Chung Shan Medical Journal 2011; 22: 99-107

Case Report

一位伯格氏症導致截趾患者之護理經驗

蔡雪雅　李彩緣　陳鈺如*

中山醫學大學附設醫院護理部

本個案報告主要在探討一位29歲年輕男性，因伯格氏病症導致足部傷口潰瘍不癒而截趾，術後所產生的生、心理問題及社會調適障礙之護理經驗。於2009年5月7日至6月1日照護期間，運用Gordon十一項功能性健康型態評估作為指引，經由身體評估、會談、觀察、傾聽的技巧，評估確立個案有高危險性感染、急性疼痛、知識缺失、身體心像紊亂之護理問題。針對感染性傷口，教導正確執行傷口自我照顧方法，以改善術後危險性感染之護理問題；疼痛方面，個別性給予護理措施，藉由上網、患肢的輕拍和藥物的使用方式，改善不適症狀；提供專業知識，減輕知識缺失所帶來的困惑，並協助個案完成戒菸；係因外觀的改變導致情緒壓抑，產生身體心像紊亂的問題，給予陪伴並接受患者的反應，協助其認清身體改變的事實，建立正向身體心像，協助個案走出身體心像紊亂的困境，使之適應因截肢所造成的衝擊，出院後重新適應日常生活，重返家庭與社會。

關鍵詞：伯格氏症、截肢、護理經驗

前言

伯格氏病(Buerger's disease)為周邊動脈阻塞疾病(Peripheral Arterial Occlusive Disorders, PAOD)的一種，主要表現是全身動脈粥狀硬化[1-2]。PAOD患者會造成末梢動脈血管阻塞，導致四肢末梢血循冰涼、疼痛，嚴重時會導致末梢皮膚潰瘍與壞疽，雖然可由動脈血管繞道手術獲得改善，仍有70~80%需以截肢來防止病情惡化，截肢者往往需面對術後所帶來的傷口感染、疼痛及身體心像改變等護理問題的衝擊；國人因速食普及、生活緊張忙碌，無運動的習慣，抽菸人口日漸增加且年輕化，造成PAOD發生率逐漸攀升且好發年齡層下降[1,3-5]。本文個案因伯格氏症導致傷口癒合差，雖行清瘡手術，仍因末梢皮膚潰瘍與壞疽導致截肢，術後有逃避、不願意活動之行為，引發筆者希望盡己之力，協助個案在接受截肢後適應各方面的衝擊，儘快重返正常的日常生活，藉由照護過程，於術後適時的提供完整的護理指導，幫助個案克服身心調適上的困難，回復正常生活活動功能，提升生活品質，作為日後照護此類患者之參考。

* 通訊作者：陳鈺如
通訊地址：40201台中市南區建國北路一段110號
聯絡電話：04-24739595 分機34952
電子信箱：csha673@csh.org.tw

文獻查證

一、伯格氏症

伯格氏病(Buerger's disease)，是周邊動脈血管發炎阻塞性的一種疾病，發生率佔PAOD約0.5~0.6%，好發於青壯年男性，多有重度嗜菸史[5]。主要影響為四肢肢體末梢的中、小型動、靜脈形成血栓導致細胞壞死的疾病，多發生於腿部，約60~70%患者之艾倫測試(Allen's test)呈現陽性反應，主要特徵為間歇性跛行、休息疼痛，嚴重時會發生皮膚潰瘍與壞疽，進而需要截肢；預防及治療方法為協助戒菸，其次治療方法為血管整型、重建或高壓氧的使用，可增加患處血流。年齡小於45歲且有抽菸史罹患伯格氏病的患者，戒菸是最根本且必需的，可大幅改善間歇性跛行的症狀[1,5-7]。因此於照護伯格氏病的患者時，醫護人員應提供戒菸知識、情緒管理、行為改變的技能及面對面的諮詢，以協助患者戒菸，並提供解緩渴望吸菸之意念、情緒不穩定、咳嗽、發抖、煩躁不安、無精神等戒菸戒斷現象之照護措施[8-10]。

