

照護一位接受長期血液透析合併失智症病人之護理經驗

羅玉仙 吳鳳美*

摘要

本文為探討一位長期血液透析個案，因失智症合併慢性混亂症狀之護理經驗。護理期間自 2008 年 8 月 12 日至 2008 年 12 月 1 日，筆者經由觀察、會談、直接照顧及應用 Gordon 十一項健康功能型態評估發現個案有電解質不平衡、慢性混亂、主要照顧者無助感等護理問題。在護理期間與個案及家屬建立信任感及治療性人際關係，藉由提供飲食指導、加強重複、安心、轉移焦點、增強時間感及調整透析時間等護理措施，使得個案症狀得以改善；主要照顧者方面，經由提供其心理支持、了解失智症的照護知識及社會相關資源等，進而增加照顧者被支持的感受及壓力的抒發。終能有效的協助個案解決主要的健康問題，進而維持個案血液透析治療的完整性，並改善家屬照顧上的困擾。

關鍵詞：血液透析、失智症

前言

根據內政部統計通報（2008）的統計資料顯示，台灣失智症（dementia）病人數已由 2007 年 6 月底 22246 人上升至 2008 年 6 月底 25314 人，年增幅程度達 13.8%。目前台灣失智症老人，約佔老年人口的 4.6%（謝、劉、劉，2007）。在台灣，早期失智症病人及家屬認為其記憶力衰退，或是功能退化等皆是老化的正常現象，醫療診斷上的不明確，造成未提早發現失智症病人（邱、何、陳、徐，2004）。

失智症為一種嚴重喪失功能的慢性疾病，其精神行為症狀為照顧者主要壓力來源（張、陳、林，2008）。世界衛生組織亦指出，在未來二十五年中，失智症的疾病負擔預計增加 76% 以上（巫、湯、陳、邱，2007），可見失智症對國家公共衛生、社會經濟成本影響之大不容忽視。

尿毒症病人不論有無認知、情感或行為的改變，因尿毒症的毒素、高血壓及動脈粥狀硬化都可能造成腦萎縮，而引起如

彰化基督教醫院血液透析室護理師 彰化基督教醫院血液透析室護理長*

受文日期：98 年 7 月 8 日 修改日期：98 年 8 月 14 日 接受刊載：98 年 9 月 3 日

通訊作者地址：羅玉仙 彰化市南校街 135 號 彰化基督教醫院護理部

電話：(04) 7238595 轉 7391 電子信箱：118815@cch.org.tw

「失智症」的腎衰竭患者神經病變之合併症。文獻指出接受血液透析患者合併罹患失智症的發生率約為 4.2%，以多處腦梗塞失智症 (multi-infract dementia) 最常見(馮，2008)。本文個案為長期血液透析合併副甲狀腺功能亢進與失智症等問題的病人，臨床護理人員及照顧者在提供長期血液透析個案之慢性併發症、失智症行為以及意識上混亂的照護過程中，面臨極大的挑戰及壓力。，期盼藉此個案的護理經驗，分享予從事血液透析護理人員相關的照護資訊。

文獻查證

一、尿毒症的神經併發症

尿毒症的神經併發症分為：

- 1、大腦病變：如尿毒性腦病變、Wernicke 腦病、排斥性及高血壓性腦病變、以及疑與長期鋁中毒有關透析性腦病變；
- 2、失智症：以多處腦梗塞失智症 (multi-infract dementia) 最常見；
- 3、腦血管疾病；
- 4、尿毒性神經病變和尿毒性肌肉病變等 (馮，2008)。

二、失智症及其護理

失智症包括阿茲海默氏症 (Alzheimer disease)、血管性失智症 (Vascular dementia)、帕金森氏症 (Parkinson disease) 及混合型失智症等，以阿茲海默氏症病人佔多數 (邱等，2004)。失智症並非單一疾病，而是一群症狀的組合，包含有記憶力喪失、妄想、幻覺等精神行為，故國際老年精神醫學會 (International Psychogeriatric Association) 在 2000 年統稱為精神行為症狀 (

behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)。(黃正平，2006；張等，2008)。張、陳、林 (2008) 並指出台灣約有 70% 的失智症病人合併有 BPSD，據統計約 25% 的照顧者其壓力來自病人的 BPSD。BPSD 的表徵為：

