

照護一位糖尿病截肢個案之護理經驗

謝逸安¹、張家維²

¹彰化基督教醫院過敏風濕免疫科超音波醫事技術師、中華民國糖尿病衛教學會
認證糖尿病衛教師、中山醫學大學公共衛生研究所碩士研究生

²彰化基督教醫院臨床試驗中心管理師

通訊作者：張家維

聯絡地址：彰化縣社頭鄉延平街 21 號

電子郵件：chiawei@gmail.yuntech.edu.tw

投稿日期：2017 年 5 月

接受日期：2017 年 6 月

摘 要

目的：本文主描述一位 76 歲女性個案，罹患高血壓、糖尿病合併足部傷口潰瘍接受膝下截肢，面臨身體及心理衝擊之護理經驗。筆者透過傾聽及建立良好的護病關係下，加強個案對哀傷感的認知和自我察覺能力，利用正向回饋促進學習動機，增強自我照顧能力，將治療及復健計畫整合到日常生活中，讓個案及家屬一起面對未來的生活，增加彼此的互動與扶持。

方法：照護個案期間自 2016 年 10 月 02 日至 2016 年 10 月 12 日。運用 Orem 理論為評估架構，及透過觀察、身體評估及深度訪談等方式收集並分析資料後，確認個案有疼痛、身體功能活動障礙及哀傷等健康問題。筆者透過教導冰敷患部及示範肌肉放鬆技巧以減輕疼痛，並設計復健運動促進肌力改善，及透過截肢實物模型，協助其面對截肢的事實進而學習步行技巧，讓個案適應截肢後生活。

結果：透過上述護理措施後，個案傷口之疼痛指數改善為 0 分，並能以步行輔助器獨立站立，能主動表達自我感受，積極配合復健運動，確實達到身心接受與疾病共存的正向態度及行為。期望藉此個案的護理經驗，提供福祉照護之參考。

關鍵詞：糖尿病、截肢、身體功能活動障礙、哀傷

壹、前言

根據衛生福利部統計，糖尿病為國人十大死因之第五位（衛生福利部，2016）。進一步研究統計發現，18 歲以上國人糖尿病盛行率為 12.4%，且隨年齡增加而提高罹病率，影響國人健康顯不容忽視。糖尿病所伴隨的併發症多且繁雜，其中以足部潰瘍為好發的併發症之一，約有 15-25% 的發生率。導因多為糖尿病引發周邊神經病變而對輕微創傷毫無感

覺，以至於忽略傷口照護導致併發感染而肢體壞死，最終須接受截肢手術。統計調查糖尿病個案截肢之比率是一般人的 25 倍，而截肢後對個案的生活品質之影響將是長久且甚鉅，亦會增加醫療成本（沈、林、鍾、許，2011；劉、施、許，2012；Walker et al., 2015）。

本篇主研究一位 76 歲的女性個案，因糖尿病足而行膝下截肢手術。在照護過程中，筆者發現個案因無法接受截肢之重大外觀改變，而持續情緒哀傷，又因其身體自由活動受限，

造成對自我照顧的學習意願低落，甚至逃避不願面對殘肢（蔡、胡，2016），因為截肢個案於手術後係必然經歷身體疼痛及內心充滿失落、痛楚、悲傷等過程（Sousan Valizadeh et al., 2014）。故引發筆者進一步探討之動機，在照護此類個案除提供治療指導外，身心靈的全人照護更需重視。筆者期望能協助個案克服哀傷及增進自我照顧能力，勇於面對未來的生活。

貳、文獻查證

一、糖尿病足與截肢之概述

糖尿病足部潰瘍，原因為長期血糖控制不佳，導致下肢發生神經病變與血管異常，進而產生足部潰瘍。據文獻統計，糖尿病個案每年足部潰瘍的發生率約為 3%，約有 15% 到 25% 的糖尿病個案會得到足部潰瘍，其中 50% 因發生感染而需住院治療。發生糖尿病足潰瘍的原因為：本身的血管疾病、關節活動受限、足部變形、不正常的足部壓力、輕微的外傷、過去有潰瘍史等（陳、顏，2014；劉、施、許，2012）。再進一步就糖尿病足潰瘍發生原因區分為神經性與非神經性二大類，文獻統計約 86% 是神經性的，因此導致傷口癒合差而發生壞疽情況，有高達 61% 需要行截肢手術，甚至因發生菌血症而敗血症死亡（Verrone Quilici et al., 2016；Sharp, A., & Clark, J., 2011；Walker et al., 2015）。足見，個案在預防外傷或病變、學習傷口照護及定期足部檢查，顯得非常重要（吳，2013；蘇等，2015），如應使用拋棄式材料及處方敷料為傷口定時換藥，若自行換藥 2-3 天未有改善，應即就醫。