二、伯格氏症接受截趾手術後照護

(一) 傷口感染

面對患者截肢後生理上的衝擊，照護重點著重於保持傷口清潔、乾燥預防感染，可教導病患觀察傷口感染徵象：紅、腫、熱、痛，勿直接觸摸傷口，減少壓迫；營養供給是支持組織修護過程的必需物質，缺乏蛋白質會影響傷口修復過程，故蛋白質的補充與傷口癒合情形有相關性，可衛教攝取高蛋白飲食，如蛋、魚、紅肉、大麥、豆類、奶類等，以利傷口癒合[3,11-12]。

(二) 疼痛

術後提供合適的疼痛護理是患者的基本需求，護理人員可依病患疼痛情形，依醫囑給予止痛劑來減輕疼痛，提供有關疼痛與藥物的正確知識，教導疼痛控制的技巧，如採舒適的姿勢、勿壓迫傷口、抬高患肢、傷口周圍按摩、分散注意力、以及將床單拉平等；避免產生對止痛藥物的依賴，教導抬高患肢，以避免水腫。擬訂復健運動計畫，仔細評估並與患者及其他專業團隊擬定合宜照護計畫，儘早執行復健活動，教導下床技巧、使用助行器行走、拐杖的選擇及使用方法，每天至少2次，每次行走15至30分鐘，持續肌力訓練[3,12-14]。

(三) 身體心像

截肢是指以手術切除損傷或疾病造成無法修復，嚴重威脅到生命的肢體。約60~80%截肢患者術後有間歇性幻肢痛，可能是尖銳刺痛、鑽、燒灼感、電到或夾緊般的感覺，常發生於半夜，嚴重影響到工作、睡眠及生活[13,15]。患者需開始面對無法執行肢體的功能，無法自由的活動，肢體的喪失及身體心像永遠破壞的問題，出現依賴他人、缺乏安全感及退化性行為[11-12,14,16-17]。患者易感到挫折、混亂及無法勝任，導致負向的心理狀態，如失落、羞恥、不安、低自尊及憂鬱。此時患者會將注意力集中在喪失的部位上，可能表現出有意或無意的掩飾身體部位，逃避或拒看肢體，患者會害怕他人的反應或被拒絕，對身體有負向、無力感覺，與家人親友的關係也日漸冷淡，造成生活型態、社會互動改變等影響，適當的調適會將新改變的身體心像納入重新塑造的心像中並接受它[3,11,16]。

護理人員可藉傾聽和提供支持瞭解患者的失落，鼓勵患者表達並分享他們的感覺，度過哀傷過程[17]；接受患者的情緒發洩、鼓勵表達對身體心像的感受；鼓勵家人朋友的陪伴，主動關懷患者，給予尊重及關心；給予支持及建立可行的目標，促進患者對事實的察覺，瞭解身體改變的狀況；鼓勵患者注視、感覺並照顧患肢，運用稱讚肯定，促進學習並幫助其整合身體外觀及功能；以溫和的方式協助摸索身體改變的部位，認清身體其他部位的價值，建立正向的身體心像，改善自我概念及接受身體心像的改變[11,18]。Karen & Kimberly[19]指出支持團體及同儕間的訪視，能幫助截肢患者，在生活轉變過渡期中重新站起來，並提供資訊交流。面對社會層面的衝擊，首先預期回到社區生活可能面臨的問題、情緒困擾，協助學習替代技巧，給予家屬支持與解釋，讓家屬瞭解患者發生的改變；協助提供社會資源，介紹成功案例鼓勵患者走向社會、參與社區活動，促進患者正向調適，儘早順應社會生活[12,16-17]。

護理評估

一、個案簡介

廖先生，29歲，未婚，大學畢業，慣用國語，無宗教信仰，父母自營紡織業工廠，家庭經濟富裕，大學畢業後便於自家工廠幫忙。父親為家中經濟來源及主要決策者，住院的主要照顧者為母親。

