

照顧一位慢性腎臟病孕婦之護理經驗

王淑麗 蕭仕敏 吳鈴珠*

摘要

末期腎臟病患者懷孕是件非常不易的事，隨著孕程的進行，伴隨著許多的危機。本文為照顧一位罹患末期腎臟病初次懷孕，於 26 週胎死腹中個案之護理經驗。筆者於 96.7.23 至 96.11.21 應用羅氏適應模式，藉由觀察、會談、身體評估等方式收集資料，發現個案有抉擇衝突、知識缺失、營養狀況少於身體所需、潛在危險性感染、哀傷功能失常的問題。護理過程中運用關懷、同理心及接受等技巧與個案建立互信之護病關係，讓個案及家屬能瞭解腎臟病與懷孕相互影響之關係，協助決定是否完成孕程，並提供護理指導與諮詢。於個案懷孕 26 週面臨孕育失敗的衝擊時，更主動關懷、傾聽，適時主動與家屬一同協助個案度過哀傷期。筆者期藉由此篇個案報告，分享給腎臟照護相關之護理人員，作為照護類似個案之參考。

關鍵詞：慢性腎臟病、懷孕、胎死腹中

前言

罹患末期腎臟病 (end stage renal disease, ESRD) 的婦女因內分泌障礙，常有排卵障礙或無月經症狀，通常不容易受孕。隨著透析治療及產兒科照護的進步，ESRD 孕婦之胎兒的存活率也逐漸提升 (Okunday & Abrinko, 1998)，由於個案為第五期慢性腎臟病 (chronic kidney disease, CKD)，未曾懷孕，因此懷孕對個案來說是

一件相當驚喜且期待的事。但懷孕將會加速腎功能惡化，須提早接受透析治療，因此帶給對個案極大的衝擊。當個案選擇懷孕後，滿心期待小孩的出生時，不幸的於 26 週時發現胎死腹中，情緒充滿著哀傷、罪惡感及焦慮，且承受嚴重的打擊與難以忘懷的悲傷。有學者研究指出當孕婦面對失去胎兒二個月內，會經歷震驚與不相信

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部腎臟衛教護理師

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部副主任*

受文日期：97 年 4 月 9 日 修改日期：97 年 4 月 24 日 接受刊載：97 年 6 月 2 日

通訊作者地址：吳鈴珠 高雄市三民區自由一路 100 號 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 護理部

電話：(07) 3121101 轉 5361 電子信箱：650012 @ms.kmuh.rg.tw

、面對失落的衝擊及努力重歸正常之過程（李，2003）。由於目前國內罹患慢性腎臟病之人數日益增加，但照護懷孕的慢性腎臟病患者之相關文獻卻很少，引發筆者希望將實際照護過程中，適時介入提供個案懷孕過程身心照護，以及面對失去胎兒時情緒的支持與安撫等護理措施的經驗分享給日後護理類似個案之參考。

文獻查證

一、慢性腎臟病與懷孕

美國國家腎臟基金會針對慢性腎臟疾病有二項診斷標準：（一）腎臟結構或功能性損傷超過3個月，但腎絲球過濾率（glomerular filtration rate, GFR）可能沒有降低，主要依據異常病理組織或血液或尿液或影像學檢查異常來判斷。（二）GFR小於60 ml/min/1.73m²，並無腎功能損傷情形且歷時三個月以上。美國國家腎臟基金會依GFR下降程度將慢性腎臟疾病分為五期（St Peter, Schoolwerth, McGowan, & McCellan, 2003）。第一期：GFR大於或等於90 ml/min/1.73m²，並有微量蛋白尿；第二期：GFR介於60-89 ml/min/1.73m²；第三期：GFR介於30-59 ml/min/1.73m²；第四期：GFR介於15-29 ml/min/1.73m²及第五期：GFR小於15 ml/min/1.73m²。於第五期時，當患者出現尿毒症症狀及實驗室診斷數據異常時，通常須接受透析治療或腎臟移植。

懷孕對慢性腎臟病的病患是少見的，因為腎衰竭會導致下視丘-腦垂體-卵巢的內分泌障礙，常使病人合併排卵障礙或無月經症狀，如病人又接受透析治療則明顯降低懷孕機會（黃，2001；Shirani & Finkelstein, 2004）。因此，慢性腎臟病患者