- 1、精神病症狀：常見妄想與發生幻覺情形，及錯認病徵。
- 2、行為障礙：包括攻擊行為、睡眠障礙、重複現象、迷路、飲食改變。睡眠障礙嚴重者會日夜顛倒，使照顧者精神及體力遭到極度的負擔與損害；重複現象則分語言和行為兩方面，病人會忘了問過或做過的事，所以重複發問。
- 3、情感病徵為憂鬱和焦慮，分佔 47% 和 37% (張等，2008)。失智症者在下午到黃昏、或是夜晚時，出現意識混亂及躁行行為，稱為日落症候群 (sundown syndrome)，其發生率約 24%。若如處於壓力狀態、或用藥、感染、疼痛或是照顧者的行為、都可能促使日落症候群的發生 (楊、林，2004；Drake, Drake, & Curwen, 1997; Little, Satlin, Sunderland & Volicer, 1995)。

BPSD 治療目標放在控制症狀到「可接受」範圍，分為藥物治療與非藥物照護。除非症狀十分嚴重，否則應以非藥物治療為第一線 (謝等，2007)。非藥物介入可減少藥物用量，避免藥物誘發副作用，如心血管疾病、跌倒或吞嚥困難。方式包括：提供病患熟悉的環境；「3R」照護即重複 (repeat)、安心 (reassure) 與轉移焦點 (redirect)；進行活動或治療前先自我介紹及用簡單的言語解釋；說話時，要面對病人，以眼光接觸，表達關懷之情；使用日曆及時鐘使病人有時間感；適當使用燈光以減低焦

躁及混亂；提供固定及結構化的生活作息；訓練認知功能，強化病人殘餘功能；加強關心照顧者之身心狀況及照顧情形（謝等，2007）。

三、失智症家屬照顧壓力及其護理

失智症會造成病人生理功能退化、心理層面延伸負向行為及情緒，逐漸影響社會功能，形成主要照顧者及家庭、社會的負擔（Mackowiak, Memin, & Henon, 2005）。

失智症家屬的照顧壓力有生理問題如睡眠不足、精神緊張、腸胃不適、頭痛、疲倦；心理層面如孤單、無助、焦慮、憂鬱，缺乏耐性及對被照顧者生氣；社會層面有社交、娛樂減少，社會疏離，影響夫妻親密關係及子女的社交生活；經濟負荷如對工作造成影響、家庭收入減少等。了解照護知識及相關資源可以讓家屬減少孤獨感、減輕照顧者的負擔、提昇自我的價值、減少挫折感及憂鬱；參加支持團體、情緒抒發；安排喘息時間、尋求他人或照顧機構幫忙、運用社會福利資源等，可協助失智症病人主要照顧者自我的調適、降低壓力及減輕憂慮（林、白，2006）。

四、低血磷及其護理

對血液透析病人而言，因腎臟排除磷酸鹽的功能喪失，導致長期的血磷偏高，易造成繼發性副甲狀腺功能亢進，續發腎性骨病變及血管鈣化等副作用。葉、楊、陳（2006）指出有少部份的透析病人血磷濃度偏低，原因有口服攝取量不足、維生素D不足、過量使用磷結合劑；副甲狀腺切除術後的餓骨症狀群（hungry bone syndrome）等。當血磷濃度下降至2.5 mg/dl以下時稱之為低血磷，長期的低血磷會造

成佝僂病、骨質軟化症、代謝性腦病變、易怒、精神紊亂、譫妄、鬱血性心衰竭、呼吸衰竭、吞嚥困難、腸阻塞及加重貧血。低血磷的照護為口服及靜脈注射補充：高磷飲食首選乳類及肉類食品，如新鮮牛奶含磷量約為0.92 mg/dl；靜脈注射時輸注的速率必須緩慢，避免引起急性高血磷、高血鉀、低血壓等。

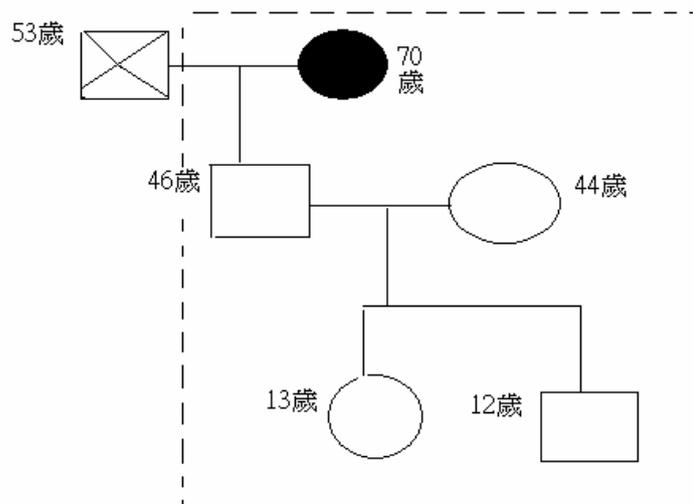
護理評估

一、個案簡介

陳女士，70歲，身高155公分，體重43公斤，平時無抽煙、喝酒習慣；國小畢業，識字不多，主要以台語溝通，一般民間信仰，喪偶多年，育有一子，其子已結婚生子，與個案同住。主要經濟來源為兒子，家中決策者及個案主要照顧者為兒媳。家庭樹見圖一。