二、過去病史及求醫過程

個案無特殊過去病史及開刀史。抽菸史10年，平均3~8包/天，2008年11月左腳大姆趾不慎刀傷導致2×2cm^{2}傷口，且右手食指末端看似發黑情形，於診所求診；2009年5月1日，因傷口癒合差、分泌物多且有異味，經醫師建議至本院求診，診斷為伯格氏病，入院治療。住院期間接受清瘡術及高壓氧換藥，但因左大趾發紺，於5月3日行左大趾截趾；5月6日行左下肢血管攝影為左表淺股動脈全阻塞；5月7日行左腳動脈繞道手術(L't leg artery bypass)。術後精神顯虛弱、少話、淡漠，不願配合治療及復健活動，筆者介入了解個案問題及需求，與個案溝通，提供個案及家屬之心理支持與截肢術後相關知識，並協助安排復健師共同討論並進行復健計畫，於6月1日病情穩定出院。

三、健康評估

筆者於2009年5月7日至6月1日照護期間，採Gordon十一項功能性健康型態評估表為評估工具，藉由資料收集、身體評估、會談、觀察、傾聽等方式收集資料，加以整理歸納分析，確立其護理問題。

(一) 健康的認知及健康處理型態

個案表示平時有小感冒會至診所求治。因工作需要常熬夜，無規律運動；無喝酒習慣但有抽菸。95年因家中事業獨自至英國工作，常以抽菸消耗時間，平均3~8包/天。此次因左腳動脈阻塞併發壞疽，5月3日行左腳大拇趾清瘡及截趾術，截趾傷口約3×2cm^2；5月7日行左腳動脈繞道手術，繞道手術傷口約4×1cm^2。5月8日WBC: 11040mm^3，CRP: 12 mg/dl。5/6~5/8耳溫37.5~38.2℃，傷口微紅腫、無分泌物，患肢末梢皮膚溫暖；個案常會以雙手直接撫摸左腳患處。「我好像有發燒，是不是傷口有感染」。住院期間可配合治療及規則服藥，衛教內容可理解。經由以上評估個案有「高危險性感染」的健康問題。

(二) 營養代謝型態

個案172公分，64公斤(理想體重為64.4kg±10%)，每日所需熱量為1920卡，5月1日白蛋白3.4 gm/dl，血紅素11.0 gm/dl，住院前愛吃油炸食物，住院期間由母親準備三餐，術後因左腳截趾心情鬱悶，食慾變差，每餐進食量約半碗飯及一半青菜，熱量攝取量約1000卡/天。隨著傷口的復原，在家人和護理人員的鼓勵下，食慾慢慢改善，5月14日攝取飲食量達1900卡/天。

(三) 排泄型態

平時1~2天解便一次，小便每天約7~9次，每日尿量約1200~1800ml。住院期間腹部鬆軟，腸蠕動8~15次/分，約2天解便一次，黃色成形量中，晚上9點有服軟便劑(sennapur 1# hs)，每日尿量約1000~1600ml，每天6~7次，呈淡黃色。

(四) 運動活動型態

個案發病前生活自理，喜歡在家上網，常與朋友聊天、打牌，左腳有傷口後較少出門。住院期間個案可用雙手扶床欄坐起，自己進食、翻身，沐浴如廁及穿著需家屬協助。復健師於每日早上及下午至病房協助個案執行20分鐘/次的復健活動。5月8日個案表示：「現在只能坐在輪椅上，哪都不能去了」、「我的腳很痛，不想做復健」。住院期間血壓120~150/60~94㎜Hg，執行復健活動時，呼吸18~24次/分，SPO_2: 93~98%。

(五) 睡眠休息型態

個案平日無午睡習慣，平均持續夜眠時間約7~8小時。5月8日個案表示：「開完刀後，左腳常會抽痛，晚上會因為這樣醒來好幾次」。住院期間個案會表示因疼痛睡不著，且常於半夜醒來。5月8日觀察個案約晚上11點入睡，睡眠時間約2~3小時，白天做治療時顯無精打采、頻打哈欠。

(六) 認知領悟型態

5月8日術後，個案表示：「小姐，我左腳的傷口會有一陣一陣抽痛」、「有時候痛起來會脹脹的」、「半夜有時會痛醒」。5月8日換

藥時，個案面部表情扭曲、皺眉、閉起眼睛、手緊握床欄，測量心跳100~120次/分，血壓140~150/90~100mmHg。主訴疼痛情形一天約8次，評估個案疼痛指數約9分(以疼痛評估表10分法評估：0分表不痛，10分表最痛)，個案表示：「換藥前幫我打止痛針好不好」，會要求注射止痛劑，醫囑為Demoral (50mg) 1Amp IM q6h prn，個案使用頻率約一天4次。5月8日病房內菸味重，桌上有一包香菸，主訴：「開完刀病就好了吧！應該就可以抽菸了吧！」、「我不知道原來抽菸會這麼嚴重」、「戒菸好難喔！」。經由以上評估個案有「急性疼痛」及「知識缺失」的健康問題。

