

照顧一位出血性腦中風患者之手術 全期護理經驗

游尹昀¹ 何瓊華^{*2}

¹台北慈濟醫院護理師

^{*2}經國管理暨健康學院護理系講師

摘要

本文主要協助一位35歲正值青壯年期之男性，因右側枕骨顱內小腦出血，行血塊清除手術之全期護理經驗。護理期間自2015年1月16日至2月6日，筆者與個案及家屬建立良好護病關係外，並藉由會談、身體評估、觀察與查閱病歷方式收集資料，且依手術前、中、後期進行整體性的護理評估，歸納出主要健康問題有：焦慮/與即將面臨手術、手術過程不瞭解及未知的結果有關；潛在危險性損傷/與術中姿勢擺放不當造成神經肌肉血管及皮膚完整性受損有關；腦組織灌流改變/與顱內出血及顱內壓可能上升有關；身體活動功能障礙/與神經肌肉受損有關。筆者針對個案的問題擬訂護理計劃，提供個別性的措施紓解其術前之焦慮情緒，術中隨時注意擺位所成壓迫損傷的發生，以協助個案安全渡過手術期，術後注意顱內壓情形並使其順利進入復建期，適時的教導復健運動，並促進患者日後自我照顧的能力重回到社會。期望藉此護理經驗之分享，以提供日後照護此類個案之參考。

關鍵詞：出血性腦中風、手術全期護理、護理經驗

*通訊作者：何瓊華

Email：hochiunghua@totalbb.net.tw

Perioperative Nursing Experience of Taking Care of a Patient with Hemorrhagic Stroke

Yin-Yun Yu¹ Chiunghua Ho^{*2}

¹R.N. Taipei TZU DHI General Hospital

^{*2}Lecturer, Department of Nursing, Ching- Kuo institute of Management and Health

Abstract

This case report depicted a 35-year-old man who underwent clot removal surgery due to intracranial cerebral hemorrhage in right occipital. The patient was taken care of from January 16 to February 6, 2015. In addition to developing a good patient-nurse relationship with the patient and his family members, the author also used interviews, physical assessment, and observation and review on medical records to collect data. In addition, the author performed holistic nursing assessment before, during, and after the operation, and summarized the main health problems: anxiety, potentially dangerous damage, change in brain tissue perfusion, motor function impairment. The author developed a nursing plan for the health problems encountered by the patient, took individualized measures to relieve his preoperative anxiety, and paid attention to the occurrence of compression injury caused by posture at any time to help the patient go through the operative period safely. After the surgery, the author paid attention to intracranial pressure to enable the patient to successfully enter the rehabilitation stage, instructed him in rehabilitation exercise, and improved his future self-care ability to return to the society. It is hoped that the sharing of this nursing experience can be provided as reference for future care of similar cases.

Keywords: Hemorrhagic Stroke, Perioperative Nursing, Nursing experience.

* Corresponding Author : Chiunghua Ho

Email : hochiunghua@totalbb.net.tw

前言

根據統計民國103年十大死因結果仍以慢性疾病為主，其中腦血管疾病佔據第三，平均每45分鐘就有1人死於腦中風，標準化死亡率為30.4人/每10萬人口(男性：39.2人/每10萬人口、女性：22.4人/每10萬人口)(行政院衛生福利部，2014)，導因於現代生活與飲食型態的改變，造成高血壓患者及腦血管等疾病的機率也相對的增加。本文個案為35歲正值事業打拼黃金時期之男性，因腦中風之發病迅速導致身體活動功能障礙及家庭生活型態改變，且造成國家的醫療負擔增加，此外，年輕型腦中風相關研究少見，故引發筆者做此報告的動機，希望能運用手術全期護理評估，深入瞭解個案及家屬從術前到術後所面臨徬徨無助的身心問題，協助個案能以樂觀的態度去面對疾病所帶來之影響並積極的執行復健運動，減少疾病的併發症，宜藉此護理經驗，提供日後臨床在照顧此類病患之參考。

文獻查證

一、出血性腦中風介紹

腦中風分為缺血性(占87%)及出血性(占13%)腦中風兩種，出血性腦中風包含了顱內出血及蜘蛛網膜下腔出血，發生原因多為高血壓引起(黃等，2013)，而高血壓性腦出血則是指非雙性的腦實質出血(顧、王，2010；喬、壽，2011)；常用診斷檢查為電腦斷層、血管攝影及核磁共振，臨床上的醫療處置為施予降顱內壓、血栓溶解劑、抗血栓等藥物；而外科則以開顱手術、腦室引流、內視鏡手術、裝測ICP儀器或立體定位手術清除血塊及減少腦部壓力(Brouwers & Goldstein, 2012)。患者依受傷程度和阻塞部位不同而有不一樣的臨床表現，如會產生頭痛、噁心、嘔吐、吞嚥困難、失語、意識障礙、自我照顧能力缺失等問題，進而導致有無望感、挫折感與憂鬱之心理問題(吳、李、劉，2012)。

