

一位初次罹患缺血性腦中風男性病人之加護護理經驗

章秀玲¹、陳曉梅³、謝佳珍²

澄清綜合醫院中港分院 亞急性呼吸照護病房¹、胸腔內科²、中山醫學大學 護理系³

摘要

本文敘述一位初次腦中風發生吞嚥困難、肢體偏癱及因為無法接受突然的身體改變而導致無力感之加護護理經驗。如何提升個案身體功能與對未來的盼望，並以合適的方式增進外籍配偶共同照護的能力，是筆者的選案理由。照顧期間為2020年3月3日至3月15日，經觀察、身體評估、會談及查閱病歷等方式收集資料，運用羅氏適應模式層面進行整體性護理評估，確立個案有身體活動功能障礙、吞嚥困難、無力感等問題。透過跨領域的團隊合作，共同擬定照護計畫，運用主被動運動、復健活動、正確擺位、穿戴副木方式維持肢體位置及增進肢體功能。運用吞嚥評估確認吞嚥功能與嗆咳現況，設計個別化的吞嚥訓練於無力感的照護中，在主動了解病人感受與需求後，激發肢體復健的動機，藉由復健成效的進步、家屬及友人關心支持，及實際示範方式增強外籍配偶的照護能力，使個案對未來生活採正向態度。期望此護理照護經驗，提供日後護理同仁臨床照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（3）：55-64）

關鍵詞：腦中風、吞嚥困難、無力感

通訊作者：陳曉梅

通訊地址：台中市南區建國北路一段110號

E-mail：fiona@csmu.edu.tw

受理日期：2021年9月；接受刊載：2022年2月

前言

根據衛生福利部統計處（2020）統計，於2019年國人十大死因中，腦血管疾病排行第四，其死亡率為每十萬人口51.6人[1]。腦中風是腦血管疾病之一，泛指因為腦血管的阻塞或破裂，使腦部組織缺氧進而影響腦神經，是造成全球人口死亡與失能的主要原因，終生的發生率是六分之一，而本身罹患高血壓、高血糖病人其發生腦中風的風險分別是健康人的2.84倍、2.86倍[2]。腦中風發生後，身體功能障礙與吞嚥困難是常見的臨床症狀，因此對於突發性的身體功能改變，從健康自主的人轉變為凡事都需要他人協助的病人，常會發生對疾病現況的無力感，影響心理健康[3]，因此積極協助初次罹患腦中風的病人增強正向信念，適應新的生活型態並持續參與復健，是臨床護理的重要議題。

本文個案為初次罹患腦中風的55歲男性，因出現肢體無力、吞嚥困難等症狀入院求治，經電腦斷層確認診斷為腦中風，入加護病房治療，個案在入院後，因為自我照顧能力缺乏，不適應病人角色之餘，同時因無法工作而擔心家庭經濟問題，而案妻為外籍配偶，語言理解能力有限，如何提升家屬照顧能力以共同協助個案面對疾病，是筆者的主要照護動機，藉由確認其健康問題後，運用羅氏適應模式理論之人、環境、健康、護理的相關概念，運用跨領域團隊合作的方式擬定照護計畫，提升全人與全家因應腦中風後對於疾病適應能力。

文獻探討

一、缺血型腦中風症狀及治療

腦中風分為出血性與缺血性二種，其中缺血性

腦中風又有血栓性與栓塞性兩種不同的導因，而栓塞性為血管中突然出現栓子，隨血流卡在口徑較小的血管，阻絕了血液的通過，造成腦組織的缺血，腦組織在缺乏血流灌注後，會產生如肢體無力、感覺麻木、意識不清等中樞神經學症狀 [4]，腦中風復健期患者吞嚥困難的發生率為 2/3，會出現噎咳、吞嚥困難，而增加吸入性肺炎危險 [5]。藥物治療因症狀的不同，於中風後三小時內可以採取靜脈注射，或六小時內選擇血栓溶解劑、抗凝血劑，以及血小板凝集抑制劑等藥物 [6]。急性期治療目標在維持生命及密切監測生命徵象變化、意識變化、運動、感覺、認知、排尿與排便功能、抗凝血劑使用狀況、吞嚥等功能，並避免壓力性損傷的發生，急性後期可開始進行肢體復健與吞嚥訓練以避免失能 [7]。

