

Case Report

照顧一位完全性胸髓損傷個案復健過程之護理經驗

林豔辰¹ 蔡淑美¹ 李淑桂^{1, 2*}

¹ 中山醫學大學附設醫院 醫護部

² 中山醫學大學 護理系

本文是照顧一位完全性胸髓損傷之30歲男性，在復健過程之護理經驗。照護期間為2008年9月12日至2008年10月26日，筆者藉由觀察、會談與直接照護等方式蒐集資料，並運用Gordon十一項健康功能評估，發現個案此次住院期間，主要的護理問題為痙攣型神經性排尿障礙、身體活動功能障礙、慢性疼痛、性功能障礙及角色扮演改變。筆者安排具隱私性環境，並藉由示範及回覆示教等方式進行膀胱功能訓練，使個案可獨立執行導尿。督促個案運用漸進式復健方式，增強上肢肌力、坐姿平衡及維持下半身關節無攣縮。協助釐清神經性疼痛的原因及共同討論緩解方式，緩解疼痛並使個案接受與慢性疼痛共處之生活。評估個案性功能狀況，鼓勵參與本單位舉辦之性衛教團體活動及給予個別的性諮商，主動提供隱密環境讓個案夫妻進行性活動，使個案重拾性生活。介紹成功病友增加個案自信心，並協同治療師予職務再設計，協助轉介潛能發展中心進行生活自理訓練及職業訓練，讓個案適應受傷後的角色。

關鍵詞：胸髓損傷、復健護理

前言

脊髓損傷是一種重大災難，使病患面對身體殘障、心理衝擊與失業問題^[1]。胸髓損傷佔脊髓損傷的15.5%，會導致多重系統損傷，產生大小便失禁、下半身癱瘓、神經性疼痛、性功能障礙等困擾^[2-3]，強烈影響生活品質，並造成家庭及社會資源的巨大耗損，需經由適宜的復健治療與護理，才能使脊髓損傷病患學會自我

照顧並重返職場^[4, 6]。本文個案為家中經濟支柱的年輕男性，因工作意外造成第10胸髓完全性損傷，對個案及家庭造成極大衝擊，經過急性期的手術及初步復健後，因尚有排尿、活動障礙及慢性疼痛等問題，無法回歸職場，故持續接受復健照護。住院期間除上述問題外，筆者也評估到性功能障礙的問題。因此在護理過程中，除協助克服排尿及活動障礙、增進自我照顧能力、適應失能及慢性疼痛狀態外，也協助個案重拾性生活及提升自信心，並做好重返職場的準備。期盼此一護理經驗可提供臨床同仁照顧胸髓損傷病患之參考。

文獻查證

本文主要針對完全性胸髓損傷病患之生理病理變化、常見身、心、社會復健問題及相關

* 通訊作者：李淑桂

通訊地址：40307台中市台中港路一段23號

聯絡電話：04-22015111分機66805

電子信箱：csha194@csh.org.tw

護理探討如下：

一、完全性胸髓損傷病患之生理病理變化

完全性胸髓損傷會導致下半身肢體麻痺癱瘓，喪失受傷部位以下所有的運動及感覺功能，連帶喪失自我照顧、行走、轉位等動作能力，並造成排便、排尿功能障礙、性功能障礙、自主神經反射異常等問題^[2-3]，再加上心理與精神壓力，嚴重影響病患與家人的生活品質^[3]。

二、生理層面常見復健問題

(一)痙攣型神經性排尿障礙(uninhibited neurogenic bladder)：薦髓以上之損傷，大多屬於上運動神經元傷害，需經泌尿系統檢查判定神經性排尿障礙類型。痙攣型是逼尿肌收縮時，同時誘發尿道外括約肌不適當收縮，又稱為逼尿肌-尿道外括約肌共濟失調(DESJ)，造成尿道阻力及餘尿量增加，為最難處理的類型^[7]。在照護上應建立良好的飲水與排尿模式，以預防泌尿道感染及上尿路系統併發症^[8]。要促進排尿則可採定時輕敲恥骨上方、輕撫大腿內側、刺激生殖器及肛門等方式，若膀胱壓力過高，則須採間歇導尿排空膀胱^[9]。

(二)身體活動功能障礙：損傷部位以下張力異常，損及活動功能，故應儘早復健以預防關節攣縮^[10]。護理人員應鼓勵病患練習治療師所指導的動作，觀察病患及家屬執行的狀況與進度，必要時給予指正^[11]。觀察受損的肢體是否持續進行主動或被動關節運動，評估是否有長期不動或功能廢用的情況，並隨時與復健團隊成員保持聯繫^[12]。

(三)神經性疼痛(neuropathic pain)：脊髓損傷後會引發慢性神經性疼痛，病患可能有陣發或持續性的針刺、麻痛等感覺，甚至導致失眠、憂慮等情形，嚴重影響生活品質^[2, 13]。護理人員可鼓勵