二、出血性腦中風手術全期護理照護重點

手術全期護理是以個案為中心，在個案接受手術前、中、後過程當中，應提供安全的環境，保護個案受到不必要的傷害，並給予有效性的照顧(伍、吳、張、劉，2013)。筆者依文獻統整出血性腦中風手術全期護理照護重點如下：

(一)手術前期的護理重點

手術前期護理為個案決定接受手術開始，直到進入手術室期間，護理人員所給予的護理活動(伍等，2013)。術前擁有越少的手術相關知識，焦慮不安的情緒也就越高(周，2010；朱、曾，2011)。盡早給予術前訪視及衛教，便能減輕個案與家屬心理的焦慮與不安(周，2010；伍等，2013)。提供心理支持及衛教最能減緩術前焦慮與害怕，如深呼吸、轉移注意力及支持系統的運用等(周，2010；任，2012；伍等，2013)。衛教內容可加入圖片至衛教資訊當中，有助於減輕手術前的焦慮(朱、曾，2011；陳、薄、黃、王、簡，2014)。

(二)手術中期的護理重點

手術中期護理為個案被送入手術室直到恢復室為止，這期間除了個案心理焦慮與害

怕，應維護其安全與舒適，室內溫度維持在20-24°C，濕度在30-60%範圍內(伍等，2013)。施和羅(2011)報告顯示，如果手術時間超過2.5到3小時，個案的壓瘡情形便會增加。術中護理人員常將重力施壓在個案上，亦會造成神經損傷的發生(Beckett, 2010)。顱內出血手術採俯臥釘頭姿式，擺位時應注意個案安全；維持病患皮膚完整性；提供受壓部位的保護(伍等，2013；陳、張、張，2013)。

(三)手術後期的護理重點

手術後期護理為個案手術完到恢復室開始觀察到離開恢復室回病房、加護病房或出院回家為止，此護理人員評估出血量之外，受壓部位及末梢循環也是其中之一(伍等，2013)。顱內出血術後若併發腦水腫，則無法拔氣管內管的機率高且脫離呼吸器的困難度增加(Ziai et al., 2012)，降低顱內壓方法為密切觀察生命徵象、意識狀態及顱內變化；依醫囑給予降腦壓藥與利尿劑；減少因發燒產生腦耗氧量；翻身時避免屈曲頭頸；避免侵入性治療與集中護理活動(鄭、陳、刁，2014)。發生中風三個月內行走能力約可以恢復85%，發病後3-6個月有自發性復原的可能，在復健的黃金時期配合治療是不可小覷的(李，2010)。此外得舒飲食(Dietary Approaches to Stop Hypertension；DASH)飲食型態有助於長期抑制高血壓與降低中風機率(Lin et al., 2013)；紀和李(2006)提出，個案術後因血壓高予藥物後仍無法控制腦壓過高時，可輔以音樂治療使腦壓、血壓下降，肌肉也可明顯放鬆使呼吸變得更平順。除此，預防肌肉及關節攣縮；適時翻身；教導使用輔助器具行走；鼓勵獨立運動，執行自我照顧活動；教導個案及家屬預防跌倒之措施(林、安，2010)，運用同理心、傾聽並鼓勵個案表達情緒(何、李，2010)。

另外研究也指出身體制動可能導致每天流失約1.3-3%的肌肉強度，尤其是在制動8小時之後，就會出現攣縮(contractures)及肺活量減少狀況，這也會導致病患有焦慮及憂鬱的負向情緒(Fletcher, 2005)，此時復健護理就成為重要的項目之一，文中也指出急性腦中風個案早一天進行復健，其巴氏量表可增加0.65分，早期復健也可減少續發性合併症及早日重獲日常生活的能力。

個案簡介

一、基本資料

溫先生，35歲，未婚，無女友，大學畢，慣用國語溝通，發病前在某大學擔任網路管理工程師。

二、過去病史及就醫過程

- 2000年因鼻息肉肥厚造成鼻塞不適，鼻竇炎開刀後已治癒
- 2005年因持續性腹痛，做胃鏡檢查後發現胃潰瘍，投藥後已治癒
- 2010年開始服用高血壓藥物，2012年自行停用高血壓藥
- 2015年脂肪肝並未做任何處置
- 2015年1月16日出現出血性腦中風，在家無意識噴射性的嘔吐，時間約30分鐘，意識混亂且手腳抽搐，由家人陪同至急診，Brain CT檢查結果有右側枕骨及後顱顱內出血5.5