二、糖尿病截肢後之護理

截肢是指因疾病嚴重到威脅生命，為挽救生命而施以手術切除損傷或疾病造成無法修復的肢體的一種醫療行為。截肢易造成身體功能、身體心像、心理自尊及社會角色的破壞，對於身心有著嚴重打擊（陳、顏，2014；Lipsky et al., 2012）。截肢後個案最常發生幻肢痛（phantom pain）之情況，意指個案對被切除掉肢體仍存在的奇異感，主因可能為截肢傷口附近產生神經瘤或腦皮質神經軸突增生，導致神經傳導障礙所造成，發生率約 1-10%。針對幻肢痛可採護理措施有：說明此現象是正常，抑或利用轉移注意力、心理治療、藥物或神經阻斷手術來治療；另文獻亦指出可教導拍打殘肢或穿義肢起來走動，以達到改善個案自覺的殘肢奇異感，且可讓個案適應殘肢及提升使用義肢輔具之意願（王、劉，2013；吳，2013，馮等，2015）。

而截肢後的傷口疼痛，應確立疼痛情形並鼓勵表達感受，可利用簡易疼痛評估量表，透過 0 至 10 分讓其表達疼痛

強度，並持續追蹤發生部位、持續時間、頻率、性質及緩解方法（胡等，2011）。改善傷口疼痛之護理措施可包括：（一）藥物性止痛，如依醫囑給予 Morphine 等藥物，並針對疼痛情形，增減用藥劑量及次數，以改善個案疼痛；（二）非藥物止痛措施，包括深呼吸、分散注意力及肌肉按摩等，皆可有效減緩疼痛，促進舒適（黃、洪、何，2015；徐、張、曾，2011）。

另因身體外觀及功能的改變，截肢後的身體活動必定受限，因此截肢後應即開始執行復健，並與物理治療師共同擬定肢體復健計畫，其中包括關節活動度的維持，如殘肢應保持內收及自然伸直姿勢；若同一姿勢或坐輪椅時，要適時翻身或移動，以增加身體活動；以及輕拍殘肢或按摩殘肢，每天為 3 至 4 次或每隔 4 至 6 小時及每次 10 至 15 分鐘，並逐漸增加拍打次數和力量，以改善幻肢痛，提升復健效能；又為增強個案殘肢的肌肉張力，應適時使用彈性繃帶包紮，且便於日後塑型與著穿義肢（林、林，2012；夏，2011；李，無日期）。

三、哀傷反應及因應策略

截肢者因失去身體的一部分，常會逃避或拒看殘肢，甚至怕被看到殘肢，又因身體功能喪失，產生自我照顧能力缺失，最後發生失落或哀傷等負向情緒反應（李等，2015）。哀傷是一種對失落感受而產生的反應，情感表現包括悲憤、自責、焦慮、無助和休克的情緒反應；生理表現包括心悸、失眠及食慾不振；認知表現包括懷疑與困惑；行為表現則包括社會退縮、嘆息和哭泣（Sousan Valizadeh et al., 2014；于等，2016）。護理重點包括引導表達情緒，體諒及接納其負向行為，但不強化它，同時協助其參與自我照顧及復健計劃、多讚美增加信心、轉介社工安排病友心路歷程分享等，以降低其哀傷（李，2011）。

四、Orem 自我照顧理論

歐倫(Orem)護理理論包含三個主要概念，即自我照顧理論、自我照顧缺失理論及護理系統理論。自我照顧理論中自我照顧需求包含：一般性需求、生長性需求、及健康偏離性需求。一般性需求是指個人維持生命所必需的基本需要，生長需求即為每個生長發育階段所需不同的自我照顧，而健康偏離性需求則為當個人生病或受傷時，所需的疾病相關自我照顧（蔡、盧，2015）。

當個人的自我照顧能力無法滿足自我照顧需求時，就會產生自我照顧的缺失。護理系統方面分為三種層次，分別為完全代償性護理、部份代償性護理、支持教育性護理；依患者可執行自我照顧活動的能力，由護理人員來完成完全代償性、部份代償性、支持或教育性的護理系統的介入。此護理

系統的介入非一成不變，當個人自我照顧能力增加，則所使用的護理系統可由原來的完全代償性進入部份代償性甚至支持教育性護理系統（曾，2006）。

參、護理過程

一、個案簡介

劉女士 76 歲，國小肄業，慣用台語，信奉道教，偶爾到附近廟宇拜拜，無藥物及食物過敏史，育有二子一女，現與丈夫同住，子女們會輪流回家探視個案及案夫，案夫為家庭主要決策者及主要照顧者。