病患使用冷熱敷、按摩、經皮神經電刺激或藥物等方式來緩解疼痛^[2, 14]。教導病患利用積極復健及專注於生活消遣等方式，來轉移對疼痛的關注，學習接受並與慢性疼痛共存^[14]。

(四)性功能障礙：脊髓損傷會導致性功能障礙，但無損病患的性需求。性照護應在損傷後三至六個月介入，護理人員可依循Annon於1974年提出的PLISSIT性諮商模式，來評估及提供護理措施^[15]。此模式分四個階段：第一階段是承諾(permission)，用承諾使病患自在的討論性問題^[16]。第二階段是特定資訊(limited information)，護理人員應評估個別需要再給予性教育^[17]。第三階段是明確的建議(specific suggestion)，可使用問卷收集資料，針對病患困擾給予明確建議^[3]。第四階段是加強性治療(intensive therapy)：包括性交輔具、藥物及轉介專家等^[15-16]。

三、心理層面常見復健問題

心理層面因面對難以治癒的身障，可能產生不確定感、負向自我概念及憂鬱、憤怒等情緒。在復健護理過程中，需要完整的評估，提供同理、關懷與協助，給予個別及整體性的護理，使病患有宣洩情緒的時間與空間，協助病患重新認識殘障身體、適應失能、達到自我照顧及發展個人潛力^[1, 3, 5]。

四、社會層面常見復健問題

社會層面因身心狀態驟變，部分患者會封閉自己，產生社交隔離，加上面臨失業的窘境，嚴重影響病患與家人的生活品質^[1]。護理人員可協助病患發展生涯規劃，扮演獨立主動且具生產力的角色，並提升生活品質^[11]。

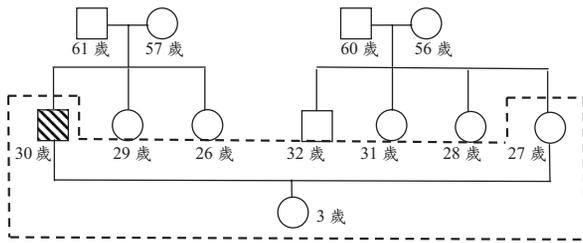
護理評估

護理期間由2008年9月12日至10月26日止，筆者藉由觀察、會談與直接照護等方式蒐集資料，並運用Gordon十一項健康功能評估，結果

如下：

一、個案簡介

張先生，30歲，大學機械系畢，任職工地主任。已婚育有一女，與妻女租屋同住。家庭氣氛和諧，受傷前妻子任職出納，無經濟壓力，傷後生活及醫療費用由保險給付與岳家資助。家中平時決策者是個案，目前主要照顧者為懷孕六個月的妻子，女兒由岳母照顧。家庭譜如圖一：



圖一：家庭譜

二、過去病史及家族史

個案無內科疾病，家族無特殊病史，對海鮮過敏。10年前因車禍導致右腳踝骨折，手術治療後對行動無特殊影響，目前外觀無異狀。

三、此次入院經過

2008年5月7日上班時被巨型機械撞擊，當時意識清楚並感到背部劇烈疼痛，被送至某區域醫院急診，核磁共振顯示第10胸髓損傷，當日行脊椎內固定術，至6月5日出院，轉至某醫學中心做第10胸髓神經再生術，8月4日開始復健治療。9月12日個案因排尿障礙仍留置導尿管、無法獨立執行日常生活活動，故住進本院繼續復健治療，至10月26日出院。

四、Gordon十一項健康功能評估

(一)健康認知與健康處理型態：

受傷前有病痛會至醫院求診，偶爾會慢跑，無喝酒、吃檳榔習慣，每天抽一包煙，受傷後已戒菸。住院期間對自身疾病嚴重程度及進展均清楚瞭解，可主動配合治療，9/12提到「我受傷後一定要認真復健，還要努力補充營養」。

(二)營養型態

身高176cm，受傷前體重75kg，此次住院期間體重：68kg-70kg，BMI：21.9，符合理想體重。皮膚無傷口及脫水情形，每日液體攝取量約2000 cc。受傷前不偏食，每餐吃1-2碗飯，目前每餐可將便當吃完，三餐由妻子準備。9/13抽血報告：Hb：13.2gm/dl、Albumin：3.5mg/dl，無營養不良情形。電解質均於正常範圍，周邊微血管回填現象正常，四肢溫暖、顏色呈粉紅，脈搏強度正常，沒有水腫。

