說明步驟。 6. 4/26 向個案說明小心空腸造口管路滑脫，避免用力拉扯空腸造口管路。 7. 4/26 向個案說明學習空腸造口照護相關知識之重要性，如傷口護理、灌食注意事項、避免管路阻塞及灌食輔具使用注意事項。 8. 4/26 教導個案及家屬傷口換藥準備用物、順序、步驟及一邊說明和示範讓個案學習傷口換藥注意事項。換藥時以無菌技術及生理食鹽水清洗，無菌紗布覆蓋，觀察傷口有無紅腫、分泌物、空腸造口滲出液情形。 9. 4/26 教導個案及家屬每日評估並記錄造口皮膚及傷口，傷口保持清潔乾燥。 10. 4/27 提供說明書並請家屬回覆示教空腸造口灌食機器操作步驟。
<p>結果評值</p>	<p>4/26 個案及家屬可說出「空腸灌食步驟：個案採取半坐臥舒適臥位，用灌食空針反抽，確定造瘻管位置，灌食須注意消化，是否有噁心、腹瀉不適感。」</p> <p>4/26 個案及家屬可說出傷口換藥步驟並保持清潔乾燥。個案由加護病房轉至病房，5/4 續追蹤觀察個案及家屬能正確執行傷口換藥，傷口癒合良好無紅腫。</p>

四、焦慮/擔心疾病預後及後續治療 (2019/04/24-04/27)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：4/26 個案訴：「最擔心手術恢復狀況，擔心之後還要做什麼治療。」 S2：4/26 個案訴：「擔心的是後續治療及無法吃東西，還有回家後面對傷口照顧、空腸造口灌食的照顧的壓力。」 S3：4/24 筆述：「這些管子這麼多，什麼時候可以拔掉？」</p> <p>O1：4/24 個案第一天聽到呼吸器鳴叫聲時，呈現一臉焦慮不安神情，看著呼吸器用嘴型表示「怎麼了？發生什麼事？」 O2：4/25 詢問個案，表示還是不清楚，表情顯焦慮不安、嘆息。監測心跳：100 次 / 分、血壓：140/72mmHg、呼吸：20 次 / 分。 O3：運用焦慮視覺類比量表評估為 5 分，顯示為中度焦慮。</p>
<p>護理目標</p>	<p>4/25 個案能主動說出焦慮的原因、感受。 4/27 個案可以自行運用 2 項減輕焦慮方法。 4/27 個案能用正向言詞表示接受現況，並說出焦慮感減輕。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每班運用焦慮視覺類比量表評估焦慮程度。 2. 4/24 向個案說明身上所有管路作用及重要性，裝置生理監視器監測、呼吸器使用之重要性。 3. 4/24 當呼吸器及生理監視器發出警告聲響時立即處理，減少個案緊張情緒，並告知個案機器發出警報聲代表的意義。 4. 4/25 每 2 小時關心陪伴個案並引導表達心裡感受，因術後仍有呼吸器維持氧合而無法開口說話，鼓勵個案以紙筆手寫表達出內心感受，傾聽並理解個案擔心原因。 5. 4/25 適時延長會客時間，以鼓勵家屬陪伴個案相處機會，增加安全感。 6. 4/25 會客時，請太太攜帶到廟裡求的平安符，放在個案枕頭旁，尋求心理平安。 7. 4/25 主治醫師查房時，協同醫療團隊予以病情解釋，向個案說明解釋目前病況及後續治療方向，增加個案有參與感。 8. 4/25 教導個案放鬆方法：練習腹式呼吸用鼻子緩慢吸吐氣，吸、吐氣分別約 4 秒，吸吐間停留 1 至 2 秒。每分鐘約 6 至 8 次呼吸循環。學習漸進式肌肉放鬆方法，吸氣時雙手掌肌肉盡量用力握成拳狀，施力 5 秒，吐氣並完全鬆掉，盡量感受緊鬆間的每塊肌肉感覺，休息 15 秒再換下一個肌肉群，有助於緩解緊張焦慮情緒。 9. 每天床旁置放收音機，讓個案選擇喜歡音樂如民歌或聽古典音樂台廣播，以轉移注意力。
<p>結果評值</p>	<p>4/25 個案術後通氣與氧合改善，進行呼吸器脫離訓練成功，移除氣管內管鼻導管 3L/min 使用，呼吸平順。 4/25 個案表示焦慮原因：「擔心的是後續治療及無法吃東西，還有回家後面對傷口照顧、空腸造口灌食的照顧的壓力。」醫師向個案解釋說明病況及後續治療方向後，個案臉部表情柔和無焦慮情形，並表達會好好配合醫師治療，焦慮視覺類比量表評估為 1 分。 4/26 個案表示：「我會用漸進式肌肉放鬆方法、慢慢深呼吸和聽聽自己喜歡的音樂來緩解焦慮。」 4/27 個案：「經由護理師教導鼓勵，我已經有信心去執行空腸灌食和傷口照護，經過醫師及護理師說明指導，讓我放心很多。」</p>