在接受透析治療前的懷孕，極可能是她們一生中難得的懷孕。而腎功能越差之病患懷孕後，其受併發症影響惡化的程度會更嚴重，而且胎兒死亡率會高達50%以上（Hou, 1999），但儘管如此，只要能順利生產，其胎兒存活率則可大於70%（Okunday & Abrinko, 1998）。但因CKD患者懷孕後常會引發高血壓、泌尿道感染、貧血及腎功能惡化等併發症（Hou, 1999），如果此時未能給予妥善的相關照護與護理指導，不僅會危及胎兒的健康，對孕婦也造成相當程度的危險，因此會使得病患要面對是否要完成孕期的重要抉擇。

CKD患者懷孕時會引發的併發症有高血壓、泌尿道感染、貧血及腎功能惡化等，分述如下：高血壓大約占懷孕婦女死亡原因的15%，在一般孕婦的盛行率約為6-8%（劉、李、高，2003），但有80%的慢性腎臟病孕婦懷孕時會有高血壓的情形（林、林，2001），所以血壓的控制是相當的重要；約有40%慢性腎臟病患者會發生泌尿道感染，主因懷孕後隨著子宮的增大容易造成尿液滯留，使得懷孕婦女更易罹患泌尿道感染（黃，2001），繼而引發無症狀的菌尿症，而嚴重的甚至會導致腎盂腎炎或腎臟周邊膿瘍，因此必須在每月產前檢查時至少接受一次尿液檢查及培養（張、朱，2000）；貧血是一般懷孕婦女常見的症狀，而CKD患者常因缺鐵、紅血球生成素不足、營養不良、高尿毒素抑制骨髓造血縮短紅血球壽命及體液增加稀釋血液等因素（李、張、黃、吳，2007）的影響，使得其貧血情形遠比一般孕婦嚴重。貧血對孕婦常會造成很多症狀，例如疲倦、氣喘、耐受力差以及左心室肥大等（馬、彭，2007），對胎兒的影響則是會增加早產及低體重

之機率（李、郭、陳，2006），因此使用補充鐵劑或注射紅血球生成素可以矯正貧血；腎功能會隨著懷孕週數增加而惡化，故CKD病患懷孕時其血中尿素氮需控制在50-70 mg/dl，肌酸酐控制在<9.0 mg/dl，否則胎兒長期暴露在高尿素氮的環境，將造成因高滲透利尿形成過多羊水，而導致早產。因此當孕婦腎功能逐漸惡化時，應儘早安排或調整為接受每日透析治療（張、朱，2000；黃，2001；劉、李、高，2003），使胎兒能順利平安的產下。

二、胎死腹中產婦的哀傷與護理

懷孕、生產能成為母親是女性最大的期盼，孕期遭遇終止事件，對孕婦來說是一大衝擊。根據研究指出，產婦於得知胎死腹中至終止懷孕後二個月，會經歷震驚與不相信、面對失落的衝擊、努力重歸正常三個過程（李，2003），同時情緒上也會出現哀傷、隔離與退縮、痛苦與無助、罪惡感及焦慮等反應（吳、郭，2007）。另有學者指出，失去胎兒的孕婦常見會出現哭泣、嘆息、憂鬱、無法接受事實等，若此時有哭泣則會有助於哀慟者承受失敗，（吳、郭，2007；陳，1997；陳、李，1998；楊，1996）。

因此，對於失去胎兒之孕婦，護理人員除提供生理需求照護外，在心裡社會需求方面可透過傾聽、適當的解釋以減輕不必要的罪惡感、並鼓勵抒發其悲傷情緒、接受抑鬱的情緒、尊重與重視她們的感受、減少刺激，避免持續被提醒孕育的失敗（陳、余，2000）。此外，有支持系統也是孕婦自我調適的重要部分，包括家人、親戚、朋友、醫護人員等，都是支持孕婦的重要角色。因妊娠終止對婦女及其家人都

