

屍腎移植發生移植腎延遲腎功能病人之護理

林文綾

摘要

本文乃應用羅氏適應理論，協助一位接受屍腎移植病患，適應移植腎延遲功能（delay renal function）衝擊之護理經驗。自 90 年 6 月 12 日至 7 月 3 日持續護理期間，評估其生理功能、自我概念、角色功能與相互依賴等四種適應導向，辨識個案所面對之刺激及其表現之適應行為，確立主要之健康問題有：體液容積過量、個人因應能力失調、高危險性感染與便秘。經由信任感的護病關係建立，以及善用個案支持系統，引導個案參與治療計畫，增加其控制感與希望；另一方面，與其他醫療團隊成員溝通合作，嚴密監測與處理其生理問題，維護移植腎功能，使個案順利渡過移植腎延遲功能的衝擊，適應移植後的生活改變。

關鍵字：腎臟移植、移植腎延遲腎功能、羅氏適應

前言

腎臟移植可分為活體移植和屍腎移植兩種。無論在國內外，都已推展多年，在台灣其一年、三年及五年病人之存活率分別為 98%、95%及 90%；而一年、三年及五年移植腎之存活率分別為 92%、82%及 65%（胡、李，1996）。由於成功率高，讓期望回歸正常生活之慢性腎衰竭病患，傾向選擇接受腎臟移植。然而，並非每一位接受腎臟移植手術病患，於手術之後移植

腎就可立即正常運作。研究顯示，即使有完整之組織配對，若移植腎之冷凍缺血時間超過 36 小時，亦會影響移植腎之存活（Lee et al., 2000）。因此，屍腎移植後發生移植腎延遲功能的機會較高。根據統計，移植腎發生延遲功能（delay renal function）的機率約為 19~35%；而發生移植腎無功能（primary non-function）的機率約為 1~8%（Kimber, Metcalfe, White, & Nicholson,

台中榮民總醫院腎臟內科專科病房護士

受文日期：92 年 2 月 18 日 修改日期：92 年 3 月 24 日 接受刊載：92 年 4 月 17 日

通訊作者地址：林文綾 台中市港路三段 160 號女性職員宿舍 308 室

電話：(04) 23592525 轉 6081 電子信箱：elisabeth0817@yahoo.com.tw

2001), 所幸, 移植後延遲腎功能一般是可逆的。選擇接受器官移植的病人, 均期望能獲得成功的治療結果, 然而, 手術後移植腎的功能以及生活品質的改善程度, 都是無法事先預知的, 一旦結果不如預期時, 心理衝擊之巨可想而知。因此, 照顧腎臟移植初期病人, 護理人員除了積極維護移植腎功能之外, 更重要的是能協助病患適應移植腎延遲功能引發之生心理反應。

文獻查證

一、腎臟移植病人之生理適應

腎臟移植的早期合併症包括：急性腎衰竭、排斥、手術合併症、感染以及腸胃道症狀 (Rao, 1998)。將近一半的屍腎移植患者可能因為缺血性急性腎小管壞死 (acute tubular necrosis; ATN), 而出現寡尿 (oliguria) 以及移植腎功能不良之現象 (Rao, 1998; Windham, 1998)。照顧腎臟移植後病人的主要護理目標在於維持移植腎的功能 (Cunningham & Smith, 1995)。移植腎延遲功能病患之照顧, 是腎臟移植護理最大的挑戰 (Brunier & Bartncci, 2000)。當病人接受腎臟移植手術後, 每小時尿量仍少於 30c.c., 可能是因為導尿管阻塞、低血液容積、體液滯留、急性腎小管壞死或是移植腎排斥等原因所造成, 前三者可分別藉由沖洗導尿管、補充體液至中心靜脈壓達 10cmH₂O、使用利尿劑 Furosemide, 加以鑑別並處理; 若是仍持續少尿, 則要懷疑是因急性腎小管壞死, 造成移植腎暫時性腎衰竭 (Cunningham & Smith, 1995)。其中, 急性腎小管壞死與排斥反應的臨床表現並不容易區分。倘若少尿的情形超過 7 天, 則必須藉由腎臟切片加以鑑別。