二、過去病史

無糖尿病或高血壓病史，1998年不明原因發生腎衰竭，而開始接受血液透析。2006年七月轉至本院繼續其每週二、四、六的晚班（約6點半~10點半），每次3小時之血液透析。2008年二月排除電解質不平衡與腦血管器質疾症後，經腦神經科診斷為失智症。



圖一 家庭樹

三、此次發病經過與治療過程

(一) 2007/10/2~2008/2/9：

1、行為混亂症狀：

個案在血液透析中常要求上廁所來中斷治療，之後在護理人員陪同如廁時，發現並沒有解出尿液或糞便；因而懷疑個案為泌尿道感染，家屬帶至門診診治並無異常之發現。經與個案討論說明後，個案轉而以胸口不適、心口痛要求停止透析治療，在執行心電圖、藥物等治療後，雖然生命徵象穩定，但個案仍表示不適，所以在護理人員和醫師相信個案是真的不適的情形下，曾多次提前結束透析治療，實際透析時間不及 3 小時。

2、人物錯認行為：

個案把媳婦錯認為其已逝的婆婆，把某位護理人員當成是媳婦；故家屬將個案帶至腦神經內科求診，診斷為失智症，門診追蹤，無使用藥物治療。

(二) 2008/2/21：

出現血液透析併發症：

因肺水腫入院接受緊急透析，透析時間增加為 4 小時。

(三) 2008/5/15：

出現迷走行爲。

(四) 2008/7/23：

iPTH: 1447, Ca: 9.0 mg/dl、P: 6.7 mg/dl

。個案因長期的血磷值介於 5.0~7.2mg/dl 間，在護理人員飲食指導及藥物的使用如鈣片、胃乳片以及 Rocaltrol 的配合下，仍無明顯的改善，且已造成繼發性副甲狀腺功能亢進，在主治醫師的建議下入院行副甲狀腺切除手術。

(五) 2008/8/12~11/15：

1、行為混亂症狀：

透析過程中以生理及心理上各種理由，試圖暫停透析治療的頻率增加，導致 4 小時的透析過程因而被中斷 4~5 次之多。

2、出現意識混亂：透析後對著機器說話、覺得自己已接受透析超過 4 小時、錯認護理人員、晚間認為是白天。

3、出現時間錯認：透析過程中錯認時間點、錯認透析開始的時間。

4、出現重複現象：透析過程中重複發問同一件事而不自覺。

5、出現日期混淆：

非透析日的下午至晚間時，錯認爲是透析日。

四、護理評估

護理期間自 2008 年 8 月 12 日至 2008 年 12 月 1 日，藉由觀察、會談、直接照顧等方式收集資料，依 Gordon 十一項健康功能型態評估個案身、心、靈各層次問題：

一、健康認知與健康處理型態

個案在家中身體不適會拖到症狀嚴重，如呼吸喘才告知家人，由其媳婦帶至急診。案媳爲其主要照顧者，在發現個案有異狀時會儘快協助就醫。個案對於每週三次的透析治療已認爲是她日常作息的一部份。2008/8/12~11/15 對於應是每週二、四、六晚班的透析時間，產生混淆，會在非透析日週一、三、五下午至夜晚時，對案媳吵著要到醫院洗腎且態度堅持，案媳表示：「每次和她說不清，講不聽」，索性就以不理睬她做處理，每週約發生 1~2 次。

二、營養代謝型態

個案身高 145 公分，乾體重 43 公斤，BMI：20.4，8/12 術後經由營養師評估個案的理想體重計算公式爲：身高（1.45）公尺² x 身體質量（22）= 46.3 公斤；應攝取之熱量爲 46.3 公斤 x 31 大卡/公斤/天 = 1450 大卡/天，蛋白質攝取量爲：46.3 公斤 x 1.2 克/公斤/天 = 55 克/天。三餐由案媳預先準備，個案平日在家無人看護、提醒、照料，變得慵懶、閒著沒事就睡覺。早餐常因嗜睡未進食，午餐會主動用餐，晚餐在家人陪同下會吃上一碗飯及少許青菜及至少一塊魚、肉等。個案因副甲狀腺素偏高，2008 年 1 月至 7 月間介於 1200~1447 pg/ml，血磷介於 5.0~7.2 mg/dl 間，Ulcerin-P 2# Tid 以及 Rocaltrol 1#QOD，睡前空腹服