會有深刻的烙印，讓婦女質疑人生的目標與價值，所以適時提供協助與支持可縮短孕婦憂傷路程時間，對整個家庭而言有莫大助益（吳、郭，2007；陳、李，1998）。

個案簡介

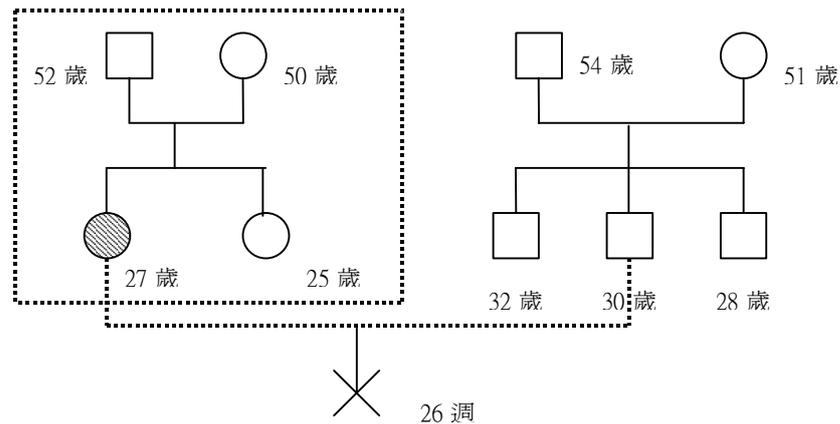
陳小姐，27歲，專科畢業，慣用國語溝通，身高163公分，體重46公斤。病患96年7月20日抽血報告：尿素氮：62.7 mg/dl，肌酸酐：7.0 mg/dl，GFR：7.48 ml/min/1.73 m²，為慢性腎臟病第五期。原本擔任基層院所之護理人員，因懷孕為調養身體而辭去工作。在家排行老大，目前與父母同住，經濟狀況可，與男友交往二年。個案初次懷孕且深知腎臟病患者不易懷孕，因此很希望能順利的完成孕程產下寶寶，故十分配合飲食控制及日常生活照顧之護理指導，但令人遺憾的於懷孕26週時孕育失敗。於引產處置後出院返家坐月子，原預定11月中旬與男友訂婚，97年初結婚，但因產後需調養身體，婚禮將延至97年2月以後舉行。個案疾病治療過程見（表一），家族圖譜見（圖一）。

護理評估

筆者於96年7月23日至11月21日護理個案期間，於門診就診時藉由觀察、會談、傾聽、身體評估收集資料，並於11月5日產房待產期間以及11月6日產後病房進行2次病房訪視。並在個案出院後，以電話訪談追蹤返家後情形。依據收集的資料應用羅氏適應模式評估其生理模式、自我概念模式、角色功能模式及相互依賴模式，以確立個案的護理問題。

表一 疾病治療過程

個案 11 歲時尿液檢查發現蛋白尿，在小兒科治療一年後便未再繼續治療。
92 年 2 月因右後腰疼痛，求醫時抽血 BUN：25.9 mg/dl，Cr：3.0 mg/dl，診斷為 CKD 第四期，之後持續規律在本院腎臟科接受治療。
96 年 8~10 月 3 次產檢胎兒心跳及活動力皆正常。
96 年 10 月 20 日抽血尿素氮：63.7 mg/dl，肌酸酐：7.0 mg/dl，尚未需有立即透析之情況，但醫師建議行動靜脈瘻管手術，待血管成熟後即可開始透析，因此個案與家人商量後預定 11 月 10 日入院手術。
96 年 11 月 2 日懷孕 26 週，在例行產檢時醫師經超音波檢查，告知胎兒無心跳已胎死腹中。
96 年 11 月 5 日引產出一 500 公克之男死胎，外觀無異常情形，無產後合併症，隔日出院回家療養。



圖一 家族圖譜

一、生理模式

(一) 氧合與循環：生命徵象穩定，個案有高血壓病史，皆會按時服藥。懷孕期間每日服用 Apresoline 150 mg Tid，血壓維持在 140/90 mmHg 以下，但來門診有時血壓會高達 160/100 mmHg，但只要休息一下再測量就會緩解。皮膚顏色白晰微黃，感覺溫暖，指甲與黏膜偏白，血紅素值為 7.0-8.0

gm/dl，故每星期皮下注射紅血球生成素 (Recomon) 5000 單位一次，懷孕期間血紅素為 8-9.5 gm/dl。

(二) 營養：個案三餐飲食大都在家裡用餐，每週約有 2-3 次外食機會。身高 163 公分，懷孕前體重 46 公斤，理想體重為 55.8 公斤，身體質量指數為 17.3 kg/m² (正常值為 18-24)。懷孕 26 週之體重為 49 公斤，

引產處置出院三週後，其體重恢復為 46 公斤。懷孕期間無孕吐之情形，但精神顯倦怠，較無食慾，外型消瘦，因害怕腎毒素高，少攝取魚肉，較常食用水果蔬菜。7 月 30 日白蛋白 3.0 gm/dl，尿素氮：45 mg/dl，肌酸酐：4.3 mg/dl，血紅素 8.5 mg/gl，經評估營養攝取有少於身體所需的問題。9 月 20 日體重 47.5 公斤白蛋白 3.8 g/dl，血色素：9.0 gm/dl，血比容：28.4%，個案倦怠無力之情況已改善。