二、發病經過與治療過程

罹患高血壓、糖尿病約十多年，糖尿病之慢性疾病以口服藥物控制，但糖化血色素檢驗值(HbA1c)仍超出常規檢驗標準值，經筆者衛教個案後發現，個案對於糖尿病認知，僅認為甜食少攝取即可，顯然個案仍有對於飲食上仍有認知不足，不清楚各類食物之醣份攝取之適量重要性，致口服藥物無法使其 HbA1c 於常規檢驗標準值範圍內。而個案除糖尿病病史外，同時罹有高血壓(Hypertension)，但個案之返診就醫與服用口服藥物之遵從性高，因此，平時血壓得以控制在 120/70 mmHg 許。此次因 2016 年 8 月夜間上廁所時，右腳不慎撞到門檻，造成小趾頭破皮流血，每日自行塗藥包紮二次，傷口癒合情形差且擴展至右腳趾第 4 趾。同年 9 月，大兒子探視時發現個案行走有異狀，且右腳傷口壞疽惡臭厲害，至附近診所求診，診斷右腳糖尿病足傷口嚴重感染需行膝下截肢手術，故建議轉至本院。於 2016 年 10 月 02 日入院，經家醫科醫師會診一般外科醫師建議行右膝下截肢手術，並會診心臟科做術前評估，10 月 03 日行截肢手術，10 月 09 日右腳截肢傷口癒合良好，開始穿上暫時性義肢練習走路，10 月 12 日辦理出院，續門診追蹤治療。

三、護理評估

護理期間由 2016 年 10 月 02 日至 10 月 12 日，筆者根據歐倫自我照顧理論的自我照顧需求模式執行整體性護理評估及身體評估、觀察等方式收集資料如下：

(一) 自我照顧需求

1. 一般性自我照顧需求與評估

(1) 維持足夠空氣、營養、水分的攝取

未入院前可自行準備三餐，平常喜好水果和米食，無抽菸喝酒習慣，可遵從糖尿病飲食控制，每三個月門診追蹤之飯前血糖值為 130 mg/dl-150 mg/dl，飯後血糖值為 170 mg/dl-180 mg/dl；糖化血色素值(HbA1c)

為 7.5%-8.5%。

入院後評估身高為 156 公分，體重 59 公斤，BMI 值 24.24 kg/m²，口腔黏膜完整無破皮，上下排活動假牙，咀嚼及吞嚥正常口味偏重，每餐食量約半碗飯。營養師依個案每日活動量建議 1806 大卡，三餐均由醫院營養部供應 1800 大卡熱量。住院期間，飯前血糖為 112 mg/dl-126 mg/dl，飯後血糖為 145 mg/dl-160 mg/dl；糖化血色素值(HbA1c)為 7.0%-7.5%。

住院後個案每天飲水量攝取在 1,200-1,800ml，四肢無水腫情形。臨床檢驗值：10 月 2 日鈉 135.2mEq/dl、鉀 4.12mEq/dl，血清白蛋白 3.2gm/dl、白血球 10500/ul、發炎指數 29.427 mm/hour。10 月 5 日白血球 8500/ul、發炎指數 23.318 mm/hour，傷口炎症情形有略為改善。上述評估後確認個案有現存性感染及傷口疼痛之健康問題。

(2) 維持正常之排泄功能

平日排尿次數約 5-6 次/日，尿液呈淡黃色，排尿無疼痛及灼熱感；每天解一次黃色成型軟便，無依賴軟便藥物。住院期間，尿液顏色呈稍微混濁，10 月 2 日尿液檢驗有尿糖(+)、尿蛋白(+)、尿量約 1200-1800ml/日。聽診腸音蠕動約每分鐘 7-10 下，觸診腹部柔軟無硬塊，住院期間大多臥床休息，因肢體活動受限，活動量減少，且不習慣床上使用便盆，可由家屬協助使用輪椅到廁所解便，約二至三天解一次，質硬，色深褐，量中。評估後無排泄之健康問題。

(3) 維持活動與休息之平衡。

平時在家睡眠時間約 8 小時，無服用安眠藥物；活動正常，能獨自完成自我照顧，每天會到市集逛逛，來回約 90 分鐘。10 月 3 日術後當日雖仍可睡 8-10 小時，但因傷口疼痛使睡眠斷斷續續，神態顯疲倦。觀察個案大多於床上休息，因怕傷口疼痛，而不願下床活動。10 月 3 日表示：「總覺得傷口悶悶的抽痛，喉嚨癢癢的也不敢用力咳嗽！」、「不要叫我翻身啦，傷口好痛耶！不應該開刀的，連晚上都痛到不能睡！」。10 月 4 日：「我家人都說我變得很懶不愛動，但是我就很不舒服，怎麼有辦法下床？」、「醫生不是把我的右腳切掉，為什麼右腳還那麼痛，可不可以打止痛針！半夜都痛到起來坐在床上 2 至 3 次，僅睡 3 至 4 小時！」。平時血壓 120/70 mmHg，做翻身活動時心跳由 70 次/分鐘增加至 90 次/分鐘以上，使用疼痛評估量表，個案表示為 8 分，為非常疼痛。10 月 4 日案子要求個案下床活動，個案拒絕。10 月 4 日傷口外觀清潔，肢體微腫脹，引流管存量深紅一天量 50 c.c.。10 月 4 日因殘

