

# 「寒灰重燃」-創傷性胸髓損傷術後青壯年之護理經驗

洪煒婷、黃喬伶、王維那

永康奇美醫院 護理部

## 摘要

本文描述照護一位 23 歲男性因車禍造成第 7-9 胸髓完全性損傷導致下肢癱瘓，術後返家後對未來消極被動，產生無望感，且因營養不足使胸椎術後傷口癒合差，加上家庭照顧問題再次入院之護理經驗。於護理期間 2022 年 6 月 29 日至 2022 年 7 月 16 日，以觀察、會談、身體評估及直接照護方式收集資料，運用羅氏適應模式進行整體性評估，發現個案有組織完整性受損、自我照顧能力缺失、無望感及家庭因應能力失調之四項健康問題。在護理過程中，藉由跨團隊醫療資源，提供適當傷口護理、飲食選擇建議及促進食慾之方法，以修復受損組織；共同擬定復健計劃，強化上肢肌力，以提升自我照顧能力；引導個案及家屬表達內心感受，並提供社會福利資源，讓個案對未來重燃希望，並促使家庭成員以正向積極的態度陪伴個案面對未來療程與復健。建議在照顧此類病人時，臨床人員需提高對脊髓損傷五個心理適應階段之發展，且可擅用跨團隊資源，讓病人與家屬得以獲得完整且連續性之照護。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（1）：58-68）

關鍵詞：胸髓損傷、無望感、家庭因應

通訊作者：黃喬伶

通訊地址：台南市永康區中華路 901 號

E-mail：a8221638@yahoo.com.tw

## 前言

衛生福利部 2021 年統計近五年事故傷害持續位居臺灣十大死因第七名，為 12-24 歲青少年死因之首 [1]。事故中常見因毀壞性的脊髓損傷，依部位不同會造成不同程度的運動功能障礙或感覺神經異常，如：頸髓損傷會影響呼吸功能，造成四肢癱瘓；胸髓、腰髓或薦髓損傷，則會導致下半身無力，嚴重者可能會癱瘓，甚至造成排尿與解便功能異常 [2]。因此日常生活得仰賴他人照顧，在面對失去身體的控制力時，易產生失落、哀傷及無望感等負面情緒，此時家庭的支持尤其重要，若無適當之因應策略，則易引發家庭關係的瓦解 [3]。

本文個案正屬青壯年期發展親密或疏離之關鍵階段，因一場車禍造成第 7-9 胸髓完全性損傷導致下肢癱瘓，出院返家後生活失去重心，對未來消極被動，且因進食及活動量減少，使胸髓術後傷口癒合差又再度入院。於住院期間觀察到個案鬱鬱寡歡，食慾不佳，且對未來出現無望之負面想法，常與父親為了日常瑣事爭執不斷，加上新冠肺炎期間，因院內防疫政策禁止探病及外出病室，讓個案活動範圍僅能侷限於病床上，使其更加沉悶。因有鑑於個案年輕，雖脊髓損傷為不可逆，但若能透過心理支持、家庭評估與社會資源連結，讓其早日適應疾病所帶來的不便與順利返回職場，對個案與家庭無非是一大助益。故誘發作者書寫動機，期待藉護理獨特性與跨醫療團隊協助，改善胸髓傷口癒合差之生理問題，強化上肢肌力，以提升自我照顧能力，同時引導正向面對疾病所造成的改變，重燃對未來的希望，期許得以早日適應家庭與社會新的角色生活。

## 文獻探討

### 一、脊髓損傷生理問題與護理

脊髓損傷 (Spinal Cord Injury, SCI) 是指急性外傷性傷害或非外傷性病變侵襲脊髓與神經，會依損傷位置不同，出現完全或部分肢體運動或感覺功能障礙，而最常見損傷位置為頸髓，會導致四肢癱瘓，影響呼吸功能，而若傷及胸髓、腰髓或薦髓，則會下半身無力或癱瘓，伴隨排尿與解便功能異常，呼應了個案之臨床症狀 [2]。治療方式在急性期可先給予大劑量類固醇，促使脊椎神經修復與減少組織腫脹，並立即安排脊椎減壓融合固定術，避免造成更大之神經損傷，爾後會再藉由復健訓練，如：強化剩餘肢體功能、轉移位指導或日常生活訓練等，期待得以恢復獨立生活之能力 [3]。然而，術後密切觀察運動機能與感覺神經功能復原情形外，傷口照護尤其重要，傷口癒合至少需要三週的時間，會經歷炎症期、增生期及成熟期三個階段，此過程雖是循序漸進，但卻會受年齡、多重疾病、營養攝取及自我照顧能力不足等因素而影響，故傷口照護不單只是常規性換藥，亦需藉由整體性評估，才能給予個別性之照護 [4,5]，包含：(一) 評估病史及傷口型態，指導適當換藥方式及感染徵象觀察；(二) 評估組織灌注與氧合作用，適時予補充水分並提供溫暖環境；(三) 偕同營養師評估營養狀態，指導應每日攝取足夠熱量達 30-35 大卡 / 公斤、蛋白質 1.2-1.5 公克 / 公斤及維他命 C 補充；(四) 自我照顧能力評估，偕同家屬參與傷口照護過程 [6]。