(三) 排泄：個案平日排便型態為一天一次，質軟，無便秘情形。小便一天 6-8 次，尿液呈淡黃，清澈，個案表示「自懷孕 20 週後有頻尿現象，常常要上廁所」。懷孕後隨著子宮的增大容易造成尿液滯留，個案為 CKD 患者，所以泌尿道感染的機率比一般懷孕婦女高，顯示個案在懷孕期間會有潛在危險性感染的問題。引產處置後頻尿情形已改善。

(四) 活動與休息：個案表示「懷孕加上又有貧血，感覺懶懶的，常會覺得很疲倦，且會想睡覺，注意力也沒辦法集中，很少出外逛街或旅遊，但每天會散步一小時。平常大多時間看電視及書報」。個案加上上午睡 2 小時每天睡眠約 10 小時，懷孕期受頻尿影響，夜裡會起床上厕所 2-3 次，但很快能再入睡，睡眠品質不受影響。個案表示懷孕後即使睡眠足夠，但仍覺得提不起精神，觀察個案在等候門診時常會打哈欠，會談時顯的無精打采。

(五) 皮膚完整性：皮膚外表光滑，無粗糙及傷口，但因貧血，嘴唇較無血色，且乾燥。

(六) 感覺：有近視，兩眼各約 600 度，聽、觸覺、嗅味均正常，懷孕時可清楚描述胎動的情形。

(七) 體液與電解質：皮膚飽滿度佳，無脫屑破皮及水腫情形。平日喝水量約 1500-2000 cc，電解質抽血報告皆正常。

(八) 神經與內分泌功能：個案意識清楚，手腳活動正常。月經週期正常，約為 28-35 天，量適中。會談時可清楚說出懷孕過程及感覺。

二、自我概念模式

個案雖罹患慢性腎臟病多年，但仍注重外表，出門時會化妝及穿戴整齊。這次懷孕剛開始時心裡十分的掙扎與徬徨，常常問「腎毒素高對小孩會不會造成不好的影響？醫師說懷孕對媽媽和小孩都會有危險，但拿掉他有可能以後我不會再懷孕了，該怎麼辦？」對於是否要把小孩生下來猶豫不決，遲遲無法做決定，這顯示個案有抉擇衝突的問題，經醫護人員的詳細解說並與家人討論後決定完成孕程，對於寶寶的誕生則顯得非常的期待。雖因懷孕而外型變胖，但認為寶寶健康是最重要。對於懷孕會導致腎功能惡化而須洗腎，個案表示能接受並不害怕及擔心，只要小孩健康，縱使要提早洗腎也沒關係。也由於罹患 CKD 又懷孕因此常問：「我到底要如何吃才不會增加腎臟的負擔而又能兼顧小孩的營養呢？」「在懷孕期我需要特別注意哪些事呢？」「醫師開了那麼多藥，對小孩會不會有影響？」於回診或電話諮詢時常問及相關注意事項，顯示個案有知識缺失的問題。當超音波檢查發現已胎死腹中，心情非常難過激動無法接受事實，一直詢問「會不會是我的腎毒素太高才會讓他死掉？還是我沒有好好遵照營養師的建議吃東西才會這樣？」且有哭泣的情形。11 月 4 日到產房探視個案時，雖外表堅強說沒關

係，但與其深入會談後個案紅著眼眶，撫摸肚子，說「寶寶，你再動一下好不好？我很對不起你。」接著放聲哭泣充滿失落哀傷，且一直問是否因她的疾病或疏忽才會造成胎兒死亡，顯示個案有哀傷功能失常的問題。

三、角色功能模式

個案的第一角色是 27 歲女性，第二角色為女兒、女友、孕婦，第三角色為腎臟病病患。個案在家中是長女，與父母及妹妹感情融洽。目前尚未與男友結婚，因常前往男友家，與未來的婆婆及其他家人相處融洽，無互動問題。對於即將為人母，個案表示「很開心要當媽媽了，但又很緊張，希望我的病不會影響到寶寶。」個案常輕柔撫摸微凸的腹部，神情中充滿喜悅。個案男友則表示「我也很期待這個寶寶的降臨，但目前能平安生下來是最重要的事。」此次住院引產處置，婆婆相當的關心與體諒，而個案對於未能順利生下小孩感到相當自責，自覺不僅是失去孩子，更是失去當母親的角色，訪談中個案用寶寶來稱呼死去的胎兒，表示與胎兒建立了親子關係，因此胎兒的死亡帶給個案親子關係的結束與無法成為母親的遺憾。在引產前個案撫摸著腹部說著請求孩子原諒她的話，電話追蹤時，個案表示希望將來能再懷孕。

四、相互依賴模式

個案與父母親、妹妹同住，認為生命中最重要的人是男友，男友目前在台北工作，聚少離多，但感情融洽，很在乎他的感受與想法。得知個案懷孕時男友很高興，只要有空就會陪其回診及產檢，彼此也