(三)排泄型態：

受傷前排便及排尿功能正常，脊髓損傷後無便意感及肛門反射，於外院復健時已完成排便訓練，目前固定早餐後排便，糞便為黃褐色成形軟便，無滲便情形。受傷後無尿意感，無法自行解尿，故持續留置導尿管，9/12 U/R：WBC：0-1/HPF，9/13腎臟超音波：無結石或水腎，9/15錄影尿動力學檢查：逼尿肌過度反射及逼尿肌-尿道外括約肌共濟失調。目前不曾出現自主反射異常情形，兩次導尿間無滲尿，餘尿200cc-250cc，夜間留置導尿管量400cc-500cc。評估後確立健康問題為：反射性尿失禁/胸髓損傷產生痙攣型神經性排尿障礙。

(四)活動運動型態：

受傷前沒有固定運動習慣，但休假時會帶妻女到郊外出遊散步。9/12表示「我沒辦法自己挪到便盆椅上」，「我沒辦法控制下半身，覺得肌肉都萎縮了」，個案下肢外觀無萎縮情形。依美國脊髓損傷協會(American Spinal Injury Association, ASIA, 2006)機能損傷等級表分類，損傷等級為A級：第10胸髓完全性損傷，受損部位以下完全喪失感覺與運動功能。9/12徒手肌力測量：雙上肢4分，雙下肢0分，坐姿平衡不佳，目前以輪椅為輔具，但無法自行轉

位。進食、梳洗、沐浴及更換尿布均需協助。9/13表示「我下半身不能動，日常生活都要別人幫忙，能做哪種工作？」。9/13以功能獨立評量表(Functional independence measure, FIM)評估個案分類為第二級：活動及自我照顧約可執行40%，有60%需協助。手部功能雖正常，但因平衡能力不佳，故無法獨立執行日常生活活動。評估後確立健康問題為：身體活動功能障礙/胸髓損傷產生活動功能受損。

(五)睡眠與休息型態：

受傷前無睡眠問題，受傷後夜眠約6-8小時、午睡1小時，未使用安眠藥，白天精神狀況良好，無打呵欠情形，9/20自訴「我只有在肚子很痛那兩天睡不著，其他都睡得還不錯」。

(六)認知感受型態：

視、聽、嗅及味覺無異常，判斷力、定向力、記憶力、注意力及計算力等認知情形正常；個案外觀、行為正常，溝通能力佳。肚臍以下無知覺，9/16表情凝重、臉色蒼白，表示「肚臍上3公分那一整圈突然很痛」，觀察一天後發現個案疼痛頻率與性質是持續不停的刺痛，大部份保持坐著或躺著不動。9/17呼吸速率26-30次/分，全身緊繃坐立不安，自述「刺痛了一整天，痛到沒辦法做復健跟睡覺」，要求吃止痛藥。刺痛會伴隨腹脹發生，表示「肚子好脹，難受到睡不著」，「受傷後曾痛過一次，可是當時找不到原因」，以疼痛數字量表評估疼痛指數為8-9分，疼痛發作時拒絕與人互動及復健。評估後確立健康問題為：慢性疼痛/胸髓損傷產生神經性疼痛。

(七)自我感受與自我概念型態：

自述個性很樂觀、有自信，瞭解目前病情及功能受損程度，9/20表示「剛開始覺得遇到這種事很倒霉，但

現在也只能面對啦，只要積極復健，一定可以找到工作」，會主動鼓勵其他病友，9/22表示「沒時間讓我自卑跟傷心，老婆跟女兒都還要靠我堅強起來」。

(八)角色關係型態：

9/24表示「復健要多久？復健多久後才能獨立？何時能回到職場？」、「到底要回本來的公司工作還是去職訓，不知道怎樣才是對的」、「我想做好一家之主，又想到潛能發展中心受訓，可是很難兼顧」。9/24案妻：「他受傷後我們沒有親熱過，我覺得這種事會影響男人的自信心」。第一角色是30歲男性，第二角色是丈夫、父親與病人。自覺是聽話的病人，對醫囑與衛教都能遵從，覺得若能積極復健才能再擁有擔任丈夫、父親的能力。與岳家互動和諧，主要照顧者是妻子，也是最大精神支柱。受傷前無經濟壓力，目前生活費由岳家資助。評估後確立健康問題為：角色扮演改變/胸髓損傷造成角色轉變。

(九)性、生殖型態：

9/24筆者詢問是否願意談性的問題，個案表示同意，自訴「我受傷前後性慾都很強，大概受傷後三個月開始想跟性有關的事，我有自慰過但沒辦法射精」，「我覺得受傷以後要跟老婆討論做愛的事比以前困難」。談論與性相關話題時表情較低落，表示「我從受傷後就沒有性生活，現在最煩惱的是沒有高潮的感覺」。9/24案妻表示「這兩胎懷孕期間，大概每個禮拜都有性行為」、「他受傷後我們還沒試過，這種事會影響男人的自信心，如果他想做我可以配合他」。評估後確立健康問題為：性功能障礙/胸髓損傷產生神經性性功能損傷。