### 二、脊髓損傷心理問題與護理

對脊髓損傷病人而言，原在平靜穩定生活中，因突如其來一場意外，致使由原本健康狀態，突然變成長期得依賴他人，在此過程會經歷震驚期、否認期、憂鬱期、調適期及家庭調適期五個適應階段，若調適結果不良，加上面對未知的未來，易產生無望感，進而阻礙人際關係與勞動力參與之表現，因此針對各階段須提供不同的照護，不能強求加速情緒的轉變，而是要適當予心理輔導與支持，措施如下：(一) 主動關心建立良好的護病溝通關係，並維持基本生理舒適功能；(二) 引導面對身體的改變，依損傷程度鼓勵參與自我照護，強化優勢予重

新找回自我價值；(三) 藉開放式問答，引導說出對疾病想法並協助建立積極生活目標；(四) 提供疾病資訊並協助善用社會資源 [7,8]。

### 三、脊髓損傷之家庭負荷因應

家庭照顧者長期支持著被照顧對象，對其生活、工作與經濟帶來極大的衝擊，加上同時也正經歷調適與接受的歷程，在這雙重壓力下，易導致彼此情感變質 [9]，故在急性期可藉家庭支持系統、經濟能力及負荷評估，其中負荷評估為照顧者在照顧期間所經歷的負擔感受，分為身體因素、情緒因素、社交經濟因素及心理社會因素，總分 42 分，若得分大於 14 分，表示此照顧者出現壓力徵兆 [10]，建議立即尋求親友或社會資源協助，適時轉銜社工師、長照服務或病友支持團體，提供返家照護資源或經驗分享，以重新建立家庭成員角色職責。且對脊髓損傷家庭而言，病人往後能否重返社區或職場也至關重要，可藉轉銜職能治療師加強就業能力評估與輔導，提供如：脊髓損傷協會等社會就業輔導資源，讓其能實現經濟自給自足，以提高家庭生活質量 [11]。

## 護理評估

### 一、個案簡介

廖先生，23 歲，大學畢業，用國台語溝通，信奉佛教，未婚，過去病史為 2022 年 5 月 23 日於上班途中發生車禍，導致 T7-9 爆裂性骨折，行 T7-9 椎間板減壓切除術及 T6-T7、T9-T10 後固定術。術後雙上肢肌肉力量 5 分；雙下肢肌肉力量 0 分，在家多臥床。現與父母及妹妹同住，事故前為組裝機台的工程師，目前經濟來源為之前積蓄及保險理賠金。

### 二、疾病過程

個案於 2022 年 6 月 29 日因胸髓術後傷口癒合差於門診轉住院，檢視傷口有黃腐肉，分泌物量中為黃綠色，抽血 WBC  $7.1 \times 10^3/uL$ ，傷口細菌培養為表皮葡萄球菌感染，於 6 月 30 日行筋膜切開清創術，術後使用負壓抽吸機器輔助傷口癒合，因住院期間食慾差及有負面想法，7 月 1 日會診營養師、社工師及復健師，7 月 12 日開立出院準備跨團隊會議，7 月 14 日胸髓術後傷口行縫合手術，7 月 16 日順利出院轉門診治療。

### 三、護理評估

作者於 2022 年 6 月 29 日至 7 月 16 日護理期間，以主護角色參與個案住院照護，藉由會談、傾聽、觀察家庭互動及查閱病歷方式，並運用羅氏適應模式進行護理評估及資料收集，進而確立健康問題。

#### (一) 生理層面

1. 氧合與循環：個案無特殊肺部疾病，無抽菸習慣，臉色紅潤，觸摸四肢末梢溫暖，室氧用，呼吸規律，聽診呼吸音清晰，血氧可達 95% 以上，6/29 術前胸部 X 光無異常發現。
2. 營養：個案 6/29 體重 63Kg，身高 167cm，BMI：23.3Kg/m<sup>2</sup>，屬標準範圍；6/29 檢視無缺牙，口腔黏膜完整，毛髮無異常脫落，胸髓術後傷口約 5cm\*3cm\*2cm，癒合情形不佳，黃腐肉存，分泌物量中為黃綠色，父親表示：「在家傷口每天都要換 2-3 次，都會有黃黃的分泌物。」，傷口細菌培養為表皮葡萄球菌感染。6/30 行筋膜切開清創術後，負壓抽吸機器使用，壓力設定為 -125mmHg，引流液呈暗黃紅色，引流瓶約 3-4 天更換。6/29-30 觀察個案一天僅吃一餐，食量為 1/3 份院內便當，6/29 個案表示：「在家有時候我一天就吃一個漢堡或三明治。」，未達每日最低所需攝取熱量 1,890 大卡（30-35 大卡 / 公斤）及蛋白質 75.6 克（1.2-1.5 克 / 公斤）。且 6/30 父親表示：「他很挑食，在家東西愛吃不吃，傷口長不好一點也不意外。」，同時個案面帶不悅反駁：「阿又沒幹嘛，就不餓啊！它要長不好我有什麼辦法！而且醫院的飯那麼難吃。」，依 Braden Scan 評估壓瘡危險因子分數為 17 分，屬低等危險。綜和以上評估個案因進食量少，致使胸髓傷口癒合所需營養不足，加上感染延遲傷口癒合過程，故評估營養為不適應，有組織完整性受損之健康問題。
3. 排泄：6/29 觸診個案腹部軟，叩診無脹氣，聽診腸蠕動音 8 次，予測試肛門括約肌反射（+）。雖然個案因胸髓損傷影響到解尿及排便功能，但 6/30 觀察在案父協助備導尿管下，個案可正確完成無菌自我間歇性導尿；而解便藉兩天一次甘油球灌腸，且常規 Sennoside 兩顆 HS 使用下，解便型態為黃褐軟便，綜和以上評估排泄為適應。