二、腦中風常見之健康問題及相關護理措施

腦中風後約有 37-78% 的病人會發生吞嚥困難或吞嚥受損情形，可能會使蛋白質、熱量攝取不足造成脂肪組織與肌肉組織耗損問題，並且有較高的比例發生吸入性肺炎 [8]，因此於腦中風發生後的 24-72 小時內，護理人員可依患者的臨床特徵，早期篩選出高危險群，以減少吸入性肺炎問題，並改善吞嚥困難患者的臨床照護品質 [5]。可運用吞嚥困難臨床嚴重程度 (Dysphagia Severity Scale, DSS) 確認吞嚥功能，以改良式喝水試驗 (Modified Water Swallowing Test, MWST) 評估噎咳現況，對於無法經由口腔安全攝取營養及水分者，則先以鼻胃管管灌飲食 [9]。吞嚥治療可使用冰刺激，使用冰塊刺激兩側前咽門弓，增加吞嚥反射，或進行口腔運動，如微笑、打哈欠、雙頰鼓起、舌頭上下左右移動及發音練習 [10]。協助進食時，以下巴內收姿勢，將食物由健側放入，食物的質地改為適度黏稠化以利吞嚥，使用茶匙或小湯匙餵食，給予另一口食物或湯 / 水前，應確保口內食物已下嚥，每日除了三餐之外，提供早午點心，於餐後予口腔清潔 [9]。

有高達 80-90% 的腦中風病人會出現肢體偏癱的情形，使身體活動功能發生障礙 [11]。急性期臥床期要定時活動關節避免關節僵硬攣縮，定時翻身避免褥瘡，移動病人時以抬起方式，避免使用剪力的方式以維持皮膚完整性，此外，勿拉扯軟癱之手腳避免拉傷，應盡早開始進行主被動性伸展運動

及全關節活動，可使用彈力帶進行侷限誘發動作治療，每日三次，每次 30 分鐘 [12]。對於不活動的肢體應使用副木矯正，以免關節僵硬攣縮連帶影響患側半邊肢體肌肉。急性期後目標以恢復肢體功能為主，包含肌力訓練及職能治療日常功能訓練等 [7]。

三、無力感之心理照顧

腦中風為無預警的突發事件，對病人造成負面的身心影響，輕者短暫的影響日常生活功能，重者長期喪失身體自主權、產生難以承受的壓力，進而產生對現況無力的心理問題 [13]。護理重點應包含：與病人建立良好的治療性人際關係增加信任感及安全感，鼓勵表達內心感受，並運用同理心接受病人負面情緒，運用非語言溝通技巧，予以安撫及傾聽 [14]。執行醫療照護行為前，使用簡單易懂的詞彙向病人解釋病情，並澄清對疾病或治療的疑慮，此外，應將家屬納入照護圈中，以實際示範並回覆示教的方式幫助外籍配偶了解並熟悉照護方式，進而共同輔助參與照護過程，適時給予心靈支持鼓勵，以期達到適應的目標 [15,16]。

護理評估

一、個案基本資料

林先生 55 歲，已婚，育有兩女，高中畢業，信仰道教，以國語、台語為主要溝通語言，為公家機關行政人員，收入穩定，經濟來源為個案本人，經濟狀況小康，本身有高血壓，糖尿病十餘年，定期於本院門診求診及規律服藥，無抽菸喝酒吃檳榔之習慣，無特殊食物、藥物過敏史。

二、本次入院及治療過程

個案於 2020/3/3 早上上班時發現右手漸漸無力，到中午發現無法使用鍵盤及滑鼠，先請假在家休養，返家後出現口齒不清、進食嘔吐、吞嚥困難、講話含糊、右上下肢肌肉無力症狀，由案妻呼叫 119 救護，入急診求治，3/3 電腦斷層顯示左側大腦梗塞，診斷為缺血性腦中風，於急診以靜脈血栓溶解治療 (rt-PA) 後，轉入加護病房照護。3/4 腦部核磁共振顯示左側前大腦動脈及中大腦動脈梗塞。3/3 靜脈血栓溶解治療 (rt-PA) 後，觀察無腸胃道出血及血尿之副作用。3/5 經醫師會診復健評估後，開始進行肢體與吞嚥復健運動，3/15 病情穩定轉一般病房照護，3/21 經醫師診視後許可出院。

個案評估

照護期間為 2020/3/3 至 3/15，經由觀察、直接照護、身體評估、會談及查閱病歷等方式收集資料，並運用羅氏適應模式層面進行整體性護理評估，評估內容如下：

一、生理層面

(一) 氧合、循環：3/3 心電圖及胸部 X 光顯示正常，心跳速率為 80 次 / 分、血壓值為 120/83mmHg、呼吸速率為 18 次 / 分，呼吸平順，無使用呼吸輔助肌，血氧濃度為 98%，四肢末梢微血管填充小於 3 秒，周邊動脈搏動 2+，嘴唇及雙手指甲床顏色為粉紅色。3/5-3/10 心跳速率為 65-70 次 / 分、血壓值為 120-135/70-85mmHg、呼吸速率為 10-20 次 / 分。

