

一位初次急性缺血性腦中風病人之護理經驗

林詩芳¹·賴美玉²·李家靜^{3*}

¹ 中山醫學大學附設醫院護理師

² 中山醫學大學附設醫院護理長暨中山醫學大學通識教育中心講師

^{3*} 中山醫學大學附設醫院護理長

摘要

本文探討一位 46 歲女性因急性缺血性腦中風接受動脈取栓術後加護病房護理經驗。筆者於 2020 年 6 月 20 日至 6 月 27 日止，照護期間運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估工具，經身體評估、收集病史、直接護理、觀察及會談等方式收集資料，確認護理問題有身體活動功能障礙、身體心像紊亂及知識缺失。照護期間運用同理傾聽與病人建立良好護病關係，結合全人醫療團隊、運用醫病共享決策，與病人及家屬共同擬定照護計劃，教導復健活動及床上全關節運動，增強肌力恢復；鼓勵病人表達內心感受，給予正向情緒支持，分享成功案例改善身體心像紊亂問題；主動提供疾病相關知識及與疾病共存的注意事項，鼓勵病人自主學習相關照護知識，提升自我照護技巧，避免再次發生腦中風。另外，建議腦中風個管師能於病人入住加護病房時立即收案，讓醫療照護團隊能更好的掌握病人的進展並提供相關資源，以利病人順利的渡過疾病急性期，回歸正常社交生活。

關鍵詞：缺血性腦中風、身體心像紊亂、身體活動功能障礙

前言

行政院衛生福利部統計 2020 年國人十大死因，腦血管疾病位居第四位，也是造成國人失能之首（衛生福利部，2021）。急性缺血性腦中風(Acute Ischemic Stroke, AIS)若未能及時治療，將導致永久性的腦功能異常，日常生活功能仰賴專人協助完成。研究指出，有 33% 病人會出現憂鬱、社交隔離等行為，進而影響預後，照顧者除了照護時數長，仍要處理病人的負面心理情緒，易身心俱疲(Virani et al., 2020)。若病人自己無法自律的規則服藥控制或是改變飲食習慣，一年內再住院率達 50%、五年內腦中風的再次發生率為 35%，死亡率更高達 25%(Li et al., 2019)。在照顧過程，發現病人面對腦中風後的左側肢體無力、語言溝通障礙，及對未知的疾病進展，失去自我身體控制感，產生退縮、逃避及不與他人互動等負向感受及行為表現，故引發筆者撰寫本篇報告之動機。期望透過個別性護理措施及完善護理計畫，加強衛教病人腦中風的飲食及規則服藥重要性，鼓勵正面心態與疾病共存，進而提升生活品質及日常生活能力。

文獻查證

以下針對 AIS 的相關概念、身體活動功能障礙、身體心像紊亂之護理及知識缺失做相關文獻的探討：

一、AIS 的相關概念

AIS 是指血管受壓迫，阻礙血液流通，使得腦組織缺氧及功能受損，產生突發性的運動、感覺、或記憶方面失調或喪失，導致暫時性或永久性的腦部功能異常，主要類型可分為因血栓或栓塞造成的缺血性腦中風，及因出血所造成的出血性腦中風

(湯等，2017)。臨床症狀為單側肢體無力、失語症、步態不穩、吞嚥困難、意識改變等，危險因子包含：高膽固醇血症、高血脂症、高血壓、熬夜、缺乏運動、飲食習慣的改變及壓力過大(馮等，2018)。臨床上常用道格拉斯昏迷指數(Glasgow coma scale, GCS)及美國國衛院腦中風評估表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)來評估病人神經功能受損程度(Yew & Cheng, 2015)。常見的治療方式有血栓溶解劑治療經靜脈注射合成之組織胞漿素原活化劑(recombinant tissue plasminogen activator, r-tPA)或是血管內血栓移除術(endovascular thrombectomy, EVT)(羅等，2016)。

二、身體活動功能障礙之護理

AIS 病人會有肢體自主動作障礙、吞嚥困難、口語表達障礙等後遺症，進而影響日常生活獨立及生活品質，故需要協助規律的、經常性的執行被動關節運動(Passive range of motion, PROM)，每兩個小時協助床上翻身及肢體擺位，確保關節的靈活及減緩肌肉減少症，目標在於維持現存能力，避免產生合併症(蔡，2017；翁等，2018)。每班評估病人四肢肌肉力量變化，盡早提供復健運動，依病人個別狀況行物理、職能及語言復健治療，利用醫療團隊合作模式，共同制定復健計畫，並紀錄病人復健狀況，增強偏癱側肢體肌肉耐力，提升整體性功能，協助病人恢復最大的生活自理能力，並自主的持續進行復健(薛等，2021；Pan, 2018)。因為疾病導致肌肉力量尚未恢復，重點在肌肉協調性控制的動作學習訓練上面，及肌肉力量的增強訓練，方向為主動及被動關節運動、坐姿平衡訓練、手腳協調訓練及肌肉力量增強訓練(Hsieh et al., 2019)。