4. 體液電解質：個案皮膚有光澤，四肢無水腫，住院前後維持每日飲水約 2,000-2,500mL / 天，6/30 抽血 Na 137.3mmol/L、K 4.0mmol/L、BUN 16mg/dL、CRE 0.92mg/dL，綜和以上評估體液電解質為適應。
5. 活動休息：住院前個案因雙下肢活動不便鮮少外出，因上下輪椅或外出都必須靠父親公主抱，6/29 父親表示：「受傷後看他整天躺在床上要不是睡覺，就是玩線上遊戲，只有去醫院復健才會出門。」；住院期間觀察個案多臥床閉眼休息，未服用安眠藥物下，夜眠無中斷可達 5-6 小時 / 天，白天精神狀況良好，無黑眼圈及打呵欠情形；在父親協助下，可完成進食、臉部清潔及擦澡等日常生活活動，依巴氏量表評估日常生活功能分數為 55 分，屬嚴重依賴性。但時常可聽到個案與父親因照顧理念不同的爭吵聲，如：6/30 父親協助個案擦澡時大聲吼：「擦這裡啦！怎麼都講不聽！」，前往探視，個案冷淡回應：「沒事啦！我習慣了，反正現在這樣，都要靠他幫我，他說什麼都對。」，且於 7/1 行復健時，個案訴：「沒用啦，做復健也都一樣啊，只是增加我的痛苦，我像個廢人，什麼都要靠別人。」，綜和以上評估個案主要因雙下肢癱瘓，無法自行轉位，加上無適當之轉位技巧，上下床都需仰賴父親協助，故評估活動休息為不適應，有自我照顧能力缺失之健康問題。
6. 神經：個案意識清晰，可正常對答，雙眼近視，有配戴眼鏡，因車禍 T7-9 損傷，導致雙上肢肌肉力量 5 分，雙下肢肌力力量 0 分，測試肌腱反射雙上肢為正常；雙下肢為增強。7/1 個案表示：「雙腳受傷後偶爾會不自主抽動且會麻。」，但在協助使用枕頭墊高雙足促進血液循環，及 Alinamin-F 一顆 BID 服用下，個案表示可緩解，綜和以上評估神經功能為適應。
7. 感覺與知覺：個案視、聽、嗅、味覺正常，雙上肢對觸覺、冷熱覺和疼痛皆有反應，且可正確定位出疼痛部位；雙下肢則對冷、熱感受性低，對痛覺無反應，無法定位出疼痛部位。在常規 Tramadol 一顆 QID 服用下，無胸髓術後傷口疼痛情形，綜和以上評估感覺與知覺為適應。
8. 內分泌：個案無糖尿病、甲狀腺機能亢進及其他

遺傳疾病，身體各部位比例正常，住院期間無頭昏、冒冷汗及四肢無力等低血糖症狀出現，綜和以上評估內分泌為適應。

### (二) 自我概念

1. 身體自我：個案對於雙下肢癱瘓，6/30 敲打揉捏雙足表示：「還能怎麼辦，事情就這樣發生了。」；7/1 無奈表示：「我像個廢人，什麼都要靠別人，而且怎麼做我爸都不滿意。」。
  2. 個人自我：個案認為生病前自己是個樂觀、獨立且不喜歡麻煩別人。住院期間觀察多沉默不語，神情落寞，病室不愛開燈，與父親互動少，常有爭執情形，對於現在日常活動皆須靠別人協助完成，7/2 個案表示：「難道我真要一輩子都要這樣過？」；7/3 因玩手机與父親爭吵，個案生氣表示：「你走好了，不要管我，這樣你也省得麻煩。」。
- 綜合以上，評估個案介於疾病適應階段之否認期與憂鬱期，自我概念為不適應，有無望感之健康問題。

### (三) 角色功能

個案在 Erikson 發展理論中之青壯年期，第一角色為 23 歲男性，第二角色為家中長子、哥哥，第三角色為脊髓損傷患者，正處親密或疏離階段，原該關心別人，與別人共享，不必擔心失去自我能力，但卻因車禍胸髓損傷，導致需要長期仰賴他人協助，7/2 個案表示：「真不敢想像未來，不能工作，沒有錢，之後不知道該怎麼辦？」，綜和以上評估角色功能為不適應，個案有無望感之健康問題。

### (四) 互相依賴

個案在家排行老大，有一個妹妹，關係良好，

是車禍受傷後傾訴心聲的唯一對象，而父親因從小管教嚴格，彼此關係疏離，但住院期間考量到個案上下床活動需求，及院內防疫規定需盡量固定陪病者，才由父親擔任主要照顧者，7/4 個案無奈表示：「能不能趕快出院，真的不想在醫院跟我爸對看，很煩。」；母親則因乳癌行化學治療中，已長年無工作，故家中目前經濟來源主要是靠父親於工地工作及妹妹半工半讀支持家中生計。6/30 個案表示：「在家媽媽跟妹妹都不會要求我東要求我西，來這不管怎樣都會被念。」，父親則無奈表示：「他腳要好是困難了！現在連傷口都顧不好，每天看他這樣，我跟他媽真的也不知道該怎麼辦才好。」；因父親與個案頻爭吵，7/3 父親表示：「要不是你媽生病，妹妹還要上課，我們沒錢請看護，不然我也不想照顧你！」，且觀察個案行床邊復健時，父親多於床旁聽耳機，無參與感，7/4 評估父親之家庭照顧者壓力負荷量表得分為 28 分，其中以情緒因素及社交經濟因素得分最重，屬重度負荷，且表示因擔憂個案未來照護問題，常感疲倦無力，加上家中經濟重擔，導致自己心力交瘁，綜和以上評估此家庭互相依賴為不適應，有家庭因應能力失調之健康問題。