(二) 營養：3/3 身高 173 公分，體重為 88.9 公斤，身體質量指數：29.7 kg/m²，屬輕度肥胖。四肢完整皮膚溫暖、光滑有彈性且無水腫，口腔乾燥，白齒有一蛀牙，住院前吞嚥無困難，食慾可，正常由口進食，無進食困難。3/3 因無法吞嚥液體，放置 16 號鼻胃管留置進食，每日四餐—愛美力 250ml，熱量 1,800 卡 / 日，消化可。3/5 使用小量水 (3mL) 吞嚥測試後有嗆咳行為，個案表情皺眉訴：「我喝水好像會嗆到！」、「口乾想喝水，喝水完後都會一直咳嗽，好不舒服喔！」、「為什麼我會被水嗆到？我以後還能從嘴巴吃東西嗎？」，使用進食能力評估表顯示吞嚥問題已經影響用餐，且於吞嚥液體及固體食物感到費力，吞嚥時有食物卡在喉嚨的感覺，及吞嚥時會咳嗽與感到緊張，吞嚥困難臨床嚴重程度 (DSS) 分級為 3 級，3/3 抽血檢查 Hb：10.2mg/dL、RBC：38,000/mm³，Albumin：3.2g/dL。經評估有吞嚥困難之健康問題。

(三) 排泄：入院前大小便正常，3/3 觸診腹部柔軟、無壓痛，聽診腸蠕動音 9-12 次 / 分，叩診無鼓音及脹氣，3/6-3/14 照護期間每日排便兩次，顏色呈黃褐色、量約 150-250ml、性質軟便，尿量約 1,800-2,000ml，色呈淡黃、清澈、無沉澱物，無排尿困難、便秘或腹瀉，尿液常規檢查正常。

(四) 活動與休息：個案平常可自理生活，但因工作忙碌，並無運動的習慣，平日約十點就寢，早上六點半起床，無使用安眠藥，3/3-3/15 照護期間，睡眠時間約 6-7 小時，白天精神可。3/3 評估個案左側

肢體為 5 分、右側肢體為 2-3 分，個案：「我的右手右腳怎麼不能舉起來，都沒什麼感覺！」、「我的右手、右腳都沒辦法動，都要靠你們幫我。」、3/4 個案：「為什麼我的右手沒有力？」；3/5 肌肉力量右側仍為 2-3 分，3/6「都已經三、四天了，為什麼我的右手右腳還是抬不太起來？」。3/7 日常生活活動量表評估個案於進食、洗澡、個人衛生、穿脫衣服為 0 分，排便與排尿時可通知護理師處理 (20 分)，但無法如廁，步行及移位、上下樓梯皆為 0 分，總分為 20 分，屬極重度依賴。經評估有身體活動功能障礙及自我照顧能力缺失之健康問題。

(五) 皮膚完整性：入院前身體皮膚完整無破損，呈現飽和有彈性。3/3-3/15 照顧期間為完全臥床，需他人協助翻身擺位，足跟及骨頭突出處直接受壓於加護病房之非氣墊床，故有潛在危險性皮膚完整性受損之健康問題。

(六) 感覺、知覺功能：個案雙眼配戴 500 度的近視眼鏡，聽力正常，3/3-3/15 照顧期間意識清楚，GCS：E₄M₆V₅，人、時、地、物、判斷力、定向力、注意力、記憶力、抽象理解能力及計算能力、感覺系統檢查正常，深層肌腱反射左側肢體 2 分正常，右側肢體 1 分，說話會含糊不清，但能說出完整句子，舌頭不會麻，無偏向哪一側，講話不會流口水。

(七) 體液與電解質：入院前平均每天飲水量約 1,300-1,500mL / 天，3/3-3/15 照護期間，輸入量及輸出量平衡 (+500)，3/5 抽血生化報告顯示 Na：135mmol/L、K：4.1mmol/L、Ca：4.2mg/dl。

(八) 內分泌：3/3 觸診甲狀腺無腺體組織增大情形、生殖器外觀正常。3/3-3/15 照護期間飯前血糖值 130-160mg/dl，常規藥物 Actrapid 6unit Q6H SC 使用。

二、自我概念模式

(一) 身體自我

個案自認身體健康最重要是家庭幸福的根本。入院後因中風右側肢體偏癱，需依賴他人協助任何事情，個案躺於床上，時而凝視發呆，時而閉目不語，3/4 個案：「我的右側很遲緩，都要靠左邊幫忙動」、3/5「我右邊這樣連動都不能動，感覺自己很沒用。」。觀察個案眼神表情悲傷無助，皺眉嘆氣，感到無奈與無助，經評估有因身體活動功能障礙衍生之無力感健康問題。