會討論對小孩的期望，但大部分門診還是由個案的父親陪同前來。產後會回到娘家坐月子，待結婚後做個專職的家庭主婦。獲知孕育失敗時，適逢男友工作上的重要考試，未立即通知他，與雙方父母討論後，決定接受引產處置，雙方家長都充分給予支持與關懷。男友在得知其失去胎兒的消息，已是個案出院回家時，並未責怪個案，而給予其充分的支持。從懷孕到失去孩子，男友及其他家人總是安慰個案，並給予支持與關懷，顯示個案的支持系統良好。

護理問題

綜合上述依羅氏適應模式分析與評估資料，確立個案有以下主要護理問題：

- 一、抉擇衝突/對罹患腎臟病無法決定是否繼續完成孕程
- 二、知識缺失/慢性腎病懷孕之相關知識及注意事項
- 三、營養狀況少於身體所需/與飲食的攝取認知錯誤有關
- 四、潛在危險性感染/與懷孕且為 CKD 患者更易罹患泌尿道感染有關
- 五、哀傷功能失常/失去胎兒

護理過程

護理問題一：抉擇衝突/對罹患腎臟病無法決定是否繼續完成孕程（7/23~8/1）

【主觀資料】

「好想把小孩生下來，但如果要洗腎的話

該怎麼辦？腎毒素那麼高對小孩會不會造成不好的影響？」、「得了這麼嚴重的病，我都自顧不暇了，萬一以後我洗腎活不到那麼久，那小孩不是太可憐了嗎？」、「醫師說懷孕對媽媽和小孩都會有危險，但拿掉他的話有可能以後我不會再懷孕了，該怎麼辦？」

【客觀資料】

- (一) 7月23日產科檢驗懷孕8週，胚胎發育正常。
- (二) 7月20日尿素氮：62.7 mg/dl，肌酸酐：7.0 mg/dl，GFR：7.48 ml/min/1.73 m²，CKD 第五期。
- (三) 口述害怕懷孕與腎臟病之間的影響，有重覆發問、坐立不安、眼眶泛紅之情形。

【護理目標】

個案及家屬能瞭解末期腎臟病對孕婦及胎兒的影響與須配合之相關醫療照護，以協助其做決定。

【護理措施】

- (一) 回診時，安排獨立的訪談空間，給予個案及家屬表達心中的想法與抒發情緒的機會，並運用接觸給予安全感，使個案能詳細敘述她的疑問。
- (二) 安排腎臟科醫師解釋懷孕與腎臟病的之間的影響，並讓個案瞭解未來治療方向，如懷孕期間藥物的使用、臨床症狀處理等。
- (三) 適時解答個案對懷孕的疑慮，並協助個案與醫師之間的溝通。
- (四) 提供腎臟病患者懷孕成功相關文獻給予個案參閱，以增加個案的信心。
- (五) 鼓勵個案與男友透過 MSN 充分溝

通、協商與討論，針對於懷孕期間可能會面臨的問題取得共識。

- (六) 向陪同個案門診的父母親、男朋友、妹妹詳細說明面臨的問題，並鼓勵他們協助個案做決定。
- (七) 給予個案筆者名片，鼓勵其如感到無助時，可以隨時尋求家人或護理人員協助。

【評值】

- (一) 8/1 個案與家人表示經筆者的澄清疑問說明與護理指導，並提供相關資訊瞭解後，於回診時再次與醫護人員討論後，告知其決定生下小孩。
- (二) 8/1 個案父母及男友均表示支持個案之決定，會協助個案順利生產。

護理問題二：知識缺失/慢性腎病懷孕之相關知識及注意事項 (8/1~9/23)

【主觀資料】

「在懷孕期需要特別注意哪些事呢？我看過一些孕期媽媽保健的書，都適合我嗎？而且我有腎臟病要注意的事都跟一般孕婦一樣嗎？」、「醫師開了那麼多藥，通通吃下去沒關係嗎？」

【客觀資料】

- (一) 個案為初產婦，無懷孕經驗。
- (二) GFR 為 7.48 ml/min，屬慢性腎臟病第五期。
- (三) 個案為護理人員，會自行上網或查閱書本瞭解懷孕中需注意的事，但仍表示不瞭解慢性腎病懷孕之相關知識及注意事項。
- (四) 個案會談中，神情雖顯得緊張但很快樂。