(七) 自我領悟與自我概念型態

個案住院前所有事均可自理，住院期間多臥床休息，有時腳痛會坐於床旁。5月9日會談時眼神發呆，表情淡漠，個案表示：「年紀輕輕的就沒辦法走路，跟廢人沒兩樣」。坐輪椅時總是低著頭，會以棉被蓋住左腳。換藥時，面無表情，個案將頭轉向一邊不看傷口，並要求案母外出買東西或於病房外等，案母表示：「我要推他出去曬太陽，他都有拒絕的理由」。經由以上評估個案有「身體心像紊亂」的健康問題。

(八) 角色關係型態

個案表示在家中排行老大，六年前失去妹妹後，曾狠狠痛哭過幾次，但後來也知道日後爸媽要靠他了，所以努力學習紡織業工作內容，將來好承接父母親的紡織工廠。平時家人互動和諧，偶會意見不合，但都能相互體諒。住院期間由母親照顧，父親則2~3天來探視一次，個案表示若有心事或工作受挫都會與母親討論。案母表示：「我們廖家只剩哥哥了，無論如何都要把他醫好」。個案表示：「我爸媽很疼我，我一定要好起來，不能讓爸媽失望」。

(九) 性生殖功能型態

三年前有一女友，但因出國後少有聯絡而分開，之後未再交過女朋友，生殖器外觀無異，自訴無性方面困擾，其餘性方面問題害羞不方便回答。

(十) 壓力應付與耐受型態

個案表示：「我知道遇到困難就要去面對解決，不能逃避，就像失去妹妹一樣，該面對的還是要面對」。個案會因術後無法自行下床，須依賴他人而發脾氣，事後個案會主動表示：「我知道我不應該那麼大聲跟我媽媽說話」、「我要控制一下我的脾氣」。面對接踵而來的疾病衝擊，願意勇於面對，家人亦能主動協助幫忙。

(十一) 價值信仰型態

個案無宗教信仰，此次生病住院後，案母會到一般廟寺拜拜，祈求全家平安。個案表示：「此次住院也許是上天給的經驗，但一切會過去的」。

問題確立及護理計畫

綜合以上護理評估，確立個案護理問題為：高危險性感染/與手術傷口有關、急性疼痛/與手術傷口有關、知識缺失/與缺乏資訊來源有關、身體心像紊亂/與截趾造成身體外觀改變有關。針對個案之護理問題，訂定的護理計畫如下：

一、高危險性感染/與手術傷口有關(5/8訂)