## 問題確立

綜合羅氏適應模式評估進行資料收集與分析，統整個案共有四大健康問題：一、組織完整性受損 / 營養少於身體所需及胸髓術後傷口延遲癒合有關；二、自我照顧能力缺失（移位）/ 胸髓損傷導致雙下肢癱瘓有關；三、無望感 / 無法掌握未知的未來有關；四、家庭因應能力失調 / 疾病影響家庭運作及成員互動有關。

### 問題一：組織完整性受損 / 營養少於身體所需及胸髓術後傷口延遲癒（6/29-7/14）

主/客觀 資料	<b>第一層次評估（行為評估）</b>
	S1：6/29個案表示：「在家有時候我一天就吃一個漢堡或三明治。」
	S2：6/30個案反駁：「啊又沒幹嘛，就不餓啊！它要長不好我有什麼辦法啦！而且醫院的飯那麼難吃。」
	O1：6/29-30觀察個案一天僅吃一餐，且不到1/3份院內便當，未達每日最低應攝取熱量 1,890大卡（30-35大卡/公斤）及蛋白質75.6克（1.2-1.5克/公斤）。
	O2：6/29胸髓術後傷口約5cm*3cm*2cm，癒合情形不佳，黃腐肉存，分泌物量中黃綠色，細菌培養為表皮葡萄球菌感染。

問題一：組織完整性受損/營養少於身體所需及胸髓術後傷口延遲癒（6/29-7/14）（續）

<p>主/客觀 資料</p>	<p>O3：6/30行筋膜切開清創術後，負壓抽吸器使用，壓力設定為-125mmHg，引流液呈暗黃紅色，引流瓶約3-4天更換。</p> <p><b>第二層次評估（影響因素評估）</b></p> <p>1. 主要刺激：進食量少、營養不足。</p> <p>2. 相關刺激：表皮葡萄球菌感染。</p> <p>3. 剩餘刺激：醫院供餐不合胃口。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 7/6前個案能重視營養對傷口癒合之重要性，可吃完餐點至少2/3量。</p> <p>2. 出院前個案胸髓傷口無紅、腫、熱、痛感染徵象，且能順利縫合。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1-1. 7/1協同營養師予個案攝取飲食評估與建議，如：高蛋白（紅肉、魚、蛋、豆腐）、維他命C（檸檬、柳丁、菠菜）、高鋅食物（南瓜子、芝麻、全麥、豆類）及補給品（安素沛力、力增飲）促進傷口癒合。</p> <p>1-2. 提供促進食慾之方法</p> <p>（1）增加餐點的選擇性</p> <p>（A）7/1個案嫌棄院內餐點不合胃口，加上因疫情期間規定照顧者不能外出購物，建議可藉外送平台選取自己喜歡的食物種類。</p> <p>（B）7/2建議個案可選擇用飲品補充養分，如：牛奶或補給品。</p> <p>（C）7/2鼓勵個案少量多餐，選擇體積小且單位熱量高的食物，如：奶酪、奶昔。</p> <p>（D）7/3建議個案餐前可食用少許開胃食物，如：酸梅湯或洛神茶等。</p> <p>（2）環境準備</p> <p>（A）7/2起於訂餐時間主動詢問個案進食意願，並邀請父親一同討論訂餐內容。</p> <p>（B）7/4創造愉快用餐環境，建議個案用餐時撥放音樂或觀賞短片。</p> <p>（C）7/5與母親及妹妹聯繫，建議利用家庭line群組，主動關心並鼓勵個案進食，並約定每週三及六晚上藉視訊共進晚餐，也請個案分享每日餐點，增加進食的樂趣。</p> <p>（3）增加活動量</p> <p>（A）7/4指導父親協助個案於早晚行一次雙上肢主動肢體運動及雙下肢被動肢體運動。</p> <p>（B）7/5請復健師依個案活動耐受力，設計床邊復健活動，如：三餐飯前每次10分鐘使用500ml生理食鹽水行雙手抬舉肌力訓練。</p> <p>2-1. 6/30個案胸髓傷口清創術後，指導個案傷口盡量保持乾燥，以擦澡方式清潔身體。</p> <p>2-2. 7/6依醫囑進行胸髓傷口細菌培養。</p> <p>2-3. 7/12胸髓傷口換藥時，邀請個案及父親一同檢視傷口癒合階段、大小、顏色、滲出液的質與量及有無異味。</p> <p>2-4. 三班檢視負壓抽吸器功能及設定，將管路固定妥，避免壓迫或拉扯。</p> <p>2-5. 依醫囑給予Cefazoline 1g/Vial IV Q8h及Oxacillin 500mg/Vial共2,000mg IV Q6H以治療傷口感染，並觀察個案用藥反應。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1. 7/3個案能藉外送平台挑選高蛋白飲食，如：牛肉麵、雞排等，且觀察可吃完約2/3量，並於早晚補充一瓶由營養師所提供之完膳配方奶。</p> <p>2. 7/12胸髓傷口細菌培養已無表皮葡萄球菌感染，且滲液量減少，移除負壓抽吸器使用。</p> <p>3. 7/14個案胸髓傷口範圍縮小為3cm*1.3cm*0.6cm，行縫合手術。</p>

