

照顧一位多囊腎個案感染沙門氏桿菌腸炎之護理經驗

周晉伊 黃敏瑤*

摘要

本文旨在敘述一位遺傳體顯性多囊腎疾病 (autosomal dominant polycystic kidney disease, ADPKD) 之中年婦女，因感染沙門氏桿菌腸炎引發敗血症，導致急性腎臟及呼吸衰竭之護理經驗。護理期間從 2007 年 10 月 10 日至 2007 年 10 月 23 日，經由傾聽、會 (筆) 談、觀察、身體評估、臨床照顧等方式收集資料，並以 Gordon 十一項功能性健康型態進行護理評估，了解個案因遺傳疾病加上感染沙門氏桿菌腸炎引發合併症，造成身、心的衝擊，確立個案有急性疼痛、腹瀉、焦慮等護理問題。在護理過程中，藉主動探視、陪伴、監測和紀錄病況進展，做好腸道隔離措施，注意個案水份、電解質平衡及舒緩疼痛，讓個案了解疾病的變化及治療計畫，減輕其焦慮並增加個案的安全感，讓個案免於接受血液透析治療，希望藉此護理經驗與他人分享。

關鍵詞：多囊腎、沙門氏桿菌、疼痛、焦慮

前言

沙門氏桿菌廣布於我們日常生活環境中，是常見引起腸炎的致病菌，若能盡速補充水份、電解質，多能痊癒，但若病患在免疫功能低下時感染此細菌，則易發生合併症且死亡率高達 1% (呂、劉，2007)。遺傳體顯性多囊腎疾病 (autosomal dominant polycystic kidney disease, ADPKD) 是常見的腎遺傳疾病，約每四百到一千個活產兒會發生一例，占末期腎臟病 (End-stage renal disease, ESRD) 之 5%，囊腫導致腎小球及腎小管細胞死亡，進而造成腎功

能惡化 (施、朱，2001；簡、蘇，2004)。本篇個案是一位遺傳體顯性多囊腎疾病 (ADPKD) 婦女，因感染沙門氏桿菌造成敗血症，發生嚴重急性腎衰竭和呼吸衰竭之臨床病徵。在治療過程中，體液滯留及腎臟囊腫腫大壓迫腹部器官組織，引起個案疼痛不適症狀，透過專業護理過程，筆者了解到常見且輕微的疾病都需要細心評估，並預防其可能發生的潛在危險，進一步防止個案因此面臨生命威脅、遺留嚴重健康問題。

高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科加護病房護理師

高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科加護病房護理長*

受文日期：98 年 10 月 7 日 修改日期：98 年 10 月 30 日 接受刊載：98 年 11 月 27 日

通訊作者地址：周晉伊 高雄市三民區自由一路 100 號

電話：(07) 3121101 轉 5919 電子信箱：v5359@yahoo.com.tw

文獻查證

針對沙門氏桿菌腸炎、遺傳體顯性多囊腎及病患的心理調適等項目，收集相關文獻，分述如下。

一、沙門氏桿菌腸炎

沙門氏桿菌屬格蘭氏陰性菌，是第二常見腸炎感染之細菌，發病後約 4 星期內為傳染持續期，傳染方式是食用受到感染之飲用水或食物，感染後 6-48 小時會發生腹瀉、腹痛、嘔吐、噁心、血便、寒顫、發燒等現象，通常在補充水分、電解質後，大多數的人會在 3-5 天後自癒，不需積極給予止瀉劑，但免疫力差的病患會併發壞死性腸炎、腸阻塞、腸穿孔、脫水、敗血症或休克等合併症（呂、劉，2007）。