主客觀資料	S：1.5/8個案表示：「我好像有發燒，是不是傷口有感染」。 2.5/8案母表示：「昨天不是才開完刀嗎，怎麼體溫越來越高？」。 O：1.5/8截趾傷口約3×2cm^2，繞道手術傷口約4×1 cm^2，傷口微紅腫，紗布覆蓋，無滲液及異味。 2.5/8常以雙手直接撫摸左腳患處。 3.5/6~5/8耳溫37.5~38.2℃。 4.5/8WBC 11040㎜^{3}、CRP 12mg/dl。
護理目標	1.5/10個案能說出2項避免傷口感染的方法。 2.5/12個案能正確執行2項傷口自我照顧方法。 3.5/15耳溫維持36~37.5℃。 4.5/16WBC≦10,000㎜^{3}、CRP≦2mg/dl、傷口無紅腫及分泌物。
護理措施	1. 每日以無菌技術消毒傷口，保持傷口清潔乾燥，並評估傷口是否有紅腫熱痛情形。 2. 衛教個案勤洗手，維持傷口清潔乾燥。進食時以毛巾蓋患肢上方、洗澡時將患肢墊高以免打濕傷口，避免傷口感染。 3. 給予手術傷口注意事項衛教單張，並以螢光筆標示加強注意之項目。 4. 衛教個案勿直接用手觸摸傷口。 5. 衛教個案避免左側臥，減少傷口壓迫。 6. 衛教個案攝取高蛋白飲食，以利傷口癒合，如蛋、麥類、魚類、紅肉等，可請案母協助準備。 7. 每6小時及必要時監測耳溫變化，並紀錄之。 8. 耳溫≧38℃時，給予冰枕使用，減輕個案不適。 9. 依醫囑給予抗生素Cephadrain 1g q6h iv push，觀察有無過敏、噁心、嘔吐等副作用產生。 10.監測WBC及CRP，並與醫師保持聯繫。
護理評值	5/10 個案表示：「我已經請媽媽多帶些毛巾給我墊傷口用」、「我現在知道就算傷口已經有包紗布也不能去摸」。 5/12 個案吃飯時會先在患肢傷口上先墊毛巾，避免飯菜弄髒傷口；臥床時，多採平躺或右側臥；擦澡時會抬高患肢並以大毛巾包裹傷口，避免打濕；衛教單張有不清楚項目，會向護理人員提出討論。 5/14 每6小時監測耳溫，個案耳溫維持在36.2~37.3℃。 5/16 WBC 9850㎜^{3}、CRP 1.8mg/dl，傷口癒合良好已無紅腫及分泌物。

二、急性疼痛/與手術傷口有關(5/8訂)

主客觀資料	S：1.5/8個案表示：「小姐，我左腳的傷口會有一陣一陣抽痛，有時候痛起來會脹脹的」。 2.5/8個案表示：「每次換藥，傷口都很痛，換藥前幫我打止痛針好不好」。 3.5/8個案表示：「我的腳很痛，不想做復健」。 4.5/8個案表示：「半夜有時會痛起來」。 O：1.5/8醫生換藥時，個案面部表情扭曲、皺眉、閉起眼睛、手緊握床欄。 2.5/8換藥時心跳100~120次/分，血壓140~150/90~100mmHg。 3.5/8個案主訴疼痛指數約9分。 4.5/8個案不易入睡且有夜眠中斷情形，每天睡眠時間約2~3小時。 5.5/4~5/7會要求注射止痛劑，頻率約一天4次。 6.5/4~5/7主訴疼痛情形，一天約8次。

護理目標	1.5/10個案及家屬能說出2種減輕疼痛的方法並執行。 2.5/15個案注射止痛劑的時間能減少為換藥前及睡前。 3.5/16個案能配合復健師執行復建計畫，一天2次。 4.5/20個案主訴疼痛次數降為4次/天以下，疼痛指數降為5分以下。
護理措施	1. 教導家屬協助個案採平躺或右側臥，減少壓迫左側患肢。 2. 教導坐於床旁或輪椅上時，可抬高患肢，減輕傷口水腫所引起的疼痛。 3. 教導案母將家中電腦攜至醫院，使用無線網卡，讓個案上網與朋友聊天轉移注力。 4. 換藥前依醫囑給予止痛劑（Demoral 50mg 1Amp IM）使用，降低換藥時造成之疼痛。 5. 換藥時，主動與個案談論其部落格中新鮮話題，協助轉移注意力。 6. 教導個案及家屬可輕拍或按摩傷口上方四周疼痛處，以轉移疼痛感。 7. 睡前30分鐘依醫囑給予止痛劑（Demoral 50mg 1Amp IM），評估睡眠情形。 8. 定期與醫師討論止痛藥物劑量是否需要調整。 9. 配合會診復健師，執行復建計畫及告知個案執行復健運動的重要性。 10.運動及移動前先做說明及給予目標，必要時評估疼痛的部位、性質與個案的反應變化，必要時依醫囑給予止痛藥Depain-X 1# qid 口服使用。 11.依復建計畫每日2次，安排個案在病房走道行走，每次至少執行行走運動15分鐘。 12.監測每日主訴疼痛次數與指數是否下降。
護理評值	5/10 個案可避免左側臥，減少患肢壓迫；坐於輪椅時，會用枕頭將患肢墊高；個案表示：「用手輕拍，有感覺舒服一點」。 5/14 個案只於換藥前及睡前注射止痛劑。 5/15 個案注射止痛劑，頻率由一天4次減為2次。 5/15 個案能在復健師陪同下，一天執行2次行走運動，一次約15至30分鐘。 5/18 案母表示：「他現在會上網跟朋友聊天，有時候都會笑了」，當天主訴疼痛次數4次。 5/20 換藥時個案表示：「我現在傷口有比較不痛了，謝謝！」，疼痛指數4分。