(二) 人格自我

個案性情溫和、自信、友善、慷慨、情緒穩定，住院前對於自我要求高，工作認真且努力進修，公職層級為九職等科長。

(三) 人際自我

住院期間觀察案妻與子女均會於會客時間前來訪視給予關心，3/5 案妻表示個案平日人緣佳，知道個案住院後有很多人表示希望來探訪，但因疫情關係會客時間人數有限制，故改為錄製關懷鼓勵的錄影影片及寫卡片，轉交給個案閱讀。

三、角色功能模式

依艾瑞克森心理社會發展理論，個案處於成年中期生產與停滯階段，第一角色為 55 歲男性，第二角色為丈夫、父親；第三角色：病人，3/4 案妻表示：「平日跟先生互動關係很好，他平常人緣也好。」3/5 個案：「這年紀還要讓家人為我擔心，真的一點用都沒有。」，「我擔心之後沒辦法工作，家裡要靠我養。」。3/5：「我還要多久才能夠出院，沒工作就沒錢，而且住醫院還要花這麼多錢，我老婆是越南人，從沒在外面工作過。」、3/6「如

果我一直沒恢復，我的工作怎麼辦？」。3/7 復健時，觀察個案情緒低落表示「手還是很沒力，這樣是不是不會好了？」。經評估得知個案由可自理生活變成被照顧者，失去身體自主權、對於從健康人突然成為病人角色難以接受，經評估有無力感之健康問題。

四、相互依賴

家中主要決策者為自己，平日雖案妻為越南籍，但個案能尊重案妻的意見，近兩年中無重大變故，此次中風後造成肢體活動受限，凡事需由他人協助，自認為會連累家人，會主動要求與積極配合復健，3/5 向案妻表示：「家裡的錢夠不夠用，如果不够跟弟弟說一下」，可知親友關係緊密且互動可。案妻與案女會給予個案言語支持。

問題確立與護理計畫

經以上護理評估，確立個案有身體活動功能障礙、吞嚥困難、無力感、自我照顧能力缺失、潛在危險性皮膚完整性受損等健康問題，因篇幅限制故選擇前三項問題擬定護理計劃如下述：

問題一、吞嚥困難/與腦中風導致舌咽神經受損相關 (3/3訂)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>第一層次評估 主觀資料 S1：3/5 個案表情皺眉訴：「我喝水好像會噎到！」。 S2：3/5 個案「口乾想喝水，喝水完後都會一直咳嗽，好不舒服喔！」。 S3：3/5 個案「為什麼我會被水噎到？我以後還能從嘴巴吃東西嗎？」。 客觀資料 O1：3/3 因吞嚥困難放置 16 號鼻胃管。 O2：3/3 醫師評估第九對舌咽神經異常。 O3：3/5 使用小量水（3mL）吞嚥測試後有噎咳行為。 O4：3/5 吞嚥困難臨床嚴重程度（DSS）分級顯示為 3 級，水分吸入會噎到。 第二層次評估 主要刺激：罹患腦中風導致第九對舌咽神經受損。 相關刺激：由口進食有噎咳情形。 剩餘刺激：個案缺乏腦中風後發生吞嚥困難時的復健相關知識。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 3/7 個案獨立執行二項吞嚥復健治療措施。 2. 3/10 個案能使用吸管吞嚥液體至少 60cc，且亦無噎到情形。 3. 住院期間無發生吸入性肺炎情形。</p>

問題一、吞嚥困難/與腦中風導致舌咽神經受損相關 (3/3訂) (續)