【護理目標】

個案能說出慢性腎病孕婦需知道之相關知識及注意事項。

【護理措施】

- (一) 協同腎臟科與婦產科醫師為病患解釋病情及未來之治療方向，包括須接受透析治療的心理準備。
- (二) 每週電訪個案追蹤飲食及日常生活狀況，評估個案是否遵循營養指導攝取均衡足夠之營養，勿任意食用營養補給品。
- (三) 利用孕婦手冊說明孕期之注意事項，例如：勿提重物、多休息、注意胎動時間及頻率、規律運動。
- (四) 衛教其每日須監測血壓 2 次及重要性，回診時將記錄給醫師參考。
- (五) 提供諮詢電話給個案，告知如有任何問題可隨時聯絡。

【評值】

- (一) 個案表示針對孕期之注意事項能瞭解並配合執行。
- (二) 8 月 23 日電話關懷時，個案提到想購買營養補給品，經詢問營養師後，回覆個案只要依照飲食計畫調配三餐即可。
- (三) 9 月 23 日個案回診，在診間中快樂的與筆者分享懷孕的心情及訴說胎動的感覺，並輕柔撫摸微凸的腹部，神情中充滿喜悅。

護理問題三：營養狀況少於身體所需/與飲食的攝取認知錯誤有關 (8/1~9/20)

【主觀資料】

「最近常常都覺得疲倦想睡覺，注意力也沒辦法集中也沒有什麼食慾。」、「肉類不敢吃太多，因為吃太多肉，毒素會升高，對小孩子不好，所以大部分都吃菜和水果

。」

【客觀資料】

- (一) 個案為 CKD 第五期且現為懷孕 10 週之婦女。
- (二) 個案身高 163 公分，理想體重為 55.8 公斤，目前懷孕 10 週之體重仍只有 46 公斤，低於理想體重 25%。
- (三) 外觀消瘦，7 月 30 日白蛋白 3.0 g/dl，尿素氮：45 mg/dl，肌酸酐：4.3 mg/dl，血紅素 8.5 mg/gl。眼瞼及嘴唇微蒼白。

【護理目標】

個案能遵守飲食計畫且白蛋白提升至 4.0 g/dl。

【護理措施】

- (一) 協同營養師依照個案目前的病程限制及胎兒成長所需的營養為個案設計飲食計畫。
- (二) 衛教加強攝取足夠的營養對母親及胎兒的好處，例如：避免胎兒生長遲滯、減少疲倦無力等。
- (三) 指導個案增加優質蛋白質食物如：魚、肉、奶、蛋。而紅肉、深綠色蔬菜等富含鐵質的食物可優先選擇食用。
- (四) 每週監測體重 2 次，以及每月監測營養指標如：白蛋白、血紅素、血比容等。
- (五) 教導家屬可利用蔥、薑、蒜等調味品，並改變以蒸、燉等烹調方式增加食物的變化性，促進病人食慾。
- (六) 衛教三餐營養素需均衡攝取，以提供足夠的營養給母親及胎兒。
- (七) 依醫囑每週皮下注射 EPO 5000 單位。
- (八) 繼續追蹤其飲食攝取情形。

【評值】

個案經筆者再次針對營養師為其所設計的飲食計畫給予指導後已知道其重要性，能遵守飲食計畫進行，三餐攝取足夠營養。9月20日其體重47.5公斤，檢驗數據白蛋白以增加為3.8 g/dl，血色素與血比容仍維持在9.0 mg/gl 及28.4%。

護理問題四：潛在危險性感染/與懷孕且為CKD患者更易罹患泌尿道感染有關（10/3～10/31）

【主觀資料】

「最近晚上都會起來上廁所2到3次，而且白天也會常常想去尿尿，這樣會不會是尿路感染的前兆？」

【客觀資料】

- (一) 10月3日懷孕20週。
- (二) 10月4日尿液檢查：WBC(-)、RBC(-)。
- (三) 每日解尿次數8至12次，夜間約有2至3次。
- (四) 每週會泡澡一次。

【護理目標】

懷孕期間無泌尿道感染的發生。

【護理措施】

- (一) 使用衛教單張說明預防泌尿道感染之重要性。
- (二) 指導每日以淋浴清潔身體，避免盆浴與泡澡，可減少感染機會。
- (三) 以衛教單張解說常見的泌尿道感染症狀例如：解尿困難、解尿疼痛、灼熱感、尿液呈現混濁狀等，並叮囑如有上述症狀須盡快就醫。
- (四) 衛教勿憋尿，如有尿液感應盡快解尿。