公分與水腦情形。故入手術室行血塊清除手術

- 2015年1月16日至1月25日於加護病房觀察
- 2015年1月25日病情穩定後轉至普通病房照護及復健
- 2015年2月6日生命徵象與神經學狀態穩定後出院

三、護理評估

筆者為手術室護理師，護理期間自 2015 年 1 月 16 日至 2 月 6 日，考量筆者工作時間與病患照顧之需求，因此協同病房護理師進行此個案的護理照顧。筆者於休假日進入病房，全責照顧個案；若為上班日，則固定每天 7AM 和 4:30PM 會進入病房與個案護理師互動，主要工作內容為收集個案每天進展的情況，提供管路及傷口護理，給予相關護理指導，追蹤個案復健與自我照顧的情形，並將所得資料與結果紀錄於病歷上；病房協同護理師則負責常規治療，當出現異常狀況，則會與筆者聯繫與討論，進行後續處置。以下依手術前中後期進行護理評估，資料如下：

(一) 手術前期護理評估

身高 171.5 公分，體重 105 公斤，身體質量指數(Body mass index；BMI)值 36，屬重度肥胖。皮膚完整無水腫情形。一天排一次鬆軟成形便，尿液顏色呈淡黃色。無假牙及鬆動的牙齒，咀嚼能力正常。配戴眼鏡，左眼近視 250 度右眼 275 度，中風發病前飲食不正常，經常攝取油炸、高脂、高糖和高鹽食物，無藥物食物過敏，有抽菸喝酒之情形。平時不愛運動，發病前一天工作 12 小時以上，平時睡眠時間約 3-4 小時不等，工作經濟來源由個案工作多年積蓄、投資及存款而來。1 月 16 日個案由案母陪同隨救護車送至本院，有嘔吐、頭痛情況發生，其不斷表示：「我只要一翻身頭就痛，而且已經在家吐了半小時」。TPR：36°C/125 次/分/28 次/分，BP：206/155mmHg，格拉斯哥昏迷指數(Glasgow coma scale；GCS)：E3V4M5，瞳孔大小/ou：3.5(+)，肌力(Muscle power；MP)：雙側上肢與下肢皆 4 分。手術前生化檢查、胸部 X 光正常，超音波探查有脂肪肝，Brain CT 檢查結果有右側枕骨及後顳顱內出血 5.5 公分與水腦情形。備血 PRBC 6U、FFP6U 等候開刀房通知送刀。1 月 16 日術前訪視過程中，談論到手術方面時，個案表情嚴肅、皺眉、眼神飄移不定、緊盯著案母、重覆問一樣的問題，如：會不會死，且沒有笑容，以 10 分視覺類比量表評估焦慮程度為 7 分，並詢問筆者「這手術會開很久嗎？我很擔心，也怕媽媽等太久！」、「我會不會死？」、「像我這樣年紀的人開這樣的刀多嗎？」、「醫生可以跟我解釋開刀的過程嗎？開完刀我身上會有很多管子嗎？因為我對這手術實在不太了解。」、「開完刀我人會在哪裡？」、「醒來會痛怎麼辦？」、「真擔心住院之後家裡的經濟會有困難」。經上述評估顯示，因個案初次接受顱內出血開顱手術，而缺乏對手術過程的相關資訊導致有「焦慮」的健康問題。

(二) 手術中期護理評估

1月16日筆者與個案一同進入手術室行顱內出血開顱手術。手術室內溫度20.2°C，其濕度57%，手術採俯臥釘頭姿勢，術中個案使用氣管內插管之全身麻醉，手術時間共約12小時，手術過程中生命徵象穩定，使用溫毯控制體溫在36-36.5°C、呼吸10-12次/分、脈搏90-100次/分、血壓維持在180/130mmHg、SPO2為100%、GCS：E1VEM1，全程由

麻醉科密切監控中。將個案頭髮剃光並使用Alcohol beta-iodine消毒溶液消毒頭皮，術中失血量約為1800ml，顱內出血量約40ml，共輸血品PRBC6U和FFP6U，置入導尿管尿液順暢無阻塞，顏色為黃色；EVD引流管之引流液為少量淡紅色。術後因水腦嚴重且腦壓高，外科醫師決定不拔氣管內管至加護病房觀察，且未將頭蓋骨蓋回個案顱內，放置JP 7mm引流管並裝測ICP儀器觀察ICP值，ICP值為12mmHg。個案因全身麻醉無法執行自我照護，故此期完全仰賴護理人員，經上述評估個案有「潛在危險性損傷」的健康問題。