<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 3/3-3/15 每日清晨與每餐後，以清水沾棉棒清潔口腔。2. 3/4-3/7 使用鼻胃管灌飲食，向營養師及個案溝通將原每日鼻胃管灌四餐一愛美力 250ml，熱量 1,800 卡 / 日，漸進式改成每日管灌二至三餐，將午餐及晚餐改成半流飲食。3. 3/6 照會語言治療師，共同擬定個案吞嚥治療計畫，於 3/7 起，每日 11 點至 11 點半執行吞嚥治療，訓練時，協助身體保持直立且頭向前微彎曲。4. 3/6 告知個案說明吞嚥治療的重要性，避免肺部吸入食物或水，引起肺部感染重要性，並評估學習意願及動機。5. 3/6-3/10 照會語言治療師共同擬定個案口腔運動如下：一個動作練習 10 次，一次執行 30 分鐘。<ol style="list-style-type: none">(1) 嘴唇運動：發 Y、ㄟ、一、ㄛ、ㄨ 的音，每個音的嘴型儘量做出來且明顯，每個音連續發 3 次，共 5 次。(2) 用口唇含著細長的扁平木棒（壓舌棒或冰棒的木棍等），並且慢慢延長含木棒的時間。(3) 雙唇閉合，將嘴唇往左右兩端拉開，再將嘴唇嘟起來，反覆做十次。(4) 臉頰運動，包括：將嘴巴閉起來，交替做鼓起兩頰，噘嘴內縮兩頰，每個動作各維持五秒，連續作十次，接著再用點力鼓起臉頰，並且從外側按壓鼓起的臉頰，連續做十次。(5) 舌頭運動：將舌頭伸出嘴巴、嘴巴用力張開，用舌頭沿著嘴角繞嘴唇四周一圈，然後縮回，以及舌頭上頂門牙、碰觸硬顎再放下，反覆練習十次。(6) 下頷運動：將嘴巴張開、說「ㄨ」的嘴型，停五秒鐘，再用力將嘴巴合攏，反覆十次。(7) 頭頸部肌肉放鬆運動，重複活動十次。6. 3/7 教導案妻於會客時可帶布丁、果凍等軟質食物供個案食用。7. 3/7 請案妻準備材質較硬且深的湯匙如嬰兒專用湯匙，並指導案妻協助使用湯匙餵食至鼓勵自行進食，採少量多餐進食，從左側嘴巴放置食物，以利吞嚥，確認嘴巴內食物食用完，再餵食下一口食物。8. 3/7-3/15 用餐時給予足夠的時間，以不催促個案的態度鼓勵持續自行進食，並使用防滑墊板將碗固定在床旁桌上，預防碗盤滑動。9. 每周一監測體重變化。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 3/10 案妻前來探視時，對於案妻帶來的熱茶能噘嘴吹氣試圖將熱茶吹涼。2. 3/11 個案能張開口將舌頭吐出左右擺動超過 5 次。3. 3/12 個案可使用左手拿取湯匙，使用半碗鹹粥重量（約 200ml），進食時間約 20 分鐘，過程內無噎咳。3/14 會客時案妻攜帶市售統一布丁（180 克），個案可自行食用，進食過程約 15 分鐘。4. 3/13 使用空針予以小量水（5ml）吞嚥測試無噎咳及無吸入性肺炎，逐漸增加至 15ml，3/15 轉出加護病房無噎咳及吸入性肺炎之情形。 <p>後續追縱評估</p> <ol style="list-style-type: none">3/19 個案於病房可將鹹粥（400ml）完整食用完畢，時間約 30-40 分鐘。3/20 個案於病房使用 20ml 空針吞嚥測試無噎咳之情形，逐漸增加至 50ml，才有噎咳情形產生。3/21 個案於普通病房持續進行吞嚥治療及口腔運動，至出院前皆無吸入性肺炎。

問題二、身體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙造成肌肉力量減少相關 (3/3訂)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>第一層次評估 主觀資料 S1：3/3 個案：「我的右手右腳怎麼不能舉起來，都沒什麼感覺！」、「我的右手、右腳都沒辦法動，都要靠你們幫我。」 S2：3/4 個案：「為什麼我的右手沒有力？」、「我的右側很遲緩，都要靠左邊幫忙動。」 S3：3/6 個案：「都已經三、四天了，為什麼我的右手右腳還是抬不太起來？」。 客觀資料 O1：3/3 電腦斷層顯示左側大腦梗塞，3/4 腦部核磁共振顯示左側前大腦動脈及中大腦動脈梗塞。 O2：3/3 評估四肢肌肉力量：左側肢體為 5 分、右側肢體為 2-3 分。 O3：3/7 「日常生活活動量表」，總分為 20 分，屬極重度依賴。 第二層次評估 主要刺激：神經功能受損使肌肉張力減弱。 相關刺激：自覺身體無剩餘刺激力量。 剩餘刺激：情緒低落，復健動機低。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 3/5 前，個案能使用非慣用手（左手）執行日常生活活動至少二項。 2. 3/12 前，於會客時間，家屬能協助個案進行右側肢體的被動運動每次 15 分鐘。 3. 轉出加護病房前，右側肢體無關節僵硬、攣縮情形發生。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 3/3-3/11 每兩小時評估及紀錄個案肌肉力量、關節活動度及僵硬情形。 2. 3/3-3/9 每兩小時以抬高方式協助個案翻身、擺位、背部扣擊，翻向左側臥時維持 2 小時翻身一次，並使用翻身枕支托背部，海綿枕抬高手腳預防水腫，擺位時，扶住關節處，避免造成扭傷或脫臼，並擺放於正常功能位置。 3. 3/6-3/11 每兩小時協助個案翻身時，鼓勵個案使用左上肢肢體抓握對側床欄，與護理人員共同完成翻身、擺位。 4. 3/6-3/11 照會復健科，擬定個案的復健計畫，復健師每天執行床邊復健運動及訂製右手副木使用，每次使用二小時，休息兩小時再穿戴上，預防關節攣縮，3/13 以示範方式教導案妻如何正確穿戴右手副木。 5. 3/7 衛教並以示範教育的方式指導家屬協助個案於被動運動前給予肢體按摩，使肌肉放鬆，增加關節運動時可達到最大弧度。 6. 3/7-3/15 復健師以示範方式教導案妻執行 15 分鐘被動關節運動如下： （1）肩關節：握住手肘及手腕，將上肢抬高至耳朵旁→往外沿展→外展→手肘彎曲→帶回原位。 （2）肘關節：一手握住手腕，一手支撐手肘，維持外展及手肘彎曲。 （3）腕關節：一手握住前臂，一手握住手掌，維持手肘彎曲慢慢下壓及上壓手腕。 （4）手指關節：一手握住大拇指，一手握住另外四隻指頭，維持手肘彎曲，慢慢將手掌打開及握拳。 （5）髌關節：將膝蓋往胸部方向靠近，伸展大腿前側及臀部。 （6）踝關節：一手握住腳踝，一手抓住腳底板，慢慢彎曲及伸直。</p>