問題二：自我照顧能力缺失(移位)/胸髓損傷導致雙下肢癱瘓 (6/29-7/12)

<p>主/客觀資料</p>	<p><b>第一層次評估 (行為評估)</b></p> <p>S1：6/29父親表示：「受傷後看他整天躺在床上要不是睡覺，就是玩線上遊戲，只有去醫院復健才會出門。」</p> <p>S2：7/1個案訴：「沒用啦，做復健也都一樣啊，只是增加我的痛苦，我像個廢人，什麼都要靠別人。」</p> <p>O1：6/29-6/30觀察個案在父親部份協助下，可完成進食、臉部清潔、擦澡及自我導尿等日常生活活動，但因雙下肢肌肉力量0分，無論上下輪椅或移位都必須靠父親以公主抱方式才能完成移位。</p> <p>O2：6/29依巴氏量表評估個案日常生活功能分數為55分，屬嚴重依賴性。</p> <p><b>第二層次評估 (影響因素評估)</b></p> <p>1. 主要刺激：雙下肢肢體活動功能受限。</p> <p>2. 相關刺激：缺乏轉位技巧。</p> <p>3. 剩餘刺激：復健動機低。</p>																								
<p>護理目標</p>	<p>1. 7/7前個案能配合復健師，正確執行復建計畫項目。</p> <p>2. 7/12前個案在父親部分協助及移位板輔助下，可由病床轉位至輪椅上。</p>																								
<p>護理措施</p>	<p>1-1. 7/2讓個案參與自己的日常生活照護，如：刷牙、洗臉及自我導尿等，並適時予以鼓勵，建立其自信心。</p> <p>1-2. 7/2當個案獨立完成日常生活照護時，引導父親以正向語句，如：做得很棒等，協助個案度過低潮，修正需依賴他人之負面想法。</p> <p>1-3. 7/5偕同復健師與個案及父親共同訂定復健計畫如下表格，以增加控制感及因應能力。</p> <table border="1" data-bbox="349 1281 1437 1632"> <thead> <tr> <th colspan="4">目標：上肢及軀幹穩定性</th> </tr> <tr> <th></th> <th>一</th> <th>三</th> <th>五</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早上 11:00 - 11:30</td> <td>1. 雙下肢被動關節運動 (5分)。 2. 側身起床訓練或於床尾綁上繩梯起身 (10分)。 3. 床上移位 (15分)。</td> <td>1. 傾斜台訓練，依個案狀況循序漸進行坐姿訓練，45°→60°→90° (20分)。 2. 上肢肌力訓練，如：使用彈力帶做雙手上舉、內收和外展及前臂內外旋之肌力 (10分)。</td> <td>1. 雙下肢被動關節運動 (5分)。 2. 上肢肌力訓練，如：雙手握拳或利用軟球抓握 (10分)。 3. 轉位-輪椅訓練 (15分)。</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="349 1671 1437 1992"> <thead> <tr> <th colspan="4">目標：日常生活功能介入</th> </tr> <tr> <th></th> <th>一</th> <th>三</th> <th>五</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>下午 15:30 - 16:00</td> <td>1. 姿態訓練 (10分)。 2. 坐姿平衡訓練 (15分)。 3. 床上練習抬臀運動 (5分)。</td> <td>1. 日常生活活動訓練，如：穿脫衣褲及擦澡 (20分)。 2. 坐姿平衡訓練 (10分)。</td> <td>1. 傾斜台訓練，依個案狀況循序漸進行坐姿訓練，45°→60°→90° (20分)。 2. 床上練習抬臀運動 (10分)。</td> </tr> </tbody> </table> <p>2-1. 每週1.3.5由復健師指導個案及案父執行復健訓練，並鼓勵及督促每週2.4.6可自主練習。</p>	目標：上肢及軀幹穩定性					一	三	五	早上 11:00 - 11:30	1. 雙下肢被動關節運動 (5分)。 2. 側身起床訓練或於床尾綁上繩梯起身 (10分)。 3. 床上移位 (15分)。	1. 傾斜台訓練，依個案狀況循序漸進行坐姿訓練，45°→60°→90° (20分)。 2. 上肢肌力訓練，如：使用彈力帶做雙手上舉、內收和外展及前臂內外旋之肌力 (10分)。	1. 雙下肢被動關節運動 (5分)。 2. 上肢肌力訓練，如：雙手握拳或利用軟球抓握 (10分)。 3. 轉位-輪椅訓練 (15分)。	目標：日常生活功能介入					一	三	五	下午 15:30 - 16:00	1. 姿態訓練 (10分)。 2. 坐姿平衡訓練 (15分)。 3. 床上練習抬臀運動 (5分)。	1. 日常生活活動訓練，如：穿脫衣褲及擦澡 (20分)。 2. 坐姿平衡訓練 (10分)。	1. 傾斜台訓練，依個案狀況循序漸進行坐姿訓練，45°→60°→90° (20分)。 2. 床上練習抬臀運動 (10分)。
目標：上肢及軀幹穩定性																									
	一	三	五																						
早上 11:00 - 11:30	1. 雙下肢被動關節運動 (5分)。 2. 側身起床訓練或於床尾綁上繩梯起身 (10分)。 3. 床上移位 (15分)。	1. 傾斜台訓練，依個案狀況循序漸進行坐姿訓練，45°→60°→90° (20分)。 2. 上肢肌力訓練，如：使用彈力帶做雙手上舉、內收和外展及前臂內外旋之肌力 (10分)。	1. 雙下肢被動關節運動 (5分)。 2. 上肢肌力訓練，如：雙手握拳或利用軟球抓握 (10分)。 3. 轉位-輪椅訓練 (15分)。																						
目標：日常生活功能介入																									
	一	三	五																						
下午 15:30 - 16:00	1. 姿態訓練 (10分)。 2. 坐姿平衡訓練 (15分)。 3. 床上練習抬臀運動 (5分)。	1. 日常生活活動訓練，如：穿脫衣褲及擦澡 (20分)。 2. 坐姿平衡訓練 (10分)。	1. 傾斜台訓練，依個案狀況循序漸進行坐姿訓練，45°→60°→90° (20分)。 2. 床上練習抬臀運動 (10分)。																						