(三) 手術後期護理評估

1月16日至25日於加護病房，氣管內管存，1月17日 TPR：37.2/100/20，BP：195/130mmHg，GCS：E2VEM4-5，pupil size/LR：3.5(+)/OU，MP：右側上下肢4分、左側上下肢2分，JP引流管之引流液為250-300ml，淡紅色清澈的液體，ICP值為15-20mmHg。1月18日至20日 BP：175-185/110-130mmHg，JP引流管之引流液為100-150ml，淡紅色清澈的液體，ICP值上升為20-25mmHg，巴氏量表20分。案母訴「我幫他翻身的時候，他都會皺眉而且我問他會不會頭暈，有點頭回答我」。1月25日誌2月6日個案訴「我的左手和左腳抬不起來，而且握拳都沒有力氣」、「我還不能下床，走路都不穩」、「左手和左腳都沒力，都要靠媽媽幫忙，不然都要用健側慢慢協助患側」，1月28日案母在病房外陪同個案，其獨自使用步行輔助器行走100公尺。經上述評估個案有「腦組織灌流改變」與「身體活動功能障礙」的健康問題。

問題確立

綜合以上護理評估，統整並歸納出主要健康問題有：一、焦慮/與即將面臨手術、手術過程不瞭解及未知的結果有關；二、潛在危險性損傷/與因術中姿勢擺放不當造成神經肌肉血管及皮膚完整性受損有關；三、腦組織灌流改變/與顱內出血及顱內壓可能上升有關；四、身體活動功能障礙/與神經肌肉受損有關。針對上述問題，給與護理計劃。

護理措施與評值

一、焦慮/與即將面臨手術、手術過程不瞭解及未知的結果有關(01/16-01/16)

評估資料	S：1/16「這手術會開很久嗎？我很擔心，也怕媽媽等太久！」、「我會不會死？」、「像我這樣年紀的人開這樣的刀多嗎？」、「醫生可以跟我解釋開刀的過程嗎？開完刀我身上會有很多管子嗎？因為我對這手術實在不太了解。」、「開完刀我人會在這裡？」、「醒來會痛怎麼辦？」、「真擔心住院之後家裡的經濟會有困難」。 O：1/16 1.談論到手術方面時，個案表情嚴肅、皺眉、眼神飄移不定、緊盯著案母、重覆問一樣的問題，如：會不會死，且沒有笑容。TPR：36°C/125
------	--

	<p>次/分/28 次/分，BP：206/155mmHg。</p> <p>2.以 10 分視覺類比量表評估焦慮程度為 7 分。</p>
護理目標	<p>1.1/16 開刀前個案能表示對手術相關事項已了解並能說出三項。</p> <p>2.1/16 個案能在入開刀房前說出內心感受，並自述焦慮從 7 分降至 3 分。</p>
護理措施	<p>1.向個案及家屬介紹自己並說明來意，建立護病關係取得信任感，鼓勵個案說出內心之感受。</p> <p>2.告知個案手術全程麻醉科醫療團隊與手術主治醫師及筆者皆會在旁陪伴，給予安全與舒適的環境。</p> <p>3.協同麻醉科醫療團隊及主治醫師向個案及家屬解釋手術情形：將以全麻行血塊清除，術後身上可能放置的管路及轉加護病房之情形，並告知死亡、殘廢的風險及術後之注意事項，同時說明與教導術後需復健及使用輔助器的方法；另外介紹術後止痛的種類及其優缺點讓個案及家屬選擇。</p> <p>4.使用有圖片之術前衛教本和個案與家屬說明。</p> <p>5.運用深呼吸、轉移注意力及聽個案喜愛的懷舊音樂，如：鄧麗君、張學友等歌手以減低其焦慮。</p> <p>6.提供個案與家屬心理支持，並給予成功案例增加信心。此外，評估個案經濟狀況，必要時轉介社工單位。</p> <p>7.告知家屬手術室外的家屬等候區設有影視系統，可以觀察個案之動向，若有任何問題可至刀房門口按鈴詢問。</p>
護理評估	<p>1. 1/16 個案可說出將要進行全麻血塊清除手術，術後會轉加護病房觀察；當緊張時可聽音樂減輕焦慮；表示手術室外的家屬等候區設有影視系統，家人可從那了解動向，有任何問題也可到開刀房按鈴詢問。</p> <p>2. 1/16 開刀前個案表示聽鄧麗君與張學友的音樂真的能夠撫慰人心減少緊張的心情，提出想在手術中及加護病房時聽經典老歌之要求；除此，提供成功的案例及經醫護人員及麻醉科解釋手術相關事宜後，個案表示相信醫療團隊，心情已放鬆一大半，評估焦慮程度從 7 分降至 3 分。1/25 至普通病房後個案表示手術沒想像中可怕，且照著術前訪視的衛教做，焦慮降至 3 分。</p>