肢傷口疼痛不適，半夜痛醒，主訴：「右腳怎麼這麼痛，會刺刺的痛，什麼時候才會好！」觀察個案白天斷續淺眠，有時半坐臥於床上閉目休息。上述評估確認有因截肢後引起傷口疼痛之健康問題。

(4) 維持獨處及社會互動之平衡關係

平常在家大多看電視，偶爾會到鄰居家裡聊天。住院期間案夫為主要照顧者，孩子也會探視，初期個案因僅剩殘肢而感到哀傷，不願下床活動，與家屬以外之人幾乎無互動；10月6日起因逐漸接納殘肢為身體的一部分，始願意表達截肢後感受，並會主動與鄰床聊天互動。評估後無社會互動之相關健康問題。

(5) 防止對生命、功能和健康之危害

高血壓及糖尿病十多年，按時間服用藥物，案夫每天協助測量及記錄血壓及血糖值，並固定每三個月定期至門診追蹤治療。此次入院行右腿截肢手術後，個案顯神情憂愁說：「醫師說要截肢時，想說哪有這麼嚴重，應該只是切掉二個腳趾頭」，且哭喊說：「開刀前一直跟醫生說能留就不要切掉！」、「原本只是小傷口，怎麼會變成這樣！」。

10月4日換藥時個案皺著眉頭說：「這把年紀了被鋸掉一條腿，以後是要怎麼走路？難道要一直坐輪椅，不知道別人是怎麼想的？」。10月5日陪同至復健科，個案表示：「在門診時醫師有叫我要準備鋸腳了，我想說沒有這麼嚴重啦！」、「一想到缺一隻腳，我就快活不下去！」、「沒腳就坐輪椅就好了，萬一走路跌倒了，不是更嚴重了嗎？」。觀察個案很少活動肢體，僅願躺在床上，所有活動多於床上完成。評估此項有因截肢造成身體活動受限制之問題。

(6) 增進身體功能與發展潛能

個案21歲結婚，現與案夫幾乎無性生活，每日會與案夫散步聊天，彼此分擔家事，三個兒女雖結婚沒有一起住，但家庭關係仍感到滿意。住院後，案夫常陪伴在旁給予支持，但觀察個案面對截肢手術後相關訓練情形，仍有自我學習動機低落態樣。10月5日個案表示：「我年紀大了老是會忘東忘西，要學傷口塗藥的東西很多，有時會想不起來下一個動作該做什麼，真難！只要我趕會就好了！」。評估此項有無法接受截肢事實之哀傷問題。

2. 發展性的自我照顧需求評估

依據艾瑞克森理論，個案現屬老年期，自我統整與悲觀絕望。住院前個案可以照料自己與案夫的生活起居。10月2日手術前訪視時，個案提及：「住院最大的壓力是選擇鋸腳這件事，以後要變怎樣不知道，該怎麼辦？」、「在家裡都是我

在整理，以後要靠我趕了！」。經觀察個案手術後之言行，足見個案有自我價值感低落，並有自卑之負面心理。此項評估有無法接受截肢事實之哀傷問題。

3. 健康偏離性的自我照顧需求評估

個案按時服用高血壓及糖尿病藥物。10月3日提及：「右腳不慎撞到門檻，小趾頭破皮流血，每日很認真的塗藥包紮二次，怎麼這麼嚴重？」。10月5日：「我年紀大了老是會忘東忘西，要學傷口塗藥的東西很多，有時會想不起來下一個動作該做什麼，真難！只要我趕會就好了！」。個案於家中可自行塗藥包紮傷口，但術後卻直說記不得換藥流程，顯見，個案係因心情低落而無學習意願，並非年老記憶性不好。上述評估確認有無法接受截肢事實之哀傷問題。

(二) 自我照顧能力缺失

個案於手術前以口服藥物控制慢性疾病且規律回診。截肢後面對義肢的接受度，處於哀傷狀態。10月4日換藥時，個案眼光注視天花板，不願注視殘肢，神清冷漠憂愁、頻流淚啜泣。10月5日教導自主傷口換藥步驟，個案顯不專心並認為自己年紀大、忘東忘西的。足見個案因過度哀傷而缺乏對自我照顧的認知，自我學習照顧的動機也不高。評估此項有截肢後哀傷之健康問題。