問題二：自我照顧能力缺失(移位)/胸髓損傷導致雙下肢癱瘓 (6/29-7/12)

護理措施	2-2. 7/7請父親於個案復健過程協助錄製影片，於每次復健後，偕同復健師和個案討論比較進步處及可加強處。 2-3. 7/9聯繫母親及妹妹可於個案復健時藉視訊參與個案復健過程，以強化其復健動機。
護理評估	1. 7/5觀察個案能配合復健師指令完成雙手撐床抬臀運動，且會主動詢問是否執行確實。 2. 7/11復健師陪伴在旁，父親將輪椅擺位固定後，個案可藉雙手力量轉位至輪椅上，觀察父親眼眶泛紅，個案激動表示：「我真的做到了！」

問題三：無望感/無法掌握未知的未來 (6/29-7/13)

主/客觀資料	<p><b>第一層次評估 (行為評估)</b></p> <p>S1：6/30個案敲打揉捏雙足表示：「還能怎麼辦，事情就這樣發生了。」</p> <p>S2：7/1個案表示：「我像個廢人，什麼都要靠別人，而且怎麼做我爸都不會滿意。」</p> <p>S3：7/1個案與父親爭執，表示：「煩耶！腳就不能動，不然真想從窗戶跳下去。」</p> <p>S4：7/2個案表示：「難道我真要一輩子都要這樣過？真不敢想像未來，不能工作，沒有錢，之後不知道該怎麼辦？」</p> <p>S5：7/3與父親因玩手機而爭吵，個案生氣表示：「你走好了，不要管我，這樣你也省得麻煩。」</p> <p>O1：住院期間觀察個案多沉默不語，神情落寞，病室不愛開燈，與父親互動少，常有爭執情形。</p> <p>O2：6/29評估個案雙下肢肌肉力量0分，上下輪椅或外出都必須靠父親公主抱，依巴氏量表評估日常生活功能分數為55分，屬嚴重依賴性。</p> <p>O3：個案在Erikson發展理論中之青壯年期，第一角色為23歲男性，第二角色為家中長子、哥哥，第三角色為脊髓損傷患者，正處親密或疏離階段，原該關心別人，與別人共享，不必擔心失去自我能力，卻因車禍胸髓損傷，需長期仰賴他人協助。</p> <p><b>第二層次評估 (影響因素評估)</b></p> <p>1. 主要刺激：對失去自我控制力未能適應。</p> <p>2. 相關刺激：需仰賴他人照顧。</p> <p>3. 剩餘刺激：角色職責改變。</p>
護理目標	7/14前個案能說出對未來正向的自我期許至少一項。
護理措施	<p><b>疾病否認及憂鬱期 (6/30-7/6)</b></p> <p>(1) 6/30護理人員主動探視關懷個案，引導抒發疾病歷程之內心感受，並鼓勵宣洩情緒，如：個案哭泣或憤怒時，在旁陪伴傾聽，不加以批評。</p> <p>(2) 7/1持續鼓勵個案表達情緒，以開放式問句溝通，避免一次發言兩個或以上的問句。</p> <p>(3) 7/2讓個案參與自己的日常生活照護，如：刷牙、洗臉及自我導尿等，並適時予以鼓勵，建立其自信心。</p> <p>(4) 7/2當個案獨立完成日常生活照護時，引導父親以正向語句，如：做得很棒等，協助個案度過低潮，修正需依賴他人之負面想法。</p> <p>(5) 7/4引導個案與父親互動，藉日常言語或活動過程，如：協助翻身、訂餐及一起復健等，以傳達父親對個案之關心。</p>