Picard、O' Donoghue、Young- Kershaw 和 Russell（2006）文中指出由於細菌經血行散佈，釋出毒素引起敗血症，而腹瀉脫水等症狀造成水份缺乏，血管內有效容積降低，引起血管收縮，腎絲球通透性改變，可能發生腎臟組織的損傷，造成寡尿或無尿、疲勞、水腫、呼吸短促、意識混亂等症狀。醫護人員應密切監測腎功能及血液動力學變化，並維持體液電解質和酸鹼平衡，避免使用腎毒性藥物，控制感染，使用利尿劑治療，以預防急性腎衰竭發生，其治療計畫以抗生素及支持療法為主（戴、陳、方，2006）。在腸炎急性期，須注意營養需求，補充水分、電解質與葡萄糖點滴或全靜脈營養，監測及記錄大便顏色、量、次數、軟硬度及記錄輸入輸出量。照顧期間必須常洗手，並採腸道隔離措施，預防與控制細菌繁殖，才能避免此菌繼續傳染，如：糞便、嘔吐物以漂白水消毒後再丟棄；食物需清潔、不吃生食，若

腹瀉嚴重，須小心注意脫水及皮膚破損問題（呂、劉，2007）。

二、遺傳體顯性多囊腎

遺傳體顯性多囊腎是常見腎臟自體顯性遺傳疾病，只有一半的機會會遺傳給下一代，男女發生率為 1:1，顯性遺傳多囊腎會在中年期發病，多囊腎是腎臟會形成囊腫或水泡，造成腎臟變大，其常見的症狀有血尿、蛋白尿、高血壓及反覆泌尿道感染，囊腫腫大壓迫腹部器官組織造成腹痛、背痛或腰痛等，對於病患的疼痛，除了需要外科減壓手術或止痛劑的使用（Russell, 2008; Wilson, 2004），醫護人員必須評估其疼痛的性質、位置、強度、持續時間、原因、與病患之前曾嘗試過減輕疼痛的方法，而減輕疼痛是護理活動的第一優先次序，應以分散病患注意力、安排舒適臥位、更換姿勢、陪伴、滿足生理需求或按摩等方式，藉以減輕或去除病患的疼痛及不舒服（林、許、孫、楊，2008）。隨著腎臟囊腫的逐漸變大，腎組織受到囊泡壓迫，逐漸缺血、缺氧，進而纖維化，使腎臟功能惡化，疾病的預後常取決於多囊腎是否進展到腎衰竭的階段。病患為了延緩腎衰竭的發生，平時必須控制血壓，採用低鹽、低蛋白飲食，多喝水，勿亂服藥物，定期腎臟超音波檢查並追蹤腎功能（施、朱，2001；簡、蘇，2004）。

三、急性期病患的心理調適

病患在急性期以生理照顧為重點，疾病進展與治療成效會造成病患對死亡有恐懼及面臨器官衰竭的焦慮（鄭、吳、黃，2008）。而突然發生的感染會併發嚴重的合併症，導致病患出現焦慮、害怕、憂鬱，

造成的症狀包括：呼吸困難、出汗、心悸、肌肉緊張、不安、煩躁、難以集中注意力、害怕失去控制力、坐立難安、過度敏感、易於激動等，此時家人、醫療人員的連續性的照顧與宗教信仰的支持，是病患調適的主要來源。護理措施應主動提供相關的病情訊息及讓病患參與治療計畫，適時讓病患表達心中的感受，與病患一同找出擔心或害怕的原因，教導放鬆技巧，如：聽音樂、念佛經、深呼吸、肢體按摩等方式，轉移注意力，緩解其焦慮情緒（王、王、湯，2007；林、李，2004）。

護理過程

一、個案簡介

徐女士，50歲，已婚，職業為清潔工，已退休，初中畢，使用語言：閩南語、國語，信奉一貫道，茹素。與先生同住，育有2子，家中經濟來源為先生及兩個兒子，與家人互動良好。

