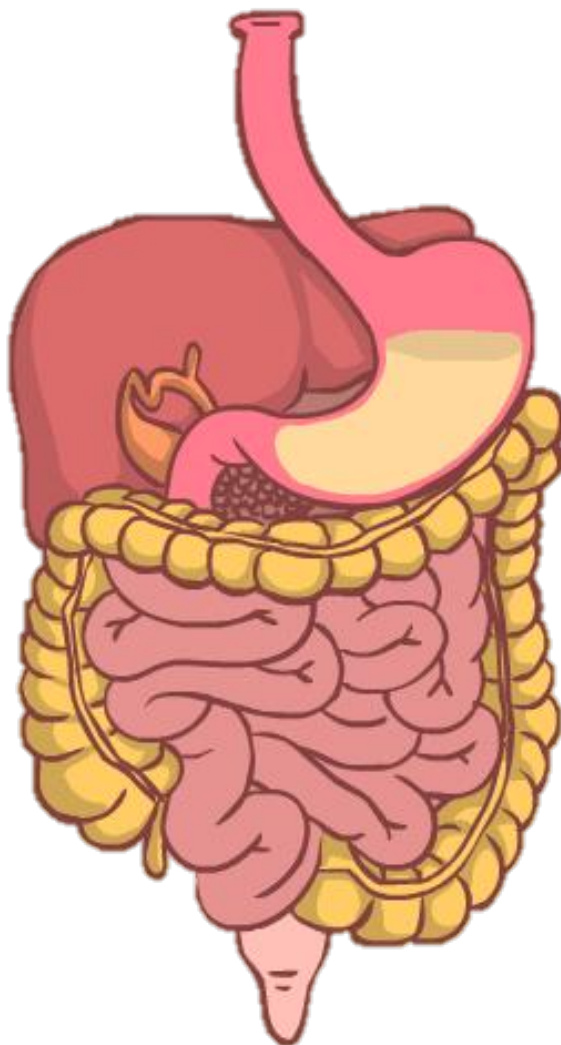


實習總作業



實習科別：肝膽腸胃外科

單位：L6B

日期：2023/05/07~2023/06/03

指導老師：陳思穎

班級：305

座號：43

姓名：楊于萱

目錄

一、封面.....	1
二、目錄.....	2
三、案例報告.....	3
四、護理紀錄.....	65
五、實習總心得.....	66
六、附件.....	69
● 考試.....	69
● 學習單.....	70
● 交班單、藥囑單、要卡、檢驗項目單.....	72
● 文獻：overview of breast cancer.....	95
● 文獻：乳癌病人營養建議.....	109

個案報告

一、 個案基本資料

姓名：黃 X 慧 性別：女 年齡：34 歲 住院日期：20230514 起 籍貫：台灣
職業：服務業 教育程度：大學 使用語言：國語 婚姻狀況：未婚
宗教信仰：道教 保險：健保 護理期間：20230515 起
住院診斷：左側侵襲性乳管癌，臨床分期為腫瘤局部病變加大，限於原發器官，擴散至淋巴結，無遠端轉移。(left invasive ductal carcinoma, cT3N3cM0)
手術日期和手術名稱：20230515 執行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除。
(Left partial mastectomy and axillary lymph node excision)

二、 現在病史

主訴：接受兩次的術前輔助性化療，此次入院接受電腦斷層掃描及手術。
個案是一位 33 歲的女性，沒有任何慢性疾病。於 2021 年 9 月她發現左乳房上方有一個腫塊，腫塊持續約一個月後前往診所，診所醫師建議他繼續追蹤。
在 2022 年 9 月時通過健康檢查發現腫塊變得更大，並且伴隨有壓痛的情形。接受了兩次的術前輔助性化療後，5/14 入院後於 5/15 手術。術後傷口引流管的地方只要牽扯到會痛，是刺痛的感覺(Q)，大概會持續 5 分鐘(T)。疼痛評分一般沒有拉到引流管的時候大概是 0 分，碰到引流管的時候有 5-6 分(S)。可以利用轉移注意力的方式和利用舒適臥位改善疼痛(P)。

三、 過去病史

(一) 是否罹患何種疾病？

罹患左側侵襲性乳管癌，臨床分期為腫瘤局部病變加大，限於原發器官，擴散至淋巴結，無遠端轉移。雌激素受體陽性，黃體素受體陽性，第二型人類表皮生長因子受體陽性，癌症生長指數為 35%。已接受兩次 4 循環的術前輔助性化療，藥物分別為 Taxotere 和 Epirubicin。

(二) 是否曾住院或接受何種手術或特殊治療？

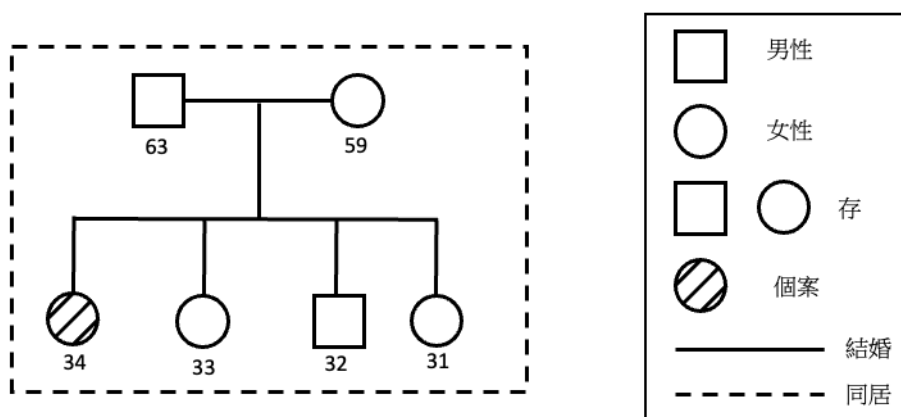
曾接受兩次 4 循環的術前輔助性化療，藥物分別為 Taxotere 和 Epirubicin。

(三) 是否對何種食物或藥物過敏？過敏反應為何？

個案表示無過敏史。

四、 家庭史

個案表示家族無乳癌病史、遺傳疾病史或慢性病史



五、 日常生活型態

	入院前	入院後	總結與分析
飲食習慣	<p>5/15 S1:我每天三餐都正常飲食，主要是吃外食居多。</p> <p>5/15 S2:通常早餐都是吃蛋餅，中餐是一碗麵或是水餃，晚上有時候就是便當或是湯麵。</p> <p>5/15 S3:沒有偏食特別的食物，比較愛吃麵食而已，平常偶爾會吃零食。</p> <p>5/15 S4:平常不會特別吃重口味，都是正常調味。</p> <p>5/15 S5:水果通常都兩天一份。</p> <p>5/15 S6:水分攝取每天為兩罐水壺的量，大概是 1500cc。</p>	<p>5/15 S7:5/14 早餐是一份蛋餅加一罐保久乳，中午是兩個三角飯糰加優酪乳，晚餐吃了一顆地瓜。</p> <p>5/15 S8:我來住院後食慾比較不好。</p> <p>5/15 O1:5/15 清晨開始禁食，觀察個案無進食。</p> <p>5/15 S9:水分攝取每天為兩罐水壺的量，大概是 1500cc。</p> <p>5/16 S10:我早上只吃了半碗粥就吃不太下了。</p> <p>5/16 O2:觀察個案中餐只吃了半個便當。</p>	<p>入院前的飲食和水分攝取較均衡，每天正常攝取三餐，食慾良好。入院後因術前焦慮，個案的食慾較差，攝取的飲食較少。水分攝取量入院前後無明顯差異。術後因疼痛問題食慾與入院前相比下降許多。</p>
排泄習慣	<p>5/15 S1:我每天排便次數為 2-3 次，平常大便的形狀為條狀且偏軟，為正常的咖啡色。</p>	<p>5/15 S4:我在早上有大便一次，量很少，顏色為海苔色，形狀為條狀且偏硬。</p> <p>5/15 S5:平常尿液顏色</p>	<p>入院前個案的排便習慣規律，每天為 2-3 次，排便型態正常，無便秘問題。入院</p>