三、知識缺失/與缺乏資訊來源有關(5/9訂)

主客觀資料	S：1.5/8個案表示：「為什麼傷口半年不會好？」 2.5/8個案表示：「開完刀病就好了吧！應該就可以抽菸了吧！」 3.5/8個案表示：「我不知道原來抽菸會這麼嚴重」。 4.5/8個案表示：「戒菸好難喔！」 O：1.5/8病房內菸味重，桌上有一包香菸。 2.5/8反覆詢問有關疾病的問題。 3.5/8皺眉、少話、淡漠，眼神發呆直視患處。 4.每日抽菸約40~160支，次數約20至40 次。
護理目標	1.5/10個案能說出柏格氏症導因。 2.5/12個案能說出2項如何預防柏格氏症復發的方法。 3.5/18個案能執行2項戒菸行為。
護理措施	1. 給予衛教單張，告知抽菸是導致柏格氏症的原因之一，並告知戒菸之重要性。 2. 鼓勵表達心中疑惑並給予正確解答、正向回應。 3. 告知個案完全戒菸才能避免復發情形。 4. 衛教個案注意末梢血循，留意是否有四肢冰涼或傷口有皮膚潰瘍與壞疽情形，避免復發。 5. 請醫師及復健師配合，適時鼓勵個案及勸導個案戒菸。 6. 衛教個案可嚼口香糖代替抽菸的感覺。 7. 探視個案時，觀察是否有抽菸情形或病房是否有菸味。 8. 由案母請個案的朋友多上網與個案聊天，降低抽菸次數，次數由40次/天降至10次/天。 9. 個案抽菸情形減少時，給予口頭鼓勵及肯定，如：「你今天已經超過4小時沒抽菸了，很棒喔！」或「加油！今天有進步喔！比前兩天少抽兩根菸了。」等，增加個案信心。

護理評值	5/10 個案表示：「原來是抽菸讓我得到這種病」、「若知道抽煙會害我這樣，我就不會抽那麼多了」。 5/12 案母表示：「他一有時間就會摸看看兩隻腳有沒有熱熱的，很怕血流沒有過」。 5/13 於病房進行照護治療時，發現垃圾筒中有數根折斷的香菸，詢問個案，個案表示：「我下定決心要戒煙了」。 5/14 探視個案時發現，口中嚼著口香糖。 5/18 病房內無菸味，個案表示：「我已經5天沒抽菸了」、「有好幾次想抽菸，是媽媽給我這些口香糖跟零食解解饞，都可以過過乾癮」、「戒菸剛開始有點咳嗽，現在沒有了，只是還會手抖，網路上說慢慢的會好」。 6/25 電話訪問案母，案母表示：「之前房間都是菸味，身上臭的要命，現在身上一點菸味也沒有，真的都沒有抽菸了，很感謝妳們」。

四、身體心像紊亂/與截趾造成身體外觀改變有關(5/9訂)