三、身體心像紊亂之護理

根據艾瑞克森(Erikson)心理社會發展理論，病人的年齡層屬於成年中期，若失能而失去生產力或疾病長時間共存，會影響情緒發展及生活品質，病人會因為無法接受失能的肢體或身體的改變，而出現身體心像紊亂，如：退縮、過度自省、逃避或是拒絕社交接觸的問題，產生自我負向感受，影響自我概念及價值感，甚至傷害自己的健康，拒絕參與

接受刊登：111 年 6 月 8 日

*通訊作者：李家靜

機構：中山醫學大學附設醫院

電話：04-2473959*38707

通訊地址：台中市南區建國北路一段 110 號

電子信箱：cshp094@cshp.org.tw

復健運動，以破壞性的方式來解決問題(Li et al., 2019; Purton et al., 2021)。照護重點在與病人建立良好的互動，傾聽、偕同病人家屬給予正向支持，鼓勵表達心中感受及負向情緒並接受行為，讓病人認識自我、重新內省、肯定並接納自己，接受自己身體改變事實，了解生命對自己的意義與價值，並鼓勵自我照顧及漸進式學習自理日常生活，協助參與支持性團體及病友會，獲取支持及經驗分享，持續正向思考，進而重返正常的社交生活(溫、侯，2019)。

四、知識缺失

台灣腦中風學會於 2020 年指出腦中風病人約有 50% 以上有高血壓病史，約 8.3% 會有不遵從服藥，大多導因為對疾病認知不足，故應加強疾病的衛教，包含：腦中風原因、相關機轉及症狀、找出危險因子、改變生活型態、充足睡眠及不熬夜，每週 4-7 天 30-60 分鐘的體能活動(如：快走、騎腳踏車)(鍾等，2020)。建立正確飲食觀及食物種類指導，減少高醣食物，以五穀飯取代白米飯及麵食，多攝取蔬果、高纖維食物，白肉取代紅肉，多以清蒸水煮取代煎炒油炸，每天至少小於 1 茶匙的鈉鹽攝取，控制血壓 $\leq 140/90$ mmHg，依醫囑服用降血壓、降膽固醇、抗凝血藥物減少粥狀硬化形成，定期的返診追蹤，以降低心血管疾病及中風風險，避免再次腦中風(薛等，2021)。衛教部分採用多媒體方式，如：影音光碟、教具模型、具有圖案色彩排版的衛教單張，透過多元跨團隊方式，共同擬定系統性照護，運用網路資訊，根據個別性設計學習規劃、進度及需求，設計相關連結，能更有效地增進病人學習意願及效率(林等，2021)。

護理過程

病人簡介

范女士，46 歲，專科畢業，職業為工廠作業員。以國台語溝通，育有 2 男 1 女皆就學中(2 子皆於外地就學，放假時經常回家探視)，平常與女兒及先生同住，住院期間主要照顧者為先生，經濟支出為病人及先生儲蓄。

過去病史

2019 年病人發現高血脂及高血壓，病人認為自己沒有什麼症狀，就未規則控制。無外科病史、無過敏史，無抽菸、喝酒、吃檳榔。

治療過程

2020 年 6 月 20 日病人女兒表示：媽媽中午吃飯時突然左側肢體無力，眼球偏右，口齒不清無法吞嚥口水，向 119 求救後送入本院急診就醫，入院後評估病人 GCS:E3V2M5，雙眼瞳孔大小 3.0mm，皆對光有反射，四肢肌肉力量：右上肢體：4 分，右下肢體：3 分，左上肢體：2 分，左下肢體：3 分，體溫：36.5°C、脈搏：60 次/分、呼吸：16 次/分、血壓：164/97mmHg、血氧濃度：98%，抽血三酸甘油酯：312mg/dl、總膽固醇：254mg/dl、血糖：98 mg/dl、白血球數：4133mm³、紅血球數：401 萬個/mm³、血色素：13.7g/dl、白蛋白：3.5mg/dl、血小板：30 萬個/mm³，追蹤胸部 X 光：雙側肺葉輕微浸潤，十二導程心電圖：竇性節律，緊急做腦部電腦斷層：右側中大腦動脈梗塞，醫師根據美國國衛院腦中風評估(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)：14 分，故立即進行動脈取栓術，術前置放導尿管、鼻胃管、氣管內管及右鼠蹊動靜脈鞘管，於右側中大腦動脈處置放兩個支架，術後移除右鼠蹊動靜脈鞘管及氣管內管，轉入加護病房繼續照護，評估 GCS：E3V2M6，口齒不清，略有流口水，測量四肢肌肉力量：右側上下肢體：5 分，左上肢體：3 分，左下肢體：4 分，6/21 追蹤腦部核磁共振攝影：右側中大腦動脈梗塞處無明顯出血，6/22 評估 GCS：E4V5M6，意識清醒，說話仍含糊不清，可清楚點頭或搖頭回應問題，測量四肢肌肉力量：右側上下肢體：5 分，左上肢體：3 分，左下肢體：4 分，6/23 評估意識清說話流暢，會診復健科開始規律復健，6/27 病況穩定轉至病房，7/5 轉復健病房，7/15 病況穩定出院，之後於門診定期追蹤及規律每週持續進行復健。