	5/15 S2:我沒有做促進排便的方法。 5/15 S3:平常尿液顏色為黃色，可以自解。	為黃色，可以自解。	後因攝食較少，排便量也較少。尿液都可自解，入院前後無明顯差異。
活動及休息型態	5/15 S1:我平常不會運動，但有時候工作需要走路，但長時間還是需要坐在電腦桌前。 5/15 S2:平時的日常活動可自己完成，不需要他人協助。 5/15 S3:平常就寢時間為 12:00 左右，起床時間為 6:30，大概 30 分鐘內能入睡。 5/15 S4:睡眠時不太會醒來，也不太會做夢，睡眠品質良好。 5/15 S5:有午休的習慣，如果有睡的話大概睡 30 分鐘。	5/15 S6:大部分時間都躺在床上比較多，或是坐在床邊比較多，不會下床走動。 5/15 O1:觀察個案都坐於床上或是床邊。 5/15 S7:平時日常活動可自己完成，不需要他人協助。 5/15 O2:觀察個案術後穿衣服和其他日常活動需要其他人的幫忙。 5/15 S9:入院後就寢時間為 11:00，也需要花比較多時間才能睡著。 5/15 S10:夜間醒來的次數很多，睡眠較容易中斷，在醫院睡覺時睡眠品質比較不好，因為陪病家屬會打呼。 5/15 S11:有午休的習慣，大概睡 15 分鐘。	入院前較少運動，偶爾工作需要走路，入院後較少下床都是坐在床邊比較多，同時有注射點滴，移動較不方便。入院前後日常活動都可自己完成不需他人協助，但術後因有疼痛問題，個案更換衣服時、提重物時需他人協助。入院前睡眠品質良好，夜間不太會醒來，入院後因陪病家屬會打呼同時有術前焦慮的情形，睡面品質較差，夜間易醒來。

六、 身體檢查與健康評估

	評估結果	異常學理分析
胸	視：意識清楚，表情自然可配合治療。呼吸平穩，速率為 18 分/次，採胸式呼吸，沒有使用胸鎖乳突肌、斜方肌和腹肌等呼吸輔助肌。胸廓對稱且隨呼吸起伏肋間肌無異常回縮和突	個案因入院執行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除，分別於左乳頭上方有 7 公分的可吸收縫線傷口和左腋下 5 公分的傷口。個案設置真空負壓引流

	<p>出。左乳頭上方有 7 公分的可吸收縫線傷口，左腋下為 5 公分。左腋下連接後背處有一個真空負壓引流球以井字形固定於前腹部。右鎖骨有一個置放人工血管底座的疤痕。</p> <p>觸：胸壁溫暖乾燥，觸診左乳房和左腋下傷口邊緣時有壓痛，無腫塊的情形。</p> <p>叩：雙側肺葉為反響音，於第三、四、五肋間與左鎖骨中線間叩出心濁音。</p> <p>聽：無異常呼吸音，右側呼吸音大於左側。</p>	<p>球能避免血清腫，如血液鬱積組織，引起腫脹及疼痛情形。引流手術部位的組織液及淋巴液，能促進傷口癒合並且避免血清腫的發生。因個案做乳法部份切除及腋下淋巴術的關係，切口附近組織於手術過程中受到牽扯及創傷，按壓時會引起壓痛（王等，2018）。</p>
腹	<p>視：腹部為圓滾型，無瘢痕或腫塊，沒有看見腸蠕動波。</p> <p>聽：腸蠕動微弱，第三象限為每分鐘 7 次。</p> <p>叩：四象限環形叩診為鼓音，無腹脹情形。</p> <p>觸：腹部柔軟無腫塊、無壓痛、無肌肉僵硬的情形。</p>	<p>身評結果無異常情形。</p>

七、 文獻運用與分析

個案情況	文獻分析
<p>I. 主要診斷</p> <p>個案為 34 歲的女性，主要診斷為左側侵襲性乳管癌。</p> <p>經過粗針抽吸細胞檢查發現雌激素受體陽性，黃體素受體陽性，第二型人類表皮生長因子受體陽性，癌症生長指數為 35%，根據結果可發現個案屬於管腔細胞 B 型。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 定義 乳癌是由乳房乳腺管細胞或腺泡細胞經由不正常分裂、繁殖所形成之惡性腫瘤。好發年齡是 40~64 歲，尖峰年齡是 40~44 歲和 60~64 歲。（王等，2018）。 ● 乳腺癌分型 乳癌分形依據免疫組織化學染色（IHC），檢測蛋白質和受體已區分乳癌的種類，分別為雌激素接受體、黃體激素接受體、人類上皮細胞生長因子接受體（HER2）第 2 型、Ki67（癌細胞生長速度）。根據免疫組織化學染色的結果可分成管腔細胞 A 型、管

腔細胞 B 型、基底細胞型、HER2 過度表現型（黃等，2020）。				
	分型	IHC 結果	預後	註記
	管腔細胞 A 型	雌激素受體陽性、黃體激素接受體陽性、HER2 陰性	好	最常見的、通常在早期被診斷出、對賀爾蒙療法有分應、富發率低
	管腔細胞 B 型	雌激素受體陽性、黃體激素接受體陽性、HER2 陰性或陽性	普通	比管腔細胞 A 型更容易復發
	基底細胞型（三陰性乳癌）	雌激素受體陰性、黃體激素接受體陰性、HER2 陰性	差	大多數患者對 HER2 單株抗體產生抗藥性
	HER2 過度表現型	雌激素受體陰性、黃體激素接受體陰性、HER2	差	診斷時的年齡通常比其他類型的年輕、不適合用

		陽性		於激素治療和HER2治療、復發率高、有較高的機會淋巴感染和遠端轉移
--	--	----	--	-----------------------------------

（Elyse J&Watkins.,2019）。

● 臨床分期

臨床分期是依據腫瘤大小(T)，腋下淋巴結是否受侵犯(N)及遠處是否轉移的TNM系統來分期：

1. 零期：即原位癌，為最早期乳癌，癌細胞仍在乳腺管基底層內。
2. 第一期：< 2 cm 的浸潤癌，且腋下淋巴結未受侵犯。
3. 第二期：2 ~5cm 間的浸潤癌，或腫瘤 < 2cm，但腋下淋巴結受侵犯。
4. 第三期：局部廣泛性乳癌，> 5cm 的浸潤癌，且腋下淋巴結受侵犯或有皮膚、胸壁的浸潤，但無遠處轉移。
5. 第四期：轉移性乳癌，任何大小但已有遠處器官轉移(如肝、肺、骨等)

（王等，2018）。

● 診斷

1. 超音波乳房檢查：為一種非侵襲性、無放射性的檢查。超音波檢查比乳房 x 光攝影更容易偵測到腫塊。透過超音波的指引，可執行穿刺抹片、囊腫的抽吸和粗針切片等。建議觸摸得到的乳房腫塊，可先做超音波檢查再行乳房 x 光攝影。

臨床分期為腫瘤局部病變加大，限於原發器官，擴散至淋巴結，無遠端轉移，臨床分期屬第三期乳癌。

<p>個案於術前 5/15 有做電腦斷層的檢查，因為術前有接受兩次 4 循環的術前輔助性化療，藥物分別為 Taxotere 和 Epirubicin，發現乳房左上象限的腫瘤縮小許多。同時左腋下有多個小淋巴結，不排除轉移的可能性。 5/14 術前抽血檢驗，CA153 檢查值為 12.7 U/mL，CEA 檢查值為 0.85 ng/mL。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. 乳房 x 光攝影：可清楚呈現皮膚到深層的乳腺組織，找出無症狀或觸摸不到的初期乳癌。 3. 細針抽吸細胞檢查（FNAC）：影像檢查若懷疑是乳癌，即應以細胞學檢查或組織切片確定診斷。以 21-27 號空針刺入腫塊進行多次抽吸。 4. 切片檢查： <ol style="list-style-type: none"> （1）粗針抽吸細胞檢查：以 14-20 號空真從病灶抽取組織，他比外科切片手術不具侵襲性，準卻率又比 FNAC 高，所以被普遍採用。 （2）手術切片：一般可摸到的硬塊若 < 2cm，可直接將病灶和周圍組織切下，做完整的病理分析，即使結果為癌症，也不需再次的手術。硬塊 > 2cm 時，可先取小部分組織作切片檢查，作為手術方式選擇之評估。 5. 電腦斷層或磁振造影 電腦斷層或磁振造影可以顯示精確的解剖結構、腫瘤大小和位置，以及是否有轉移至淋巴結。 6. 實驗室檢驗 <ol style="list-style-type: none"> （1）腫瘤標記：CA153 正常值應 < 15~30U/mL，CEA < 4ng/mL（王等，2018）。
<p>II. 症狀 個案於 2021 年 9 月一天洗澡時她發現左乳房上方有一個大概 2 公分的腫塊，同時界限明顯、硬度大。當時他前往診所看診，醫師建議繼續追蹤腫塊的情況。直到 2022 年 9 月健康檢查通過乳房超音波發現腫塊增大到 6 公分，表面不規則、硬度大且無法移</p>	<p>與乳癌相關的可見表徵包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> （1）腫塊：最常見的主訴，惡性腫塊會較硬，且與周圍組織界限明顯。 （2）橘皮樣外觀：侵犯真皮、皮下組織、淋巴管。 （3）兩側乳房不對稱 （4）紅斑、水腫、水泡、潰瘍