主客觀資料	S：1.5/8個案表示：「現在只能坐在輪椅上，哪都不能去了」、「我現在跟廢人沒兩樣」。 2.5/9案母表示： 現在他都不愛接電話，也不要朋友、客戶來醫院看他，想推他坐輪椅出去曬太陽他也不要。 O：1.5/9有人靠近病床時，會趕緊拿毛巾或被單覆蓋左腳。 2.5/9協助換藥時，面無表情，頭轉向一邊不看傷口，並要求母親外出買東西或於病房外等。 3.5/9觀察個案坐輪椅時總是低著頭，也會以棉被蓋住左腳，活動範圍侷限於病房內。
護理目標	1.5/11前個案能說出對截趾的想法、感受。 2.5/15個案能正視、觸摸患肢，不會逃避。 3.5/20個案能接受親友前來探視及慰問。
護理措施	1. 每天利用上午換藥時段及下午各30分鐘時間，陪伴個案，傾聽個案對截肢的想法讓個案表達情緒，並表示會協助陪同一起度過。 2. 鼓勵案母多與個案聊天，並給予支持及正面回應，了解個案內心想法，可與個案討論感興趣的話題，如：上網查看有關柏格氏症的相關資訊後之心得，並共同討論，給予支持。 3. 主動於換藥時，告知傷口癒合情形並引導個案觀看傷口。 4. 引導個案共同參與傷口包紮，換藥請個案幫忙固定紗布，以手托住患肢以利包紮，協助個案接受身體改變的事實。 5. 提供個案截肢照護相關網址，讓個案能獲得更多相關資訊，如：中華民國截肢青少年輔健勵進會，網址http://www.frata.org.tw/ 6 與個案、家屬討論未來生活之適應方向及提供可利用的資源，如購買助行器、拐杖，提供個案住家鄰近的復健醫院。 7. 介紹截肢患者且適應良好的病友，與個案分享調適的經驗過程與感受。 8. 每天利用餐後，以輪椅推至日光室看電視、曬太陽，製造與其他病友交談機會。 9. 鼓勵家屬及親友主動致電關心，多與個案交談，進而取得個案同意來探視。
護理評值	5/11 個案表示：「我上網看了很多像我這樣疾病的文章及別人的部落格，讓我有很深的感觸，現在覺得我的情形好像沒有那麼糟。」； 以後我可能都要靠枴杖走路，但是我還是可以去公司上班 。 5/15 換藥時，個案會主動詢問換藥方法，也會以雙手支托患肢，目視換藥過程，並主動表示： 傷口這樣算癒合的不錯吧 、 感謝醫師救了我的腳 。 5/20 在親友與家屬陪同下，坐輪椅至日光室聊天，且患肢無覆蓋住，並與其他相似病友交談，討論行走方法。

討論與結論

此個案報告是描述照護一位伯格氏症患者，因足部周邊動脈阻塞導致潰瘍傷口不癒而截趾，所面臨調適困難之護理經驗。文中個案因術後出現患肢疼痛問題，影響精神狀況，運用Ketz[13]提到藉由患肢的輕拍、家屬的按摩和藥物的使用等方式改善不適症狀，使個案患肢不適的症狀獲得緩解，改善疼痛情形，疼痛指數由9分降為4分；個案因外觀的改變導致情緒壓抑，產生身體心像紊亂的問題，將自己的人際關係封閉起來，自尊心喪失及主控能力衰退使其無法接受自己，與江等[3]文獻所提到相吻合。筆者運用劉等[11]及蕭、

陳[18]所提及，給予陪伴並接受患者的反應，協助一同認清身體改變的事實，建立正向身體心像，協助個案走出身體心像紊亂的困境，願意踏出病房，接納其他親友前來訪視；術後能正確執行傷口自我照顧方法，手術傷口癒合良好，致危險性感染也獲得改善；提供正確知識來源，減輕知識缺失所帶來的困惑，並協助個案完成戒菸。

胡[1]及林等[6]文獻指出有抽菸之伯格氏病患者，抽菸是導致截肢的主要原因，故加強個案戒菸重要性的觀念，進而減少周邊動脈阻塞、下肢截肢的發生率和減少住院率，才是預防截肢的根本之道。吳[9]及林等[6]文獻提及藉由戒菸門診轉介，可提升患者戒菸成功率。出院後電話追蹤訪視，配合復健師之復健指導，個案已購買助行器於家中使用，目前日常生活活動多自己執行。媽媽每天會陪同返院執行復健活動及左足傷口換藥。個案常會於返診時，至病房與醫護人員聊天，表情愉悅有笑容，並告知傷口癒合情形，看到個案已成功走出因截肢帶來的衝擊，此為筆者覺得欣慰之處。本院未設立戒煙門診，是筆者此護理過程之限制，建議醫院可設立戒菸門診，進行戒菸宣導，提供患者更完整的照護。