二、潛在危險性損傷/與長時間固定不動造成神經肌肉血管及皮膚完整性受損有關 (01/16-01/16)

危險因子	<p>1/16</p> <p>1.肥胖：身高 171.5 公分，體重 105 公斤，BMI 值 36，屬重度肥胖。</p> <p>2.活動受限：行顱內出血開顱手術；手術姿勢採俯臥釘頭，手術時間共約 12 小時。</p> <p>3.麻醉導致的感覺或知覺紊亂：術中個案使用氣管內插管之全身麻醉。</p>
------	---

	4.術中使用 Alcohol beta-iodine 消毒溶液消毒頭皮。
--	--------------------------------------

護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/16 手術後除傷口外其餘皮膚能保持完整、無受損之情形。 2.個案於甦醒後沒有因長時間固定不動而造成神經肌肉血管受損。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.個案未麻醉前，先檢視全身皮膚是否完整。 2.手術室內溫度維持在20-24℃，其濕度應在30-60%範圍內，給予個案舒適及保暖適暖的環境。 3.雙眼使用OP site與OTM黏貼保護避免角膜乾燥，麻醉結束準備將病患翻身時，至少3-4人協助翻身擺位，搬運時減少剪力發生，注意各種管路不滑脫，並使用棉捲將點滴、輸血管等管路與皮膚隔離。 4.準備臥位時，確認頭釘固定架已牢固；保持床單平整，手術床使用平板式脂肪墊，肩、雙膝及雙足踝有棉捲包膝踝墊保護，枕頭墊於雙小腿下；雙腳綁彈繃協助靜脈回流與避免關節損傷；雙手使用壓手巾固定，與手術台之角度小於90度；選擇適當的電刀迴路板大小及完整黏貼於大腿，且避開骨突處、疤痕、毛髮或是受壓位，保持迴路板乾燥；放置尿管後，將消毒溶液擦拭乾淨，並使用棉捲將尿管與皮膚隔離；利用包布隔開個案與金屬以防造成電燒傷。 5.消毒皮膚與沖洗手術傷口時，注意受壓部位潮濕和化學性刺激等因素，造成個案皮膚壓瘡。 6.術中醫師和護理人員不將身上重力及手術用物施壓在個案身上。 7.術後小心將電刀迴路板撕開，擦拭乾淨個案身上之消毒藥水。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1/16 手術後檢視個案皮膚，除傷口外其餘皮膚完整無受損情形。 2. 2/6 於病房 MP 右側上下肢 4 分、左側上下肢 3 分轉變為雙側上下肢皆 4 分。

三、腦組織灌流改變//與顱內出血及顱內壓可能上升有關 (01/16-02/06)

評估資料	<p>S：1.1/16「我只要一翻身頭就痛，而且已經在家吐了半小時」。</p> <p>O：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1/16 10 點 40 分，個案由案母陪同隨救護車送至本院，有噴射嘔吐、頭痛情況發生。TPR：36/125/28，BP：206/155mmHg，GCS:E3V4M5，pupil size/LR：3.5(+)/OU，MP：雙側上肢與下肢皆 4 分。 2. 1/16 Brain CT 檢查結果有右側枕骨及後顱顱內出血 5.5 公分與水腦情形。 3. 1/17 TPR：37.2/100/20，BP：195/130mmHg，GCS：E2VEM4-5，Pupil size/LR：3.5(+)/OU，MP：右側上下肢 4 分、左側上下肢 2 分，JP 引流管之引流液為 250-300ml，淡紅色清澈的液體，ICP 值 15-20mmHg。
------	---