問題三：無望感/無法掌握未知的未來（6/29-7/13）（續）

<p><b>護理措施</b></p>	<p>(6) 7/5因疫情緣故，與母親及妹妹討論以視訊方式陪伴個案，約定於每週三及六晚餐時間，以視訊方式共進晚餐。</p> <p><b>疾病調適期（7/7-7/15）</b></p> <p>(1) 7/10與個案分享脊髓損傷病友影片，如：Youtube-chairman椅人，並以開放式問句引導說出感想。</p> <p>(2) 7/11邀請父親當發現個案有進步之處，立即給予正面回饋，如：你看你可以的、相信自己、離你想獨立生活的目標生活愈來愈近等話語。</p> <p>(3) 7/12引導個案說出對未來之規劃，並協助連結社會資源，如：脊髓損傷協會、病友團體及伊甸園等，以提供後續就業輔導與機會。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1. 7/12個案表示：「好像真的不能再這樣下去了，我會好好想想出院後我該如何規劃未來。」</p> <p>2. 7/13個案表示：「謝謝你們！我和爸爸已聯絡脊髓損傷協會，等出院後會安排見面。」，另表示：「我一直對畫畫有興趣，也許未來能計畫繼續深造，以師資資格前進。」</p>

問題四：家庭因應能力失調/疾病影響家庭運作及成員互動有關（6/30-7/15）

<p><b>主/客觀資料</b></p>	<p><b>第一層次評估（行為評估）</b></p> <p>S1：6/30父親協助個案擦澡時大聲吼：「擦這裡啦！怎麼都講不聽！」，前往探視，個案冷淡回應：「沒事啦！我習慣了，在家媽媽跟妹妹都不會要求我東要求我西，現在這樣，都要靠他幫我，他說什麼都對，反正不管怎樣都被念。」</p> <p>S2：6/30父親無奈表示：「他腳要好是困難了！現在連傷口都顧不好，每天看他這樣，我跟他媽真的也不知道該怎麼辦才好。」</p> <p>S3：7/3父親表示：「要不是你媽生病，妹妹還要上課，我們沒錢請看護，不然我也不想照顧你！」</p> <p>S4：7/4個案無奈表示：「能不能趕快出院，真不想在醫院跟我爸對看，很煩。」</p> <p>O1：7/3觀察復健師予個案復健時，父親多於床旁聽耳機，無參與感。</p> <p>O2：7/4父親家庭照顧者壓力負荷量表得分為28分，以情緒因素及社交經濟因素得分最重，屬重度壓力負荷。</p> <p><b>第二層次評估（影響因素評估）</b></p> <p>1. 主要刺激：疾病導致家庭運作改變。</p> <p>2. 相關刺激：與父親關係不佳。</p> <p>3. 剩餘刺激：缺乏社會福利相關資源。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1. 7/10前個案與父親能有正向溝通與互動。</p> <p>2. 出院前協助連結社會資源，讓個案與父親有信心回歸家庭社會生活，家庭照顧者壓力負荷量表可由28分降至13分內。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1-1. 7/1引導父親說出心中感受及照顧困難處，同時體恤辛勞及給予鼓勵，如：您真的不容易、您的支持真的很重要等。</p> <p>1-2. 7/2與父親會談，了解對個案未來之期望與家庭支持系統強度，並強調家庭支持系統的重要性。</p> <p>1-3. 利用治療時間，引導個案與父親互動，如：討論訂餐或復健情況等。</p>

問題四：家庭因應能力失調/疾病影響家庭運作及成員互動有關（6/30-7/15）（續）

<p><b>護理措施</b></p>	<p>2-1. 7/3協同社工師予家庭成員精神支持，做經濟評估並提供各項補助項目及辦法，如：脊髓損傷重大傷病卡、身心殘障手冊、急難救助津貼申請、社會保險及健保減免，並追蹤申請進度，以減輕經濟負擔。</p> <p>2-2. 7/12協同醫師、復健師、社工師、營養師及出院準備服務小組，開立跨團隊出院準備會議。</p> <p>(1) 醫生：胸髓術後傷口癒合佳，滲液量減少，預計7/14行縫合術，後續安排門診追蹤。</p> <p>(2) 復健師：與個案及父親已建立良好默契及治療性人際關係，住院期間會持續強化個案上肢力量及輪椅轉位技巧，並提供居家環境評估，如：扶手、移位板使用、輪椅使用，且個案及父親已同意出院後維持每週三次返院復健治療。</p> <p>(3) 社工師：7/3評估家中有經濟問題，提供各項補助項目及辦法，父親已申請完成；擔憂照顧者負荷，7/14提供父親照顧者關懷資源，如：家庭照顧者關懷總會、長期照護管理中心等，以減輕父親照顧壓力負荷。</p> <p>(4) 營養師：維持每週探視個案，關心進食狀況。7/1初訪個案進食意願低，7/7二訪個案已可藉外送平台選取喜愛的高蛋白飲食，如：牛肉麵、雞排等，7/14提供高蛋白營養配方，如：安素沛力及力增飲，且建議若三餐外食力增飲可增加至一天3罐，以強化四肢肌肉骨骼。</p> <p>(5) 出院準備服務小組：7/12協助個案及父親特製輪椅購買及復康巴士申請，增加家屬照護便利性及個案復健規律性；7/15提供病友資源，如：伊甸園、脊髓損傷基金會與輔具資源入口網等，以利後續就業輔導。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1. 7/8父親表示：「我知道他不好受，但看他整天無所事事我也會擔心啊！」</p> <p>2. 7/10-12觀察個案與案父爭吵頻次減少，會一同討論要叫什麼外送餐點。</p> <p>3. 7/15父親表示：「復康巴士已送出申請，這樣以後去醫院復健方便多了。」，再次評估父親家庭照顧者壓力負荷量表可降為12分。</p>