參考文獻

1. 胡月娟：周邊血管疾病。內外科護理學(上冊)，(三版，754-761頁)，台北，華杏，2005。
2. 王琡俐、簡翠薇：照顧一位週邊動脈阻塞性疾病導致雙腿截肢患者之護理經驗。國立台北護理學院護理系學刊 2005；1：79-89。
3. 江秀娟、劉雲鳳、張素嫻：運用Orem理論照護一位糖尿病足部潰瘍患者之護理經驗。志為護理 2007；6：127-35。
4. 何玉萍、楊瓊芳、羅琦：一位週邊動脈阻塞疾病患者接受截肢的調適過程及行為反應。護理雜誌 2006；53：88-94。
5. 陳美如、蔡世傑、陳宣志：周邊動脈阻塞疾病。基層醫學 2006；21：318-25。
6. 林明潔、吳岱穎、林光洋、郭冠良、黃惠娟、陳建志：個案報告與討論：柏格爾病。家庭醫學與基層醫療 2009；24：221-4。
7. 蔡健松：周邊動脈粥樣硬化疾病。趙有城編著，新編臨床醫學核心教材(8)，(二版，85-90頁)，台北，合記，2005。
8. 鄭秀月、李如萍：戒菸門診個案持續戒菸行為與自我效能之研究。台灣醫學 2009；13：223-30。
9. 吳坤陵：反菸媒體行銷策略及戒菸方法。秀傳季刊 2008；23：10-12。
10. 張文道、王雅瑜、周崇頌、歐香縫、吳梅玉、吳明芬等：台灣中部某醫學中心門診戒菸治療病患一年追蹤。台灣家醫誌 2007；17：38-52。
11. 劉二滋、蔡麗芬、龔秀華、周嫚君：一位接受膝上截肢青少年手術後護理經驗。長庚護理 2008；19：140-8。
12. 康銘文：截肢病患之復健護理。於施陳美津總校閱，復健護理，(二版，404-428頁)，台北，華杏，2006。
13. Ketz AK: Pain management in the traumatic amputee: Critical Care Nursing Clinics of North America, 20008; 20: 51-57.
14. 袁素娟：骨骼肌肉系統疾病之護理。於劉雪娥總校閱，成人內外科護理(下)，(四版，566-594頁)，台北，華杏，2008。
15. D'Arcy Y: Managing phantom limb pain: Nursing, 2005; 35: 17.
16. 林佳靜、顧雅利：運用羅氏適應模式於一位雙手腕下截肢患者之護理經驗。慈濟護理雜誌 2005；4：75-85。
17. 楊貴蘭：骨骼肌肉創傷病人之處置。於盧美秀總校閱，布氏內外科護理學(下冊)，(一版，2725-2772頁)，台北，藝軒，2006。
18. 蕭玄真、陳淑卿：一位接受足部皮瓣重建病患身體心像紊亂之照護經驗。慈濟護理雜誌 2005；4：83-90。
19. Karen MG., Kimberly B: Building a successful support group for post-amputation patients. Journal of Vascular Nursing, 2005; 23: 42-45.

The Nursing Experience Involving the Care of a Buerger's Disease Patient Receiving Amputation

Hsueh-Ya Tsai, Chai-Yuan Lee, Yu-Ju Chen*

Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

This article reports the nursing of the physical problems, mental problems and obstacles to social adjustment in a 29-year-old male patient who had an unhealed foot ulcer and received amputation for Buerger's disease. Nuring care was provided from May, 07, 2009 to June, 01, 2009. Gordon's 11 functional health pattern assessment as well as methods such as physical assessment, interviews, observations, and listening skills were used to collect the relevant data. The patient's nursing problems were high risk of infection, acute pain, knowledge deficit, and body image disturbance. Nursing care include educating the patient on how to self-treat his infected wound, provision of interventions to decrease pain including network, flap and drug, and the educating the patient about the cause and progression of the disease. In addition, the patient was encouraged to complete a smoking cessation program, allows the accompaniment of his parents and taught to accept changes in body image. The patient adapted to daily life, returned to his family and rejoined society.

Keywords: Buerger's disease, amputation, nursing

* Reprints and Corresponding Author: Yu-Ju Chen
Address: No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd, Taichung 40201, Taiwan
Tel: 886-4-24739595 ext 34952
E-mail: csha673@csh.org.tw