二、家庭圖譜（如圖一）

個案父母去世多年，與先生同住，育有2子，家中經濟來源為先生及兩個兒子，與家人互動良好。

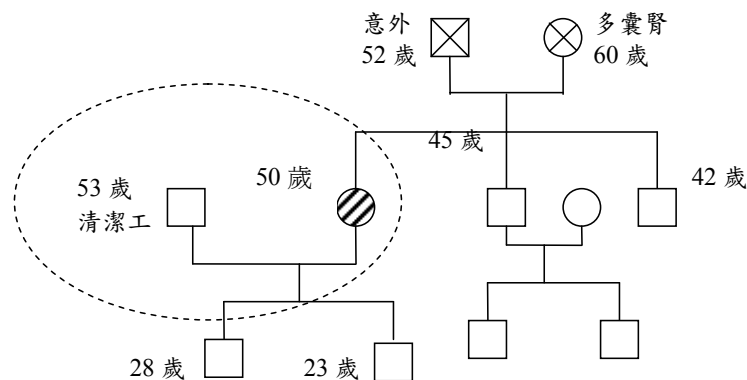
三、過去病史

個案10年前發現遺傳體顯性多囊腎疾

病，腎功能無異常，兩年前因高血壓及腹部腫脹明顯，腹部超音波發現多囊腎約20-30個囊腫，均持續醫院追蹤檢查並服用降壓藥控制。

四、疾病求醫過程

2007年10月10日吃完喜酒後，上吐下瀉（水瀉）、發燒、呼吸喘及少尿故至急診求治，因血紅素值8.0g/dl，給予輸注濃縮紅血球2單位，給予氧氣2L/min，動脈血液氣體分析值為PH: 7.281、PaCO₂: 28 mmHg、PaO₂: 66 mmHg、HCO₃⁻: 12.9 mmol/L、SaO₂: 88.7%，呈部分代償性代謝性酸中毒，給予注射NaHCO₃ 2 Amp。疑腸道感染、腸阻塞，入加護病房治療，10月10日BUN: 100.1 mg/dl、Cr: 7.1 mg/dl（10月10日-10月16日每日尿量少於700毫升，腎臟科醫師建議以利尿劑治療），10月11日糞便培養為沙門氏桿菌，採接觸性隔離。10月15日脈搏氧飽和濃度（SpO₂）降至70%，意識改變，予插氣管內管及呼吸器使用，因意識情況未恢復，追蹤腦部電腦斷層掃描，會診神經科，診斷為代謝性酸中毒及敗血症引發急性腎衰竭合併呼吸衰竭。10月17日恢復意識清醒，10月19日嘗試管灌飲食並開始漸進式訓練脫離呼吸器，10月21日順利移除氣管內管，10月23日病況穩定轉普通病房，10月29日出院。



圖一 家庭圖譜

護理評估

護理期間為2007年10月10日至2007年10月23日，藉由傾聽、會（筆）談、觀察、身體評估、參與直接照顧個案收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態評估，完成個案身、心、社會、靈性層面之整體性的照顧。

一、健康認知與健康處理型態

個案10年前發現有腎臟病後，開始會注意自己的身體狀況，並表示平常不亂吃藥，會按時到醫院追蹤腎功能及超音波，聽從醫師指示用藥，若是身體不適，會到診所求治。

二、營養、代謝型態

個案平常吃全素，食慾正常，無特別偏好。身高153公分，住院前體重53公斤，理想體重為51.5公斤，10月10-14日體重增加7.6公斤，現為60.6公斤，血中白蛋白值：3.19 mg/dl，皮膚乾燥，彈性可，雙下肢水腫，虛弱無力，觸診腹部左側有腫塊約10x20公分，個案表示：「肚子很脹，想吐。」10月11日嘔吐約150毫升黃色液體，腹部X光檢查：診斷為腸阻塞，予禁食及放置鼻胃管引流，鼻胃管每日引流黃色液體約1000~1350毫升，給予葡萄糖水及部份靜脈營養（Partial Parenteral Nutrition, PPN），提供每日1200卡熱量。10月17日因腸阻塞未改善，予腹部電腦斷層掃描：腎囊腫腫大壓迫，會診腸胃內科醫師，建議禁食並使用全靜脈營養，每日熱量1600大卡。10月22日無噁心、嘔吐、腹瀉情形，個案開始由口進食少量流質飲食，可逐漸增加進食量。