用，因副甲狀腺亢進症狀未見改善，在醫師的建議下於 2008 年 7 月 23 日行副甲狀腺切除術，術後的血磷值由 7/10：6.7 mg/dl 降至 8/12：1.8 mg/dl，並主訴手腳較無力等不適症狀。出院返家休養期間，案媳表示個案食慾有下降，午餐有時不吃或吃一半，晚餐吃半碗飯及些許肉類，平均熱量攝取約 1000~1200 Kcal/day。8/12 抽血檢驗值：Ca: 9.3 mg/dl、Albumin: 3.5 gml/dl、Hct: 27%、Hb: 9.0 g/dl、BUN 透析前/析後: 38/7 mg/dl、Cr: 8.76、TAC: 22.5%、Ferretin: 17.84 ng/ml、Fe: 33 ng/ml、TIBC: 185 μg/dl、Al: 8.3 g/dl，EPO 每週 5000u 使用，鐵劑補充（7 支/三個月），呼吸平順、雙下肢無水腫、胸部 X 光無肺積水情形。

三、排泄型態

目前已無自行排尿功能，二次透析間體重增加 1.6~2.0 公斤，需經由血液透析移除身體內的毒素及多餘的水份，大便固定 2~3 天一次，色、質無異常。

四、活動—運動型態

個案平日的活動範圍是家裡，家屬因上班及上課各自外出不在家，因全家 3 年前由北部搬家至中部居住，個案至目前無熟識的街坊鄰居且少外出活動，個案平日在家等待案媳返家料理三餐，個案之食、衣、住、行皆由媳婦協助完成。案媳表示個案平日沒有運動的習慣，常常因覺得很累而不太活動，平時慵懶愛睡覺，晚餐後才會和家人一起看電視。而每週三次的透析時間可說是個案主要的外出活動時間。

五、睡眠—休息型態

個案表示自己常常會覺得很累、很想睡覺，平日也不太想去那裡，所以就去睡覺，但也覺得自己睡不好。案媳表示個案

平日都是白天睡覺，一天約上床睡 12-16 小時，晚上偶而會自己起來到處走動，有時會不知覺開門想外出，態度堅持無法接受勸阻，而且隔天自己也會忘記有這件事。所以目前都是由案媳和個案睡同間房以就近照顧，避免個案在家人不注意下自行外出走失。案媳表示自己白天要上班、料理家務，晚上還要注意婆婆的動向，嚴重睡眠不足，平時只有在個案透析時，她才有一些的休息時間。

六、認知感受型態

沒有發現幻視、幻聽等方面的問題，平時可以和護理人員對答如流，但在人、時、物認知方面偶有混淆及迷失情形。2008/2/9 曾指著案媳對護理人員說「那是我婆婆，對我很兇」；以往個案透析日皆由案媳載到醫院門口讓個案自行搭電梯至血液透析室，但 2008/5/15 個案發生不知覺下跟著別人走，迷失在其他樓層 2-3 小時後，才由警衛人員找回，為避免同樣事情再度發生，目前則由案媳親自帶到透析室，並告知責任護士。2008/8/12~11/15 期間發生透析結束起來後對著透析機器說話，表示她早上買的菜、錢在裏面，要護理人員打開透析機或是自己試圖打開拿取；會跟護理人員吵著說錢、身份証沒有給她，自己東西找不到而生氣；在接受血液透析治療過程中，會重覆問同一件事情；以及和護理人員爭執著當時的時間點或是表示透析時間已超過 4 小時為何不結束，並且堅持要收血，直到當天的治療結束為止。

七、自我感受及自我概念型態

個案表示自己年紀大了，沒有什麼煩惱的事，知道自己的腎臟壞了，所以要洗腎；覺得自己可以照顧自己，不用家人煩心；主訴媳婦管太多，會抱怨媳婦的不是

。個案於透析時如果和她說話聊天，她會表現出很愉悅的神情，護理人員給予鼓勵或讚美時，就會很高興。但是個案對時間、事物的認知及對同樣的事會不自覺重覆的詢問。

八、角色—關係型態

個案和兒子、媳婦一家人同住，家人對個案的態度溫和且包容，個案對孫子也很和藹。家中主要決策者及個案主要照顧者是媳婦，會和媳婦鬥嘴，偶會對媳婦耍脾氣，但仍會聽話。

九、性—生殖型態

喪偶，孀居多年，孩子也已長大成人，成家立業多年；已停經 30 年，無其他異常症狀。

十、應對—壓力—耐受型態

個案對自我的要求不明顯，平時凡事依賴案媳的安排，偶會抱怨，但不會出現抗拒或排斥，需要家人及護理人員的讚美及鼓勵。案媳表示因個案需要固定的血液透析治療接送，所以無法全職工作，先生是獨子，二個孩子就學中，無其他親屬可以幫忙照顧，因照顧個案的日常生活加上其混亂行為，導致長期的睡眠不足，只覺得很無奈及疲憊。因先生為家中經濟來源，月收入約有 3~4 萬元，目前無法將個案送至安養院或其他照顧單位。