	<p>4. 1/18-1/20 BP：175-185/110-130mmHg，JP 引流液量為 100-150ml，淡紅色清澈的液體，ICP 值上升為 20-25mmHg。</p> <p>5. 案母：「我幫他翻身的時候，他都會皺眉而且我問他會不會頭暈，有點頭回答我」。</p>
護理目標	<p>1. 個案於加護病房觀察期間，顱內壓能維持在 10-15mmHg 以下且沒有顱內壓升高的症狀，如：頭痛、噴射狀嘔吐、血壓高。</p> <p>2. 1/25-2/6 與個案及家屬衛教避免顱內壓升高注意事項後，其能說出並執行三項以上。</p> <p>3. 個案於住院期間顱內壓<10mmHg 並無神經學異常的症狀且生命徵象</p>
護理措施	<p>1. 1/16-1/20 每小時監測生命徵象、昏迷指數、瞳孔大小、ICP 值、MP 與引流管之引流量並記錄，監控體溫勿超過 37°C 以上，以減少因發燒所產生腦耗氧量增加的機會，若有變化立即和醫師討論及處理。</p> <p>2. 1/16-1/20 氣管內管留置期間，每小時協助清除呼吸分泌物；口腔護理時，避免出現作嘔反射引發腦壓升高，必要時依醫囑每兩小時給予 Propofol 1% 10mg(600mg)IV。盡量避免集中與侵入性治療或護理活動，給予治療時動作應輕柔，避免引發顱內壓上升。</p> <p>3. 1/16-2/6 做翻身、拍背與擦澡等床上護理活動時，扶持頭部避免屈曲頭頸，翻身後抬高床頭 30 度，以促進腦部靜脈回流。</p> <p>4. 1/16-2/6 每八小時依醫囑給予降腦壓藥 Mannitol 20% 500ml/bot (100ml)IVD 與鈣離子阻斷劑來控制血壓。</p> <p>5. 1/16-2/6 視情況依醫囑每八小時 Perdipine 10mg/10ml/amp50(mg)IVD。</p> <p>6. 1/25-2/6 依醫囑給予 Docolax 一天一顆；Through 12mg/tab 睡前兩顆。教導排便前可做腹部環狀按摩，以肚臍為中心順時針按壓。</p> <p>7. 1/25-1/31 與個案及家屬說明 DASH 飲食型態與重要性，有助於長期抑制高血壓與降低中風機率。</p> <p>8. 1/25-1/31 衛教戒菸之重要性，告知本院有戒菸門診並協助轉介。</p> <p>9. 1/25-1/31 告知個案應隨時保持心情愉快，定期做運動讓血液循環機能佳代謝好。</p> <p>10. 2/4 給予個案出院衛教單張，告知個案及家屬回診時間及出院注意事項。如有顱內壓升高徵象，如：頭痛、噁心、嘔吐、吞嚥困難、意識不清、視力模糊或抽蓄等情形，應立即就醫以預防續發性腦損傷發生。</p>
護理評值	<p>1. 1/20 個案移除氣管內管。1/20-1/25 顱內壓維持在 6-8mmHg 以下，且沒有頭痛、噴射狀嘔吐、血壓高情形。病情穩定後移除 ICP 監測儀轉至普通病房照護及復健。</p> <p>2. 1/31 個案與家屬在病床邊，告知筆者將要參與戒菸門診活動；並詢問會有關 DASH 飲食的相關內容並上網查詢；其表示會多攝取高纖蔬果、少油、低鹽、低糖的飲食；且排便前會做腹部環狀按摩以利排便；</p>

	<p>1/25-2/6 個案能按時服用 Ducolax 一天一顆；Through 12mg/tab 睡前兩顆促進排便，並排便前做腹部環狀按摩；2/6 個案表示已報名戒菸門診。</p> <p>3.個案於 2/6 止，生命徵象已穩定，神經學狀態穩定後出院：E4V5M6 與 MP 右側上下肢 4 分、左側上下肢 2 分，改善到右側上下肢 4 分、左側上下肢 4 分。</p>
--	---

四、身體活動功能障礙/與腦部受損造成神經肌肉受損有關(01/16-02/06)