三、排泄型態

個案多囊腎病史10年，入院前有頻尿、夜尿情形，偶爾會腰酸，休息可緩解，活動後排汗量正常，每日解1~2次黃色成形便。住院期間經使用利尿劑（Lasix）治療後，每日尿量由700毫升增加至1440~1900毫升，10月10日BUN：100.1 mg/dl、Cr：7.1 mg/dl，10月22日降至BUN：45.9 mg/dl、Cr：2.1 mg/dl。10月11-13日每日腹瀉6-8次，量約1000-1400公克，呈現褐色水狀，惡臭。個案表示「我一直拉肚子，很難過」，臀部皮膚微發紅，約2x2平方公分，聽診腸蠕動音20-30次/分，叩診呈鼓音，10月10日血液檢查，WBC: 3590 /ul、CRP: 398.24 ug%、Na: 142 mEq/L、K: 4.6 mEq/L，10月11日糞便培養為沙門氏桿菌，綜合以上資料評估個案有腹瀉的健康問題。

四、運動—活動型態

個案肢體活動、肌肉張力正常，平常會與先生出遊，或與朋友去公園運動。10月15日呼吸型態淺而快、呼吸速率30-35次/分、脈搏110-120次/分、脈搏血氧飽和度（SpO₂）降至降至70%，意識喪失，給予插氣管內管並使用呼吸器（壓力控制模式），痰液呈白色、量少、微稠，兩側呼吸音呈爆裂音，肺部X光片顯示輕微左下肺葉浸潤，雙下肺有少量肋膜積水，協助每2-4小時抽痰一次、翻身及背部叩擊。10月17日恢復意識，10月20日肺部X光顯示左下肺葉浸潤，雙下肺無肋膜積水，呼吸無爆裂音。10月21日練習脫離呼吸器，成功後拔除氣管內管。拔管後，能主動執行深呼吸、咳嗽活動。

五、睡眠休息型態

平常5點起床唸經，每日午睡約1-2小時，9點就寢，可很快入睡，睡眠品質差，易驚醒，但可很快又入睡。沒有使用安眠藥

習慣。住院期間，因腹部疼痛而難以入眠，經過止痛藥物或協助側臥後可入睡。每日睡眠時間約6-8小時，觀察個案白天可側臥閉眼休息，但無嗜睡情形。

六、認知感受型態

個案視力、聽力正常，知道最後一次在門診之血液檢查結果正常，表示以前腹部腫脹不明顯，最多只有皮膚拉扯，緊緊的感覺，只要休息一下就好。10月11-15日每日輸入輸出量+2000-3300毫升，在10月17日個案按著左腰，表示疼痛，並表達疼痛指數約8分，身體不安的扭動，碰觸個案時，個案肌肉僵硬用力、皺眉、並不自主咬住氣管內管，給予止痛劑後，表示疼痛指數為1-2分，可閉眼休息。10月19日個案主訴：「我的肚子痛、右腳好像也腫起來，正在抽痛」。個案主訴：「我覺得經過妳的按摩後，感覺比較舒服了，腳抬高也感覺皮膚沒那麼緊了。」，住院期間個案常常撫摸腹部、皺眉或主訴腰腹痛、坐立不安、夜間也會因疼痛而醒來，視診其腹部腫大、皮膚緊繃，腹圍92公分。綜合以上資料評估個案有急性疼痛的健康問題。

七、自我感受及自我概念型態

個案表示以前知道自己得到遺傳疾病後，覺得很無奈但慢慢接受後，覺得自己跟別人沒有特殊差別，大部分時間覺得自己很好。住院時因穿著紙尿褲及腹瀉，害怕自己以後要一直依賴別人，造成家人的負擔。10月17日個案表示：「我不知道發生什麼事，我先生告訴我，我已經昏迷2天了，我才知道原來這麼嚴重。」住院期間，經常有警醒或驚嚇反應、易激動、肌肉緊張、煩躁不安、難以集中注意力、坐立難安，常眉頭緊皺、面部表情緊繃，抬頭緊盯生理監視器，非常注意醫護人員進入病