若為排斥反應, 需儘早調整免疫抑制劑的劑量以控制排斥反應; 若為急性腎小管壞死, 則無特殊治療方式, 一般常在兩週內自行恢復 (Barba, 1999)。移植腎延遲功能, 將使病人體液過量與高血鉀的危險性增加。在移植腎功能發揮作用前, 治療方式包括: 限制水分與間歇透析以預防體液容積過量、避免腎毒性藥物與持續觀察腎功能等支持療法 (Barba, 1999; Brunier & Bartncci, 2000; Rao, 1998)。手術初期, 必須藉由每小時記錄輸出輸入量、每日測量體重、生命徵象、中心靜脈壓、血液腎功能檢測, 以及病人臨床表現的觀察, 適當的給予液體, 以維持理想之體液平衡狀態 (Brunier & Bartncci, 2000; Cunningham & Smith, 1995)。在體液平衡方面, 原則上是以病患前 30 至 60 分鐘實際尿液輸出量, 等量補充靜脈輸液, 但應避免液體補充速度每 30 分鐘超過 300ml, 以預防體液過量之產生 (Cunningham & Smith, 1995; Windham, 1998)。中心靜脈壓不可少於 4 cmH₂O, 收縮壓必須維持在 110mmHg 以上 (Windham, 1998)。臨床上, 我們是採取每小時輸入量等於前一小時尿量加上引流量, 再加上 30c.c., 維持中心靜脈壓 8 至 12 cmH₂O 的輸液原則。在電解質平衡方面, 手術後前 24 小時最好每 4 到 6 小時抽血檢驗腎功能與電解質, 當尿素氮與肌酸酐驟然下降代表移植腎功能開始發揮功能; 當移植腎功能不佳時, 需監測是否發生血鉀過高; 當大劑量使用利尿劑時, 需監測是否造成血鉀過低 (Windham, 1998)。

二、腎臟移植病人之心理適應

接受腎臟移植之病患, 在面對與健康相關的事件時, 易感受到壓力, 常引發心

理適應之問題包括：對未知的害怕、擔心成爲家人負擔、害怕移植腎功能喪失，以及身體心像改變（Juneau, 1995）等。手術後階段，由於移植腎的功能尚未被確定，病人的情緒隨著腎功能的變化而起起伏伏，一旦病人對腎臟移植手術的期望與事實有所出入時，容易發生情緒低落及幻滅感（Gharbieh, 1988）。綜合文獻所述，影響病患接受腎臟移植後心理適應的因素包括：

1. 對於手術後狀態之評估能力：研究顯示對於手術後狀態缺乏正確的評估能力與過度期望，易產生移植後情緒低落，此現象受衛教過程的影響（Gharbieh, 1988），完整的術前衛教有助於病患適應手術後狀態；
2. 移植腎是否有功能：研究指出移植腎功能不良，是換腎病人的第二大壓力事件（Sutton & Murphy, 1994）。處於排斥威脅時，會造成個人失落感與壓力（張、鄒，2001）；
3. 腎臟來源：不同腎臟來源之移植手術，壓力來源並不相同。接受屍腎移植的病人最大之精神壓力來源，爲手術時間的不可預期和移植腎功能的不穩定（Gharbieh, 1988）；
4. 身體外觀：身體心像改變可能會使病患害怕失去吸引力，或是產生負向的自我概念，導致潛在的憂鬱與社交退縮（Juneau, 1998）。

對屍腎移植病人而言，嚴重的不確定感（uncertainty），會使個體產生無力感甚至無望感（Locking-Cusolito, 1990），造成個人因應失調。利用支持團體或是個別諮詢有助於病患適應，而配偶或重要他人的介入，有助於增進病患適應之成效（Juneau, 1998）。Miller（1992）則建議運用維持病人控制感和希望感之策略，可降低其對健康狀態的不確定感，以協助病人因應無力感與無望感問題之心理適應。可

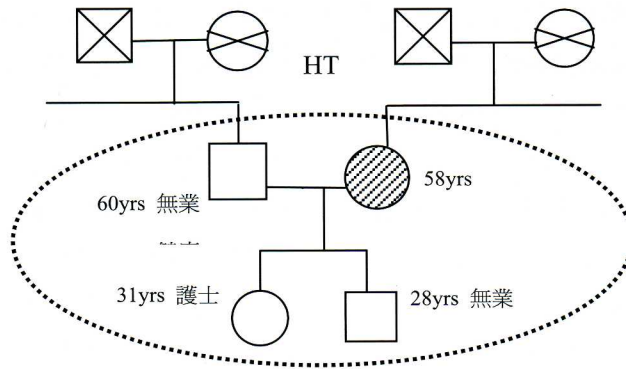
使用的策略包括：1. 瞭解病人的因應型態與策略；2. 在住院期間維持病人對外在事物的控制感；3. 維持希望感（hope）。首先，需瞭解病人的壓力源、因應型態與策略，作爲協助病人時的重要資源。其次，藉由學習檢驗數據之判讀與藥物服用須知，來增強病人在認知上的控制感（cognitive control）。而當有機會做治療決策時，能有足夠的知識做抉擇，可增加病人做決策的控制感（decisional control）。此外，讓病人維持希望，可以遏止負向的情緒，並增加安適感（sense of well-being），維持希望感是最有力量的良藥（Locking-Cusolito, 1990）。