護理評估

護理期間自 2020 年 6 月 20 日至 2020 年 6 月 27 日，運用 Gordon 十一項進行功能性健康評估，藉由會談、觀察、收集病史及直接護理等方式收集

資料。

健康認知和健康處理型態

6/20 病人先生：「我太太每年都有健康檢查，去年發現有高血壓和高血脂，沒吃藥。」，照護期間，6/21 詢問病人腦中風原因，僅筆述：「不知道。」，病人先生：「我太太就血油高又愛吃炸，不然就重口味的，醫師都有開藥，就是不吃，說工作太累不想運動，常常頭暈，本來想說年輕沒關係，唉，你看，就中風了！」，觀察先生在談論病人平常生活作息時，病人開始有皺眉、右手緊握拳頭、肌肉緊繃及落淚情形。6/22 詢問病人對高血壓及高血脂看法時，病人筆述：「暈是因為忙，我又不胖，才不會血油。」。6/23 病人主訴：「我只要規則吃藥就不會中風了嗎？」，觀察病患表情及口氣顯無奈，住院期間可配合各項醫療措施，但缺乏腦中風相關照護知識，評估有「知識缺失」問題。

營養與代謝型態

病人住院時身高 162 公分，體重 55 公斤，身體質量指數(Body mass index, BMI)：21.9kg/m²，屬於標準體重，6/20 評估外觀皮膚飽滿度正常，彈性佳，無水腫及脫屑，口腔黏膜完整，指甲外觀飽滿，呈現粉紅色，病人先生：「我太太愛吃油炸、肉類及重口味醃製品，三餐不定時，蔬果少，每天喝水 2000ml。」。照護期間，因動脈取栓術留置有鼻胃管，預防嗆咳導致吸入性肺炎，採鼻胃管灌食，每餐灌食前反抽胃容物少，消化情形好，每日攝取總熱量達營養師建議 1800 大卡，符合身體所需，監測平均血糖值：89-128mg/dl，6/23 開始嘗試由口喝水，吞嚥可，無嗆咳情形。6/24 採流質飲食如：牛奶及米湯，吞嚥可，無嗆咳情形。6/25 移除鼻胃管，採軟質飲食，訂購醫院餐，每餐約吃 1/4 碗的稀飯、1/2 碗的蒸蛋，觀察吞嚥良好，病人表示：「醫院餐難吃，沒味道！叫我先生帶醬瓜和辣椒醬來！」。病人對預防腦中風的飲食仍不熟悉，評估有「知識缺失」護理問題。

排泄型態

6/20 病人先生表示：「我太太偶爾便秘，2-3 天會到藥房買浣腸劑，沒有聽她說過尿道感染問題。」，

住院期間，主訴解便困難，依醫囑予 Magnesium Oxide 250mg 2tab QID PO，每天自解一次黃軟便 300-400g，腹部柔軟，無壓痛或腹脹情形，因動脈取栓術留置有導尿管，每日平均尿量 2000-2500ml，呈淡黃色清澈狀，6/24 膀胱訓練後移除尿管，解尿順暢，無疼痛。

活動與運動型態

病人女兒表示：「我媽媽平常生活都自理，不愛運動，會參加誦經團活動。」。6/20 行動脈取栓術後，轉入加護病房時，四肢肌肉力量與在急診相較下，右上肢體肌力由 4 分進步至 5 分、右下肢體肌力由 3 分進步至 5 分、左上肢體肌力由 2 分進步至 3 分、左下肢體肌力由進步 3 分至 4 分。6/21 病人筆述：「左手好麻！」，觀察病人寫字時，左手拿著字板會發抖，需要女兒協助固定，病人先生表示：「我太太寫字還是需要幫忙扶板子，什麼時候才會恢復力氣啊？」。6/23 病人主訴：「我左手還是沒力。」。6/23 觀察病人可用右手自行刷牙、洗臉及梳頭髮，可於床旁桌上自行拿取所需用品，及完成一半以上穿脫衣服的動作，床上可自行坐起，但僅能維持姿勢平衡約 5 分鐘，移動身體時需要協助，解便後需要協助使用衛生紙清潔及整理衣服，沒有大小便失禁的問題。評估有「身體活動功能障礙」護理問題。

睡眠與休息型態

病人先生表示病人晚上 10 點 30 分睡覺，早上 6 點 30 起床，中午休息 1 小時，平均一天睡 8-9 小時，睡眠穩定，可持續不中斷，無使用助眠藥物。6/20-6/22 病人情緒低落，大多時候閉目養神，易被驚醒，6/23 病人主訴：「我沒辦法好好睡，好累，可以給我安眠藥嗎？」，觀察病人口氣顯無奈、且表情疲憊、無精打采，醫囑給予 Zolpidem Taryrate 10mg/tab 1tab STAT PO 後，評估有熟睡 4-5 小時，6/24 情緒平復後，觀察夜眠型態佳，無中斷睡眠，時間可達 8 小時，病人自覺睡得很飽，能配合護理活動，無黑眼圈及打呵欠情形。