問題二、身體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙造成肌肉力量減少相關 (3/3訂) (續)

護理措施	<p>7. 3/7-3/15 鼓勵個案以手腕彈力帶繫於右手手腕處，以左手協助右手的主動運動，如肘關節和腕關節曲屈、伸展和上舉運動，每項執行 15 次，每日執行 3 次。</p> <p>8. 3/9 請案妻購買特殊圓形止滑顆粒墊，鋪在床旁桌上，將個案隨身日常用品放置於止滑墊上方，無須擔心物品翻倒或滑動，增加個案自主活動之意願。</p>
護理評估	<p>1. 3/5 個案可使用左手執行刷牙、擦臉、梳頭等動作。</p> <p>2. 3/12 案妻能每 2 小時幫個案翻身，執行被動運動前可給予肢體按摩。</p> <p>3. 3/14 案妻能正確執行肩關節、腕關節、手指關節、踝關節被動運動，一天三次，每次 15 分鐘。</p> <p>4. 3/15 轉病房時，觀察雙上肢肢體無關節僵硬、攣縮，肌肉力量 3-4 分，右手副木穿戴中。</p> <p>後續評估</p> <p>3/18 個案肌肉力量右上肢 4-5 分、右下肢 4 分。</p> <p>3/20 個案右手可自行將床旁桌上的水杯拿至自己胸前，再放至原處，過程中液體並未潑灑出。</p>

問題三、無力感/與腦中風疾病造成自我控制能力缺乏、不適應病人角色及擔心家庭經濟壓力相關 (3/3訂)

主 / 客觀資料	<p>第一層次評估</p> <p>主觀資料</p> <p>S1：3/4 個案：「我的右側很遲緩，都要靠左邊幫忙動」。</p> <p>S2：3/5 「我右邊這樣連動都不能動，感覺自己很沒用。」、「這年紀還要讓家人為我擔心，真的一點用都沒有。」</p> <p>S3：3/5 個案：「我擔心之後沒辦法工作，家裡要靠我養。」、「我還要多久才能夠出院，沒工作就沒錢，而且住醫院還要花這麼多錢，我老婆是越南人，從沒在外面工作過。」</p> <p>S4：3/6 個案：「如果我一直沒恢復，我的工作怎麼辦？」。</p> <p>S5：3/7 個案：「手還是很沒力，這樣是不是不會好了？」。</p> <p>客觀資料</p> <p>O1：3/3 因腦中風以致右側肢體偏癱，「日常生活活動量表」20 分，為極重度依賴。</p> <p>O2：3/4 觀察個案躺於床上，時而凝視發呆，時而閉目不語，眼神表情悲傷無助，皺眉嘆氣，感到無奈與無助面部憂傷，出現淡漠及閉目休息，眼角有淚痕。</p> <p>O3：3/6 復健時，因肌肉力量無提升，觀察個案情緒低落、哭泣。</p> <p>第二層次評估</p> <p>主要刺激：腦中風以致吞嚥障礙，右側肢體肌力降低至 2~3 分。</p> <p>相關刺激：腦中風後對疾病的預後和未來復健成效感到不確定。</p> <p>剩餘刺激：住院前生活自理，身體健康，腦中風後需他人協助日常生活，成為需要依賴照護者的病人角色。</p>
護理目標	<p>1.3/12 前，個案能配合腦中風復健照護計畫，及可預期的復健成效至少二項。</p> <p>2.3/17 前，個案能表達對未來的想法及正向接受疾病的變化。</p>