**討論與結論**

作者運用羅氏適應模式照護一位因車禍使 T7-9 胸髓損傷，導致雙下肢癱瘓，出院返家後對未來產生無望感，且因營養不足使胸髓術後傷口癒合差，加上家庭照顧問題，經常與父親出現爭執，故住院期間透過跨團隊合作，偕同醫師、復健師、營養師、社工師及出院準備服務小組，讓個案胸髓傷口可順利縫合，藉心理支持及社會資源連結，重燃對未來之希望，並同時修復與父親關係，以達良好的正向溝通。

作者因與個案年紀相仿，更能同理此年紀人生正要起步，卻因突如其來的一場車禍意外，導致生活無法自理進而心情沮喪，且在事故第一時間因無

人顧及個案疾病適應歷程及後續社會資源銜接，使其對往後生活更加無助。加上新冠肺炎疫情，因醫院政策限制訪客，難與母親及妹妹深入了解個案處境，故讓作者初期在介入時，要重建個案對未來的信心及取得父親的信任深感困難。除了時間陪伴與傾聽外，後續跨團隊的協助，如：復健師增強日常生活功能、社工師提供社會資源及出院準備小組協助返家準備等，才得以讓個案及父親對未來有共識，進而也改善彼此的相處模式。因脊髓損傷為不可逆疾病，建議臨床人員需提高對脊髓損傷五個心理適應階段之發展 [3,8]，才得以提供適切之照護。而作者於跨領域團隊照護負責團隊成員的聯繫與整合，擔任個案與家屬的諮詢者與教育者，最後能協助個

案獲得出院後續照護與資源，且於一個月後從復建師得知個案仍積極復健，表示：「我的未來目標要能獨立生活。」。個案從對未來生活無望進而自我放棄到重燃希望，並找到未來新目標，讓作者深感欣慰，亦感受到護理的價值！

## 參考文獻

1. 衛生福利部統計處：110年國人死因統計結果。2022。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5069-113-xCat-y110.html>
2. 馮容芬、劉雪娥：成人內外科護理學（下冊）。台北市：華杏。2018：152-182。
3. 胡嘉桂、林佩昭：脊髓損傷者之持續性照護。領導護理 2020；21（3）：24-35。
4. Wilkinson HN, Hardman MJ: Wound healing: cellular mechanisms and pathological outcomes. *Open Biology* 2020; 10(9): 200223.
5. Almadani YH, Vorstenbosch J, Davison PG, et al.: Wound Healing: a comprehensive review. *Seminars in Plastic Surgery* 2021; 35(3): 141-144.
6. 劉明悅：營養與傷口癒合。彰化護理 2019；26（3）：12-13。
7. 林佩儀、王萱萁、陳筱瑀：脊髓損傷者自我管理方案成效探討。澄清醫護管理雜誌 2019；16（2）：40-50。
8. Wang SY, Hong SR, Tan JY: Five different lives after suffering from spinal cord injury: the experiences of nurses who take care of spinal cord injury patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(3): 1058.
9. Jeyathevan G, Cameron JI, Craven BC, et al.: Re-building relationships after a spinal cord injury: experiences of family caregivers and care recipients. *BMC Neurology* 2019; 19(1): 117.
10. 中華民國家庭照顧者關懷總會：家庭照顧者壓力量表（14題）。2022。Retrieved from <https://www.familycare.org.tw/policy/106433>
11. 陳心怡、龐寶宏、唐宜楨：脊髓損傷者家庭經驗研究。身心障礙研究季刊 2018；16（1）：16-30。

# “Rekindling Hope” - Nursing Experience with Traumatic Thoracic Spinal Cord Injuries in a Young Adult Post-Surgery

Wei-Ting Hung, Chiao-Ling Huang, Wei-Na Wang

Department of Nursing, Chi Mei Medical Center

## Abstract

This article describes the care provided to a 23-year-old male who sustained complete thoracic spinal cord injuries at T7 to T9 in a car accident, resulting in paralysis of the lower limbs. After returning home following surgery, he became passively pessimistic about the future, experiencing feelings of hopelessness. Furthermore, inadequate nutrition led to poor wound healing at the surgical site, which, together with family care issues, prompted the patient's readmission to the hospital. During the care period spanning from June 29, 2022 to July 16, 2022, data were collected through observation, interviews, physical assessments, and direct care. Utilizing the Roy Adaptation Model, the assessment identified four health issues, namely, impaired tissue integrity, self-care deficit, hopelessness, and family coping dysfunction. Throughout the nursing process, interdisciplinary medical resources were utilized to provide appropriate wound care, dietary recommendations, and methods to stimulate appetite, aiding in tissue repair. Additionally, a collaborative rehabilitation plan was devised to strengthen upper-limb muscles, thereby enhancing self-care abilities. Guidance was offered to the patient and family to express their emotions and access social welfare resources, rekindling the patient's hope for the future and fostering positive family support for subsequent treatments and rehabilitation. It is recommended that clinical staff deepen their understanding of the five psychological adaptation stages of patients with spinal cord injury and leverage interdisciplinary resources to ensure comprehensive and continuous care for both patients and their families. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(1): 58-68)

**Keywords :** *Thoracic spinal cord injury, Hopelessness, Family coping*

Received: November 2023; Accepted: March 2024