認知與感受型態

聽力及視覺皆正常。照護期間，6/20-22 病人說話含糊不清，意識清醒，可使用紙筆或是肢體溝通，

6/23 觀察口語表達清晰，條理分明，無眼球偏移、嘴角歪斜的情形，學習力及短、中、長期記憶力正常。

自我感受與自我概念型態

病人先生表示太太平時個性活潑開朗、責任感強。6/20 轉入加護病房時，病人拒絕與人溝通及眼神對視，對於解釋醫療行為時僅點頭回應，觀察病人獨處時會雙眼緊閉或注視天花板，眼神失落且哀傷，目光不停的迴避左側肢體。6/21 詢問病人關於腦中風原因，僅筆述：「不知道。」，與先生討論平常生活習慣時，開始皺眉、右手緊握拳頭、肌肉緊繃、哭泣，詢問之下，病人筆述：「我是廢人！」、「不要理我！」、「出去！你出去！」，觀察不斷用右手推開先生，或用右手拍打自己的左手及棉被蓋住自己，不願眼神對視及溝通，情緒顯激動，機器量測顯示呼吸：36 次/分、心跳：138 次/分、血壓：181/96mmHg，經女兒在旁不斷安撫後，病人哭泣的筆述：「我會好嗎？」，評估對自己疾病預後感到不安，擔心無法恢復，談話時注意力集中在自己的左手，眼神對視時，會將自己的左手刻意用棉被覆蓋。6/23 病人主訴：「被親友問怎麼這麼年輕就中風，好尷尬！」、「好丟臉，連大便都要別人幫忙擦屁股！都抬不起頭，覺得大家都在看我！」、「中風後左手沒力，就像個廢人！」，病人女兒於病床旁握緊病人左手，不斷鼓勵：「媽，醫生說只要復健就會變好，我跟弟弟們都需要妳，妳答應參加我們的畢業典禮還要看著我們結婚呢！我陪你，我們一起努力好不好？」，評估有「身體心像紊亂」護理問題。

角色與關係型態

病人第一角色為 46 歲已婚女性，第二角色為母親，主要的決策者為先生，平常遇到重大事情時，皆會與先生共同討論決定，住院期間，主要探病者為先生和女兒，兒子和親友們都會請假前來輪流探視，觀察彼此相處融洽、互動佳。

性與生殖型態

病人 12 歲初經，經期規則，無泌尿道及生殖器官之疾病，觀察生殖器外觀無腫塊及分泌物，正

值壯年期，病人表示 26 歲與丈夫結婚，性生活和諧，目前生病住院，暫時沒有考慮這些事情。

因應與壓力耐受型態

病人先生表示病人生活平淡簡單責任感強，平時遇到壓力時，會共同討論。6/21 病人筆述：「我就是廢人！」、「我會好嗎？」，6/23 病人表示：「我一定有做錯事，菩薩才會這樣處罰我。」，觀察病人在疾病因應上，有抱怨、激動、自責等負面情緒，主要壓力源來自腦中風後左手無力引起的身體心像紊亂。評估有「身體心像紊亂」護理問題。

價值與信念型態

病人篤信佛教，時常到廟宇誦經並參加誦經團活動，住院期間先生祈求佛經置放病人床上，病人表示：「如果這次順利康復出院，我要回廟裡還願，感謝菩薩的保佑，而且以後要多幫助別人來答謝！」，於住院期間也不斷以佛珠念佛、聽佛經等祈求自己身體早日康復。

問題確立

依據 Gordon 十一項健康功能型態評估，確立病人主要健康問題為：「知識缺失/與不熟悉腦中風疾病照護有關」、「身體活動功能障礙/與急性缺血性腦中風有關」及「身體心像紊亂/與腦中風導致左手無力有關」，並依病人護理問題優先順序提供護理計劃及措施。

護理措施與結果評估

身體活動功能障礙(2020/06/20-7/15)

討論與結論

本文探討一位急性缺血性腦中風進行動脈取栓術的加護病房護理經驗，病人有高血壓、高血脂，未規則服藥，病人因腦中風而左側肢體無力，造成身體活動功能障礙，無法自理日常生活所需，導致自我價值產生負向感受，產生身體心像紊亂問題，於護理過程中，加強衛教腦中風疾病照護知識，學習與疾病共存，運用薛等(2021)、林等(2021)的研究中提及利用跨團隊合作及多