<p>動，表皮無紅腫、腫脹或任何皮膚變化。入長庚醫院門診後經由乳房超音波、乳房 X 光攝影確立為左側侵襲性乳管癌，腫瘤局部病變加大，限於原發器官，擴散至淋巴結，無遠端轉移，臨床分期屬第三期乳癌。觀察個案術後乳房情況為左側乳頭凹陷，代表癌細胞可能已侵犯左乳頭下方，左乳頭上方有一個 7 公分的傷口，左腋下有個 5 公分的傷口，左胸有一個負壓真空引流球協助引流。</p>	<p>(5) 腋下淋巴結腫大：大多表示乳癌已轉移至腋下淋巴結。</p> <p>(6) 乳頭滲液或出血：癌細胞侵犯乳頭下方的主要管道，可經乳頭瘤出血樣分泌物。</p> <p>(7) 乳頭凹陷：原本正常變凹陷時代表癌組織可能已侵犯乳頭下方。</p> <p>一但觸摸到腫塊，須馬上讓病人去做診斷性乳房 X 光檢查和超音波檢查 (Elyse J&Watkins.,2019)。</p>										
<p>III. 危險因子</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 乳癌家族史 個案主訴無乳癌的家族史。 2. 良性乳房疾病 個案無罹患良性乳房疾病的病史。 3. 第一次生育年齡 個案尚未生育。 4. 停經年齡 個案尚未進入更年期，尚未停經。 5. 初經年齡 個案的初經年齡為 12 歲。 6. 肥胖 個案的身高為 156.1 公分，體重為 78.1 公斤，BMI 為 32.1 kg/m^2，$\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$，即屬肥胖。 7. 哺餵母乳 個案尚未生育，無哺喂過母乳。 8. 女性賀爾蒙補充治療 個案沒有做過相關女性賀爾蒙的補充治療。 9. 服用口服避孕藥 個案無服用過口服避孕藥的經驗。 10. 抽菸 個案無抽過菸 11. 喝酒 個案無喝酒的習慣。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 乳癌家族史 罹患乳癌的年紀越小，其一等親罹患的危險度就高。 2. 良性乳房疾病 停經前後曾經罹患良性乳房疾病且有非典型細胞增生者，罹患乳癌的危險度增加 3 倍以上。 3. 第一次生育年齡 尚未停經之婦女越晚生第一胎，罹患乳癌的危險度越高。 4. 停經年齡 停經年齡越晚，罹患乳癌的機會越大。 5. 初經年齡 初經年齡越晚，罹患乳癌的危險度越低，初經年齡大於 14 歲才有較顯著的保護作用。 6. 肥胖 <table border="1" data-bbox="815 1585 1342 1928"> <thead> <tr> <th>體重是否正常</th><th>BMI 範圍</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>體重過輕</td><td>$< 18.5 \text{ kg/m}^2$</td></tr> <tr> <td>健康體重</td><td>$18.5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 24$</td></tr> <tr> <td>體重過重</td><td>$24 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 27 \text{ kg/m}^2$</td></tr> <tr> <td>肥胖</td><td>$\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$</td></tr> </tbody> </table>	體重是否正常	BMI 範圍	體重過輕	$< 18.5 \text{ kg/m}^2$	健康體重	$18.5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 24$	體重過重	$24 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 27 \text{ kg/m}^2$	肥胖	$\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$
體重是否正常	BMI 範圍										
體重過輕	$< 18.5 \text{ kg/m}^2$										
健康體重	$18.5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 24$										
體重過重	$24 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 27 \text{ kg/m}^2$										
肥胖	$\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$										

	<p>停經前肥胖的婦女，罹患乳癌的危險度並沒有顯著增加，停經後的肥胖則有較顯著作用。</p> <p>7. 哺餵母乳 停經前罹患乳癌與哺餵母乳沒有顯著相關，對於停經後才罹患癌有較顯著的保護作用。</p> <p>8. 女性賀爾蒙補充治療 研究發現，只要有補充女性賀爾蒙，不論時間長短，罹患乳癌的危險度就會增加。</p> <p>9. 服用口服避孕藥 第一次懷孕前使用口服避孕藥超過 4 年者或第一次服用口服避孕藥的年齡小於 25 歲者，其罹患乳癌的危險度會增加。</p> <p>10. 抽菸 曾經抽菸者、目前有抽菸者及大量抽菸者，均和乳癌無關。</p> <p>11. 喝酒 喝酒不會增加乳癌的危險度，但若有乳癌家族史的婦女且有每日飲酒的習慣，反而會增加罹患乳癌的機會（Elyse J&Watkins.,2019）。</p>
<p>IV. 治療</p> <p>病人選擇的治療方式為術前先執行輔助性化療使腫瘤縮小，使用的藥物分別為 Taxotere 和 Epirubicin，個案主訴接受化療期間食慾較不好，較容易噁心嘔吐且較容易感覺疲憊。化療後再接受乳房保留手術和腋下淋巴結清除術，術後再接受放射線的輔助性治療。</p>	<p>乳癌的治療，包括放射線治療、化學治療、賀爾蒙治療。治療方式取決於病灶大小、激素受體接受性，是否存在轉移、病人年齡和病人偏好（Elyse J&Watkins.,2019）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 手術： <ul style="list-style-type: none"> （1） 乳房保留手術：切除局部病灶，術後可加上全乳房放射治療等輔助治療，除了可減低手術對外觀的影響，也可避免邊緣殘留癌細胞復發。適用於腫瘤小於 3~5cm，腫瘤不位於乳頭或乳暈下方，且無多發性病灶的第一、二期乳癌。

	<p>(2) 乳房根除術：切除整個乳房組織、大小胸肌及所有腋下淋巴結。因切除範圍大，術後易造成上臂水腫、肩關節運動障礙、局部不美觀，且術後病人存活率並未優於改良型乳房根除術，因此在台灣除了極少數已侵犯至胸肌的病例外，幾乎全為改良型乳房根除術所取代。</p> <p>(3) 改良型乳房根除術：最常使用的手術方式，與乳房根除術不同的是只除去胸大肌膜，保留胸大肌，可保留大部分肩關節的活動功能，且存活率與乳房根除術無差異。</p> <p>(4) 腋下淋巴結廓清術：腋下淋巴結被癌細胞侵犯顆數越多，復發機會越大，其為乳癌分期、預後與選擇輔助治療方式最重要的指標之一。腋下淋巴結清除顆數越多，日後局部淋巴水腫、肩部活動受限等合併症就越嚴重。目前發現淋巴結呈跳躍式轉移的機率極少，所以前哨淋巴結為陽性時則行全腋下淋巴結切除，若為陰性則不需作廣泛的腋下淋巴結切除術，可避免過度摘除腋下淋巴結所引發的副作用（王等，2018）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 化學治療：化療取決於激素受體狀態，HER2 受體狀態、有無轉移性疾病以及 OncoType DX 基因檢測法評分結果。局部晚期的疾病和三陰性乳癌通常採用術前的輔助性化療。 <p>化療藥物：</p> <p>(1) Doxorubicin：引起明顯的噁心嘔吐、腹瀉和疲勞。有些婦女</p>
--	--

	<p>會出現指甲變色、尿液眼淚和汗水也會變成淡紅色。</p> <p>(2) Cyclophosphamide：導致嗜中性球減少、脫髮和噁心嘔吐。</p> <p>Paclitaxel：導致嗜中性球減少、脫髮、關節痛、肌肉痛、周圍神經病變和粘膜發炎 (ElyseJ&Watkins.,2019)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 賀爾蒙治療： 芳香環酶抑制劑和選擇性雌激素受體調節物 (SERMs) 可用於非轉移性雌激素和黃體激素受體陽性乳癌的治療。選擇性雌激素受體調節物 (SERMs) 用於絕經前的患者，目前對受體陽性乳癌患者的建議是使用 SERMs 5 年，再使用芳香環酶抑制劑 5 年 (Elyse J. Watkins, 2019)。 ● 放射線治療：通常依據腫瘤大小、侵犯多少淋巴結等來決定是否須作放射線治療及界定治療範圍。劑量是 5 週內給予 4500~5000cGy，以消滅殘存的癌細胞，降低局部再發機率。因此，若採乳房保留手術或腫瘤位於乳房中央或內側部位、腫瘤大小在 5cm 以上(含 5cm)、乳癌侵犯皮膚或附近肌肉組織、腋下淋巴結有 4 個以上(含 4 個)受到癌細胞侵犯及可摸到鎖骨上淋巴結，宜在術後 3~6 週開始給予放射線輔助治療，以降低局部再發的可能性 (王等, 2018)。
<p>V. 護理</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 健康問題 <p>1. 增進營養的準備度</p> <p>個案於 0516 術後第一天詢問營養攝取相關的問題，如「我需要吃什麼嗎？」、「有什麼食物不能吃嗎？」。</p>	<p>1. 衛教營養攝取：</p> <p>(1) 手術治療前後：應選擇高蛋白質的食物及增加維生素 A、C、鋅及鐵之攝取以促進傷口的癒合。在食物選擇方面，動物性蛋白質來源如:牛、羊、豬、雞、</p>