十一、價值—信念型態

個案覺得沒有什麼好不好的，也沒什麼好煩的，日子就這樣過的，無所謂好不好。無宗教信仰，家中的祭祀均由案媳負責。

確立健康問題

綜合以上評估，確立個案在護理期間有下列護理問題：

問題一、電解質不平衡/因副甲狀腺手術及相關飲食攝取不足所引起的低血磷（8/12 訂定）

主客觀資料	目標	護理措施	結果與評估
<p>S： 8/12 案媳：「我準備的午餐有時沒吃完」、「我覺得她開完刀後，這陣子手腳較沒力」、「現在都只吃半碗飯，肉也吃幾口而已，不叫就不吃」 8/12 個案：「我有吃啊！」、「我又不餓」。</p> <p>O： 1.8/12：P: 1.8 mg/dl、Ca: 9.3 mg/dl、Albumin: 3.5 mg/dl、BUN 透析前/後: 38/7 mg/dl、Cr: 8.76。</p> <p>2.精神可，透析期間不進食，評估每天熱量攝取約 1000~1200 Kcal/day，蛋白質攝取不到 50 克/天。</p> <p>3.個案身高 145 公分，體重 43 公斤，8/12 營養師依個案理想體重計算應攝取之熱量，建議每日熱量為 1450 Kcal/day，蛋白質攝取為 55 克/天。</p> <p>4.個案步態穩，肌肉阻力正常。</p>	<p>1.8/12 個案及家屬能了解低血磷對身體可能造成的副作用及照顧需知</p> <p>2.8/14 後個案每天至少攝取到三份以上的蛋白質</p> <p>3.二週後的抽血檢驗維持血磷值>2.0 mg/dl</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.提供個案及家屬低血磷的副作用，如心、肺衰竭，加重貧血、骨質軟化症、腸阻塞等疾病知識。 2.提供個案及家屬造成低血磷的原因為副甲狀腺手術及食量減少所導致。 3.提供個案及家屬低血磷的照顧主要為腸胃道吸收的相關知識。 4.建議個案的早餐可以請兒子每天早上出門前，先讓個案喝完一杯牛奶或豆漿才回去睡覺。 5.與家屬討論個案的午餐，可以等案媳自助餐工作結束回家後，再請個案起床進食，飲食中至少含一份蛋白質。 6.晚餐請案媳及家人陪同時，至少食用到一個手掌大的魚、肉等蛋白質。 7.教導案媳每週讓個案吃三顆全蛋，以增加磷質攝取量。 8.多攝食高優質蛋白飲食，如魚、肉、蛋、奶、豆類，以增加營養吸收。 9.與營養師討論並協調家屬為個案做飲食設計的調整。 <p>※後續照顧計劃：每月抽血檢查血磷值並持續追蹤以及個別飲食指導。</p>	<p>1.8/12 家屬可說出牛奶、蛋、豆腐等三種高優質蛋白。</p> <p>2.8/30 家屬表示現在一週有食用到三顆全蛋，每天有喝到牛奶、肉或豆腐。</p> <p>3. 9/6： P: 2.0 mg/dl、Ca: 8.2 mg/dl、Albumin: 3.9 mg/dl、BUM: 52mg/dl、Cr: 8.51 mg/dl。 （評估個案食量增加，但磷質仍偏低，配合營養師建議每日可增加食用芝麻糊或養樂多等食物。）</p> <p>4.10/14： P: 2.2 mg/dl、Ca: 7.8 mg/dl、Albumin: 4.1 mg/dl、BUM: 46 mg/dl、Cr: 8.23 mg/dl。 （評估發現個案因感冒導致近日來食慾減低，蛋白質攝取較少，持續加強高磷、高蛋白飲食指導。）</p> <p>5.11/15： P: 3.2 mg/dl、Ca：8.9 mg/dl、Albumin: 4.2 mg/dl、BUN: 93 mg/dl、Cr: 9.69mg/dl。 （評估後發現個案因術後及飲食影響，而使得 8、9、10 月的透析前 BUM、Cr 較之前偏低，隨著食量的恢復，P、BUN、Cr 也增加到術前的情形，配合營養師給予重新評估、調整個案的飲食計劃，指導案媳改為每週吃一顆全蛋、停用芝麻糊或養樂多及每日 3~5 份的高優質蛋白飲食。）</p> <p>6.12/30 因案媳無工作，全心照顧個案，個案飲食、水份控制大有進步。</p>

問題二、慢性混亂/失智症所導致的行為、意識混亂情形 (9/2 訂定)