室的動作，插管期間常以手勢或口頭詢問，且很配合治療或護理活動。10月19日「小姐，我的腎臟是不是壞了，我要洗腎嗎？我不想洗腎，我媽媽因為洗腎過世，我不想跟她一樣，以前在腎臟科門診都有跟醫師好好配合，現在怎麼會變成這樣呢？」10月21日「我已經不知道怎麼自己呼吸了！我今天真的可以拔管嗎？真怕拔管後喘不好，又要再插管。」綜合以上資料評估個案有焦慮的健康問題。

八、角色關係型態

與先生同住，兒子在外地工作，家人關係和諧，個案在家中的角色為溝通者及決策者，經濟來源為先生，經濟狀況小康。住院前大部分的時間會去道觀中活動，與一貫道道友修行，住院時多位道友也都前來探視並祈福，互動良好。

九、性、生殖型態

個案24歲結婚，對性生活無所謂滿意不滿意，因宗教信仰關係，與先生共同修行，每年會固定做子宮頸抹片檢查，初經時間是國小6年級，49歲時已停經，育2子。

十、適應、壓力耐受型態

個案平常情緒平穩，和人相處融洽，最大的支持者是先生，表示平常如果有壓力或抱怨會找宗教界朋友訴苦，10月13日個案表示「我得這種遺傳多囊腎疾病，是老天對我的考驗，這是我的命，要接受才不會痛苦」。

十一、價值—信念型態

個案宗教信仰為一貫道，信仰天命、熱誠與克服困難，相信宗教可帶領她逢凶化吉，住院期間會看經書，祈求健康，會期待未來能健康的繼續修行。

問題確立

根據以上護理評估及資料分析，確立個案有腹瀉、急性疼痛、焦慮等健康護理問題，給予的護理過程如下：

一、急性疼痛/囊腫腫大壓迫及體液滯留導致腹部疼痛（10/11-10/23）

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
<p>主觀資料:</p> <p>1.10/11 個案按著左腰，詢問是否疼痛，個案點點頭，並表達疼痛指數約 8 分。</p> <p>2.10/17 個案筆訴：「我的肚子痛、右腳好像也腫起來，正在抽痛。」。</p> <p>3.10/19 「我不敢用力咳嗽，一咳腹部就很痛」。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.10/13 視診其腹部腫大、皮膚緊繃，腹圍 92 公分，觸診腹部有腫塊約 10x20 公分，常常撫摸腹部、皺眉。</p> <p>2.10/10-14 體重增加 7.6 公斤，10/11-15 每日輸入輸出量 +2000-3300 毫升。</p> <p>3.10/17 腹部電腦斷層掃描：腎囊腫腫大壓迫。</p> <p>4.10/17 及 10/19 表情痛苦、雙眼緊閉，身體不安的扭轉、持續撫摸痛處，夜間因疼痛而醒來。</p> <p>5.10/15-17 血壓:146-166/56-76 mmHg，心跳：112-120 次/分。</p> <p>6.10/19 碰觸個案，個案肌肉僵硬用力、皺眉，並不自主咬住氣管內管。</p>	<p>10/23 前個案能表示疼痛指數降至 3 分，並知道如何有效轉移疼痛的方法。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.依十分量表每 2 小時及隨時持續評估個案疼痛指數，疼痛時，評估疼痛的性質、位置、強度、持續時間、原因並觀察非語言表達的表情、姿勢。 2.評估了解個案之前曾嘗試過減輕疼痛的方法，如唸佛經或聽宗教音樂。 3.10/11 協助搖高床頭 30 度，採側臥屈腿。 4.10/11-10/14 每天協助雙腳抬高，以輕輕揉捏方式按摩患處。 5.10/11-14 Lasix(20mg) 1 amp iv/qd。 6.每班記錄輸入輸出量及評估水腫程度。 7.10/17-19 使用翻身枕墊於左腰際支撐，減輕肌肉緊張度。 8.夜間提供安靜環境，減少吵雜刺激。 9.10/17-19 協助以枕頭支托腹部，並教導個案咳嗽時將腹部以枕頭支撐。 10.10/17-22 依醫囑 Fentanyl (500ug) 1 vial+N/S 40ml keep 3ml/hr，並評估其效果。 11.教導家屬為個案做背部按摩、促進鬆弛，以助於睡眠、休息，並視情況增加會客次數及時間陪伴個案，給予支持。 12.與個案聊天，轉移注意力。 13.讓個案了解多囊腎囊腫壓迫，可能造成的疼痛，可告知醫護人員或搖鈴尋求幫忙。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.10/11 在協助舒適臥姿及止痛藥給予後，個案表示疼痛緩解，疼痛指數降為 1-2 分，觀察個案表情無皺眉、不安情形，在協助按摩後會帶微笑向護理人員表示感謝。 2.10/17 及 10/19 個案夜間因疼痛而躁動，給予止痛藥物幫浦持續滴注，協助側臥姿及輕輕按摩腹部減輕肌肉緊張度後，能靜臥休息睡著。 3.10/23 個案了解疾病造成的疼痛，會與醫護人員討論解決方式，如：按摩或更換姿勢。