(十)適應壓力耐受型態：

個案以往遇到問題可以自己處理，目前家中事宜暫時均交由妻子與岳家決定，經濟部份有岳家協助。自述對失能帶來的壓力，會用努力復健、在病房內加緊練習等活動來克服。

(十一)價值信念型態：

為一般民間信仰，表示「我受傷是倒霉，只要努力復健一定會有進步」。問及為何有如此正向的心態，個案表示「就遇到了呀，為了老婆小孩，一定要堅強起來」，對自己目前復健努力程度感到滿意。

護理過程

經以上評估確立之主要健康問題有痙攣型神經性排尿障礙、身體活動功能障礙、慢性疼痛、性功能障礙及角色扮演改變。

問題一：反射性尿失禁/胸髓損傷產生痙攣型神經性排尿障礙 (9/12訂)

主觀資料	9/12「我受傷後一直插著尿管，都沒有想尿尿的感覺」。
護理評估	<p>客觀資料</p> <p>1.個案受傷後無尿意感，無法自行解尿，持續留置導尿管。 2.9/12移除尿管，兩次導尿之間沒有滲尿，餘尿量200cc-250cc，夜間留置導尿管尿量400cc -500 cc。 3.9/12 U/R：WBC：0-1/HPF，9/13腎臟超音波檢查：無結石或水腎情形。 4.9/15錄影尿動力學檢查結果：逼尿肌過度反射及逼尿肌-尿道外括約肌共濟失調。目前未曾出現自主神經反射異常情形。</p>
護理目標	<p>1.9/13可配合定時執行膀胱訓練，使個案大部份時間保持乾爽，避免膀胱過脹。 2.9/14個案能說出泌尿道感染徵象至少三項。 3.9/25個案能說出間歇性導尿應注意的事項至少三項。 4.9/30個案可獨立執行導尿，夜間可不用留置尿管或單次導尿。 出院前無泌尿道感染情形。</p>
護理措施	<p>1.9/12移除導尿管後，向個案及家屬說明膀胱訓練的目的，每四小時予導尿，並記錄攝水量、滲尿量與導尿量。 2.9/12與個案共同討論飲水與導尿時間表：每小時喝水100cc -150 cc，每4小時導尿，睡前二小時避免攝取水份。 3.9/13使用衛教單張及電腦來衛教胸髓損傷對排尿的影響，及泌尿道感染徵象與預防方法。 4.9/14持續觀察尿量、顏色、是否有沉澱物及感染的徵象。 5.9/20示範以無菌技術間歇性導尿的步驟與原則，並請個案回覆示教。 6.9/30請個案示範自解尿液後用無菌技術導出剩餘尿液，以檢測餘尿量及排空膀胱。</p>
護理評值	<p>1.9/13個案可配合醫護人員每四小時導尿排空膀胱。 2.9/14可配合每小時喝水100cc -150cc。每天固定於6點、10點、下午2點、晚間6點、晚間10點可配合醫護人員於床上導尿，睡前2小時不再喝水。 3.9/14個案可說出泌尿道感染徵象如：發燒、尿液混濁、尿液有異味。 4.9/20在尿布上發現有滲尿痕跡，每4小時秤尿布檢測滲尿約150cc-250cc，導尿測得餘尿量為200cc-250cc。 5.9/23個案可說出導尿前洗手、先備妥用物、以優碘棉球與生理食鹽水棉球自尿道口環狀往下消毒到陰莖前段等導尿注意事項。 6.9/25夜尿量250cc-300cc，夜間無留置導尿管及單次導尿。 7.9/28個案可自行定時導尿，正確完成間歇性導尿步驟。 8.10/22尿液檢查：WBC：0-1/HPF，無泌尿道感染的情形。 9.11/20電訪，個案可自行每4小時導尿，餘尿150cc -200cc，滲尿200cc -250cc，夜間無留置導尿管及導尿。</p>

問題二：身體活動功能障礙/胸髓損傷產生活動功能受損(9/15訂)