<p>評估資料</p>	<p>S：</p> <p>1/25-2/6 「我的左手和左腳抬不起來，而且握拳都沒有力氣」、「我還不能下床，走路都不穩」、「左手和左腳都沒力，都要靠媽媽幫忙，不然都要用健側慢慢協助患側」。</p> <p>O：</p> <p>1.1/16Brain CT 檢查結果有右側枕骨及後顳顱內出血 5.5 公分與水腦情形，MP：右側上下肢 4 分、左側上下肢 4 分。</p> <p>2. 1/16-1/25 於加護病房 MP：右側上下肢 4 分、左側上下肢 2 分，巴氏量表 20 分。</p> <p>3. 1/28 案母在病房外陪同個案，其獨自使用步行輔助器行走 100 公尺。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 出院前個案肌力能從抬不起來到可以抬，並且能夠稍微抵抗阻力，MP 右側上下肢 4 分、左側上下肢 4 分，個案可完成簡單自我照顧活動。</p> <p>2. 出院前個案之巴氏量表分數可進步到 61-90 的中度依賴。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 於加護病房觀察期間，每兩小時協助翻身避免壓力造成的皮膚受損，並以個案之表情來評估適合且舒適的擺位。</p> <p>2. 於個案出院前，使用巴氏量表評估復健情形。</p> <p>3. 偕同物理治療、職能治療及語言治療師、個案及家屬。</p> <p>1/16-25 個案於加護病房：協助翻身及移位，給予床邊運動。</p> <p>1/25-2/6 個案於普通病房：協助平衡、移位及床以外的活動，訓練並教導使用輪椅及輔助用具之方法與增強日常生活自我照顧功能。</p> <p>4. 示範給家屬如何協助個案給予肢體被動運動之執行方法回示教；力量溫和不可太快；時間長短以不疲勞為原則，剛開始不超過十分；先熱敷肢體使肌肉鬆弛；從身體遠端關節開始漸進到身體近端關節，每個關節活動 2-5 次，每天執行 1-2 回。</p> <p>5. 於病房走廊教導個案及家屬如何挑選與使用輔助器具行走，如：四腳拐不支撐力或穩定度都比手杖好；而使用腋下拐之個案須有較好的體力、平衡感及掌握能力，拐杖長度為身高減去 40 公分，拐杖拿在健側，上樓時健側先上，患側再跟著上；下樓時則反過來，教導個案記簡單的口訣：「好腳上、壞腳下」。</p>

	<p>6.在病房使用圖片或影片教導個案及家屬預防跌倒之措施，如：漸進式下床，先坐於床邊等頭不暈時再下床；吃了安眠藥或降血壓藥後，會有頭暈現象，須有人在旁陪伴、協助與幫忙；環境的光線要充足，夜間盡量留盞小燈，避免行走時看不清跌倒；地板禁有雜物擺設；浴室安裝扶手及防滑墊。</p> <p>7.鼓勵個案獨立運動，執行自我照顧活動。</p> <p>8.每日完成動計劃時，給予口頭讚美增加個案自信心。</p>
<p>護理 評值</p>	<p>1.2/6 個案 MP：從右側上下肢 4 分、左側上下肢 3 分轉變為右側上下肢 4 分、左側上下肢 4 分。</p> <p>2.個案於出院前已能做到自行刷牙、洗臉和刮鬍子(5 分)；案母將餐具放置個案可隨手可得處，個案可自行取食(5 分)；個案由床邊移至輪椅時，案母在旁扶持保持個案平衡(10 分)；可自行洗澡，但如廁及穿脫衣褲時仍需協助(20 分)；大小便可自行處理(20 分)；使用輔助器可行走病房三圈以上，協助下慢慢走亦能上下五層樓(15 分)，巴氏量表已達到 75 分。</p>

討論與結論

個案因顱內出血術後併發腦水腫，導致脫離呼吸器的困難度增加，所以術後不拔氣管內管到加護病房觀察九天，與 Ziai 等人(2012)之看法相符。因筆者對音樂能降低焦慮及穩定生命徵象的研究有興趣，所以將音樂用在手術全期護理當中，個案表示術前焦慮明顯降低外，腦壓、血壓及肌肉也會明顯鬆弛且呼吸也變得更平順，與紀、李(2006)及 Pittman、Kridli(2011)之研究結果相同。從個案出院後，筆者在 2 月 14 日、21 日、3 月 10 日及 28 日陸續進行電訪追蹤，個案表示發病前以工作為重，但經過這次經歷之後，將工作辭去並改以健康為重則變得更積極面對生理上的變化，早晚量血壓、按時吃降血壓藥；個案表示不想一生靠輪椅維生，所以努力的復健，出院至今已經可以不用任何輔助器慢步復健兩三個小時；飲食從之前的油炸、高脂、高糖和高鹽食物改為清淡飲食，且已戒菸酒兩個多月；體重從 105 公斤控制到 100 公斤。在訪談中個案對筆者表示：「謝謝妳從手術、加護病房一直到普通病房，甚至到出院了還一直持續關心我，因為有你們醫護人員的關懷與愛心，讓我更加珍惜健康，更懂得愛惜自己，如果每位個案都能像我那麼幸運，他們一定也會更積極去復健，讓自己活得更精彩」。個案曾一度想放棄生命，但經筆者近一個月的鼓勵及正面支持後，其積極的與醫護人員探討病發原因避免此情形再發生；並相信醫療團隊且努力的治療與復健，而後負面情緒相對的明顯降低。因筆者為手術室護理人員，只能提供個案手術中期的照護，而無法長時間在個案旁做更完善的評估與措施，建議往後術前、術中與術後三方之護理人員能共同討論且給予整體性的全期護理，以提升更齊全且精緻的全期護理計畫，使個案獲得一致性的照顧。令筆者深感欣慰的是，個案能樂觀面對疾病所帶來之影響且不懈怠的復健，並能早期預防及處理合