個案簡介

魏女士，58 歲，初中畢業，主要語言國、台語。已婚，育有一女一子，與丈夫及子女同住，爲小家庭之組成。家庭圖譜詳見圖一。住院期間 90 年 6 月 12 日至 7 月 3 日，護理期間：90 年 6 月 12 日至 6 月 25 日。

過去病史

患有糖尿病、高血壓 20 多年，口服藥物控制；高血脂症 10 年，降血脂藥物控制。83 年因糖尿病腎病變演變至末期腎疾病，採左手動靜脈瘻管，每週三次規則血液透析治療。83 年 6 月於本院腎臟科登錄等待接受腎臟移植名單，並定期於本院腎臟科門診追蹤。87 年因左手動靜脈瘻管暫時性血流不足，接受右手動靜脈瘻管手術，目前雙手動靜脈瘻管均有功能。87 年因膽囊結石合併膽囊炎行膽囊切除。88 年發現 C 型肝炎帶原。



圖一、個案之家庭圖譜

治療過程

90年6月10日晚間6點，個案接獲通知入院行屍腎移植手術。到達急診後開始禁食。於腹部超音波檢查後，至血液透析室進行4小時血液透析。6月11日滴注第一劑類固醇脈衝治療後，送入手術室接受右腹屍腎移植。6月12日轉入病房注射第二劑類固醇脈衝治療；6月13日第三劑類固醇脈衝治療。因移植後持續處於少尿期，6月16日行移植腎臟切片，病理報告為急性腎小管壞死，期間採支持療法，移植腎功能逐漸復甦，7月3日醫師予以出院。

護理評估

生理功能

一、氧合作用：(6/12)呼吸時胸部起伏對稱，呼吸時未過度使用呼吸輔助肌，呼吸速率20-24次/分，兩側肺基底聽診有濕囉音(bilateral basal rales)；

四肢末稍溫暖，指甲床呈淡粉紅色，微血管填充時間小於2秒鐘；四肢凹陷性水腫各2+；BT：36.4°C、HR：75次/分、RR：20次/分、脈衝氧飽和度(SpaO₂)：98%。規則心律，無心雜音。(6/10)心電圖：非特異性ST節上升(non-specific ST segment elevated)，(6/10)胸部X光：無活動性病灶(no active lung lesion)。(6/12)有效腎血流率(Effective Renal Plasma Flow；ERPF)：177.59 ml/min、(6/19)有效腎血流率：213.35 ml/min、(6/28)有效腎血流率：201.59 ml/min，三次有效腎血流率檢查均顯示移植腎有急性腎小管壞死情形。(6/19)移植腎臟切片結果腎絲球缺血性改變、間質淋巴球浸潤、部分腎絲球慢性硬化改變，以及急性腎小管壞死。此項目適應。

二、營養：(6/10)Albumin：3.8ng/dl，(6/12)身高：160cm、體重：76.5Kg、理想體重：56公斤、乾體重：66-68Kg。糖尿病二十多年，飲食控制不佳，喜