主客 觀資 料	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6/20 病人女兒表示病人沒有固定運動的習慣。 2. 6/21 病人筆述：「左手好麻！」。 3. 6/21 病人先生表示：「我太太寫字還是需要幫忙扶著板子，什麼時候才會恢復力氣啊？」。 4. 6/23 病人主訴：「我左手還是沒力！」。「大便都要別人幫忙擦屁股！」 <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6/20 腦部電腦斷層檢查：右側中大腦動脈梗塞，評估四肢肌肉力量：右上肢體：4分、右下肢體：3分、左上肢體：2分、左下肢體：3分；動脈取栓術後四肢肌肉力量：右上肢體：5分、右下肢體：5分、左上肢體：3分、左下肢體：4分。 2. 6/21 觀察病人寫字時，左手拿著字板時會發抖，需要女兒協助固定。 3. 6/23 觀察病人可以用右手自行刷牙、洗臉及梳頭髮，於床旁桌上自行拿取所需用品，及完成一半以上穿脫衣服的動作，床上可以自行坐起，但僅能維持平衡約5分鐘，移動身體時會搖晃需要協助，解便後需要協助使用衛生紙清潔及整理衣服。
護理 目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6/24 前偕同病人或家屬與醫療團隊共同擬定復健計劃，病人或家屬能說出三項復健運動的重要性。 2. 6/25 前病人能在家屬協助下能完成四肢全關節運動，至少每個關節10下，時間維持至少10分鐘。 3. 6/27 前病人能在照護期間落實復健計劃，左側肌力可恢復至4分，且漸進式獨立完成日常生活自我照顧能力如：穿脫衣服及床上翻身。
導因	與急性缺血性腦中風有關。
護理 措施	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. 6/21 醫療團隊向病人、先生及女兒說明復健的重要性，包含：復健可以維持身體關節的活動度，避免肢體及關節僵硬、腫脹、疼痛或是攣縮，及漸進式的肌力訓練可增加肌肉力量，早日恢復生活自理。 1-2. 6/23 會診復健科，運用醫病共享決策，共同制定全關節復健計劃內容，安排會客時間進行復健活動，教導運動內容包含床上全關節運動、坐姿平衡、手腳協調及抓握訓練，採用簡易圖示單張及影片播放教學，並提供 QR code 聯結，增加學習成效。 2-1. 6/23 教導病人先生及女兒協助病人在床旁進行手肘、手腕、肩、膝、踝關節的屈曲及伸展運動，由近心往遠心端，採順時鐘及逆時鐘的轉動，每個關節至少10下、每天2次、每次10-15分鐘，以漸進式進行若有不適，如：劇烈疼痛、心跳加速即立刻停止，並持續觀察變化。 2-2. 於病人每次完成復健運動後，給予正向口頭鼓勵，尤其強調進步的部分，增加自信心，如：你水瓶可以拿的比昨天更重了！ 3-1. 每兩小時協助翻身、背部扣擊，利用水枕或棉被支撐頭、背及腰部，維持正確擺位姿勢，確認關節伸展性及保持床單的平整避免壓傷。 3-2. 每班評估病人四肢肌肉力量、關節活動度、肢體末梢觸覺變化及巴氏量表依賴程度，隨時調整復健強度。

	<p>3-3. 每班護理照護時，協助並指導清潔技巧，將所需物品如水杯、面紙、叫人鈴等擺置病人右側，方便拿取；鼓勵病人使用右手輔助左手，完成如：刷牙、洗臉、穿衣服等日常自理，提供寬鬆不需拉鍊鈕扣衣服以方便穿脫。</p> <p>3-4. 6/24 床上進行坐姿訓練，利用枕頭、棉被捲成圓圈狀，固定於左側，預防跌落，教導病人用右手抓住右側床欄，維持身體平衡，每天至少三次，每次時間由五分鐘漸進式的調整。</p> <p>3-5. 6/25 教導病人在床上訓練手腳協調運動，利用手機選擇喜好音樂，隨著音樂節奏，讓病人使用右手及右腳主動的抬起，左手及左腳使用彈力帶做為輔助抬起動作，每天 2 次、每次約 20-40 分鐘，並依病人狀況調整訓練。</p> <p>3-6. 6/26 教導病人利用礦泉水瓶裝水重量，訓練上肢主動運動，在病人可以負荷下逐漸增加水瓶重量，每次漸進式增加 100ml，來加強肌肉力量，提升肌肉延展性。</p>
護理 評估	<p>1. 6/23 於復健師及病人先生陪同下，於早晚會客時，病人能自行完成右側全關節運動，病人先生協助下，確實的完成左側被動關節運動，時間 12 分鐘，皆可達到每個關節 10 下，過程中病人無不適主訴。病人先生表示：「每天規則的復健運動，可以保持關節的靈活、避免肢體及關節僵硬腫脹、及可以早日恢復失去的肌肉力氣」，並表示每天訓練太天下，左手已經越來越有力氣了。</p> <p>2. 6/24 在復健師及病人女兒陪同下，病人運用右手拉住床欄能維持平衡 10 分鐘，協助左側以枕頭、棉被捲成圓圈狀固定後，能維持平衡 25 分鐘。6/26 病人左手可舉起 150cc 礦泉水瓶，左手與左腳利用彈力帶行協調訓練，持續約 20 分鐘。</p> <p>3. 6/27 病人轉病房時評估四肢肌肉力量：右側肢體皆 5 分、左側肢體皆 4 分，雖左側較顯無力，但日常生活如穿衣服、如廁後自行擦屁股可緩慢執行。7/8 探視病人先生表示：「太太剛開始在協助下，扶著床欄站立約 5-10 分鐘，漸漸練習在病室內行走 2-3 圈，且最近開始每日夜間會繞護理站走路約 15-20 分鐘，走路越來越平衡，只需要陪伴在旁即可」。</p> <p>4. 7/15 探視病人先生：「病人表示四肢肌力皆已達 5 分，日常活動可以自己完成」。7/25 電訪病人女兒表示：「媽媽現在還在家裡休養，生活自理還可以，只是還是沒辦法拿太重，動作也沒有之前敏捷，每天早上我會先陪媽媽回醫院復健，在家就會依照復健計劃自己活動，爸爸下班後再陪媽媽依照復健計劃再複習一次，假日我們也會一起到公園快走，看到媽媽越來越進步，漸漸恢復原本生活型態，未來我們希望把運動當作生活很重要的一部分。」。</p>