肆、問題確定

經由以上評估，個案的自我照顧需求大於自我照顧能力，另因對截肢的心理衝擊而缺乏學習動機，導致自我照顧能力缺失，確立健康問題有：一、疼痛/因截肢後引起傷口疼痛及幻肢痛、二、身體功能活動障礙/因截肢造成身體活動受限制、三、哀傷/無法接受截肢事實。

伍、護理措施及結果評值

一、疼痛/因截肢後引起傷口疼痛及幻肢痛

(2016年10月03日~10月9日)

主 客 觀 資 料	<p>S1：10/3「總覺得傷口悶悶的抽痛，喉嚨癢癢的也不敢用力咳嗽！」、「不要叫我翻身啦，傷口好痛！不應該開刀的，連晚上都痛到不能睡！」。</p> <p>S2：10/4「我家人都說我很懶不愛動，但是我就很不舒服，怎麼有辦法下床？」、「醫生不是把我的右腳切掉，為什麼右腳還那麼痛，可不可以打止痛針！半夜都痛到起來坐在床上2至3次，僅睡3至4小時！」。</p> <p>O1：10/3 截肢手術，縫線傷口約10公分。</p> <p>O2：10/3 手術後當日雖仍可睡8-10小時，但因傷口疼痛使睡眠斷斷續續，神態顯得疲倦。</p> <p>O3：10/3 個案因怕傷口疼痛，即使告知可以下床活動也不願意。</p> <p>O4：平時血壓120/70 mmHg，做翻身活動時心跳由70左右增加至90次/分鐘以上，使用疼痛評估量表</p>
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>0-10 分，個案表示為 8 分，為非常疼痛。 O5：10/4 因殘肢傷口疼痛不適，夜間難以入睡，白天則斷續淺眠，有時半坐臥於床上閉目休息。</p>
目標	<p>1. 10/6 當疼痛時可使用二種非藥物減輕疼痛的方法。 2. 10/6 後夜間睡眠能持續 4-5 小時，不因疼痛感而中斷睡眠。 3. 10/8 後疼痛指數維持 0-3 分。</p>
護理活動	<p><u>完全代償性護理</u> 1. 手術後 24-48 小時內，於患肢下方墊枕頭，以減輕腫脹；墊高膝關節時需伸直，48 小時後予移去枕頭，以防關節彎縮變形。 2. 每班觀察個案疼痛情形，以及評估記錄疼痛分數。 3. 每 4 小時評估疼痛強度、性質及持續時間。依醫囑予 morphine 20mg in N.S 500ml 滴注，pethidine 50mg q4h 視個案疼痛情形增加使用。 4. 每次換藥前 20 分鐘使用止痛藥再進行換藥；換藥時動作輕柔，先予生理食鹽水潤濕傷口紗布，再移除紗布以減低疼痛。 <u>部分代償性護理</u> 1. 告知個案有幻肢痛情形，如感覺刺痛、癢、擠壓或炙熱感等痛感，為正常現象，協助並教導輕拍殘肢，以減輕幻肢感覺。 2. 示教個案及家屬每 2 小時翻身，維持舒適姿勢，包括抬高殘肢及依醫囑予冰敷一天 4 次及每次 20 分鐘，以減輕殘肢腫脹引起之疼痛。 3. 指導個案深呼吸及放鬆技巧，以鼻子吸氣後再由嘴巴慢慢吐氣，調整呼吸頻率緩解疼痛感，一天做 4 次及每次 20 下。 4. 向家屬示範按摩技巧，再由家屬按摩個案的身體及肩膀，以緩和其疼痛。 <u>支持與教育性護理</u> 1. 鼓勵個案表達內心的感受，傾聽其對疼痛方面的困擾，適時調整緩解疼痛之非藥物技巧，並陪同面對術後殘肢部位，以協助接受截肢事實。 2. 教導個案拍打殘肢傷口周圍，每天 3-4 次及每次 10-15 分，並逐漸增加拍打次數和力量，以改善幻肢痛。 3. 教導轉移注意力，包括：看電視、播放音樂與親友聊天等，忽略疼痛感受。</p>
評值	<p>1. 10/3 手術後個案當天即滴注 Morphine 20mg in N/S 500ml 滴注 24 小時，主訴疼痛緩解，疼痛量表 6 分。 2. 10/5 只在睡前及換藥前施打止痛針，個案表示疼痛情形較輕，亦會自行慢慢深呼吸或想一些家裡的事來轉移注意力以緩解疼痛，疼痛量表 3 分。 3. 10/8 起個案未要求打止痛針，偶半夜痛醒兩次，疼痛量表 2 分，夜間睡眠持續 4-5 小時，醒來次數 1 次，及會輕拍殘肢上部及翻身等技巧減輕疼痛。 4. 10/9 個案維持口服止痛，疼痛指數約 0 分。</p>