<p>觀察個案對術後營養攝取方面的知識較不足，所以對他進行相關的衛教，例如適當的熱量攝取避免肥胖，選擇高蛋白質、高維他命、高鋅、高鐵的食品促進傷口癒合。個案聽完後表示理解，並能舉例相關的食品。觀察個案能確實攝取營養食品，如魚湯、豆漿、豆乾、豬肝麵等作為營養的補充來源。</p> <p>2. 身體活動功能障礙</p> <p>因個案入院執行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除，術後因傷口疼痛情形引起身體活動功能障礙，同時須教導避免淋巴水腫問題的發生，因此有衛教個案左手採取禁治療，勿穿戴緊身衣物、手錶或手飾、背皮包。胸罩鬆緊適度，不要有鋼絲。不要提重物，還需保護皮膚維持皮膚完整性。個案管理師也於 05/16 告知個案術後相關的復健運動，手術後 24 小時內可做握拳、放鬆、轉手腕及伸展手腕等簡單活動；手術後 24 小時後每隔 1~2 小時可加做手肘屈曲、伸展、內旋及外旋運動；手術後 1~2 天儘可能早期下床活動，可開始從事自我照顧之活動，如刷牙、洗臉、梳頭等；引流管移除後，在醫師的准許下開始執行肩關節活動範圍較大的運動，如爬牆、轉繩、滑繩、鐘擺。經過衛教之後，個案能確實遵守術後禁忌，同時能確實執行術後運動，並且無不是情況發生。</p> <p>3. 潛在危險性手術部位感染</p> <p>因個案入院執行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除，皮膚完整性受損，同時個案於術後第一天詢問傷口照護</p>	<p>魚、蛋、乳製品等，植物性蛋白質來源如:黃豆及其製品(豆干、豆腐、麵腸、素雞等)。</p> <p>(2) 化學治療或放射線治療：副作用包括輕微的皮膚刺激、噁心、腹瀉、嘔吐、食慾降低和疲倦，大部份的副作用在治療結束後會消失，飲食的建議應著重在減少副作用，如腹瀉、噁心、嘔吐、食慾降低時，飲食如何提供以達到營養需求。</p> <p>(3) 營養治療：</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ 熱量需求：鼓勵病人維持 BMI 在 18.5-24 kg/m²，建議熱量以體重 25-30 大卡/公斤/天為基礎。而其所需要的熱量，應視情況，如年齡、身高、體重、肌肉量、活動程度、治療期間有否發燒、體重 是否有減輕以及血液生化檢驗結果而進行調整。 ✧ 碳水化合物：比例建議為< 55%(占總熱量)，建議碳水化合物之食物選擇以營養素密度較佳的原型食物為優先，如:燕麥、糙米、五穀、全麥、蕎麥等 ✧ 脂肪：脂肪比例建議為<30%(占總熱量)，對於一般癌症病人建議，若病人具體重減輕且合併血糖控制不良，可適度增加脂肪攝取比例，以利血糖控制，而在食物選擇方面，可選擇具有較高比例 Omega-3 多元不飽和脂肪酸及 Omega-9 單元不飽和脂肪酸來源的油脂，如:橄欖油、苦茶油、大豆油、
--	---

<p>的相關問題，因此有對個案施行傷口引流管護理的衛教，如棉棒的使用方法、換藥的備物清單、真空負壓引流球的傾倒方法等。個案聽完衛教後表示理解，並能完整地複誦且回示教。</p>	<p>芥花油、亞麻籽油等。</p> <p>✧ 蛋白質：攝取建議為 1.2-1.5 g/kg/day，可避免肌肉減少性肥胖，老年癌症病人建議為 1.2-1.5 g/kg/day，正常腎功能患者，可達 2.0 g/kg/day，對於急性或慢性腎功能不全者，每日蛋白質不宜超過 1.0-1.2 g/kg/day。蛋白質食物選擇建議以飽和 脂肪含量低者，且以豆類、白肉(如魚類、家禽類)為優先考慮，因多數研究發現紅肉與乳癌風險呈正相關，每週紅肉攝取量不宜超過 500g。</p> <p>✧ 異黃酮：異黃酮具有抗癌作用及類似雌激素的效用，因此每天攝取合理量的全大豆食品對乳癌患者有好處，同時避免補充大豆蛋白和異黃酮分離物。</p> <p>✧ 膳食纖維：建議攝取量為 25-30 g/day，天天五蔬果(每天至少攝取 3 份蔬菜及 2 份水果)是不夠的，須再加上全穀類，如:全麥、雜 糧、糙米飯、五穀飯等。此外，蔬果中亦含有天然的抗氧化因子(維生素 A、C、E 以及胡蘿蔔素，微量的礦物質 硒、鋅、錳等)和植物性化學成分 (如多酚類、類黃酮素、植物固醇、蔥蒜素等)。</p> <p>✧ 若沒有特殊情況，不鼓勵攝取高劑量的微量營養素，且避免使用單一高劑量的維生素或礦物質（黃等，2020）。</p>
---	--

	<p>2. 衛教預防淋巴水腫的方法：</p> <p>(1) 避免會限制淋巴液回流的行為：患肢禁量血壓或長期處於下垂狀態，勿穿戴緊身衣物、手錶或手飾、背皮包。胸罩鬆緊適度，不要有綱絲。</p> <p>(2) 患肢避免從事增加淋巴液生成的活動：如過度勞累(如提重物、推拉重物、舉重)或深部按摩。溫度上升會使血管擴張，可能會增加淋巴液產生，宜避免高溫日曬、蒸汽浴、泡溫泉、患肢熱敷等。氣壓較低易使水腫惡化，搭飛機時宜穿戴壓力手套或用繃帶纏繞壓迫。</p> <p>(3) 保護皮膚，避免皮膚有傷口及感染：保持皮膚清潔，勿用過冷或過熱的水清洗，洗後擦乾，尤其是皮膚皺褶處。患肢皮膚可塗抹無香料之水溶性乳液，避免皮膚乾燥、龜裂。患肢禁止注射、抽血、針灸、放血或進行侵入性治療，避免針刺、刮傷、燒燙傷。在廚房或花園工作時戴保護性手套，剪指甲時要避免受傷。戶外活動注意防曬，擦防蟲液以避免被昆蟲咬傷，若被叮咬可擦消炎藥膏（王等，2018）。</p> <p>3. 教導術後恢復運動：</p> <p>(1) 手術後返室，患側手臂肘微曲並以枕頭支托，使肘高於肩、手部高於肘。</p> <p>(2) 手術後 24 小時內可做握拳、放鬆、轉手腕及伸展手腕等簡單活動。</p> <p>(3) 手術後 24 小時後每隔 1~2 小時可加做手肘屈曲、伸展、內旋及外旋運動</p>
--	---

	<p>可利用橡皮球做握球運動，但注意肩關節不能外展，以免妨礙傷口皮瓣附著癒合。</p> <p>(4) 手術後 1~2 天儘可能早期下床活動，體力佳者甚至當日即可下床，以促進傷口癒合，下床時以三角巾支托手臂，可開始從事自我照顧之活動，如刷牙、洗臉、梳頭等。若植皮瓣或縫合之傷口感到很強之牽拉時，這些運動應予限制。</p> <p>(5) 引流管移除後，在醫師的准許下開始執行肩關節活動範圍較大的運動，如爬牆、轉繩、滑繩、鐘擺、舉桿…等運動。最初每日 2~4 次，每次 10~20 分鐘，循序漸進增加次數及頻率，以不感覺疼痛為主，直到手臂活動度如同術前一般，若術後接受放射線治療，運動最好持續 2 年，甚至終身（王等，2018）。</p> <p>4. 教導傷口護理：</p> <p>(1) 傷口放置引流球，引流傷口血水及分泌物時，引流球需維持負壓引流(呈壓扁狀態)，引流管以透氣紙膠井字型固定，且避免拉扯或壓折。</p> <p>(2) 引流液顏色會由紅逐漸變淡黃，且逐漸減少，引流液量多時隨時傾倒引流球，量少時至少每日傾倒一次，應記錄傾倒的時間、引流量及顏色，並於回診時提供醫師作為拔管時機之參考。若</p>
--	---