【評值】

- (一) 在每2週電話關懷時，個案表示每日能確實執行衛教事項。
- (二) 9月12日至10月31日3次尿液檢查之結果皆為正常。仍有頻尿情形，但解尿無不適感。

護理問題五：哀傷功能失常/失去胎兒（11/4～11/21）

【主觀資料】

「醫師說胎兒沒心跳了，怎麼會這樣？平常他都很會動，是不是他在睡覺，所以才不會動，要不要再檢查一遍？」「是不是我的腎毒素太高才會這樣，早知道我應該早點洗腎。」「是不是我沒有好好遵照營養師的建議吃東西才會這樣？」

【客觀資料】

- (一) 個案坐在床上撫摸肚子，紅著眼眶放聲哭泣，其妹妹抱著她，予以支持。
- (二) 個案紅著眼眶看著胎兒超音波照片，手微微顫抖。
- (三) 談及孩子，個案表情充滿無奈哀傷，且還會問為什麼會造成胎兒死亡，不斷表示對不起孩子。

【護理目標】

個案能在出院時說出心中失去胎兒的哀痛，並能接受胎兒死亡事實。

【護理措施】

- (一) 會同醫師再安排一次超音波檢查，證實無胎兒心跳，並請醫師詳細為個案說明，以讓個案瞭解胎兒確實無法保住，幫助個案度過這段「拒絕接受期」。
- (二) 在病床旁傾聽個案描述懷孕過程及其感受到生命共同的情況，引導個案說出失去胎兒的感受。

- (三) 握住個案的雙手，不打斷其情感的宣洩，鼓勵其表達出內心的難過，以撫慰個案的情緒。
- (四) 指導雙方父母及其妹妹，給予個案心理與情緒的支持。
- (五) 開導她失去胎兒的原因很多，其在醫護人員指導下已努力照護胎兒，勿為胎兒的死亡自責。
- (六) 介紹相似的病友，分享如何走過那段路程，以減輕其壓力。
- (七) 教導父母及親友能協助病患面對事實，勿提再懷孕的事。

【評值】

- (一) 11/6 聽到個案說出從懷孕時期待生下小孩的喜悅，以及失去胎兒傷痛的心路歷程，表示已能接受孩子走掉的事實，相信他已經上天堂當一個可愛的小天使。
- (二) 11/15 電話關懷時，個案表示心情已較平穩，目前正積極調養身體。
- (三) 11/21 個案回診時表示已幫小孩做頭七，雖不曾再夢見他，但相信他一定過得很好。

結論與討論

懷孕在罹患末期腎臟病的病患很少見，尤其懷孕可能會產生各種併發症，使得腎功能急速惡化，因此通常不建議腎臟病患者懷孕。但懷孕是女性最深層最強烈的願望，懷孕後母親會與胎兒形成某種依附關係（陳、李，1998），因此當面臨是否要把小孩生下的抉擇，對個人將造成極大的壓力。因本文個案是末期腎臟病患者，在面對懷孕與腎功能惡化的抉擇時承受著極大的壓力，原本家人反對個案完成孕程，

經由醫護人員的詳細說明，以及個案堅持決定，終於獲得家人的認同與支持。但於懷孕 26 週時，遭遇孕育失敗所表現之哭泣、哀傷、痛苦、無法接受事實等情緒反應，與吳、郭（2007）所提出的相同。因無法完成孕程，對個案生理與心理造成莫大的衝擊與失落，筆者藉由治療性人際關係的建立，於個案最需要時陪伴在床旁傾聽她失去胎兒的心情。坐月子期間，時常以電話慰問及關懷個案，並藉由傾聽協助她表達及宣洩情緒，同時鼓勵家屬與家屬能持續給予其情緒上的支持，幫助個案走出失去胎兒的陰霾，與陳、李（1998）提到的流產後婦女須接受與情感宣洩，及陳、余（2000）提出的給予持續傾聽她們的感受之護理措施是相同的。

產婦的生理問題可以透過護理措施迅速解決，但哀傷的情緒卻須要給予更多的關懷才能平復。因此慢性腎臟病患者一旦懷孕，醫護人員應能詳細為病患與家屬解說孕程對腎功能惡化及腎臟疾病對胎兒影響的情形。由於目前國內外有關慢性腎臟病患者懷孕照護之相關文獻不多，因此建議醫療機構針對有計畫懷孕之腎臟病患者，能提供一個醫療團隊，包括腎臟專科醫師、產科醫師、新生兒科醫師、衛教師、個管師及營養師等，從孕前的評估至產後恢復期間，提供整體性的醫療照護計畫，使 CKD 患者亦能順利完成孕育過程，更希望藉由本照護經驗分享臨床照顧類似個案之參考。