結論與討論

本文個案是一位首次罹患食道癌患者，進行食道再造術 - 以胃管重建腸造口術及縱膈腔胸腔內淋巴根除術。個案因手術後傷口而疼痛不適，因吞嚥困難及術後傷口而攝取量不足導致營養少於身體所需，面對空腸造口灌食及傷口照護有知識缺失，擔心疾病預後及後續治療而產生焦慮之健康問題。於照護過程，筆者對疼痛處理，除了適當止痛藥物外，教導肌肉按摩及按壓傷口深呼吸慢慢吐氣來減輕傷口疼痛，個案的問題表現與文獻上研究顯示相吻合，護理過程中針對疼痛處理，需配合止痛藥物及非藥物疼痛控制方式，更能有效緩解術後傷口不適 [11,12]。除了解決個案生理上的不適外，利用會客時間鼓勵家屬參與空腸造口灌食及傷口照護，並以回覆示教方式教授照護技巧，並主動關心個案，引導個案說出內心感受，除了教導放鬆技巧外，家屬陪伴與宗教信仰，亦能有效減輕焦慮。

由於入住加護病房天數短，照護過程著重於處理個案生心理問題；提供術後空腸造口灌食及傷口照護知識，但未能與個案討論日後飲食計畫及食物攝取注意事項，此為照護上的限制，筆者只能於個案轉至病房病況穩定時，委請營養師向個案及家屬說明食道癌術後營養方面攝取重點，個案於 5/10 出院返家休養，出院後筆者以電訪得知個案在家傷口照護及空腸造口灌食已能完成自我照護。建議醫院可編制食道癌醫療團隊包括醫師、營養師、個案管理師及護理師，自個案入院，即給予個案相關衛教說明與定期諮詢說明，內容包括術後傷口位置、管路置入圖片及營養照護與出院後飲食計畫，讓病患獲得持續的照護，增進其自信心與自我照顧能力，進而提升整體醫療品質。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：民國107年死因統計：死因統計結果分析。2019。Retrieved from <https://bit.ly/3rWw4Jx>
2. 許玉娟、成佳憲、李章銘 等：食道癌患者於治療期間面臨的困境與其照護策略。台灣醫學 2016；20（6）：634-635。
3. Eleonora P, Francesco C, Marco S: Psychological support of esophageal cancer patient? Journal of Thoracic Disease 2019; 11(Suppl. 5): 654-662.