	<p>引流管傷口周圍皮膚紅、腫、熱、痛或有異常分泌物、引流量突增或發燒等情形，需立即回診。</p> <p>(3) 傷口若不需拆線，傷口黏貼的紙膠或美容膠帶需與手術傷口垂直，若無滲液或脫落則每週更換一次即可，通常持續黏貼 3~6 個月，可使傷口美觀並減少疤痕增生（王等，2018）。</p>
--	--

八、 檢查及治療分析

● 檢驗

項目/日期	05/14	目的	正常	異常判讀
CA153 腫瘤標記	9.8 U/mL	監測乳癌和治療的追蹤。	< 30 U/mL	<p>↑：肝硬化、自體免疫疾病、卵巢和乳房良性及、肺癌、結腸癌、胰臟癌</p> <p>↓：治療為有效的</p> <p>CA153 數值顯示正常，代表個案的治療對腫瘤產生有效的影響。</p>
CEA 癌胚胎抗原	3.17 ng/mL	監測乳癌和治療的追蹤。	≤ 6.5 ng/mL	<p>↑：結腸直腸癌、胰臟癌、肺癌、肝硬化、慢性肝炎、吸菸</p> <p>↓：治療為有效的</p> <p>CEA 數值顯示正常，代表個案的治療對腫瘤產生有效的影響。</p>
WBC 白血球	6.4/uL	術前常規檢查，檢查有無白血球上升的情況。	3.9-10.6 1000/uL	<p>↑：感染、炎症、免疫疾病、腫瘤</p> <p>↓：病毒感染、藥物反應、骨髓抑制</p> <p>白血球數值顯示正常。</p>

RBC 紅血球	3.94 million/uL	術前常規檢查，檢查有無貧血。	4.5-5.9 million/uL	<p>↑：缺氧、腎疾病、多發性骨髓瘤</p> <p>↓：缺鐵性貧血、維生素缺乏、失血、骨髓疾病</p> <p>因有接受術前輔助性化療，化療會引起骨髓抑制使得紅血球偏低。</p>
Hb 血色素	11.7 g/dL	術前常規檢查，檢查有無貧血。	13.5-17.5g/dL	<p>↑：肺部疾病、腎疾病、多發性骨髓瘤、心衰竭、嚴重燒傷</p> <p>↓：貧血、失血、腎疾病、慢性疾病</p> <p>因有接受術前輔助性化療，化療會引起骨髓抑制使得血色素偏低。</p>
Hct 血比容	37.2% L	術前常規檢查，檢查有無貧血。	41-53%	<p>↑：紅血球增多症、脫水、肺部疾病、腎疾病</p> <p>↓：貧血、懷孕、出血</p> <p>因有接受術前輔助性化療，化療會引起骨髓抑制使得血比容偏低。</p>
MCV 平均紅血球體積	94.4 fL	術前常規檢查，檢查有無貧血。	80-100fL	<p>↑：缺乏葉酸和維生素 B12、酒精中毒、肝臟疾病</p> <p>↓：缺乏鐵、骨髓疾病、慢性疾病、重度失血</p> <p>平均紅血球體積數值顯示正常。</p>
MCH 平均紅血球血紅素量	29.7 pg/cell	術前常規檢查，檢	26-34pg/cell	<p>↑：缺乏葉酸和維生素 B12、酒精中毒、肝臟疾病</p>

		查有無貧血。		↓：缺乏鐵、骨髓疾病、缺乏運鐵蛋白、重度失血 平均紅血球血紅素量數值顯示正常。
MCHC 平均紅血球血紅素濃度	31.5Hb/dL	術前常規檢查，檢查有無貧血。	31-37gHb/dL	↑：脫水、遺傳性疾病 ↓：貧血、肝病、腎病 平均紅血球血紅素濃度數值顯示正常。
MPV 平均血小板容積	9.8 fL	術前常規檢查，檢查有無貧血。	8-12 fL	↑：感染、骨髓疾病 ↓：血小板減少、藥物影響 平均血小板容積數值顯示正常。
RDW 紅血球體積分佈寬度	15.5% H	術前常規檢查，檢查有無貧血。	11.5-14.5%	↑：貧血、慢性疾病、腎臟疾病、糖尿病、癌症 ↓：球型溶血性貧血因有接受術前輔助性化療，化療會引起骨髓抑制使得紅血球大小不一。
Platelets 血小板	265/uL	術前常規檢查，檢查有無血小板減少的情形與監測凝血功能。	150-400 1000/uL	↑：缺鐵性貧血、急性出血、溶血、感染、腫瘤、慢性骨髓細胞性白血病 ↓：骨髓抑制、過敏、自體免疫疾病、感染、瀰漫性血管內凝血、脾臟腫大 血小板數值顯示正常。
PDW 血小板分布寬度	11.0 fL	術前常規檢查檢查有無血小板減少的	9.2-15.6fL	↑：缺鐵性貧血、血小板病變 ↓：大量輸血、藥物引起、骨髓抑制、紅

		情形與監測凝血功能。		斑性狼瘡 血小板分佈寬度數值顯示正常。
Segment 多型核白血球	69.5 %	術前常規檢查，監測免疫系統。	42-74%	↑：細菌感染、骨髓增生異常 ↓：病毒感染、藥物影響、骨髓抑制 多型核白血球數值顯示正常。
Lymphocyte 淋巴球	21%	術前常規檢查，監測免疫系統與有無感染。	20-56%	↑：病毒感染、免疫系統疾病、慢性淋巴細胞白血病 ↓：免疫抑制、細菌感染、淋巴瘤 淋巴球數值顯示正常。
Monocyte 單核球	5.6%	術前常規檢查，監測免疫系統。	0-12%	↑：細菌感染、自體免疫疾病 ↓：骨髓抑制、病毒感染、白血病、使用類固醇 單核球數值顯示正常。
Eosinophils 嗜酸性球	3.6%	術前常規檢查，監測免疫系統。	0-5%	↑：過敏、寄生蟲感染、尋麻疹、惡性貧血、淋巴瘤 ↓：感染、服用類固醇 嗜酸性球數值顯示正常。
Basophils 嗜鹼性球	0.3%	術前常規檢查，監測免疫系統。	0-1%	↑：過敏 ↓：感染、腎上腺皮質激素類藥物、免疫系統疾病 嗜鹼性球數值顯示正常。
PT 凝血酶原時間	11 sec	術前常規檢查，檢	10-13sec	↑：肝臟疾病、缺乏維生素 K、服用抗凝

		查凝血功能。		血劑、瀰漫性血管內凝血 個案的 INR 值為 1.0。凝血酶原數值顯示正常。
Glucose PC 飯後血糖	134	術前常規檢查，監測血糖的控制情況。	≤ 140 mg/dL	↑：糖尿病 ↓：使用胰島素 飯後血糖數值顯示正常。
HBsAg B 型 肝炎病毒表面抗原	0.43	術前常規檢查，檢查有無感染 B 肝。	Negative 陰性 (<0.9)	個案無感染 B 肝病毒。
Albumin 白 蛋白	4.45 g/dL	術前常規檢查，檢查有無低蛋白血症。	3.5-5.4g/dL	↑：多無意義、常為水分不足 ↓：急性發炎或腎疾病造成流失、嚴重肝病或營養不良 白蛋白數值顯示正常。
BUN 尿素 氮	11.8 mg/dL	術前常規檢查，檢查有無腎功能不全。	7-25mg/dL	↑：腎絲球過濾率降低、創傷、攝食過多蛋白質 ↓：過量液體攝入、蛋白質攝入減少、肝臟疾病、營養不良 尿素氮數值顯示正常。
Total protein 全蛋白	7.3 g/dL	術前常規檢查，檢查有無低蛋白血症。	6.0~8.0 g/dL	↑：高免疫球蛋白血症 ↓：腸胃疾病引起的蛋白質流失、急性燒傷、腎病症候群 全蛋白數值顯示正常。
Ca 鈣	10.1 mg/dL	術前常規檢查，檢	8.6-10.3mg/dL	↑：副甲狀腺機能亢進