二、腹瀉/沙門氏桿菌感染腸胃道炎症反應所致（10/10-10/22）

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值
<p>主觀資料： 1.10/11 個案表示：「我一直拉肚子，很難過。」</p> <p>客觀資料： 1.10/11-13 每日腹瀉 6-8 次，量約 1000-1400 公克，呈現褐色水狀，惡臭。 2.聽診腸蠕動音次數 10-20 次/分，腹部 X 光呈現腸阻塞情形。 3.叩診腹部呈鼓音。 4.10/13 臀部有發紅約 2x2 平方公分。 5.10/10 血液檢查，WBC :3590/ul、CRP: 398.24ug%、Na : 142 mEq/L、K:4.6 mEq/L。 6.10/11 糞便培養為沙門氏桿菌。</p>	<p>1.一週內個案排便次數減少至一天一次。 2.住院期間維持個案皮膚完整。</p>	<p>1-1.採接觸性隔離措施，接觸個案前後確實洗手。 1-2.感染的尿布倒入漂白水後，丟入感染收集袋，並注意去除不好的味道，維持空氣流通。 1-3.10/10 禁食，並給予部份靜脈營養 50 毫升/小時持續 24 小時。若水份不足時，與醫生討論由靜脈點滴供給足夠之熱量及水分。 1-4.與醫生討論視情況予以補充非腸道營養 10/17 起使用全靜脈營養 1600 卡/每天。 1-5.每天三班聽診腸蠕動音，並利用視、叩、觸診進行腹部評估，觀察個案排氣及排便情形。 1-6.每班監測及記錄大便顏色、量、次數、軟硬度及詳細記錄輸入輸出量。 1-7.協助監測 CBC、CRP、Na、K 變化及收集糞便培養。 1-8.依醫囑給予抗生素治療（Tricef(500mg) 4 vial+aq -dest 1 amp/q12h/iv)。 2-1.協助個案排便後立即更換尿布，給予清水清潔，並以凡士林塗抹肛門口周圍，避免排泄物刺激皮膚。 2-2.每 8 小時評估皮膚完整性並紀錄。 2-3.協助個案舒適臥位及經常變換姿勢，避免臀部受壓太久。</p>	<p>1.10/13 仍腹瀉 4 次，黃稀水便，量約 700 公克，10/17 糞便培養為陰性，解除腸道接觸性隔離措施。腸阻塞情形未改善，疑腎組織壓迫導致，仍禁食中。10/21 解黃軟便 480 克一次， 2.10/22 沒有腹瀉和腹痛情形，皮膚完整。</p>

三、焦慮/1、害怕重插氣管內管 2、擔心疾病無法控制造成器官衰竭 (10/17-10/23)