身體心像紊亂(2020/6/20-6/27)

主客 觀資 料	<p>主觀資料</p> <p>1. 6/21 病人筆述：「我是廢人！」、「不要理我！」、「出去！你出去！」。</p> <p>2. 6/21 病人筆述：「我會好嗎？」。</p> <p>3. 6/23 病人主訴：「我沒辦法好好睡，好累，可以給我安眠藥嗎？」、「我一定有做錯事，菩薩才會這樣處罰我。」、「被親友問怎麼這麼年輕就中風，好尷尬！」、「好丟臉，連大便都要別人幫忙擦屁股！都抬不起頭，覺得大家都在看我！」、「中風後左手沒力，就像個廢人！」。</p> <p>客觀資料</p> <p>1. 6/20 轉入加護病房時，拒絕與人溝通及眼神對視，對於解釋醫療行為時僅點頭，觀察病人獨</p>
---------------	---

	<p>處時會雙眼緊閉或注視天花板，眼神失落且哀傷，目光不停的迴避左側肢體。</p> <p>2. 6/20-6/22 觀察病人情緒低落，大多時候閉目養神，易被驚醒。</p> <p>3. 6/21 談話時注意力集中於自己的左手，眼神對視時，會將自己的左手刻意用棉被覆蓋。</p>
護理目標	<p>1. 6/24 前病人能以正向言語表達，對於身體改變的感受與對後續疾病治療的想法。</p> <p>2. 6/27 前病人能接受身體心像改變的事實，並能因應及調適生活型態的改變。</p>
導因	與腦中風導致左手無力有關。
護理措施	<p>1-1. 6/20 每日照護病人時主動自我介紹，定時前往探視並主動關懷，護理活動前給予詳細說明，視需要立即給予協助，建立信任的護病關係。</p> <p>1-2. 6/20-6/23 協助拉起床簾，提供舒適及隱蔽性環境，主動傾聽、陪伴並持續鼓勵病人抒發心緒，接受其負向情緒，運用同理心給予鼓勵及澄清。</p> <p>1-3. 6/21-6/23 偕同病人女兒及先生，以溫和語氣引導病人表達對於中風後的心理失落與挫折，鼓勵表達對疾病或治療的感受，如：擔心的事情或對未來健康的期待，同時觀察病人的臉部表情或是手勢等肢體語言，如：點頭、搖頭，達到情緒的宣洩。</p> <p>2-1. 6/20-6/24 鼓勵病人先生及女兒，運用肢體語言，如擁抱或是握住病人的手，置放平安符或是佛經來增加病人安全感；MP3 錄製鼓勵家人及親友的話語、書寫加油鼓勵的卡片及置放全家福照片、共同計劃未來的目標等，讓病人重新獲得存在的意義及自我重要性。</p> <p>2-2. 6/24 結合全人醫療團隊提供腦中風後行動脈取栓術的成功案例分享，以增強疾病控制力及信心；介紹相關病友協會等支持團體，提供網站網址，鼓勵病人可於網路上分享自己中風後的心路歷程，促進與他人互動的想法。</p> <p>2-3. 6/24 運用每日評估肌力時，協助病人了解自己的右手仍有正常的肌肉力量執行部分自我照顧功能，只要配合復健，左手仍能恢復正常日常身體功能，鼓勵正視左側肢體無力，確認身體的真實改變。</p> <p>2-4. 6/24-6/27 當病人主動執行復健活動時，給予正向鼓勵，並以詢問方式讓病人自己發覺努力的復健帶來的改變，「這幾天你覺得自己的左手跟之前不一樣在哪裡？」，鼓勵病人正視自己身體的改變處，進而接受自己的身體變化並重建自信心。</p>
護理評估	<p>1. 6/23 觀察病人女兒於病床旁鼓勵後，後續病人復健時態度積極，6/24 病人表示：「復健後覺得左邊比較有力了！他們（其他病友們）都可以，我也可以！」。</p> <p>2. 6/26 親友探視時，病人開心說：「我好像健身老師在舉啞鈴喔！」，言談中表現自然，對談熱絡且互動佳，對於他人注視自己的左手不在意。</p> <p>3. 6/27 病人向先生表示：「如果這次我可以順利康復出院，我要回廟裡還願，感謝菩薩的保佑，而且以後要多幫助別人來答謝！」。</p>

知識缺失(2020/6/20-7/25)