- 好美食，不忌口。(6/11-6/14)手術後禁食，(6/15)恢復腸蠕動排氣後，開始進食，食慾尚可，(6/12) FBS (空腹血糖): 447mg/dl、Hgb: 8.8g/dl，輕度活動。每日進食糖尿病飲食 1800kcal (含飲水) 約 1000~2000gm。頭髮染色成紅褐色、乾燥，皮膚飽滿，口腔黏膜呈淡粉紅色、濕潤。此項目適應。
- 三、排泄：(6/11~6/14)手術後腸蠕動未恢復，多臥床休息。(6/15)恢復腸蠕動並排氣，開始進食，(6/11-6/15)均未排便，有便意感，因腹部傷口用力時會感到疼痛而不敢用力解便，四天未解便。手術後導尿管留置，引流紅褐色尿液每日約 100~200ml。手術後放置導尿管，於(6/26)拔除導尿管，自解尿液。此項目不適應。
- 四、活動與休息：手術前活動自如，術後多臥床採半坐臥姿休息，第四天開始下床活動如廁。術前夜眠約 6-7 小時，偶有使用安眠藥習慣，術後前四天睡眠時常中斷，(6/16)要求吃安眠藥，醫師考量病情，並未給藥，之後每日均可睡足至少八小時，日間無精神倦怠感。此項目適應。
- 五、保護：(6/12~6/16)腹部橫切縫合，傷口約 15cm，輕微紅腫與脂肪外翻，無異常分泌物，傷口正中下緣傷口引流管留置，引流粉紅色血水，每日引流 60~120ml。(6/19)拆線，傷口上段約 3cm 未完全癒合，重新縫合。WBC : 12100/cumm (6/11)、12470/cumm (6/14)、9170/cumm (6/18)、9700/cumm (6/21)。手術前尿液常規：WBC(++)，無發燒情形，Cefazolin 1000mg Q8H 靜脈滴注治療。(6/10)接受腎臟移植，開始使用免疫抑制劑，接受大劑量類固醇脈衝治療共三劑(6/10-6/12)。(6/15)開始由口服用三合一免疫抑制劑(Prednisolne + Cellcept + Ciclosporine)預防移植腎發生急性排斥反應。此項目適應，但有感染之危險性存在。
- 六、感覺：咳嗽或用力時，腹部傷口有銳痛情形，放鬆後可自行緩解，表示疼痛可以忍受，不需要止痛藥。手術前即有視力模糊情形，眼科檢查為糖尿病視網膜血管病變，無法清楚閱讀 14 號大小印刷字體，但一般日常活動及辨識人物不受影響。此項目適應。
- 七、神經功能：意識警覺，感覺與運動功能無異常。
- 八、體液電解質：(6/10) Creatinine: 11.8mg/dl, CVP 值 3.5 cmH₂O，於恢復室補充輸液 4000 餘 c.c。(6/11) Creatinine: 7.2mg/dl, I/O: +5000c.c.，尿液少，24 小時尿液量 420c.c.。體重上升約 10kg, CVP 值 6 cmH₂O (6/12) Cr.: 7.0mg/dl、Na: 125mEq/L、K: 3.2 mEq/L，主訴呼吸不適，當日靜脈輸液 2000c.c./天；呼吸速率 20-24 次/分；兩側肺基底聽診有濕囉音，四肢水腫(2+)，血壓高，收縮壓 160-180mmHg，舒張壓 90-100 mmHg, CVP 值 9 cmH₂O。此項目不適應。
- 九、內分泌功能：糖尿病 20 多年，原口服降血糖藥物控制，6-7 年前改為胰島素

控制。(6/11)空腹血糖 235mg/dl。

(6/10~6/12)接受三劑大劑量類固醇脈衝治療。(6/12)空腹血糖 447 mg/dl，(6/15)開始進食。(6/19)恢復平時食量，飯前血糖 408mg/dl、飯後血糖 421mg/dl。經調整胰島素劑量後，血糖趨於穩定。此項目適應。

自我概念

(6/13)「我是一個很有個性的人，有很多朋友。」，「過去洗腎的生活我調適得還不錯，退休前，一樣可以一邊工作，一邊管理家務。」，「我很後悔登記換腎，受這麼多苦，一樣沒什麼小便，洗腎其實沒什麼不好。」，「是因為打類固醇的關係嗎？一直覺得很亢奮，而且人越來越腫，我原本只有 66、67 公斤左右而已！毛髮越來越濃，像一隻長毛狗。」少主動提出問題，對於治療處置與醫護人員介入措施，會有警戒防衛之表現。家人表示個案對於此次移植期望甚高，朋友及洗腎中心的護理人員都很關心，但反而造成個案的壓力。面對他們的詢問，都會偽裝自己，表現出手術結果良好，心情愉快的樣子，等到掛上電話，卻又獨自沈思掉淚。此項目不適應。

角色功能

(6/13)第一角色：58歲，女性，由其生殖力的成人期逐漸進入成熟成人期。第二角色：妻子、母親、朋友、退休工廠基層主管、慢性腎衰竭血液透析病人、腎臟移植病人。表示覺得退休後生活自由自在，有自己的空間，與先生的關係並不緊密，一人負起持家角色，對於子女教育較為溺愛。「和我一起換腎的太太聽說他已經