護理評估	主觀資料	1.9/12「我不能自己挪到便盆椅上」，「我沒辦法控制下半身，覺得肌肉都萎縮了」。 2.9/13「我下半身不能動，日常生活要別人幫忙，能做哪種工作?」。
	客觀資料	1.完全性胸髓損傷導致下半身癱瘓，活動需依靠輪椅。 個案下肢外觀無萎縮情形，雙下肢徒手肌力測試為0分，雙上肢徒手肌力測試為4分。 2.9/13功能獨立評量表評估為第二級：活動及日常生活可執行40%，約60%需他人協助及使用輔具。手部功能雖正常，但因坐姿3.平衡不佳，故無法完全發揮操作功能，無法獨立執行日常生活活動，轉位及沐浴都需要協助。
護理目標		1.三天內個案能說出活動時應注意的安全事項至少三項。 2.9/20個案能漸進式練習增強上肢肌力、坐姿平衡與轉位的動作。 3.10/15能練習獨立執行轉位、沐浴、盥洗等自我照顧活動。 4.10/20能自行操作輪椅活動大於50公尺，跌倒時可自己爬起來。 5.出院前個案功能獨立評量等級可進步至第五級，且下半身無攣縮或既有功能廢用之情形。
護理措施		1.9/16鼓勵案妻於個案復健時在旁陪伴，多以鼓勵的話來增強個案的活動動機，如：「你做的很棒，有進步。」 2.9/16衛教胸髓損傷對活動所造成的影響及活動時應注意的安全事項，如：轉位時要確實使用輪椅煞車、要穿著止滑鞋及合身衣褲、清除病床到浴室間的障礙物等。 3.衛教個案除每日復健時間外，儘可能於病人單位再練習上肢主動關節運動及下肢被動關節運動，每次各20分鐘，一天四次。 4.9/18教導個案維持下肢正確的擺位，預防攣縮、痙攣與垂足。 5.9/25向個案及案妻解釋目前的行動能力及限制，加強訓練坐姿平衡與軀幹的穩定度，進而漸進式增強輪椅到床之間的轉位能力。 6.9/26觀察個案於病房執行日常生活活動情形，請個案盡可能自己執行盥洗、進食、沐浴等工作，必要時指正其動作。觀察有無肢體固定不動或既有功能廢用情形。 7.10/8與個案及職能治療師討論職務再設計相關問題，如可善用手部功能之優勢，考量電腦繪圖員、文書處理等工作性質。 8.10/12與個案討論加入脊髓損傷者協會，並請協會之病友來探望個案，給予同儕的心理支持與增加自信心。 請治療師加強訓練個案操控輪椅及跌倒爬起等能力，並於病房觀察個案練習的進度，隨時讓醫師及治療師瞭解個案練習狀況。 9.10/19與桃園脊髓損傷潛能發展中心聯繫，協助轉介職訓中心。
護理評估		1.9/17可說出轉位時要注意腳的姿勢、穿合身衣服及確實固定輪椅以預防跌倒。 2.9/18借用復健室的沙包回病房練習，並重複翻身、用手臂力量撐起上半身、由床上坐起等加強肌力與坐姿平衡的活動。 3.10/3個案可以自行由床轉位到輪椅或便盆椅，不會感到吃力。坐在床上刷牙洗臉，洗澡時可以自己洗上半身，功能獨立評量表評估已進步為第四級。 4.10/8職業評量與重建評估結果，包括原職場需無障礙環境，如：斜坡板、動線規劃、桌子高度深度調整，廁所改造等。 5.10/20個案可在妻子陪伴下自控輪椅外出買便當，也可示範跌倒後自行由地面坐回到輪椅上的動作。 6.10/24以功能獨立評量表評估為第五級：可自己由床上轉位到輪椅後，自控輪椅進浴室刷牙洗臉，也可自行轉位到便盆椅上洗澡，但仍需妻子在旁陪伴，可打開準備好的用物自行導尿。 7.10/25持續進行下半身被動運動，無關節攣縮或功能廢用情形。 8.10/26出院後至脊髓損傷潛能發展中心繼續接受生活自理訓練及職業訓練，預計職訓完成後再由台中縣市職訓單位轉介工作。 9.2009/1/7電訪，個案已在桃園脊髓損傷潛能發展中心接受生活自理訓練，待為期半年的生活自理訓練完成後，會開始職業訓練，之後才考慮接受台中縣市政府轉介工作。

問題三：慢性疼痛/胸髓損傷產生神經性疼痛(9/17訂)