主客觀資料	<p>1. 6/21 詢問病人對於腦中風原因，眼神迴避，僅筆述：「不知道。」。</p> <p>2. 6/21 病人先生：「我太太就血油高又愛吃炸，不然就重口味，醫師都有開藥，就是不吃，說工作太累不想運動，常常頭暈，本來想說年輕沒關係，唉，你看，就中風了！」。</p>
-------	---

	<p>3. 6/22 病人筆述：「暈是因為忙，我又不胖，才不會血油。」。</p> <p>4. 6/21 病人先生表示病人平常喜好吃油炸類、肉類及重口味醃製品，三餐不定時，蔬果攝取量少，工作壓力大且常常熬夜。</p> <p>5. 6/25 病人主訴：「醫院餐難吃，沒味道！叫我先生帶醬瓜和辣椒醬來。」。</p> <p>客觀資料</p> <p>1. 6/20 抽血檢驗三酸甘油酯：312mg/dl、膽固醇：254mg/dl。</p> <p>2. 6/21 觀察發現病人不清楚腦中風危險因子。</p>
護理目標	<p>1. 6/23 前病人能說出三項預防腦中風的危險因子，並學習因應處理方法。</p> <p>2. 6/27 前病人能學習腦中風預防知識，且透過學習的技巧以預防再次腦中風再發生。</p>
導因	與不熟悉腦中風疾病照護有關
護理措施	<p>1-1. 6/22 提供腦中風的衛教單張及圖卡，與病人討論造成自己腦中風的原因，如：高血壓、高血脂、不愛運動，使用螢光筆標註，增加記憶。</p> <p>1-2. 6/23 介紹高血脂及高血壓的疾病衛教，給予衛教單張，強調規則服藥的重要性，膽固醇應小於 200mg/dl、三酸甘油酯應小於 200mg/dl，血壓控制小於 140/90mmHg。</p> <p>2-1. 6/23 使用播放影音軟體及提供粥狀硬化血管模型，教導病人了解高血脂高血壓對心臟血管的影響，除了藥物控制，適應與疾病共存，定期返診抽血追蹤。</p> <p>2-2. 6/24 教導規律生活習慣及控制高血脂、高血壓對預防再次腦中風的重要性，如：保持心情平靜、充足的睡眠，每天紀錄血壓變化及運動。</p> <p>2-3. 6/25 提供衛福部「建議飲食指南圖卡」及衛教單張，教導腦中風飲食，包含：減少罐頭等加工食品、每天小於 3g 的鈉鹽攝取，改變烹調方式，使用清蒸、水煮或是涼拌取代油炸及煎炒及多攝取高纖蔬果。</p> <p>2-4. 6/26-6/27 提供腦中風病人自我照護衛教單張，內容涵蓋每日血壓測量值、飲食內容、服藥紀錄、返診時間、復健計畫及返家後如何運動，鼓勵後續自我目標達成，包含：膽固醇、油脂及血壓控制及維持每日規則運動，如：快走、游泳，每次至少 30 分鐘，每週至少 4-7 天等。</p> <p>2-5. 6/27 教導病人加強對疾病認知，運用圖卡加深腦中風症狀有突然喪失平衡或是走路步態不穩、突然視力模糊或是複視、臉部或是嘴角歪斜、單側手腳無力、口齒不清或是無法說話等症狀立即就醫。</p>
護理評估	<p>1. 6/23 病人主訴：「我高血壓和高血脂都不吃藥，不愛運動又常熬夜，才讓我中風，之後要規則吃藥，每天運動 30 分鐘，早睡早起才行！」。</p> <p>2. 6/25 病人表示：「醬瓜和辣椒醬都是很鹹的食物，以後不會再吃了。」，會客時先生帶蒸魚及雞湯（去油去皮）給病人吃，且備有水果及蔬菜在冰箱，病人皆會吃完。</p> <p>3. 6/27 病人表示：「吃太鹹，太甜太油都不行，血油還是會高，血管會塞住，要吃清淡一點，還有要運動啦！不是胖才是血油高！」，先生也表示出院後會跟太太一起去運動，互相督促運動才會健康。</p> <p>4. 7/25 電訪追蹤病人，先生表示：「太太現在飲食都很清淡，每餐盡量都自己調配，藥物都有</p>

按時吃、回診及復健，我也每週約 2-3 次陪太太去散步，上次回診的時候，醫生說膽固醇、血脂及血壓也都正常，接下來會繼續努力復健，希望盡快可以恢復原來的生活。」。
--

元媒體方式，增加復健的動機，並藉由團隊、病人共同參與制定復健計畫，讓復健不再只是一項治療，而是病人給予自己對未來目標的期許；運用宗教、家人及親友的支持，讓病人重新思考存在意義及自我重要性，並運用音樂放鬆心情，讓病人順利的渡過此次腦中風所帶來的衝擊。因病人於加護單位時間短，又受限於工作繁忙、衛教內容過多，病人對衛教指導內容吸收度無法落實，病人曾表示：「住個院要記的東西好多！」，雖然在病人後續轉往病房或出院時，可利用查閱病歷或是電聯方式了解目前狀況，仍無法確切的了解對自我健康想法及執行程度，現在醫院多設置有出院準備服務，且筆者服務醫院也設置有腦中風個管師，但僅對於已於復健病房或是準備出院的病人，建議腦中風病人入住於加護病房後，在院內醫療評估系統中，可設置直接連結，由主治醫師發起照會腦中風個管師，於第一時間立即收案，並於系統內先初步了解病人背景，以利後續讓病人於團隊照護過程中有良好的銜接及更完善的照護。