有小便了，為什麼我還沒有，我換的腎是沒有用？你們到底在醫什麼？」。表示後悔接受腎臟移植，不知道移植必須承受這麼多痛苦、終生服用免疫抑制劑，處於少尿期，對預後感到無希望。此項目不適應。

相互依賴

(6/13)「我的女兒很獨立，很懂事，生病以來，大都是他照顧我，生病的花費支出都是由她負擔。我只能靠她，兒子沒有她懂事能幹。」，「我先生偶而會來看我，我們之間感情還好，他有他自己的朋友，現在沒工作整天也不見人影，一會兒去找朋友，一會兒跑去算明牌。」，「以前在洗腎中心的護理長、護士還有病友們都很關心我的狀況，知道我能來換腎都很為我高興，現在這樣，我都不敢跟他們說我的狀況，每次他們打電話或是來看我，我都說我很好沒事。」，「我有兩個好朋友是從唸書就認識的，幾十年的好朋友了，平常有空會一起出來喝個下午茶，聊聊天。」，手術後照顧主要為其女兒。此項目適應。

確立問題、護理措施

及結果評值

經運用羅氏適應理論評估分析，個案於接受腎臟移植手術後有下列四項主要護理問題：體液容積過量、個人因應能力失調、高危險性感染與便秘，說明如後。

1.體液容積過量 (訂立日期：90年6月12日 / 結束日期：90年7月3日)

行為評估	影響因素評估	成果目標	護理措施	評值
<p>S：(6/12)呼吸不適。</p> <p>O：(6/11)尿液少，24小時尿量 420c.c.，I/O：+5000c.c.。體重上升約 10kg。</p> <p>(6/12)呼吸速率 20-24 次/分，兩側肺基底聽診有水泡音，SpaO₂：98%，(抽血檢驗) Cr：7.0mg/dl、Na：125mEq/L、K：3.2 mEq/L；四肢末稍溫暖，指甲床呈淡粉紅色，微血管填充時間小於 2 秒鐘；四肢凹陷性水腫各(++)。血壓高，收縮壓 60-180 mmHg，舒張壓 90-100 mmHg。三次 ERPF 檢查均顯示移植腎有急性腎小管壞死情形。</p>	<p>主要刺激：腎臟組織血流灌注不足，急性腎小管壞死。</p> <p>相關刺激：手術時大量輸液。</p> <p>剩餘刺激：體液容積過量若未妥善處理，可能導致呼吸窘迫。</p>	<p>6/12 呼吸不適感能緩解。</p> <p>6/19 體重能下降至 75 公斤。</p> <p>6/26 體重能下降至 68 公斤。</p> <p>住院期間未出現因體液容積過量導致呼吸窘迫。</p>	<p>1.呼吸不適時，協助採取半坐臥姿，以利換氣，依醫囑給予氧氣 3L/m 使用。</p> <p>2.依醫囑給予增加腎血流灌注藥物與利尿劑，並監測藥物效果：(6/11 起) Dopamine 400mg in D5W 250c.c. 5gtt/min、Furosemide 60mg IV Q6H 與 Q6 HPRN。</p> <p>3.必要時協助聯繫安排血液透析脫除過多水分。</p> <p>4.三班監測體液容積過量徵兆：呼吸困難、濕囉音、呼吸音、頸靜脈怒張、臉部及四肢水腫、體重增加、低血鈉。</p> <p>(1) Q4H 監測呼吸速率、型態與測量脈衝氧飽和度 (SpaO₂)。</p> <p>(2) 每班聽診呼吸音。</p> <p>(3) 每班評估臉部與四肢水腫程度。</p> <p>(4) Q1H 紀錄 I/O，依醫囑採取 volume by volume 輸液原則 (intake=urine + drain + 30 c.c.)。</p> <p>(5) Q1H 測量 CVP 值，依醫囑維持 CVP 值 8-10cmH₂O。每日測量體重。</p> <p>5.持續監測與追蹤抽血檢驗值，如：血鈉、肌酸酐 (creatinine)。</p>	<p>(6/12) 血液透析脫水 2.8L 後，呼吸不適症狀緩解。(6/14) Na:128mEq/L、Cr.8mg/dl。(6/16) 體重上升至 79.60 Kg，CVP 值上升至 21cm H₂O，呼吸音濕囉音明顯，血液透析脫水 8.0 L 後，呼吸不適症狀緩解。(6/17) 測量體重 73.16Kg。(6/18) 因仍處於少尿期，I/O 與 CVP 改為 Q6H 測量。(6/26) 體重 67.44Kg，呼吸音乾淨。</p> <p>(7/3) 住院期間未出現因體液容積過量而導致呼吸窘迫。</p> <p>Cr.4.1mg/dl，7/2 整日尿量 670c.c.。後續追蹤 (7/5) Na：140 mEq/L、K：3.5 mEq/L。肌酸酐持續下降 7/26 降至 1.3mg/dl。</p>