問題三、無力感/與腦中風疾病造成自我控制能力缺乏、不適應病人角色及擔心家庭經濟壓力相關 (3/3訂) (續)

<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3/5-3/15 每日向個案主動打招呼、關心睡眠情形，協助告知個案有生理需求時可使用呼救鈴，建立良好的護病關係。 2. 3/7-3/12 當個案情緒表現低落、沮喪時，予以在旁陪伴，給予個案獨處空間後，引導個案表達內心想法。 3. 3/7-3/12 筆者每日利用復健後 10 分鐘時間陪伴個案，鼓勵個案表達復健過程中，個案面臨的復建問題及困境，利用聆聽及陪伴的方式，讓個案增加信任感。 4. 3/7-3/12 每日陪同個案復健計畫時，協助予以影片拍攝，經由每日復健影片進步撥放，增進個案信心。 5. 3/7 允許案妻攜帶宮廟求得之護身符及淨身過後的衣物，放至個案身旁，增進個案心靈安定及寄託。 6. 3/9-3/12 因疫情關係，加護病房會客限制單一時段只限二位家屬探視，其餘未探視之親友，請案妻可拍攝親友鼓勵之影片，為個案加油，另可利用視訊方式使個案和親友互動，減緩焦慮不安感。 7. 3/11 經確認後個案有投保醫療險，告知個案於出院前可提醒醫師開立住院診斷證明書以利申請理賠，3/15 轉至病房時予以交班。 8. 筆者每三天一次主動予以個案分享，中風後相關疾病之資訊，及檢視復健治療計畫實施達成率，以利個案增加自我控制感。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3/12 個案參與復健計畫時，會自行要求多做 1~2 組之復健，並於會客時告知案妻：「我今天的復健有多做一組，不相信你握看看我的手，有力氣吧！」 2. 3/13 個案：「有在做吞嚥訓練好像比較可以慢慢吃點東西，我要繼續努力加油！」 3. 3/16 個案會主動向筆者表達內心想法：「我其實比較擔心我老婆，要照顧我還有小孩，我很擔心她身體會不好。」、「每天復健我覺得有進步，希望趕快好起來，可以回復正常生活！」，評估個案對復健有正向感受，願意持續進行。 <p>後續追蹤評估</p> <p>轉病房後，個案可使用電腦通訊與主管視訊討論工作安排，主管表示可先協助請假事宜，視需要安排留職停薪，如可開始工作，會依照當時身體健康狀況予以安排合適的工作內容，請個案放心養病，個案感謝主管安排。</p>

討論與結論

本個案為一位初次罹患腦中風，發生吞嚥困難及肢體偏癱，以致日常生活自我照顧須仰賴照護者協助，心理照顧層面正值壯年時期卻無預警下的罹患此疾病，面臨無法控制的疾病進展及對治療過程的未知，使得個案感到壓力而產生無力感。照護過程中對於疾病造成肌肉神經力量改變而產生肢體活動上的障礙，結合語言治療師、復健師、營養師等醫療團隊共同擬定照護計畫，積極把握復健的黃金關鍵時間，運用主被動運動、正確擺位、穿戴副木

等方式維持肢體位置及功能，翻身時以抬高等方式避免壓力性損傷的發生，也教導個案利用彈力帶，使用健側肢體輔助患側肢體進行簡單的日常活動，以增加其復健成效，無發生攣縮及關節僵硬現象。在吞嚥困難的照護部分，協助個案進行漸進式的吞嚥訓練，調整適合的飲食配方並運用合宜的餵食工具以利進食，使個案住院期間無發生肺炎的問題。照護過程中，筆者除了透過傾聽、支持、陪伴及共同制定治療計畫以增加對自我的控制感，並以示範的方式指導外籍案妻協助肢體復健，每日告知個案

復健成效以提升個案對未來的正向信念，使個案由苦難中昇華，於個案出院後經由電訪追蹤及病歷回顧得知個案可持續前往醫院進行復健，在 2020 年 12 月已經返回職場工作，主管同意暫調至文書處理的部門。