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
<p>主觀資料:</p> <p>1.10/17「我不知道發生什麼事，我先生告訴我，我已經昏迷2天了，我才知道原來這麼嚴重。」</p> <p>2.10/19「我的腎臟是不是壞了，我要洗腎嗎？我不想洗腎，我媽媽因為洗腎過世，我不想跟她一樣，以前在腎臟科門診都跟醫師好好配合，現在怎麼會變成這樣呢？」</p> <p>3.10/21 11:30AM「我已經不知道怎麼自己呼吸了！我今天真的可以拔管嗎？真怕拔管後喘不好，又要再插管。」</p> <p>客觀資料:</p> <p>1.10/19 很配合醫護人員的指示，且非常注意進入病室醫護人員動作，常以手勢或重複口頭詢問要做甚麼。</p> <p>2.10/21 11:30AM HR:104-134 次/分、BP:146 /86 mmHg、RR:30 次/分。</p> <p>3.10/21 眉頭常常緊皺，面部表情緊繃，手反覆拉扯衣物，有警醒或驚嚇反應。</p> <p>4.10/21 情緒易激動，常抬頭緊盯生理監視器，肌肉緊張、煩躁、難以集中注意力、坐立難安。</p>	<p>1.一週內能運用以往調適方式說出害怕或擔心之事。</p> <p>2.個案能在3天內減輕焦慮的症狀。</p>	<p>1-1.陪伴個案、傾聽、鼓勵說出心中感受、害怕或擔心的事。</p> <p>1-2.引導個案運用以往調適方式尋求心靈平靜，如：宗教。</p> <p>1-3.會客時間鼓勵個案向先生及宗教界朋友說出心中感受，藉宗教力量（一貫道），讓個案有回復健康的信心。</p> <p>1-4. 10/17 主動告知個案生命徵象數值，解釋其數據，使個案安心。</p> <p>1-5. 10/18 請家屬帶個案慣用物品，如：經書，讓個案安心。</p> <p>1-6.10/19 請醫師解釋病況，並協助個案與醫師討論治療計畫，釐清問題，以增加個案對疾病的認識及參與感。</p> <p>2-1.10/21 教導正確的呼吸方式，如：將氣吐完再深吸氣，改善拔管焦慮。</p> <p>2-2.10/21 拔管後，協助半坐臥姿，並教導有效的咳嗽方式，如：深呼吸3次後，再運用腹部力量，將痰咳出。</p> <p>2-3.每次護理活動前，主動解釋並讓個案決定護理執行優先次序，減輕不安。</p> <p>2-4.主動與個案聊天或讓她聽喜歡的音樂，分散注意力。</p> <p>2-5.視情況增加會客次數及時間，讓家屬陪伴個案，給予支持。</p>	<p>1.10/21 氧氣導管 2 l/min，HR:90 次/分，RR:16-18 次/分，Bp:104/78 mmHg，會客時向朋友表示：本來很緊張，怕再插管回去，幸好護士小姐教的深呼吸、咳嗽方法很有用。表示未來會按時回診，並注意腎功能變化，了解現在疾病不一定需要洗腎，如果有疑問會與醫護人員溝通，以後就算洗腎也比較能夠接受了。</p> <p>2.個案表示：「之前很怕需要洗腎，我現在只要唸經，就會覺得心裡很平靜。」觀察個案能在醫護人員解釋後，焦慮程度降低，安靜休息。</p>

討論與結論

由文獻資料發現，體染色體顯性遺傳性多囊腎容易在中年期發病，50%會因併發症引起腎衰竭而造成需要洗腎的情況（施、朱，2001），個案自從發現多囊腎後，藉宗教力量而慢慢調適，因為母親的經驗，平時均到門診追蹤及控制血壓，避免疾病發展造成器官衰竭，而此次感染沙門氏桿菌腸炎的意外，不但讓她的腎臟功能遭受到一次考驗，更讓自己面臨即將與母親相同命運的衝擊，幸而在加護病房發現其護理問題，引導個案表達內心感受，藉個案對宗教的依賴，增強恢復健康的信心，提供心理支持，並注意腹瀉、脫水與腎功能變化，釐清洗腎問題，增加個案對疾病的認識及參與感，才使個案做好心理調適，減低焦慮感。