護理評估	主觀資料	1.9/16「肚臍上3公分那一整圈突然很刺痛」，「感覺是持續不停的刺痛」。 2.9/17「刺痛一整天了，沒辦法做復健，可以吃止痛藥嗎？」，「肚子好脹，難受到睡不著」，「受傷後有一次曾經這樣痛過，可是不知道原因」。
	客觀資料	1.9/16眉頭深鎖、雙眼緊閉臉色蒼白、不想與人交談。9/16-9/17疼痛頻率與性質是持續不停的刺痛，大都維持坐著或躺著不動。 2.9/17呼吸速率26-30次/分，全身緊繃坐立不安，不願復健，拒絕由輪椅躺回床上。 3.9/17以疼痛數字量表評估疼痛指數為8-9分。
護理目標		1.9/18個案能嘗試緩解神經痛的方法至少三種。 2.9/20個案刺痛情形能夠緩解，疼痛指數由8分降至5分以下。 3.9/20個案能瞭解神經痛加劇的可能原因。 4.住院期間能按時復健活動，不受神經性疼痛影響。
護理措施		1.9/17請個案嘗試緩解神經痛的方法，如緩慢的深呼吸、以熱敷包保暖腹部、按摩刺痛部位、更換身體姿勢等。 2.9/17與個案一同分析神經痛頻率、部位與加劇原因，並持續評估疼痛程度。 3.9/18記錄個案每餐進食的量與內容物，觀察食量與食物是否適宜。建議個案先進食容易消化的白粥或白吐司等食物，待疼痛改善後再逐漸恢復正常飲食。 4.9/18確認每天早餐後解便有確實排空腸道，避免因脹氣造成疼痛的情形。 5.9/18衛教避免脹氣之方法，如細嚼慢嚥，避免吃口香糖或豆類、蘿蔔、芋頭等產氣食物。 6.9/19衛教個案神經痛無法根絕，共同討論及嘗試可有效緩解疼痛的方法，學習接受現況及如何與疼痛共存，繼續原有的生活。 7.9/20鼓勵個案在可接受的身體狀況下，仍持續進行復健運動，積極認真活動，或運用聽音樂、看電視、聊天、洗澡、外出散步等方式，以分散對疼痛的注意力。
護理評估		1.9/18疼痛時可使用按摩刺痛部位、洗熱水澡、改變身體姿勢等方式緩解疼痛。 2.9/20早餐後配合薄荷油按摩腹部後已排氣，疼痛指數緩解至2-3分，可順利入睡，故個案表示加劇神經痛的可能原因為脹氣。 3.9/20每天早上均可排出量中成形軟便。神經痛緩解後，個案每餐可吃完一個便當，案妻會避免選擇豆類、碳酸飲料等會導致脹氣的食物。 4.10/25住院期間可按時復健，未再因神經性疼痛影響復健進度。 5.11/20電訪，個案表示知道能用按摩等方式來緩解神經痛，出院後未再出現過神經性疼痛加劇到難以忍受的情形。

問題四：性功能障礙/胸髓損傷產生神經性功能損傷(9/24訂)

護理評估	主觀資料	9/24「我受傷前後性慾都很強」，「我受傷後三個月開始想跟性有關的事，受傷以後就沒有性生活」，「我覺得受傷後要跟老婆討論性的事情比以前困難，現在最擔心沒有高潮的感覺」。
	客觀資料	1.9/24筆者主動詢問是否願意討論性問題，個案表示同意。 2.個案導尿或睡醒時有勃起情形。 3.受傷後至今未曾有過性交活動。 4.9/24與個案談及性相關話題時，表情顯得困惑、低落。
護理目標		1.9/26個案可說出性相關之困擾，並瞭解表達性需求是被接受的。 2.9/30個案能瞭解脊髓損傷與目前性功能障礙的關聯性。 3.10/5個案可瞭解性生活模式與受傷前不同，並嘗試三種以上之性活動。 4.10/20個案能表達自己可由性相關之活動得到滿足。
護理措施		1.在“承諾”階段，9/24在具隱密性之個人房與個案、案妻會談，向個案保證可放心談論性相關的問題，引導說出性相關的困擾，並告知個案表達性需求是正常的。 2.在“特定的資訊”階段，9/25藉由衛教單張與電腦檔案教導個案與性相關的復健方式，提供胸髓損傷性功能受損之影響、解剖生理圖片與治療方式等資訊。 3.在“明確的建議”階段，於9/25運用「男性脊髓損傷性功能評估表」評估個案的性史與性狀態等資訊。 4.9/26舉辦脊髓損傷患者的團體性諮商與衛教活動，並請個案與案妻一同參與。 5.9/27予以性諮商，協助個案及案妻找出其他方式表達親密感以達到性滿足，以代償無法像之前一樣進行性行為。 6.9/28提供單人房讓個案夫妻觀看，由國外脊髓損傷病患示範性交方式之「性的重生」衛教影片。 7.9/30協助個案轉床至單人房，方便個案夫妻嘗試進行性活動。
護理評估		1.9/25評估表結果：個案損傷前勃起反應、射精功能、性高潮反應皆正常，性慾強，性活動頻率為每週7至8次，對自己的性滿意度極高，也能與伴侶分享及溝通；損傷後導尿或睡醒時會有自發性勃起，自覺性慾仍十分強烈，但受傷後沒有性生活，性需求無法滿足，也未曾向他人詢問過性的問題。 2.9/26個案於團體性諮商時，自述有性方面的困擾，在諮商後表示瞭解性衛教的內容，包括脊髓損傷影響大小便能力與性功能，故會有無法射精及高潮等影響。並表示經由引導後說出性相關的困擾，才知道受傷後表達性需求是正常的事情。 3.9/29看完性衛教影片後，表示會找時間嘗試影片中的性姿勢。 4.10/2個案表示可與妻子用愛撫、親吻、擁抱等方式表達親密感。 5.10/5嘗試以男下女上的方式性交，陰莖硬度可成功插入，妻子表示可主動配合個案需求，對目前狀況覺得心理的滿足大於生理。 6.10/6個案自述：「相信我跟老婆還是可以擁有很滿意的性生活」。 7.2009/1/7電訪，個案表示因為在職訓中心受訓，未與妻子同住，無法進行性交行為，但每天都會通電話，可以由電話中互相鼓勵與安慰，覺得能每天接到妻子的電話就很安心與滿足。