		查有無鈣離子不平衡。		↓：腹瀉、慢性腎衰竭、副甲狀腺機能低下 鈣數值顯示正常。
Creatine 肌酸酐	0.76 mg/dL	術前常規檢查，檢查有無腎功能不全。	0.64-1.27mg/dL	↑：腎絲球過濾率降低、肉類攝取增加、酮酸血症 ↓：肌肉質量減少、發炎、營養不良 肌酸酐數值顯示正常。
EGFR 估計的腎絲球過濾率	>60 mL/m/1.73 m ²	術前常規檢查，檢查有無腎功能不全。	N: ≥60 S3:30-59 S4:15-29 S5:<15 /mL/m/1.73 m ²	↑：慢性肝病、急性腎損傷 ↓：慢性腎臟病、藥物造成的副作用 估計的腎絲球過濾率數值顯示正常。
AST 天門冬氨酸轉胺酶	18	術前常規檢查，檢查有無肝功能不全。	≤34	↑：肝臟功能、心臟功能、肌肉方面的疾病 ↓：心臟、肝臟等器官功能改善 天門冬氨酸轉胺酶數值顯示正常。
ALT 丙氨酸轉胺酶	38 H	術前常規檢查，檢查有無肝功能不全。	≤36	↑：急性肝炎、脂肪肝、肝硬化、急性肝炎、肝癌、阻塞性黃膽 ↓：肝臟功能改善 因有接受術前輔助性化療，化療會引起肝功能指數上升。
ALK-P 鹼性磷酸酶	61 U/L	術前常規檢查，檢查有無肝功能不全。	36-122U/L	↑：常見於肝臟或膽道的疾病、骨病變 ↓：營養不良、乳汁鹼化症候群、惡性貧血 鹼性磷酸酶數值顯示

				正常。
Total bilirubin 總膽紅素	0.3mg/dL	術前常規檢查，檢查有無肝功能不全。	$\leq 1.3\text{mg/dL}$	↑：肝炎、肝硬化、膽管阻塞等、紅血球破壞過多 ↓：營養不良 總膽紅數值顯示正常。
Anti-HCV C 型肝炎抗體	0.040	術前常規檢查，檢測有無感染 C 肝。	Negative (<0.9)	個案無感染 C 肝。

● 檢查

日期	檢查項目	目的	檢查結果	學理判讀及分析
0514	CXR 胸部 X 光	術前常規檢查，以確定病人的身體狀況是否適合接受麻醉以及手術。	<ol style="list-style-type: none"> 心臟大小略微超過正常範圍 雙側肺紋增加 腰椎椎間盤突出伴有小骨刺 胸腰椎有輕微的脊柱側彎 人工血管的底座位於上腔靜脈 	<ol style="list-style-type: none"> 個案因有接受術前的輔助系化療，化療引起骨髓抑制，造成個案的紅血球、血色素和血比容偏低，同時紅血球體積分佈寬度偏高，這時心臟的工作負荷會增加，以代償紅血球攜氧能力下降的情形，長時間的代償作用造成心肌略微肥大。 肺泡組織極薄而且充滿空氣，因此在胸部 X 光片上呈現黑色的背景，而肺紋則是 X 光片上所見之白色條紋，通常代表肺部的血管。肺紋增加經常在一般體檢的胸部 X 光片報告中出現，然而這樣的描述偏於主觀，不甚精確。如果沒有任何咳嗽等症狀，通常是可以加以忽略的。觀察個案無咳嗽等呼吸道症狀，同時身評視診無異常，觸診時無壓痛，叩診時雙側肺野為反響音且聽診時無異常呼吸音。 因年齡、姿勢不正確、肥胖、

				<p>腹肌背肌肌力不足等原因，使脊椎在長期承受反覆不當的活動時，常會使關節部位的骨骼及軟組織過度磨損，而造成椎間盤軟骨漸漸失去水分與彈性，導致椎間盤退化變形，造成纖維環龜裂，其內部髓核往外突出，此稱為椎間盤突出。骨刺是骨骼末端或邊緣出現骨質增生的結果，也稱為骨贅、骨疣或骨質增生，常發生在兩塊骨骼的交界關節處，醫學上或稱為骨性關節炎，常因為正常老化、不正確的姿勢等因素導致中間的軟骨出現磨損、破壞。因個案有肥胖問題，同時觀察個案玩手機時常有姿勢不正確的問題造成有椎間盤退化伴隨骨刺的情況發生</p> <p>4. 脊椎側彎是脊椎管偏離身體中軸和旋轉造成的畸形，且 cobb 氏角超過 10 度以上，以胸椎和腰椎最常見。好發於有家族史、青春期、女性和瘦長體型者及老年人。原因可能為姿勢不良、先天骨骼發育缺陷、或是神經肌肉疾病等等。觀察個案玩手機時較容易有姿勢不良的情形，可能是造成輕度脊椎側彎的原因。</p> <p>5. 人工血管是內植式中央靜脈導管的簡稱。人工血管的構造包含注射底座及導管，需經由外科手術植入體內，通常放置在鎖骨下方前胸處，其導管則會沿著大血管到達心臟。使用對象為接受靜脈化學治療者、需重複輸血與注射藥物者、需持</p>
--	--	--	--	---

				續注射全靜脈營養輸液者等。 因個案有接受化學治療，需置 放人工血管，導管位於上腔靜 脈。
0514	EKG 心電 圖	術前常 規檢 查，以 確定病 人的身 體狀況 是否適 合接受 麻醉以 及手 術。	心率正常，正 常心電圖。	個案的心電圖顯示無異常。
0515	CT 電腦 斷層	檢測腫 瘤情況	乳房左上象限 中一個大小為 2.9 公分乘 2.3 公分的腫塊， 比之前的尺寸 稍小。左腋下 有多個小淋巴 結，不能排除 轉移的可能 性。右鎖骨下 有一個小結 節，排除良性 肉芽腫。	個案入院診斷為左側侵襲性乳管 癌，臨床分期為腫瘤局部病變加 大，限於原發器官，擴散至淋巴 結，無遠端轉移。術前有接受 2 次 的輔助性術前化療，電腦斷層結果 顯示腫瘤有縮小的情形。

● 治療

日期	治療	目的
5/14	生命徵象照常規測量	生命徵象可以反應身體 目前的狀況，當任何一 項不在正常範圍內，即 代表身體某部位正發生 問題。注意生命徵象的 變化，可以提早接收到 身體發出的警訊。

5/14	左手禁治療	因個案手術的部位為左乳房與左腋下淋巴結，同時須避免治療影響淋巴液回流。
5/14	禁食	因個案於 5/15 需進行手術，手術過程中會放置氣管內管以利呼吸，如胃內充滿食物容易嘔吐噎咳造成吸入性肺炎，所以才須採空腹進入開刀房。
5/14	點滴滴注 D0.225s 80cc/小時	因術前禁食，需使用含葡萄糖和生理食鹽水的溶液補充禁食時所需的水分、熱量和電解質。
5/15	記錄生命徵象每 4 小時 3 次，後每 8 小時 1 次	因手術後可能產生相關的合併症，可利用監測生命徵象評估有無出血、休克及肺擴張不全等問題，才能即時給予處置。
5/15	記錄負壓真空引流球每 8 小時一次	負壓真空引流球可引流組織液，促進傷口癒合，同時可觀察引流液的顏色追蹤傷口的修復情況與有無發生感染。
5/15~ 5/16	乾紗+散紗加壓→乾紗+彈繃加壓	因個案執行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除術，術後需加壓止血、預防腫脹，避免血清腫的發生，同時加壓可促進淋巴液回流。

九、 健康問題

序位	開始日期	問題	導因	解決日期	再出現日期
1	05/15	焦慮	術前對傷口的情形與復原感到焦慮、術後	尚未解決，因個	

			為引流管和傷口的照護感到焦慮，因缺乏支持系統協助他換藥。	案出院時傷口未完全復原，同時仍攜帶著負壓真空引流球。	
2	05/15	組織完整性受損	因個案於 05/15 執行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除術。	尚未解決，因個案數後傷口尚未復原。	
3	05/16	急性疼痛	因手術後皮膚完整性改變和於左胸有放置引流管。	尚未解決，因個案數後傷口尚未復原，但疼痛指數已下降，0516 為 6 分，0517 為 3 分。	
4	05/16	穿著自我照顧能力缺失	因個案術後傷口有急性疼痛的情形。	尚未解決，因個案數後傷口尚未復原。	
5	05/16	沐浴自我照顧能力消失	因個案術後傷口有急性疼痛的情形，同時術後傷口需保持乾燥。	尚未解決，因個案數後傷口尚未復原。	
6	05/16	身體活動功能障礙	因個案術後傷口有急性疼痛的情形，同時因施行左側部分乳房切除及腋下淋巴結清除術的關係需避免過度使用左手影響淋巴	尚未解決，因個案數後傷口尚未復原。	