併症的發生，達到了此次的手術全期護理評估的目的。

參考資料

- 行政院衛生福利部 (2014, 9月)·民國 103 年主要死因分析·取自
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5150
- 朱正一、曾稼志 (2011)·骨科手術病人之健康識能、知覺同理心、術前資訊理解程度與術前焦慮之探討·*醫務管理期刊*, 12(3), 177-190。
- 任秀如 (2012)·手術全期護理·*醫療品質雜誌*, 6(3), 27-30。
- 伍雁鈴、吳秋燕、張玉珠、劉荼 (2013)·*手術室護理*·台北：華杏。
- 李婕瑜 (2010)·一位腦中風病患之護理經驗·*新台北護理期刊*, 12(1), 111-119。
- 何美那、李淑桂 (2010)·協助一位腦中風病人出院準備服務之護理經驗·*中山醫學雜誌*, 21(1), 285-294。
- 吳姿蓉、李美樺、劉紋妙 (2012)·初次腦中風病患記憶表現及其相關因素探討·*澄清醫護管理雜誌*, 8(2), 36-44。
- 周美鑫 (2010)·手術前訪視的重要性·*品質月刊*, 46(8), 17-20。
- 林妙、安豐娟 (2010)·一位腦中風患者及其主要照顧者的護理經驗·*若瑟醫護雜誌*, 4(1), 99-111。
- 紀婉玉、李歡芳 (2006)·以音樂控制顱內出血病患血壓及疼痛一病例報告·*南臺灣醫學雜誌*, 1(1), 57-61。
- 施佳玟、羅惠敏 (2011)·手術中擺位傷害之護理·*護理雜誌*, 58(5), 101-106。
- 陳妮婉、張彩秀、張素惠 (2013)·護理人員壓瘡預防行為之系統性文獻查證·*澄清醫護管理雜誌*, 9(2), 40-47。
- 陳淑華、薄喬萍、黃瑞珍、王美文、簡麗瑜 (2014)·比較不同術前衛教對初次全膝關節置換術病人焦慮及生理指標之成效·*護理暨健康照護研究*, 10(1), 42-50。
- 喬增祥、壽永祿 (2011)·高血壓腦出血早期小骨窗開顱手術 43 例臨床分析·*中國煤炭工業醫學雜誌*, 14(6), 814-815。
- 黃靜微、林家綾、喬佳宜、林麗秋、郭惠敏、程子芸、張秉宜 (2013)·*最新護理診斷手冊：護理計畫與措施*·台北：華杏。
- 鄭雅方、陳繪竹、刁綺慧 (2014)·照護一位出血性腦中風病患之加護經驗·*高雄護理雜誌*, 31(3), 87-96。
- 顧錫鎮、王翔 (2010)·江蘇省地區腦出血 270 例病因回顧性分析·*台灣中醫臨床醫學雜誌*, 16(3), 155-173。
- Beckett, E. (2010). Are we doing enough to prevent patient injury caused by positioning for surgery?. *Journal of Preoperative Practice*, 20(1), 26-29.
- Brouwers, H. B., & Goldstein, J. N. (2012). Therapeutic strategies in acute intracerebral hemorrhage. *Neurotherapeutics*, 9, 87-98. doi: 10.1007/s13311-011-0091-8
- Fletcher, K. (2005). Immobility: Geriatric selflearning module. *Medical Surgical Nursing*, 14 (1), 35-37.
- Lin, P. H., Yeh, W. T., Svetkey, L. P., Chuang, S. Y., Chang, Y. C., Wang, C., & Pan, W. H. (2013). Dietary intakes consistent with the DASH dietary pattern reduce blood pressure increase with age and risk for stroke in a Chinese population. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 22(3), 482-491.
- Ziai, W. C., Melnychuk, E., Thompson, C. B., Awad, I., Lane, K., Hanley, D. F. (2012). Occurrence and impact of intracranial pressure elevation during treatment of severe intraventricular hemorrhage. *Critical Care Medicine*, 40(5), 1601-1608. doi:10.1097 / CCM.0b013e318241e380