2.個人因應能力失調（訂立日期：90年6月13日／結束日期：90年7月3日）

行為評估	影響因素評估	成果目標	護理措施	評值
<p>S：（6/13）「我很後悔登記換腎，受這麼多苦，一樣沒什麼小便。」，「越來越腫！毛髮越來越濃，像一隻長毛狗。」。「爲什麼我還沒有小便，我換的腎是不是沒有用？你們到底在醫什麼？」</p> <p>O：移植前未有足夠的時間做好心理建設，不瞭解手術後可能的結果。處於少尿期，感到預後無希望。少主動提出問題，對於治療處置與醫護人員介入顯得防衛警戒。女兒爲其主要照顧者。家人表示個案對於此次移植期望甚高，朋友及洗腎中心的護理人員都很關心，但反而造成個案的壓力。面對他們的詢問，都會偽裝自己，表現出手術結果良好，心情愉快的樣子，等到掛上電話，卻又獨自沈思掉淚。</p>	<p>主要刺激： 移植前衛教不足，心理準備度不充足。</p> <p>相關刺激： 移植腎延遲腎功能。</p> <p>殘餘刺激： 個人因應失調若持續，可能會有急性精神病出現。</p>	<p>6/16 能主動向護理人員表達心中對疾病的擔憂、疑問。</p> <p>6/2 願意學習腎臟移植後自我照顧知識與技巧。</p> <p>6/3 能表達接受移植後的生活改變。</p>	<p>1.藉由照顧過程，表達關心、主動傾聽，建立信任的治療性關係。</p> <p>2.使個案瞭解移植腎功能處於熟睡期之原因，6/14 提供過去照顧經驗予個案，使其瞭解病況是可控制的，減少不確定感，增加希望與信心。</p> <p>3.鼓勵個案於查房時提出心中疑問，協助瞭解病況與醫療計畫。</p> <p>4.每日查房後，解釋查房所用之醫療專業名詞，協助個案瞭解醫師所解釋之病況與未來治療計畫。</p> <p>5.持續監測移植腎功能，並適當反應改善程度。</p> <p>6.（6/15）與個案女兒討論，安排重要他人（其閨中密友）探視及照顧。</p> <p>7.提供腎臟移植後治療相關知識：6/12 衛教脈衝治療的目的與可能之副作用、6/14 衛教口服免疫抑制劑使用之目的、劑型、使用方法與副作用。、6/16 衛教移植腎腎臟切片之目的與檢查衛教。</p> <p>8.日常自我照顧注意事項：6/20 預防感染之重要性及方法、6/20 給予門診追蹤手冊，說明使用方法、6/21 感染與排斥症狀自我觀察與處理方法。</p>	<p>（6/16）能主動表達心中的擔憂、疑問，但偶爾會有哭泣情緒反應，友人及護理人員傾聽關懷後情緒可平復。</p> <p>（6/20）能與醫護人員維持正向互動，詢問治療方向。表示再等等腎臟是否發揮功能，不行就還是洗腎。並主動詢問自我照顧方法。能與親友分享真實心情。</p> <p>（7/3）出院時表示：「不換腎才是呆子。」雖腎功能尚未完全恢復，但仍深懷有希望。出院後隨著腎功能逐漸恢復，感到欣喜萬分。後續因感染入院，調適良好。</p>

3.高危險性感染 (計畫開立日期：90年6月13日/計畫結束日期：90年7月3日)