			回流。		
7	05/16	增進營養的準備度	營養攝取方面知識較不足。	05/18	無
8	05/16	增進知識的準備度	術後照護知識較不足。	05/18	無
9	05/16	潛在危險性手術部位感染	因手術皮膚完整性改變。	尚未解決，因個案出院時傷口未完全復原，同時仍攜帶著負壓真空引流球。	

十、護理計劃

主客觀資料	資料分析	護理問題／導因	目標	護理活動	評值
<p>S1(5/16)：晚上有點痛，昨天晚上睡得不好</p> <p>S2(5/16)：管子只要拉扯到就會痛，疼種指數 6 分</p> <p>S3(5/16)：引流管的傷口有點痛，疼種指數 6 分</p> <p>S4(5/16)：引流管需</p>	<p>S:</p> <p>1. 食慾改變：S6、O4</p> <p>2. 表達性行為：S1、S2、S3、S4、S5、O2、O4</p> <p>3. 臉部的疼痛表情：O2、O4</p> <p>4. 防衛行為：O2</p>	<p>急性疼痛導因於：</p> <p>1. 左側部分乳房及腋下淋巴結清除術和引流管放置造成的損傷</p>	<p>1. 5/16：能主動說出對疼痛的感受</p> <p>2. 5/17：可執行非藥物緩解疼痛的方法至少 2 種</p> <p>3. 5/18：住院期間傷口和引流</p>	<p>1-1 說明疼痛數字量表，鼓勵個案說出疼痛情形，並評估位置、性質、持續時間和疼痛指數</p> <p>2-1 衛教舒適臥位，可採取半坐臥姿勢緩解疼痛，同時可利用枕頭做適當</p>	<p>5/16：個案能說出引流管牽扯時的疼痛指數為 6 分，為撕裂痛並且持續 3 分鐘。</p> <p>5/17：個案能利用舒適臥位改善疼痛，如利用半坐臥和枕頭適當支託，還能</p>

<p>要放幾天？我怕扯到會很痛</p> <p>S5(5/16)：左手會感覺脹脹痛痛的</p> <p>S6(5/16)：因為手術完有點痛有點不舒服，我早上只吃了半碗粥。</p> <p>O1(5/15)：於 5/15 執行左側部分乳房及腋下淋巴結清除術</p> <p>O2(5/16)：觀察個案躺在床上，皺眉且有警覺性</p> <p>O3(5/15)：於 21:47 依醫囑給予 morphine 注射 0.8PC</p> <p>IM PRN</p> <p>O4(5/16)：觀察個案換藥時緊閉雙眼、皺眉、手</p>	<p>5. 變換姿勢以減緩疼痛：O6</p> <p>6. 使用標準化疼痛量表，自我陳述疼痛強度：S2、S3</p> <p>P：</p> <p>因現存或潛在性組織損傷所引起不舒服的感受和情緒經驗。此種組織創傷為突然或緩慢發生，從輕度到重度之任何強度，可期待或預測將停止，且持續時間不到 3 個月。</p> <p>E:</p> <p>1. 左側部分乳房及腋下淋巴結清除術</p>		<p>管疼痛指數<3分</p>	<p>的之託</p> <p>2-2 衛教噁嘴式呼吸，以鼻子吸氣後再用嘴巴緩慢吐氣，緩解疼痛</p> <p>2-3 衛教個案可運用轉移注意力的方式緩解疼痛，可做有興趣的事，如個案喜歡看小說和玩遊戲。</p> <p>2-4 換藥時動作小心，避免引流管牽扯</p> <p>2-5 移動和更換衣服時，能適當的固定和支托左肩和左手臂</p> <p>3-1 撕除傷口膠布時，固定皮膚緩慢移除，並請個案進</p>	<p>使用轉移注意力的方法改善疼痛</p> <p>5/18：個案主訴疼痛以緩解，疼痛指數為 1 分，觀察個案無皺眉、緊握手的疼疼反應。</p>
--	---	--	--------------------	---	---

<p>握緊 O5(5/16)： 觀察個案 頻繁更換 姿勢，坐 立不安 O6(5/16)： 左乳上橫 線傷口為7 公分，左 腋下為5 公分，美 容膠黏 貼，傷口 乾淨無滲 液，彈繃 加壓覆 蓋，傷口 處有置放 一個負壓 真空引流 球，當日 引流量為 60ml，為 紅色清澈 無沈澱。</p>	<p>和引流 管放置 造成的 損傷： O1、O6 M: 手術後急 性疼痛是 病人在接 受手術 後，皮膚 及其他組 織中的神 經，因切 割後受到 刺激所引 發。疼痛 程度一般 在術後前1 —2天最強 烈，之後 隨著傷口 癒合而減 輕。病人 實際感受 到的疼痛 強度，會 因傷口大 小、深 度、部 位、是否 合併感染 或發炎、 及病人本 身對疼痛 的敏感度 而有所差 異。</p>			<p>行深呼吸</p>	
--	--	--	--	-------------	--

主客觀資料	資料分析	護理問題／導因	目標	護理活動	評值
<p>S1(5/15)：做這種手術會很痛嗎？</p> <p>S2(5/15)：我怕做完會很痛</p> <p>S3(5/15)：手術完的傷口大概長怎樣啊？</p> <p>S4(5/15)：我對手術有點緊張</p> <p>S5(5/15)：等下要去手術，滿分 10 分的話現在緊張的程度應該有 5 到 6 分</p> <p>S6(5/15)：什麼時候要去手術室？</p> <p>S7(5/16)：之後出院沒有人幫我換藥。</p> <p>S8(5/16)：換藥會很複雜嗎？</p> <p>S9(5/16)：</p>	<p>S：</p> <p>1. 詳查的行為：</p> <p>S1、S3、S6、S8、S9、O2</p> <p>2. 緊張：</p> <p>S4、S5、S6、O2、O3、O4</p> <p>3. 聚焦於自我：</p> <p>S1、S2、S4、S5、S7、S9、O2</p> <p>P：</p> <p>伴隨著自主反應之模糊、不自在的不適或害怕（對個人而言，其來源經常是非特異性或未知的）；一種因預期會</p>	<p>焦慮導因於</p> <p>1.即將施行左側部分乳房及腋下淋巴結清除術的威脅</p> <p>2.出院後傷口照護和引流管的需求未獲得滿足</p>	<p>1. 5/16 前能每天執行 2 次呼吸放鬆技巧</p> <p>2. 5/17 出院前能正確回示教引流管和傷口的照護</p> <p>3. 5/18 個案能表達焦慮程度已減輕</p>	<p>1-1 於每項護理活動前說明目的，並告知如有任何疑惑可隨時提出。</p> <p>1-2 主動關心個案，能以同理角度傾聽，並給予自我回饋及支持。</p> <p>2-1 教導個案執行噉嘴式呼吸，以鼻子吸氣後再用嘴巴緩慢吐氣，緩解焦慮。</p> <p>2-2 教導個案能做自己喜愛的事轉移注意力降低焦慮，如看小說和玩遊戲等</p> <p>3-1 衛教個案傷口和</p>	<p>5/16：個案能主動說出焦慮程度已減低</p> <p>5/17：個案每天能主動執行 2 次正確放鬆技巧</p> <p>5/18：個案能正確執行傷口和引流管的照護，並能說出 3 個促進傷口癒合的食品</p>

<p>引流管會要帶回家嗎？可以在我出院前移除嗎？</p> <p>S10(5/16)：引流管在我腋下這邊我要怎麼換藥啊？</p> <p>O1(5/15)：於 5/15 執行左側部分乳房及腋下淋巴結清除術</p> <p>O2(5/15)：個案對於此次手術表示緊張，不斷詢問相關資訊</p> <p>O3(5/15)：溝通時表情不安且皺眉、雙手緊握且對於術後的狀況感到緊張</p> <p>O4(5/16)：個案看到引流管位於左腋下</p>	<p>有危險而產生的憂心。他是一種危險迫在眉睫的警訊，並促使個人採取措施來處理該威脅。</p> <p>E：</p> <p>1. 即將施行左側部分乳房及腋下淋巴結清除術的威脅：O1</p> <p>2. 出院後傷口照護和引流管的需求未獲得滿足：S7、S8、S9</p> <p>M：</p> <p>焦慮是一種正常的生理和心理反應，當受到現況的威脅和需求未被滿足時，我們可能會感到無力和無助，這</p>			<p>引流管的照護，如於換藥過程中試教，同時使用棉枝、示意圖、傷口照護衛教單張等幫助個案、主要照顧者了解，使能說出照護傷口、引流管的步驟和確實的回示教。</p> <p>3-2 衛教個案促進傷口癒合的營養攝取，如高維他命 c、高鋅、高蛋白等食品。</p>	
---	---	--	--	--	--

的位置 後，感到 緊張不停 地詢問相 關照護資 訊	可能觸發 焦慮的情 緒。焦慮 感可以表 現為身體 上的症狀 （例如心 悸、呼吸 急促）以 及心理上 的症狀 （例如擔 心、煩 躁、無法 集中注意 力）。				
--	---	--	--	--	--

十一、 參考資料

何昭中、姜如珊、張玉珠（2021）• 皮膚系統疾病的護理 • 於廖張京棣、蔡秀
巒總校定，*最新實用內外科護理學上冊*（六版，1-114 頁）• 永大。

黃孜婷、林季宏、侯明鋒、黃孟娟（2020）• 乳癌病人營養建議 • *台灣營養學
會雜誌*，44(2)，41-51。

Watkins & Elyse J.（2019）Overview of breast cancer. *Journal of the American Academy
of Physician Assistants* 32(10),3-17.