主客觀資料	目標	護理措施	結果與評值
<p>S:</p> <p>1. 2008/8/12~2008/9/2 個案訴：「我 3 點就來洗了!」、「現在 10 點半了」、「時間到了，怎麼還不來收!我要起來啦!」、「你 200 塊沒有給我!」、「我早上買的雞在裡面(指洗腎機)，把它打開，我要拿」、「我要上廁所，要小便，也要大便」、「我覺得心臟很痛，全身不舒服，手很痛，不要洗了」</p> <p>2. 2008/9/2 案媳訴：「晚上不睡覺，起來趴趴走，害我也不能好好的睡」、「昨天下午就吵著要來洗腎，我怎麼覺得她開完刀後愈會亂」。</p> <p>O:</p> <p>1. 神情平靜，雙眼注視護理人員，偶而皺眉，表示不適。</p> <p>2. 無泌尿道感染或心臟方面疾病。</p> <p>3. 測量血壓維持在 120~140/70~85 mmHg, 心跳 75~90 次/分。</p> <p>4. 透析中被中斷 4~5 次且要求提早結束，無法達到 4 小時的透析時間。</p>	<p>1. 9/11 每次的透析治療個案能確實接受到足夠的 4 小時透析療程。</p> <p>2. 10/2 個案能說出正確的時間點及維持最佳的時間感知。</p> <p>3. 11/20 個案居家時能說出正確的日期。</p>	<p>1-1 每次透析日由家屬親自送個案到透析室，並找當日照護的護理人員報到，隨時注意個案的活動。</p> <p>1-2 當個案到達血液透析室時，先和個案打招呼，並且自我介紹。</p> <p>1-3 透析期間不時前往主動詢問、探視，並表達關心之意。</p> <p>1-4 透析時隨時或至少每小時給予偵測生命徵象、意識情形並立即記錄之。</p> <p>1-5 教導個案及家屬透析不足可能會發生的合併症。</p> <p>1-6 血液透析室隨時調整室內的燈光，以免日夜混亂。</p> <p>1-7 隨時監看個案，防止個案有躁動情形，以免因不安或躁動牽扯到透析管路，危及生命安全。</p> <p>2-1 提供明顯的時鐘標示，主動和個案確認時間。</p> <p>2-2 透析開始時告訴個案現在時間及應該結束時間，並要個案重覆一次確實的時間。</p> <p>2-3 給予正確的訊息提供，如時間、人、事、物等，有錯誤時，立即釐清。</p> <p>2-4 讓鄰床腎友告訴個案時間點，加強正確感。</p> <p>2-5 與家屬協調後，將個案的透析時間由晚間第三班調整為早晨第一班，以免受失智症的日落症候群干擾。</p> <p>3-1 教導家屬每日與個案一同撕下日曆，確認當天的日期。</p> <p>3-2 請每個家屬遇到個案時，主動告知今天星期別與現在時間點。</p> <p>3-3 請家屬居家環境，掛上大時鐘在客廳、廚房、房間等個案活動的地點。</p> <p>3-4 依不同時段，打開窗戶或窗簾、調整室內燈光，以知日夜變化。</p> <p>※後續照顧計劃：持續評估失智症的慢性混亂情形。</p>	<p>1. 9/15 個案持續接受 4 小時的透析治療而無中斷。</p> <p>2. 9/20 個案看完電視會安靜的等到透析時間結束，再由護理人員收血拔針結束當天的透析治療。</p> <p>3. 10/2 個案看著時鐘說：「現在才 9 點 30 分哦!」。</p> <p>4. 11/22 個案在透析 4 小時內沒有重複發問的混亂情形。</p> <p>5. 12/1 案媳：「太好了，她都不會再吵，會說今天是星期三耶!」。</p> <p>6. 12/11 案媳主訴：「現在雖然白天也在睡覺，但晚上可以連續睡 8 個小時以上，沒有起來」。</p>