二、身體功能活動障礙/因截肢造成身體活動受限制

(2016 年 10 月 04 日~10 月 10 日)

主客觀	<p>S1：10/4 「這把年紀了被鋸掉一條腿，以後是要怎麼走路？難道要一直坐輪椅，不知道別人是怎麼想的？」。</p>
-----	-------------------------------------------------------------

資料	<p>S2：10/5 「在門診時醫師有叫我要準備鋸腳了，我想說沒有這麼嚴重啦！」、「沒腳就坐輪椅就好了，萬一走路跌倒了，不是更嚴重了嗎？」 O1：10/4 傷口外觀清潔，肢體微腫脹。 O2：10/4 觀察到個案整日神情淡漠，很少活動肢體，多躺在床上，不願下床活動，所有活動幾乎於床上完成。</p>
目標	<p>1. 10/6 能正確使用步行輔助器下床站立，呈平穩姿態。 2. 10/9 後能漸進式使用暫時性義肢行走。</p>
護理活動	<p><u>完全代償性護理</u> 1. 依醫囑使用彈性繃帶包紮殘肢，促進殘肢肌肉張力，預防肢體末端腫脹。 2. 與物理治療師討論個案復健計畫，包括關節活動、臂力提升及義肢訓練等，並適時修正復健活動計畫。 <u>部分代償性護理</u> 1. 指導個案並說明持續復健運動的重要性，主動提供復健與義肢的相關資訊。 2. 示教個案膝關節活動，每天 3 次及每次 15-20 分鐘，預防關節攣縮。 3. 衛教個案及家屬按摩殘肢 10 至 15 分鐘及觀察皮膚有無發紅、水泡或破皮情況，每天以中性肥皂清洗彈性繃帶。 4. 示範如何協助個案變換姿勢，並告知家屬應協助個案每 1 至 2 小時變換姿勢，如坐姿改成站姿，站姿改成坐姿，坐姿維持 10 分鐘，站姿維持 5 分鐘。 <u>支持與教育性護理</u> 1. 每天安排三次練習舉 1-2kg 啞鈴 5-10 分鐘，以加強手臂力量。 2. 教導步行輔助器之正確安全使用方法，並漸進式協助使用操作。 3. 教導義肢使用方法並協助嘗試著穿行走。 4. 告知殘肢處有疼痛感、攣縮、燒灼感或使用義肢後有疼痛感增加等症狀時，應立即報告醫師或護理人員。</p>
評值	<p>1. 10/5 個案能用輔助器使之單腳站立於床緣 10 分鐘，且無頭暈情形。 2. 10/9 個案開始穿上暫時性義肢練習走路，個案表示可以自己站立真好。</p>

三、哀傷/無法接受截肢事實

(2016 年 10 月 03 日~10 月 12 日)

主客觀資料	<p>S1：10/3 「醫師在開刀前解釋需做右腿截肢時，一直想說哪有這麼嚴重，不是切掉二個腳趾頭就好了嗎？」、「開刀前一直跟醫師說能留就不要切掉！」、「原本只是小傷口，怎麼會變成這樣！」。 S2：10/5 「一想到缺一隻腳簡直活不下去」、「我年紀大了老是會忘東忘西，要學傷口塗藥的東西很多，有時會想不起來下一個動作該做什麼，真難！只要我挺會就好了！」。 O1：10/3 手術右腿膝下截肢。 O2：10/4 換藥時，個案神清氣淡憂愁，不願注視殘肢，頻流淚啜泣。 O3：10/5 教導傷口換藥步驟，個案顯不專心並自認年紀大、忘東忘西的。</p>
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