實習總心得

● 實習目標評值

在做任何有關護理的相關措施時都需要運用解剖醫學、內外護理等書籍的概念，了解人體的生理病理機轉構造與反應並統合分析。如在乳癌病人照護上，能分析個案日常中的乳癌危險因子及罹患乳癌後個案與支持系統的反應。在和個案建立專業性人際關係時，從開始親切的向病人、家屬打招呼再到後來建立信任感，能放心的讓我測量生命徵象和在老師的陪同下進行給藥、換藥和其他處置；在詢問相關資料時，當個案難以回答問題時我也能自我貢獻相關的疼痛經驗，使能收集到完整資料同時降低個案的焦慮程度。護理過程依序為評估、診斷、計畫、執行、評值，從最初的閱讀病歷了解病人到後面的護理措施都是一步一步的執行，讓個案接受最適當的治療。在聽到個案腹部叩診為過度鼓音時，我能確立個案的健康問題為胃腸蠕動失調，因個案有行腹腔鏡膽囊切除術，此手術因過程中會灌入二氧化碳，同時麻醉劑的影響會造成腸蠕動減慢，相關的護理處置為我能協助個案下床促進腸蠕動，同時能衛教個案減少攝取易產氣的食物。批判性思考是我覺得需要改進的地方，我認為學理方面的實力還不夠堅強，很多時候還無法獨立思考，這方面還多需汲取知識和臨床經驗後加強改進。我認為同理心及尊重關懷個案是我做得較好的地方，從最初的不認識到後面家屬與病人會親切地跟我聊天談話，都是需要彼此關懷和尊重，建立雙向的護理人員和病人間的關係。在執行技術時，一開始的慌張因為一次次的練習中慢慢成長，熟練度也慢慢增加，很多技術還是沒有特別熟練，還需更更加強練習。這次實習中多的是增加了查詢英文文獻證實病理機轉的學習機會，讓我對文獻中的資料有更多的認識，因為資訊不只有課本上可以得到。個案因施行乳癌手術時，因為較不熟悉乳癌的介紹與症狀，我利用文獻查詢，更能快速的掌握此病症的相關資料提供正確的護理措施。臨床實習其實是另外一種更直接檢驗學習成效的一種方式，能更明確的知道自己不會的地方或是哪裡較不熟悉，也能更客觀的發覺自己的優點與需要改進的地方，才能讓自己更進步。實習目的就是為了讓我們了解並且能反思護理人員一整天的角色，讓我們能熟悉日常的作業流程，能對自己的專業工作負責。經由內外二肝膽腸胃科的實習，發現許多課本上的學理經由臨床證實後在記憶裡更加牢固，技術也比之前更加的熟練，也更能開始適應臨床快速的步調，為病人提供更好的專業與照護。

● 總心得

這次在肝膽腸胃外科的實習是第一次接觸到外科的體系，真的感覺跟內科很不一樣，一開始的第一個禮拜還很不適應，緊張和焦慮也讓我做事做得很慌張，擔心我能否勝任並同時能提升個案的照護品質，但更多的時候是想趕快熟悉醫院的流程與日常，期待自己能有所進步和收穫，能深刻體會並了解一個護理師一天的工作，後來我嘗試每天梳理好情緒和整理該做的事項，好像能開始慢慢適應實習的步調了。第一天老師帶我們認識醫院的所有環境與相關的人員還有器材用具的擺放位置，一點一點地讓我們開始熟悉醫院的相關配置與日常的作業，從護理站到庫房再到回收區和汙衣室，老師都帶著我們一步步地從頭開始了解和親手執行。再到選擇個案，從一開始的測量生命徵象和給藥、護理

措施，著手幫助改善個案的健康問題，都讓我對護理有更多的瞭解與學習的機會。

在肝膽腸胃外科的實習讓我學習到很多，不管是學識方面或是人生的方向都有新的認識。一開始在基護的腫瘤病房，我在深刻地接觸到病人的生老病死時，看到他們嚴重的病況時，我是無法接受的，甚至可以說很想逃離護理並打算另求人生的其他道路，我無法接受病床上的痛苦、無法接受家屬的眼淚，更可以說是我無法接受生命的脆弱。在肝膽腸胃外科實習中對象大多都是來施行手術的病人，病人的情況沒有像之前在血液腫瘤病房裡那樣嚴重，之前的我沈浸在不捨得病人的痛苦情緒中，就算接受了治療還是沒有進步的無力感每天都嚴重影響我的情緒，在基護實習的我感覺每天都活得很恐慌很不知所措，但在肝膽腸胃外的實習中因為病況較緩和，我更能把心沈靜下來專注在病人的身上，為他們的病情做護理處置、緩和不適，解決病人的健康問題。同時，我深刻的體會到護理不僅僅是協助處置醫學診斷那麼簡單，而是我們打從心底的關懷個案，希望他們能健康並且恢復得更好。從仔細的觀察個案或從與個案、家屬交談的過程中找到他的健康問題，例如我照顧的乳癌個案為有焦慮的問題，這時候我可以從導因開始著手解決，首先了解個案焦慮的原因，再到細心的解釋每項處置、能主動關心個案並提供自我的經驗、提供合適的傷口衛教等都能減輕焦慮程度，我想解決健康問題後能更好的幫助個案的病情並且防止惡化，同時更能提升照護與個案的生活品質。

我對老師在討論會給我們看的影片「小花的味噌湯」有很多感觸。在看到女主角打化療藥時覺得很痛苦但依舊想活下去時覺得很感動，也想到願意讓我們照顧的個案。真的很感謝他們，因為有些措施其實我們還不是很熟練都會做得比老師、學姊慢，就算他們有些許不舒服還是耐心的等候，也都不會覺得不耐煩，反而還鼓勵我們要向老師、學姊學習，成為一個優秀的護理人員；有些個案也會跟我說不要緊張，你很棒，就是要讓你們這些年輕人學習，真的覺得很感謝他們，謝謝他們願意給我們學習的機會！在看到男主角因為治療的花費苦惱時也同時覺得護理的範圍不僅此於個案還需包含個案的照顧者，個案因病情覺得疼痛、不舒服、心裡難受，可家屬照顧個案的責任也是非常大的，不管是金錢、情感、時間等都是一種壓力。當家族裡的一位成員生病時，不僅僅是病患本人很辛苦，同為家人的每一個都很辛苦，不管是生理心理都是一個巨大的打擊。同時，這也提醒了我們照顧者的角色是多麼的重要，他們的貢獻和付出往往被忽視或者被視為理所當然。我們應該尊重和感激他們的努力，給予他們支持和關注，以減少他們的負擔和壓力，我想這也是護理珍貴且有人情的地方。

在肝膽腸胃科實習的每一天都很充實豐富，不管是護理專業上的知識還是心靈上的富足都讓我對護理跟對自己都有全新的認識。很謝謝思穎老師，在護理處置方面都細心且耐心的一步一步教導我們，不厭其煩地為我們解釋處置背後的原因、臨床疾病背後的生理病理機轉、檢驗值背後代表的意義與導因和衛教個案的重要性，還有與病人相處該抱有的專業與態度都讓我受益良多。也謝謝肝膽腸胃外科病房的護理長與學姊們，總是細心的教導我們，交予我們病房常規和處置，告誡我們應小心注意的事項，讓我們能更謹慎小心。同時也謝謝願意讓我們照顧的個案，耐心的讓我們這些實習的護生照顧他們，給予我們學

內外Ⅱ實習 護理四技3年5班43號楊于萱 肝膽腸胃外科 L6B

習的機會！