4. 許玉娟、成佳憲、李章銘 等：食道癌患者的營養改善策略。台灣癌症醫誌 2014；1（1）：3-13。
5. Carney A, Dickinson M: Anesthesia for Esophagectomy. Anesthesiol Clin 2015; 33(1): 143-63.
6. Virizuela JA, Cambolor-Álvarez M, Luengo-Pérez LM, et al.: Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. Clin Transl Oncol 2018; 20(5): 619-629.
7. Scott R, Bowling T: Enteral tube feeding in adult. The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2015; 45(1): 49-54.
8. 鄒茵茵、張聿仁、黃慧雯 等：建立食道癌病人空腸造瘻之臨床照護指引。腫瘤護理雜誌 2015；15（1）：25-38。
9. 謝伊晴、邱哲琳、楊雀戀：食道癌病人的營養照護。臨床醫學 2018；82（6）：720-724。
10. 唐遠雲、薛宏昇、蔡馥光等：比較針刺與病人自控式止痛對下背痛手術術後止痛之療效觀察。中醫藥雜誌 2018；29（2）：42-50。
11. 陳妍廷、陳品蕙：運用羅氏適應模式於一位肝內膽管癌患者之護理經驗。澄清醫護管理雜誌 2019；15（3）：34-44。
12. 朱怡瑾、張湘媚：一位食道癌病人術後成功脫離呼吸器之照護經驗。高雄護理雜誌 2016；33（1）：42-51。
13. 郭瑞萍、翁靜美、陳金玟：護理人員在術後疼痛中挑戰。領導護理 2015；16（4）：11-20。
14. 王惠美、趙慧玲、黃薇瑄 等：一般外科病患術後傷口換藥疼痛改善專案。領導護理 2014；15（3）：96-107。
15. 方君儀、余嘉惠、趙麗玫：照顧一位食道癌病人行空腸造口之護理經驗。新台北護理期刊 2017；19（2）：105-113。
16. 莊孟蓉、曾鳳美、李雅芬 等：非計劃性氣管內管拔管發生率改善專案。醫務管理期刊 2016；17（2）：115-130。
17. 陳美菊、龔秀華、湯玉珊 等：改善骨科手術前病人焦慮程度之專案。長庚護理 2016；27（2）：197-208。
18. 薛淑文、陳惠敏、李佳容：音樂治療對接受泌尿外科手術患者其焦慮及壓力改善之成效。高雄護理雜誌 2015；32（3）：6-18。
19. 許晏禎、陳莉貞、呂佩珍：照護一位初次診斷食道癌病患之加護經驗。長庚護理 2019；30（1）：79-88。
20. 謝雅宜、洪世欣：音樂介入措施改善癌症病人的心理和生理成效。榮總護理 2017；34（2）：215-218。
21. 呂雅惠、詹瑞君、李英芬 等：運用Watson關懷理論照顧一位食道癌及結腸癌並存患者。長庚護理 2019；30（1）：89-100。

Nursing Experience of Caring for a Patient Admitted to Intensive Care Unit After Surgery for Esophageal Cancer

Li-Min Yeh¹, Teck-Koon Tan²

Department of Nursing¹, Division of Critical Care Medicine², Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

Abstract

Purposes

This paper discusses the nursing experience of a patient admitted to the intensive care unit after undergoing esophageal reconstruction surgery (gastric tube reconstruction and jejunostomy) for treating esophageal cancer. From April 24 to April 27, 2019, the author collected data using Gordon's eleven functional health patterns through direct care and observation, physical assessments, communication, and reviews of medical records. It was confirmed that the main health problems the patient faces were acute pain, imbalanced nutrition (less than the body requirements), a lack of knowledge, and anxiety concerning postoperative jejunostomy feeding and wound care. During the nursing process, the author closely observed the postoperative wound pain reaction of the patient, provided analgesic drugs accordingly, and taught the patient non-drug pain control methods - such as distraction, deep breathing, and muscle massages. For problems of imbalanced nutrition (less than the body requirements), total parenteral nutritional support was provided via a central venous catheter, with enteral nutrition provided by jejunostomy feeding. The digestive situation of jejunostomy feeding was evaluated every day to adjust the calories provided via jejunostomy feeding; practical operation and teach-back exercises were applied to teach postoperative jejunostomy feeding skills and impart wound care knowledge. For the patient's anxiety (resulting from uncertainty of the disease's prognosis and concerns about subsequent treatment), the author listened to, expressed care for, encouraged, and accompanied the patient, and guided him to express his emotions so that his anxiety could be relieved, and he could rebuild his confidence in his treatment. It is hoped that the nursing experience shared here can provide a reference for nurses in caring for such cases in clinical practice to improve the quality of clinical care. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(2): 74-83)

Keywords : *Esophageal cancer, Acute pain, Imbalanced nutrition (less than body requirements), Anxiety, Lack of knowledge*

Received: April 2021; Accepted: October 2021