問題三、主要照顧者無助感/因長期照顧血液透析合併失智症病人所產生的壓力（9/2 訂定）

主客觀資料	目標	護理措施	結果與評值
<p>S:</p> <p>1. 2008/8/12~9/2 案媳：「昨天下午就一直跟我亂，吵著要來洗腎，講不聽，跟我吵一整晚，煩死了！」、「半夜會起來到處走，我怕她跑出去，害我都不敢睡覺！」、「門鎖了也沒用，不知要怎麼辦？」、「我都沒有時間休息」、「白天要上班，晚上要顧她，她洗腎的時候我才能休息，現在又給我亂，我快被氣死了！你們不要理她啦！」、「遇到了，也沒辦法，只好這樣！」、「沒人可以幫，誰叫她只有我老公一個兒子」、「平時要來洗腎就已經很忙了，這陣子又更番！不知要到什麼時候？」</p> <p>O:</p> <p>1. 9/2 案媳對個案主訴：「再不聽話，沒人會照顧你啦！」、「把我氣死了，就沒人管你，你就知道了！」、「你兒子要上班、要賺錢，沒辦法理你，你只有靠我，還不聽話！」、「不凶不行、不聽話」</p> <p>2. 案媳剛到時對個案的口氣較凶、語調較高、表情有些不耐煩；與護理人員抱怨時表情很無奈、疲憊、侃侃而談，像終於有人能聽她訴苦。</p>	<p>1. 9/2 案媳能主動說出照顧上的壓力及無助感</p> <p>2. 9/20 家屬能了解失智症疾病及相關照護知識。</p> <p>3. 10/16 家人能主動分擔照顧者的角色</p>	<p>1. 主動關心、傾聽照顧者的心狀況，並提供支持及鼓勵。</p> <p>2. 讓主要照顧者(案媳)說出不滿，護理人員可成爲案媳的心理支持來源及情緒抒發的管道。</p> <p>3. 幫案媳介紹其他有相同經驗者分享經驗、相互學習、互吐苦水並彼此打氣，減少照顧上的壓力及發展社交生活。</p> <p>4. 與親人協商照顧責任的分擔，清楚地表達需求、自己的限度。例如可以請兒子幫忙接送，不要凡事都要自己來才行。</p> <p>5. 提供失智症照顧知識及相關衛教，減少照顧時的孤獨感及自我價值提昇</p> <p>6. 提供家屬台灣失智症協會的諮詢專線：0800-474-580(失智時，我幫您)。</p> <p>7. 提供相關的長期照顧服務，如喘息服務、日間照顧、居家服務等訊息。</p> <p>※後續照顧計劃：持續主動關懷、給予個別護理指導。</p>	<p>1. 9/23 案媳訴：「照顧這種病真得是很累！想到以後！不敢想了！還好可以問你們！」、「現在我比較知道要怎麼跟她說，就是一直的說，用日曆跟時鐘真的很有效」</p> <p>2. 10/23 個案透析結束，由兒子來接回，主訴：「她(案媳)沒空」</p> <p>3. 11/20 案媳：「這陣子比較好，差好多哦！輕鬆多了」</p> <p>4. 12/30 案媳：「因不景氣暫時不用上班，我可以全心照顧她」。</p>

結論與討論

透析病人的血磷和飲食有密切的關係，林、林（2008）指出當透析病人血磷超過 5.5 mg/dl，病患的死亡率相對增加。據統計有 50%以上透析病人有高血磷情形，為最常見也是最嚴重的問題。此個案因長期的血磷偏高造成繼發性副甲狀腺功能亢進，因而接受副甲狀腺切除術後引發的低血磷情形，亦為長期血液透析的合併症之一；加上個案因疾病、情緒、環境等影響食慾，其照護的困難度相對增加。

臨床治療目標是控制血磷值在 3.5~5.5 mg/dl 之間，這需藉由醫療團隊的合作、護理人員的加強護理指導、配合營養師協助個案做飲食設計及調整、透過病人及家屬的合作以及臨床檢驗的密切監測下，加上適當且足夠的血液透析，才得以獲得更好的透析照護及生活品質。在這護理期間藉由指導家屬執行個案的飲食計劃，使得個案的血磷值由 1.8 mg/dl 昇至 3.2 mg/dl。然而此個案在術前即因飲食方面的自我控制不佳，導致長期血磷>5.0 mg/dl，術後則發生低血磷情形。為防止個案日後因副甲狀腺切除及飲食影響，使得血磷呈現不穩定狀態，更需要隨時針對每月的檢驗值，配合營養師的評估建議，適時的給予家屬飲食上的調整及指導，以維持個案的血磷值在正常範圍內，才能有助於患者在接受血液透析治療時，也能維持生理上的恆定。

馮（2008）指出血液透析患者因尿毒性腦病變、不平衡症候群，都可能導致患者出現白天昏睡晚上失眠、定向感異常、意識混亂等情形，然而這些症狀主要為功能性的而非結構性的異常，其症狀可經由適當透析治療而恢復，且在數天或數週內

消失。針對此個案是為失智症所引發的慢性混亂症狀，並不因接受血液透析治療而有所改善，護理人員藉由持續提供重複、安心、轉移焦點、增強時間感等護理措施，使得個案行為混亂及對日期、時間的錯認情形不再發生；在主要照顧者方面，則是經由採取主動關心、傾聽、提供照護的相關知識，使得案媳得以抒發本身的情緒，減輕平日照顧上的壓力。