行為評估	影響因素評估	成果目標	護理措施	評值
<p>O：(6/12)腹部橫切縫合現傷口約15cm，輕微紅腫與脂肪外翻，無異常分泌物，傷口正中下緣CWV引流管留置，引流粉紅色血水，每日引流60~120ml。(6/13)住院期間無發燒情形。因術前尿液常規WBC(++)，抗生素治療，術後未再檢查尿液。CVP、導尿管留置，尿液呈紅褐色。糖尿病20多年，腎臟移植初期使用大劑量抗排斥藥物。</p>	<p>主要刺激： 手術切口與侵入性導管。</p> <p>相關刺激： 肥胖、糖尿病、使用大劑量抗排斥藥物。</p> <p>殘餘刺激： 若未以無菌技術照顧，當免疫功能低下時，傷口感染機會大增。</p>	<p>6/24 傷口完全癒合。</p> <p>住院期間無感染。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.每日與傷口染污時給予傷口換藥及導管護理。 2.每日換藥時觀察傷口外觀，並輕壓傷口周圍是否有異常分泌物。 3.持續維持引流管通暢，至少每2小時擠壓(milking)管路，每班測量引流量，評估引流液量及性質。 4.6/14 衛教維持傷口乾燥清潔之重要性及方法。 5.持續觀察傷口感染症狀：傷口紅腫熱痛、異常分泌物、引流管引流液呈異常顏色、含膿狀液體、發燒。 6.Qid 監測生命徵象。 7.病患轉入前，先以紫外線消毒病室30分鐘，室內用物以漂白水擦拭。 8.選點消毒餐。 9.採取保護隔離措施。 10.6/13 衛教使用口罩之必要性及正確方法。 11.6/15 衛教居家預防感染之重要性與方法。 12.(6/17)預防性服用Bacide 2 # HS。 	<p>6/19 拆線，傷口上段約3cm未完全癒合，重新縫合。</p> <p>6/26 拆除傷口上段縫合線，傷口癒合無感染。</p> <p>住院期間無感染發生。</p> <p>持續追蹤</p> <p>7/19、8/7 因發燒，診斷泌尿道感染入院，抗生素治療後痊癒。</p>

4.便秘(計畫開立日期:90年6月16日/計畫結束日期:90年7月3日)

行爲評估	影響因素評估	成果目標	護理措施	評值
<p>S:「用力解便,傷口會痛。」</p> <p>O:(6/11-6/15)均未排便,有便意感,因腹部傷口用力時會感到疼痛而不敢用力解便,四天未解便。(6/12)腹部橫切縫合現傷口約15cm,輕微紅腫與脂肪外翻,無異常分泌物。除如廁外,多臥床休息。</p>	<p>主要刺激: 活動量不足</p> <p>相關刺激: 傷口疼痛</p> <p>殘餘刺激: 解便不順,易影響進食與營養吸收。</p>	<p>6/16 能藉由灌腸,排出糞便。</p> <p>6/20 可以自行每日正常排便,解出成形便。</p>	<p>1.6/16、6/17 依醫囑給予 Glycerine Enema。</p> <p>2.6/16 衛教高纖維飲食種類並鼓勵每日進食水果三份。</p> <p>3.6/16 配合正常生理機制,於早餐後30分鐘如廁,養成規則排便習慣。</p> <p>4.6/16 教導順時鐘腹部按摩方式(但須避開右腹移植腎)。</p> <p>5.6/16 教導排便時以雙手包覆支持傷口以減輕牽扯疼痛。</p> <p>6.6/16 教導使用束腹帶支持傷口以減輕牽扯疼痛。</p> <p>7.術後第三天鼓勵漸進式下床活動,可練習坐於床旁,第五天可下床如廁。</p> <p>8.於6/20開始服用 Bisacodyl 5mg 4# QN</p>	<p>6/16、6/17 分別以 Glycerine ball enema 解出少量成形便。</p> <p>6/18-6/20 仍未自行解便。</p> <p>6/21 以 Glycerine ball enema 解出中量成形便。</p> <p>6/22 起每日規則排便2次。</p>

結論與討論

接受腎臟移植病人,長期等待移植機會,對於獲得新腎以後的生活充滿期待。當血管連結之際,植入人體的移植腎重新灌注血液,必須加以調適因應,以正常運作。而即使手術技巧進步至今,腎臟移植後仍有可能發生移植腎功能延遲或是移植腎無功能的情形,因此,移植手術對於病人而言,是一連串生、心理的調適過程。

在此過程中,護理人員的角色在於協

助病人適應移植後新生活,促進生、心理之調適。影響病人適應的主要因素為移植腎功能、對手術後生活是否有正確評估能力等,當手術後移植腎功能不良,而病人又對手術後生活可能的改變缺乏認識與準備時,特別容易發生調適失調問題。其中由於屍腎移植是一種「待命式」的等待過程、移植腎冷凍缺血時間較長,而特別容易有調適問題的產生,照顧此類病人時必須加以注意。本個案所產生之生理調適問題,在照顧過程中均已獲得解決,出院