目標	<ol style="list-style-type: none"> 10/6 個案能注視、觸摸殘肢及表達對截肢的感覺。 10/12 提升個案自主學習傷口換藥之意願，並完成換藥步驟。 10/12 能面對失去右腿事實，能在換藥時正視傷口並說出感受。
護理活動	<p><u>完全代償性護理</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 持續依據醫囑進行截肢術後傷口換藥，並提供舒適、安全、隱密性的醫療環境協助個案換藥，並與個案、家屬及物理治療師共同討論目前復健計劃。 2. 每次換藥時，運用同理心與個案會談，用手觸摸個案肩膀緩和其情緒，以開放性式問題引導，並以傾聽的方式，支持個案表達哀傷及內心的想法，建立互信之護病關係，使個案感覺被關心及尊重。 3. 主動接受及傾聽個案反應，給予適當回答並給予心理支持。 <p><u>部分代償性護理</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 向個案說明常規的傷口換藥對於復原及日後著穿義肢的重要性；持續指導個案容易遺忘的換藥步驟。 2. 換藥時，鼓勵個案注視傷口，共同討論傷口恢復的進展。 3. 換藥後給予充足時間，讓個案觸碰殘肢，並使其慢慢接納殘肢為身體的一部分。 4. 利用截肢實物模型教材輔助衛教，協助個案適應肢體的喪失。 <p><u>支持與教育性護理</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛教個案及家屬一起瞭解傷口換藥注意事項，並衛教家屬為個案進行傷口換藥，以及教導家屬於換藥過程中經由對話予以心理支持及正向的鼓勵，包括：對個案說加油、有進步、給你一個讚。 2. 安排醫師解釋病情並討論後續相關治療及預後，協助個案接受截肢事實。 3. 介紹社工人員與個案認識，分享其他個案的心路歷程及照護經驗。 4. 安排重要親友鼓勵及支持、關心，減輕孤單、失落感。

陸、結論與討論

本文在討論一位糖尿病患者因足部感染導致截肢的照護過程。筆者運用 Orem 理論，發現個案有因開刀後導致傷口疼痛、因截肢造成身體功能活動障礙及哀傷的護理問題，應積極針對個案提供個別性的護理措施並提供復健照護資訊，另應藉由陪伴傾聽及社工分享與家人的支持，讓個案獲得更多正向的支持與鼓勵（王、劉，2013），使個案渡過疾病急性期並順利出院。筆者於 11 月 5 日電訪追蹤，其心情愉悅表示下週要到南部拜訪親家。

於此照護過程中，讓筆者瞭解在照護糖尿病截肢患者時，除提供常規醫療處置，使之於截肢術後減緩疼痛所帶來的不適外，更應注意對於截肢後所造成身體功能障礙及身體心像改變導致的哀傷過程，主動關心及給予支持性護理協助，同時，可透過家屬的共同參與，鼓勵個案接受截肢事實

並走出哀傷情緒，讓個案可以順利度過哀傷期。此次護理經驗讓筆者深感醫療照護不應僅是生理層面，心理層面的照護亦不容忽視，以達最佳的全人照護。筆者在諮商技巧執行上因不純熟，需迭次反覆與個案溝通關懷，才引導個案願意接受截肢事實並走出哀傷情緒，使得個案未能第一時間即獲心理支持照顧，此為限制與困難之處。因此，建議在照護截肢個案時，可適時將個案轉介院內心理諮商師執行諮商，抑或設立關懷師陪伴幫助個案走出情緒低潮，縮短哀傷期進而提升截肢個案在自我照顧上的能力。希望藉此篇照護經驗的分享，提供臨床醫護與福祉人員在照護此類個案的參考。

參考文獻

- 于博芮、胡文郁、胡月娟、周守民、吳韻淑、羅筱芬...李惠玲 (2016). 成人健康護理基石、成人健康護理之心理層面。於劉雪娥總校閱，成人內外科護理（七版，頁1-35、頁203-225）。台北市：華杏。
- 王小燕、劉孟芬 (2013). 一位糖尿病患者接受截肢術後之護理經驗。長庚護理，24(2)，208-217。
- 吳嘉傑 (2013). 糖尿病併發症—糖尿病足之治療。中華民國糖尿病衛教學會會訊，9(1)，12-15。
- 李和惠、黃鈺雯、林麗秋、林貴滿、林素戎、方妙君...羅筱芬 (2015). 骨骼、肌肉、關節疾病病人之護理。於胡月娟總校閱，內外科護理（三版，頁955-967）。台北市：華杏。
- 李香穎 (2011). 從哀傷到復原—正向心理學的應用。諮商與輔導，304，28-32。
- 李佩恩 (無日期). 下肢截肢的術後照護。取自 http://www.pulivh.gov.tw/code_upload/HealthCate/file1_244_1133179.pdf
- 沈惠民、林東亮、鍾進燈、許惠恒 (2011). 糖尿病足之臨床評估與治療。內科學誌，22(4)，254-265。
- 林筱芳、林惠霜 (2012). 照顧一位面臨截肢壓力出現自殺企圖患者之經驗。臺灣腎臟護理學會雜誌，11(1)，85-98。
- 胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃瀚心、陳幼貴 (2011). 成人癌症疼痛臨床照護指引。腫瘤護理雜誌，11，87-127。
- 徐惠麗、張曉雲、曾瑞慧 (2011). 運用穴位按摩於疼痛緩解之文獻回顧。中華推拿與現代康復科學雜誌，8(1)，40-51。
- 陳欣涓、顏啟華 (2014). 糖尿病足部潰瘍的治療方法。家庭醫學與基層醫療，29(11)，296-302。
- 曾淑怡 (2006). 一位糖尿病截肢病人術後身體心像改變之護理經驗。志為護理，6(3)，117-127。