參考文獻

- 吳郭華、郭素珍 (2007)·一位糖尿病產婦面臨死胎的哀傷反應及調適行爲·*實證護理*, 3(1), 64-72。
- 李碧娥 (2003)·一位懷連體雙胞胎而終止懷孕婦女的哀傷反應·*醫護科技學刊*, 5(3), 283-291。
- 李文欽、張舜智、黃忠餘、吳明儒 (2007)·慢性腎臟病與貧血·*腎臟與透析*, 19(2), 81-88。
- 李耀泰、郭宗正、陳福民 (2006)·懷孕中的缺鐵貧血·*台灣醫學*, 10(3), 400-403。
- 林健宇、林水龍 (2001)·懷孕中的透析治療·*腎臟與透析*, 13(4), 167-169。
- 張弘偉、朱宗信 (2000)·懷孕期之腎臟疾病·*台灣醫學*, 4(3), 348-358。
- 馬紹銘、彭聖曾 (2007)·紅血球生成素的使用是否可延緩腎功能的惡化·*腎臟與透析*, 19(4), 164-169。
- 陳映燁、李明濱 (1998)·婦女流產或死胎之身心醫學觀·*台灣醫學*, 2(2), 204-207。
- 陳淑齡 (1997)·一位因胎兒異常於第二孕期接受終止妊娠孕婦之經驗與因應行爲·*護理雜誌*, 44(4), 43-53。
- 陳淑齡、余玉眉 (2000)·懷有唐氏症胎兒的初孕婦接受終止妊娠過程的生活處境·*護理研究*, 8(2), 177-189。
- 黃秀華 (2001)·*產科護理學*·台北:高立。
- 楊玉娥 (1996)·婦女面對子宮內胎兒死亡之認知反應·*護理雜誌*, 43(1), 64-70。
- 劉炯勳、李建忠、高銘聰 (2003)·慢性腎衰竭與懷孕·*腎臟與透析*, 15(2), 73-78。
- Okunday, I. B., & Abrinko, P. H. (1998). A registry for pregnancy in dialysis patients. *American Journal of Kidney Disease*, 31(5), 766-773.
- Shirani, S., & Finkelstein, F. O. (2004). Sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease. Current status of the E. Joanna chambers. Michael Germain & Edwina Brown (Eds.), Supportive care for the renal patient (pp.177-189). New York: Oxford University.
- St Peter, W. L., Schoolwerth, A. C., McGowan, T., & McCellan, W. M. (2003). Chronic kidney disease: Issues and establishing programs and clinics for improved patient outcomes. *American Journal of Kidney Disease*, 41(5), 903- 924.
- Hou, S. (1999). Pregnancy in renal insufficiency and end stage renal disease. *American Journal of Kidney Disease*, 33(2), 235-252.

The Nursing Experience of a Pregnant Woman with Chronic Kidney Disease

*Shu-Li Wang Shih-Ming Hsiao Ling-Chu Wu **

Abstract

It is not easy for a patient with advanced CKD to become pregnant, but once she is pregnant the physiological changes of gestation will greatly increase the burden on the mother with the attendant risks of deterioration of renal function, eclampsia, and hazards to fetal development and survival. This report describes the nursing experience in caring for a patient with advanced CKD, having a primiparous 26th week of gestation, but with an outcome of intrauterine fetus death. From July 23rd to November 21st 2007, we used the “Roy adaptation model” to observe, assess, communicate with, and perform physical skill tests on this patient. Four[A1] main domains on health problems were determined: “Decision making”, “Knowledge deficit”, “Nutrition less than body requirements”, “Risk of infection”, and “Dysfunctional grieving”. By giving sincere concern, sympathy, and acceptance during the nursing process, a relationship based on trust was established between the nurse and the client. We helped the patient and her relatives to understand the relationship between kidney disease and pregnancy, and how they influence each other, in the process of helping them to decide whether or not to proceed with the pregnancy, and offering relevant nursing guidance and consultation during the gestation. When the patient was faced with the impact of fetal death at 26 weeks, we actively provided care and voluntarily offered our concern at the appropriate time to pass through this time of grief with the relatives. Nursing experience will be shared as reference for those who might deal with a similar situation in the future.

Key words : chronic kidney disease, pregnancy, intrauterine fetal death

RN, BSN, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital

MHA, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital *

Received : Apr. 9, 2008 Revised : Apr. 24, 2008 Accepted for publication : Jun. 2, 2008

Correspondence : Ling-Chu Wu, No. 100, Tz-You 1st Road Kaohsiung 807, Taiwan

Telephone : (07) 3121101 ext 5361 E-mail : 650012 @ms.kmuh.rg.tw