問題五：角色扮演改變/胸髓損傷造成角色轉變(9/24訂)

護理評估	主觀資料	9/24「復健要多久？復健多久後才能獨立？何時能回到職場？」，「到底要回本來的公司工作還是去職訓，不知道怎樣才是對的」，「我想做好一家之主，又想到潛能發展中心受訓，可是很難兼顧」。9/24案妻：「他受傷後我們沒有親熱過，我覺得這種事會影響男人的自信心」。
	客觀資料	1.9/24問及受傷前工作或公司情形，個案表情較憂鬱、不願討論。 受傷後經濟來源為岳家，三歲女兒亦由岳家照顧。 2.原公司老闆願讓個案返回單位，但公司須改造工作平台與周遭環境，且需替個案轉換職務，並需再接受電腦繪圖方面的訓練。 3.9/24與個案談及性相關話題時，表情顯得困惑、低落。
護理目標		1.9/27個案可說出角色改變的失落，能瞭解胸髓損傷後遺症對目前角色的影響。 2.10/3個案與案妻溝通對彼此角色之期望後，能口頭表達已適當調整與澄清雙方目前的角色。 3.10/15可說出因應目前角色(病人)所需之胸髓損傷相關知識與復健及生活自理技巧。 4.10/22能表達對改變後的角色及自身準備程度之信心及滿意。
護理措施		1.9/24在具隱密性之個人房與個案會談，鼓勵個案表達自認角色有何改變或喪失，引導個案說出受傷後之失落感。 2.9/25鼓勵案妻陪伴個案復健，並多給予稱讚，如：「你已經做的很棒，我跟女兒都支持你。」 3.9/25以PLISSIT模式給予性諮商、衛教及相關護理措施。 4.9/26衛教胸髓損傷對其工作與家庭角色的影響，藉由衛教單張與個案討論適宜的工作性質如文書、電腦繪圖等工作，共同討論今後需做的改變。 5.9/27提供單人房與個案及案妻共同討論，鼓勵說出目前對彼此角色行為的期望，彼此角色互補後的生活模式、感受與對未來的共同目標，增進雙方溝通的機會，減少角色轉換帶來的壓力。 6.9/30協助及鼓勵個案透過出院準備服務人員與脊髓損傷潛能發展中心，尋求生活自理訓練及職業訓練之資訊，以規劃出院後動向，鼓勵發展新的、正向的第二及第三角色，如接受職訓等。 7.10/1與職能治療師討論後，加強訓練個案維持姿勢、加強肌力及生活自理能力等技能，讓個案及早適應病人的角色。 8.10/4經個案同意後安排脊髓損傷協會病友來探訪，讓個案及案妻瞭解目前社會上對脊髓損傷病有的期待與未來出路。
護理評估		1.9/24個案於訪談時，自述最大的壓力來源是想趕快回到職場賺錢，重新肩負起一家之主的角色，不想造成妻子的負擔。 2.9/27表示知道受傷後對自己最大的影響就是活動受影響，沒辦法賺錢養家、照顧老婆跟小孩，要趕快恢復、回到職場。 3.10/2個案表示可與妻子用愛撫、親吻、擁抱等方式表達親密感，相信這樣對自己男人跟丈夫的角色會更有信心。 4.10/3個案自述：「知道老婆願意支持我去職訓以後，壓力比較小，她會先住娘家，丈母娘也會幫我們照顧兩個小孩」。 5.10/13在職能治療師與醫護人員講解後，表示瞭解目前應加強活動運動技巧與自理能力，才能趕快銜接上職訓的進度。 6.10/14表示會認真復健，在病房時常練習翻身、坐起等動作，盡可能自己執行盥洗、進食、沐浴等日常活動，曾鼓勵妻子與同學出去逛街，表示自己有能力自理。 7.10/18個案表示現在的優勢擁有大學學歷，還有基本外語跟算術能力，評估後個案擅長空間概念、圖形辨識與文書校閱；個案會適時表達自己的想法且言語流暢，亦能依指示完成任務；配合度高，進行復健的態度積極認真，對接受其他職訓意願很高。預計出院後會立即至潛能發展中心受訓，表示「自己要學習的還很多，但會保持積極的態度，妻子跟女兒是最大的支柱。」 8.11/20電訪，個案表示在中心受訓期間，妻子都會打電話安慰，現在生活自理技巧也訓練的更純熟，5個月後就要接受職訓了。