長期血液透析病人因老化、神經併發症或鋁中毒皆可能併發失智症，然而在確立診斷上並不容易區分。而且失智症的精神行為症狀有健忘、睡眠障礙、重複現象、迷走等，護理人員及照顧者容易誤認為是一般的老化現象，而失去對該疾病應有的警覺性，此次照護經驗值得自我警惕；其實長期照顧病人是一條艱辛、漫長的路，更需要護理人員提供醫療、教育，心理支持等方面的協助。

慢性腎衰竭及失智症皆屬於長期慢性及特殊性的疾病，其對醫療、教育、經濟及社會資源的合作與協助也相對增加，尤其失智症的照護需投入更多的人力與成本。目前因政府的相關補助有限，日間照顧中心多集中於北部、缺少專業照護機構及照顧人員的培訓不足，乃為目前失智症照顧上的限制及難處。建議未來的護理專業參與長期照護政策之發展及研究，同時結合臨床護理工作及社區發展，更期望醫院的醫療、服務、教育能深入家庭及社區，提供更多連續性、整合性的醫療與照顧。

參考文獻

- 內政部統計通報 (2008, 8月22日) · 97年6月底身心障礙者人數統計 · 2009年1月7日取自
<http://www.moi.gov.tw/star/week.aspx>
<http://www.moi.gov.tw/star/week.aspx>
- 巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫、邱銘章 (2007) · 失智症亞太地區盛行報告 · *Acta Neurologica Taiwanica*, 16 (3), 183-187。
- 邱逸榛、何玉婷、陳婉庭、徐亞瑛 (2004) · 簡介阿茲海默氏症與其照護 · *長期照顧雜誌*, 7 (4), 289-304。
- 林彥仲、林志慶 (2008) · 慢性腎臟病之高血磷與降磷素失調 · *腎臟與透析*, 20 (3), 137-140。
- 林淑錦、白明奇 (2006) · 失智症患者主要照顧者的壓力-以家庭生態觀點論之 · *長期照顧雜誌*, 10 (4), 412-425。
- 黃正平 (2006) · 失智症之行為精神症狀 · *台灣精神醫學*, 20 (1), 3-18。
- 張可臻、陳昭源、林忠順 (2008) · 失智症合併精神行為症狀的診斷及治療照護 · *基層醫學*, 23 (6), 153-157。
- 馮清世 (2008) · 尿毒症神經併發症 · *Acta Neurologica Taiwanica*, 17(2), 117-126。
- 葉宏傑、楊豐榮、陳世宜 (2006) · 透析患者的低血磷及高磷透析 · *腎臟與透析*, 18 (3), 118-122。
- 楊曼華、林麗嬋 (2004) · 失智患者的日落症候群 · *長期照顧雜誌*, 8(4), 467-473
- 謝昌成、劉昱志、劉鎮嘉 (2007) · 失智症的行為及精神症狀處理 · *基層醫學*, 22 (4), 116-122。
- Drake, L., Drake, V., & Curwen, J. (1997). A new account of sundown syndrome. *Nursing Standard*, 12(7), 37-40.
- Little, J. T., Satlin, A., Sunderland, T., & Volicer, L. (1995). Sundown syndrome in severely demented patients with probable Alzheimer's disease. *Journal of geriatric Psychiatry and neurology*, 8(2), 103-106.
- Mackowiak, M. A., Memin, A., & Henon, H. P. (2005). Post-stroke dementia in the elderly. *Drugs Aging*, 22(6), 483-493.

Nursing Care Experience for a Long-term Hemodialysis Patient with Dementia

*Yuh-sien Luo Feng-mei Wu**

Abstract

This case report indicates a nursing experience for a long-term hemodialysis patient with dementia that induced confusion from August 12, 2008 to December 1, 2008. The author found the case to have an electrolyte imbalance and chronic confusion; according to the observation, interviews, direct participant nursing, and Gordon's 11 Functional Health Patterns tool, the caregiver felt helpless. In order to improve the situation of the case, a therapeutic relationship based on trust was built between client and nurses, and through the provided diet instruction, the case was encouraged and reassured to repeat, redirect, and adjust the time of dialysis treatment. The medical team also provided support and relief on the stress, mental support, as well as knowledge about dementia nursing, and the relevant social resources. Moreover, the caregiver also helped the case solve her main health problem effectively, successfully sustained the completeness of the dialysis treatment, and reduced the distress level of the family.

Key words : hemodialysis, dementia, electrolyte imbalance

RN, Hemodialysis room, Changhua-Christian Hospital

HN, Hemodialysis room, Changhua-Christian Hospital *

Received : Jul. 8, 2009 Revised : Aug. 14, 2009 Accepted for publication : Sep. 3, 2009

Correspondence : Yuh-Sien Luo, No.135 Nanxiao St, Changhua city, Changhua County 500, Taiwan

Telephone : (04) 7238695 ext 7391 E-mail : 118815@cch.org.tw