對於個案在加護病房因體液滯留造成多囊腎囊腫腫大壓迫，雖然護理措施的介入可改善疼痛程度，未來仍有可能產生慢性疼痛的健康問題，無法完全解決其痛苦，是此次護理經驗的限制與困難。個案轉至病房後曾數次探訪與出院後電話追蹤，了解個案生活情況恢復，但個案未來仍可能面臨腎臟功能日見衰退，貧血和全身虛弱等問題，需要密切追蹤，因此建議照護此類個案時，在出院前應有完整性的照顧計畫，循序漸進的衛教，提供個案與家屬相關之居家照護技能，以提昇出院後個案與家屬之自我照護能力，進一步幫助個案適應疾病並有正向結果。

參考文獻

- 王蔚芸、王桂芸、湯玉英（2007）· 焦慮之概念分析· *長庚護理*，18（1），59-67。
- 呂旭峰、劉嘉文（2007）· 台灣常見之食品致病細菌（上）· *當代醫學*，34（6），485-495。
- 林惠如、李慈音（2004）· 中年期之健康照護：生病經驗之衝擊-以癌症為例· *護理雜誌*，51（1），30-34。
- 林至芃、許彥鈞、孫維仁、楊榮森（2008）· 疼痛之處置· *台灣醫學*，12（4），438-445。
- 施凱耀、朱宗信（2001）· 顯性遺傳性多囊腎病· *台灣醫學*，5（6），727-733。
- 鄭逸如、吳治勳、黃芸新（2008）· 慢性病患之死亡威脅、慢性病威脅與憂鬱：個人建構理論的觀點· *中華心理衛生學刊*，21（1），51-73。
- 戴道堅、陳永昌、方基存（2006）· 重症病患之急性腎衰竭· *腎臟與透析*，18（4），149-154。
- 簡淑錦、蘇怡寧（2004）· 常見單一基因疾病診斷之最新發展· *台灣醫學*，8（6），893-900。
- Picard, K. M., O' Donoghue, S. C., Young-Kershaw, D. A., & Russell, K. J. (2006). Development and implementation of a multidisciplinary sepsis protocol. *Critical Care Nurse*, 26(3), 43-54.
- Russell, S. (2008). Responding to 2 threats to the kidney: An enlarged polycystic kidney. *Nursing*, 38(2), 36-40.
- Wilson, P. D. (2004). Polycystic kidney disease. *The New England Journal of Medicine*, 350(2), 151-164.

Experience in caring for a patient with salmonella enteritis and polycystic kidney

*Chin-Yi Chou Miin-Rong Hwan**

Abstract

This report describes the caring experience for a female patient with autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD). The patient had been infected with *Salmonella enteritis* that evolved into sepsis, acute renal failure and respiratory failure. The period of care was between October 10 ~ 27, 2007. The author collected data through listening, face-to-face (written) discussions, monitoring, physical assessments and clinical caretaking of the patient. Gordon's 11 Functional Health Patterns were carried out at the same time to better comprehend the physical and psychological impacts from the patient's genetic disease and complications resulting from *Salmonella enteritis*. Caretaking problems identified included acute pain, diarrhea and anxiety. During the caretaking period, proactive visitations, companionship, monitoring, documentation of the disease progression as well as attention directed at enteric isolation measures, fluid and electrolyte balances and pain relief, helped the patient understand how her disease was progressing and what her treatment plan was. The efforts reduced patient anxiety, built up a sense of security and averted the need for hemodialysis. This case report will hopefully help share the caretaking experience with other care providers.

Key words : polycystic kidney disease, salmonella enteritis, acute pain, anxiety

RN, BSN, Department of Medicine intensive care unit, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital.

HN, Department of Medicine intensive care unit, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital*

Received : Oct. 7, 2009 Revised : Oct. 30, 2009 Accepted for publication : Nov. 27, 2009

Correspondence : Chin-Yi Chou, No.100, Tzyou 1st Road Kaohsiung 807, Taiwan, ROC.

Telephone : (07) 3121101 ext 5919 E-mail : v5359@yahoo.com.tw