- 馮容芬、李惠玲、吳麗彬、周繡玲、袁素娟、胡月娟...尹裕君(2015)·肌肉骨骼系統疾病之護理·於劉雪娥總校閱,成人內外科護理(五版,頁549-600)·台北市:華杏。
- 黃璿璇、洪錦墩、何清治(2015)·運用Watson關懷理論協助一位糖尿病血液透析個案面對足部潰瘍之護理經驗·休閒運動保健學報,9,55-68。
- 劉伯瑜、施智源、許惠恒(2012)·糖尿病足感染的最新診斷與治療建議·內科學誌,23(6),431-441。
- 蔡欣儒、盧彩屏(2015)·運用Orem理論照護一位第1型糖尿病青少年之護理經驗·領導護理,16(1),41-51。
- 蔡蕙如、胡蓮珍(2016)·照顧一位喪偶截肢個案渡過哀傷過程之護理經驗·澄清醫護管理雜誌,12(3),46-54。
- 衛生福利部(2016,8月5日)·104年主要死因統計結果分析·取自 http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=6201。
- 蘇騰葳、王維理、郭嘉昇、盧佳文、楊偉勛、黃國晉(2015)·2015年美國糖尿病學會臨床治療指引摘要·台北市醫師公會會刊,59(2),35-46。
- Lipsky, B. A., Berendt, A. R., Cornia, P. B., Pile, J. C., Peters, E. J., Armstrong, D. G., ... Senneville, E. (2012). Infectious diseases society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clinic Infection Disease*, 54(12), e132-173. doi: 10.1093/cid/cis346
- Sharp, A., & Clark, J. (2011). Diabetes and its effects on wound healing. *Nursing Standard*, 25(45), 41-47. doi: 10.7748/ns2011.07.25.45.41.c8626
- Sousan Valizadeh, Behrouz Dadkhah, Eissa Mohammadi, and Hadi Hassankhani (2014). The perception of trauma patients from social support in adjustment to lower-limb amputation: A qualitative study. *Indian J Palliat Care*, 20(3), 229-238. doi: 10.4103/0973-1075.138401
- Verrone Quilici, M. T., Del Fiol, F. S., Franzin Vieira, A. E., & Toledo, M. I. (2016). Risk factors for foot amputation in patients hospitalized for diabetic foot infection. *Journal of Diabetes Research*, 8931508, 1-8. doi: 10.1155/2016/8931508
- Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2015). Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education & Counseling*, 98(1), 34-40. doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.002)

A Nursing Experience of Caring for a Diabetic Patient with Amputation

Yi-An Hsieh¹, Chia-Wei Chang²

¹ Medical Ultrasound Technologist, Allergy-Immunology-Rheumatology Division, Changhua Christian Hospital;
Graduate student, Department of Public Health, Chung Shan Medical University

² Administrator, Center for Clinical Trials, Changhua Christian Hospital

Abstract

Objective: This article describes the nursing experience of caring for a 76-year-old female patient who suffered from hypertension and diabetes, accompanied by lower-limb amputation, which had a physical and mental impact. The patient's awareness and self-perception ability towards her feelings of sadness were strengthened by listening to the patient and establishing a good nurse-patient relationship. Positive feedback was used to promote patient learning motivation, enhance self-care ability, and integrate the treatment and rehabilitation program into daily life. This enabled the patient and her family to face future life together with increased mutual interaction and support.

Methods: During the nursing period from October 2 to October 12, 2016, Orem's theory was used to evaluate to the collection and analysis of data from observations, physical assessments, in-depth interviews, and other means. The results confirmed that the patient experienced pain, impairments in physical movement, sadness, and other health problems. The author was able to teach her how to apply ice to the affected areas and demonstrated muscle relaxation techniques to alleviate pain. The author also designed rehabilitation exercises to improve her muscle strength, and used an amputation model to help her face the reality of amputation and learn walking skills, thus allowing her to adapt to post-amputation life.

Finding: By implementing the above nursing measures, the pain index of the patient's wound improved and was reduced to 0 points. She was able to stand independently with the help of mobility aids, expressed her personal feelings, and actively cooperated with rehabilitation exercises. She displayed a positive attitude and behaviors indicating her physical and mental acceptance of coexisting with her condition. The author would like to present the nursing experience of this case to provide a reference in future clinical nursing care.

Keywords: Diabetes, Amputation, Movement Disorder, Grief