高血壓與糖尿病是罹患腦中風的高危險群，而在照護過程中如何應用預防醫學的概念，深入評估個案血壓與血糖控制現況，並視需要調整藥物，以達最佳的疾病控制並避免腦中風再發，是提升護理照護品質的重要目標，礙於加護病房的護理時間有限，以緩解緊急需要照護的臨床症狀為主，故無深入評估與介入慢性疾病的自我照顧，實為單位目前之照護限制。建議院內能於腦中風整合性門診加入三高疾病的長期評估與追蹤照護，亦有腦中風個管師協助病人於出院後能有健康諮詢的管道，以共同提升腦中風護理品質並避免疾病的再發。

參考文獻

1. 衛生福利部：108 年死因統計結果分析。2020。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-4927-54466-113.html>
2. 國民健康署：腦血管疾病。2020。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=213>
3. Villa RF, Ferrari F, Moretti A: Post-stroke depression: mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & Therapeutics*. 2018; 184: 131-144.
4. 錢駿、鍾芷萍：缺血性腦中風的分類。臨床醫學月刊 2018；81（2）：72-76。
5. 司麗雲、謝素英、曾素美 等：住院復健期腦中風患者吞嚥困難之決定因子探討。護理雜誌 2017；64（3）：43-55。
6. 湯頌君、蔡力凱、陳啟仁 等：台灣腦中風學會急性缺血中風動脈內血栓移除治療指引。台灣中風醫誌 2019；1（2）：77-89。
7. 韓德生、林家瑋、盧璐 等：臺灣腦中風復健治療指引。台灣復健醫學雜誌 2016；44（1）：1-9。
8. Fedder WN: Review of evidenced-based nursing protocols for dysphagia assessment. *Stroke*. 2017; 48(4): e99-e101.
9. 衛生福利部：進食、吞嚥困難照護及指導方案指引手冊。2019。Retrieved from <https://bit.ly/3PeM7M8>
10. 盧采臻、張麟鳳、洪蘆妍 等：護理人員協助執行腦中風病人吞嚥訓練之指引及現況。榮總護理 2016；32（2）：202-207。
11. Lendraitienė E, Tamošauskaitė A, Petruševičienė D, et al.: Balance evaluation techniques and physical therapy in poststroke patients: a literature review. *Neurol Neurochir Pol* 2017; 51(1): 92-100.
12. 方郁棻、陳靜修、楊鳳年：運用彈力帶協助一位初次腦中風患者復健之護理經驗。長庚護理 2019；30（1）：101-111。
13. 蔡惠如、曾詩蘋、王守玉 等：探討首次腦中風病人初期之調適過程。護理雜誌 2016；63（2）：103-112。
14. Harrison M, Ryan T, Gardiner C, et al.: Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2017; 24(2): 119-125.
15. 江瑜玲、鍾玉珠：一位初次缺血性腦中風患者之護理經驗。彰化護理 2019；26（3）：85-95。
16. Kneebone II: Stepped psychological care after stroke. *Disability and Rehabilitation* 2016; 38(18): 1836-1843.

The Critical Care Experience of a Male Patient with First-Time Ischemic Stroke

Hsiu-Ling Chang¹, Hsiao-Mei Chen³, Chia-Chen Hsieh²

Subacute Respiratory Care Ward¹, Division of Thoracic Medicine², Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital;
Department of Nursing, Chung Shan Medical University³

Abstract

This article presents the critical care experience of a man who experienced powerlessness from debilitating dysphagia and hemiplegia and found it difficult to accept the sudden physical changes in his body after suffering from the first episode of ischemic stroke. This case was chosen to illustrate ways of not only improving the patient's physical function but also instilling hope for the future and strengthening the caring ability of the spouse residing abroad. Between March 3 and March 15, 2020, data were collected through observation, physical assessment, interviews, and review of the medical records. Roy's Adaptation Model was used for a holistic nursing assessment to determine the physical dysfunction, dysphagia, and powerlessness of the patient. A total care plan was also developed through interdisciplinary collaboration. Active and passive exercises, rehabilitation activities, proper positioning, and resting splints were applied to maintain limb positioning and improve physical functions. Swallowing function (including any choking episodes) was assessed, and an individualized swallowing training program was designed by a speech therapist. To address the patient's sense of powerlessness, after understanding the patient's feelings and needs, his self-motivation towards physical rehabilitation was promoted, and the patient was able to develop a positive attitude toward the future via a combination of rehabilitation progress, social support from families and friends, and increasing the care level of his spouse through technique demonstrations. We hope that this nursing experience may provide references for nurses in their daily clinical care. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(3): 55-64)

Keywords : *Stroke, Dysphagia, Powerlessness*

Received: September 2021; Accepted: February 2022