後腎功能亦持續恢復中；而心理調適問題的產生，主要是因為移植前衛教缺乏，而移植結果與期望落差所導致，未能及早介入預防是照顧此個案之主要限制，所幸心理適應問題在照顧過程中獲得正向的改變。

移植後照顧的成功，必須仰賴醫療團隊成員間相互合作，才能達成目標，只靠單一專業領域是無法提供病人完善照顧的。經由此護理經驗，筆者深切體會到衛教的重要性，若要有專人於移植前提供移植相關衛教，協助病人做好生、心理準備，應可避免手術後產生適應不良情形。

參考文獻

- 胡瑞恆、李伯皇 (1996)·腎臟移植現況·醫學繼續教育，6 (6)，615-624。
- 張秋麗、鄒海月 (2001)·腎臟移植病患急性排斥期心理壓力及其適應過程之探討·腎臟與透析，13 (2)，101-108。
- Barba, C. (1999). Meeting the challenge and reaping the ward: Coping with the kidney transplantation. The Exceptional Parent, 29(10), 86-89.
- Brunier, G., & Bartncci, M. (2000). Acute and chronic renal failure. In S. M. Lewis, M. M. Heitemper, & S. R. Dirksen(Eds), Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems(5th ed., pp. 1334-1339). St. Louis: os-by.
- Cunningham, N., & Smith, S. L. (1995). Postoperative care of the renal transplant patient. Critical Care Nurse, 10 (9), 74-80.
- Gharbieh, P. A.(1988). Renal transplantation: Surgical and psychologic hazard. Critical Care Nurse, 8(6), 58-71.
- Juneau, B. (1995). Psychological and psychosocial aspects of renal transplantation. Critical Care Nursing Quarterly, 17(4), 62-66.
- Kimber, R. M., Metcalfe, M. S., White, S. A., & Nicholson, M. L. (2001). Use of non-heart-beating donors in renal transplantation. Postgraduate Medical Journal, 77(913), 681-685.
- Lee, C. M., Carter, J. J., Alfrey, E. J., Ascher, N. L., Roberts, J. P., & Freise, C. E. (2000). Prolong cold ischemia time obviates the benefits of HLA mismatches in renal transplantation. Archives of Surgery, 135 (9), 1016-1019.
- Locking-Cusolito, H.(1990). Renal transplantation and uncertainty. Canadian Nurse, 86(7), 27-8.
- Miller, J. (1992). Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness(2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Rao, V. K. (1998). Posttransplant medical complication. Surgical Clinics of North America, 78(1), 113-129.
- Sutton, T. D., & Murphy, S. P. (1994). Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. Nursing Research, 38(1), 46-49.
- Windham, S. (1998). Transplantation. In L. A. Thelan, L. D. Urden, M. E. Lough, & K. M. Stacy(Eds.), Critical Care Nursing: Diagnosis and management (3rd ed., pp. 1199-1208). St. Louis: Mosby.

Care of a Patient with Delayed Renal Function who Received Cadaveric Renal Transplantation

Wen-Ling Lin

Abstract

The case report discusses the nursing process for a patient who received a cadaveric renal transplantation. The nursing process used to assist the patient to adjust the impact of the graft delay renal function based on Roy's Adaptation Theory. During continuous nursing care provided from June 12 to July 3, the author assessed her four factors of adaptation: "physiological function", "self concept", "role function", and "interdependence", to identify her stimulus and adaptive behavior. We also determined her primary health problems, which were "fluid volume excess," "ineffective individual coping," "infection, high risk for," and "constipation." By establishing this patient's trust relationship in nurses and patients relationship and using client's support system, I induce her to join in the development of the treatment plan and thus enhanced her sense of control and hope. At the same time, I communicated and cooperated with the other members in medical team to closely monitor and manage her physical problem. Fortunately, the client overcame the impact of the graft delay renal function and successfully made adaptations in her life style change in response to the nursing assistance.

Key words: renal transplantation, delayed renal function, Roy's adaptation theory.

RN, Division of Nephrology, Taichung Veterans General Hospital

Received : Feb. 18, 2003 Revised : Mar. 24, 2003 Accepted for publication : Apr. 17, 2003

Correspondence : Wen-Ling Lin, R308, nurses' dormitory, No.160, sec.3, Junggang Rd., Shitueu Chiu,
Taichung, Taiwan 407, R. O. C.

Telephone : (04) 23592525 ext 6081 E-mail: elisabeth0817@yahoo.com.tw