參考資料

- 行政院衛生福利部 (2021 年 8 月 19 日) · 110 死因統計結果分析 · 取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-5017-61533-1.html>
- 林瑞青、林佳慧、翁淑敏、林琦峯、王蔚芸、曾雯琦 (2021) · 運用多元策略提升急性腦中風病人早期復健運動之執行率 · *護理雜誌* · 68 (1) · 64-73。
- 翁淑敏、林瑞青、林琦峰、林佳慧 (2018) · 提升急性腦中風病人肌力之護理專案 · *源遠護理* · 12(1) · 36-45。
- 湯頌君、鄭建興、廖漢文、高明見(2017) · 急性缺血性腦中風治療的最新發展 · *台灣醫界* · 60(4) · 8-11。
- 馮容芬 (2018) · 神經系統疾病之護理 · 於劉雪娥總校閱，成人內外科護理學下冊 (七版 · 126-148) · 華杏。
- 溫信學、侯建州 (2019) · 病友組織社會工作人員核心能力之研究 · *慈濟大學人文社會科學學刊* · 23 · 2-33。
- 蔡宜蓉 (2017) · 長期照顧之生活功能自立訓練 · *長期照護雜誌* · 21(3) · 203-210。
- 薛肇文、黃惠君、吳岱錚、蔡光洋、杜國賢、馬震中 (2021) · 運用團隊溝通整合-提升腦中風急性後期照護完整性之個案研究 · *南臺灣醫學雜誌* · 17(1) · 39-49。
- 鍾芷萍、鄭浩民、劉濟弘、林浚仁、許立奇、紀乃方、湯頌君、李維仁、鄭建興、王宗道、李怡慧 (2020) · 2020 台灣學會缺血性腦中風相關之血壓控制指引 · *台灣中風醫誌* · 2(3) · 169-205。
- 羅兆寶、林永煬、郭萬祐 (2016) · 急性缺血性中風經動脈移除血栓治療之現況 · *臨床醫學* · 78(4) · 185-189。
- Hsieh, C. Y., Su, C. C., Sung, S. F., Lin, S. J., Kao Yang, Y. H., & Lai, E. C. (2019). Taiwan's national health insurance research database: Past and future. *Clinical Epidemiology*, 11(1), 349-358.
- Li, L. J., Yao, X. M., Guan, B. Y., Chen, Q., Zhang, N., & Wang, C. X. (2019). Persistent depression is a predictor of quality of life in stroke survivors: Results from a 5-year follow-up study of a Chinese cohort. *Chinese Medical Journal*, 132(18), 2206-2212.
- Pan, X. L. (2018). Efficacy of early rehabilitation therapy on movement ability of hemiplegic lower extremity in patients with acute cerebrovascular accident. *Medicine*, 97(2), e9544.
- Purton, J., Sim, J., & Hunter, S. M. (2021). The experience of upper-limb dysfunction after

- stroke: a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 43(23), 3377-3386.
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., & Lackland, D. T. (2020). American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596.

Nursing Experience of a First Time Acute Ischemia Stroke Patient

Shih-Fang Lin¹ · Mei-Yu Lai² · Jia-Jing Lee^{3*}

¹ Nurse, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

² Head Nurse, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital Head Nurse, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital; Lecturer, General Education Center, Chung Shan Medical University

^{3*} Head Nurse, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

Abstract

This article mainly to express the nursing experience of a 46 years old female undergoing endovascular thrombectomy who first time acute ischemia stroke. The nursing period was from June 20, 2020 to June 27, 2018. According to the Gordon 11 item functional assessment of health, data was collected through methods such as physical assessment, medical record review, direct nursing, observation and interviews. The nursing diagnosis was classified as: dysfunction of physical activity, body image disturbance, knowledge deficiency. In the nursing time, established a good nursing relationship by empathy to listening. Teaching rehabilitation activity and total range of motion in bed to increase muscle power recover by use shared decision marking and combine team resource management from setting a plan with patient and family. Encourage to express a sense of humor and give positive emotion support; share the successful case to improve the question of body image disturbance. Avoid to occur stroke again, supply the knowledge about disease and how to coexist diseases initiative to encourage self learning for selfcare. In addition, suggest stroke case manager officer hear a case immediately when the patient into the ICU for return to normal social life.

Key Word: Ischemia Stroke, Body Image Disturbance, Impaired Physical Mobility

Accepted for publication: June 8 2022

*Address correspondence to: Jia-Jing Lee, Chung-Shan Medical University Hospital

No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., Taichung 40201, Taiwan (R.O.C.)

Tel: 886-4-24739595-38707

E-mail: cshp094@csh.org.tw