討論與結論

本文所探討的30歲完全性胸髓損傷男性，經初步復健後，在筆者照護期間主要有痙攣型神經性排尿障礙、身體活動功能障礙、慢性疼痛及性功能障礙等健康問題，與文獻中之生理病理變化^[3]相符；但在因應壓力方面，因個案支持系統良好，本身個性較樂觀，故無文獻中所提及調適障礙方面的問題。筆者安排隱密性環境，教導膀胱訓練技巧，使個案可按時執行間歇性導尿，解決排尿問題。在活動功能障礙部份，藉觀察並督促個案採漸進式復健，加強轉位及自我照顧能力，使個案由生活起居大多依賴他人協助，進步到出院時能獨立執行日常生活活動。同時協助找出導致個案神經性疼痛的主因是脹氣，緩解其疼痛並使個案可與慢性疼痛共存。在心理層面，藉由主動傾聽、鼓勵及運用PLISSIT模式給予性諮商，使個案可表達需求。在社會層面協助個案轉介職訓中心，做好回歸職場的準備。筆者印象最深的是首次舉辦性衛教團體及提供性衛教影片，在具隱私性的環境主動與個案性諮商，為筆者自身之一大突破，也為個案從無法表達性需求的窘境，到可以與妻子再度擁有性生活而感到高興。除了筆者在照護過程中不斷鼓勵個案，使其增加信心，其妻女的陪伴與支持，也是個案度過艱辛復健歷程的主要動力，故個案十分積極復健，期待能儘速返回職場，重新肩負起一家之主的角色。文獻中提及護理人員是最適合的性照護提供者與諮詢者^[15]，但筆者於照護上感到限制處，是本身對性相關題材認知不足，對此話題較難啟齒及提供專業的性諮商，且病房內並未設置具隱私性的空間，幸而個案願意表達其困擾，且恰好當時有空病房可供個案觀看性衛教影片及嘗試性活動。故建議臨床上應提供具隱密性的空間進行排泄訓練與性活動，以維護病患隱私，進而增進病患對復健的配合度與成就感。另外，藉此護理經驗建議臨床同仁在照護胸髓損傷病患過程中，除了協助解決生理問題之外，更應重視病患的心理與社會層面^[5]，

主動瞭解病患需求，運用家庭成員為助力，協同心理治療師予以會談，深入探討並解決個案心理與社會問題，給病患一個傾訴的管道，也給自己一個能幫助病患變得更好的機會，使復健護理更全面性與專業化。

參考文獻

1. 周淑華、陳筱瑀、賴嘉祥：脊髓損傷者之憂鬱程度及其相關因素之探討。實證護理 2008；4：318-26。
2. 王昭閔、王顏和：Gabapentin對脊髓損傷患者神經性疼痛的治療。台灣復健醫誌 2006；34：197-208。
3. 鄧慶華：脊髓損傷的復健護理。台北，永大，2006；14：01-34。
李玉嬋：非致命慢性病的醫療諮商工作-以糖尿病和脊髓損傷病患為例。諮商與輔導 2007；258：47-54。
4. 陳筱瑀：超連結系統理論在脊髓損傷復健期之臨床運用。護理雜誌 2008；55：86-92。
5. DeSanTo-Madeya SA: A secondary analysis of the meaning of living with spinal cord injury using Roy's adaptation model. Nursing Science Quarterly 2006; 19: 240-6.
6. 郭漢崇：神經性因排尿障礙之尿路動力學及處置。慈濟醫學 2003；15：205-21。
7. Jamison J, Maguire S, McCann J: Catheter policies for management of long term voiding problems in adults with neurogenic bladder disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) 2004; 2: CD004375.
8. 江明珠、曾瓊禎、蔡娟秀、郭漢崇：脊髓損傷患者對泌尿系統併發症的知識、態度及預防行為為相關性之探討。慈濟護理雜誌 2004；3：59-67。
9. Fries JM: Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. Critical Care Nursing Quarterly 2005; 28: 179-87.
10. 游慧雯、蔡素如、曾繁斐、黃玉慧、施盈如、畢柳鶯：脊髓損傷患者長期併發症之回溯性研究。台灣復健醫誌 2006；34：167-74。
11. 許雅雯、蔡佳良：下半身脊髓損傷者接受不同

訓練器材之效益與運動策略。

大專體育 2007；92：174-80。

12. 黃玉璽：脊髓損傷患者之神經性疼痛、睡眠品質與生活品質之相關性研究。高雄醫學大學護理研究所未發表的碩士論文 2008。
13. 趙娉婷：淺談神經性疼痛與藥物治療。中國醫訊 2005；24：61-2。
14. 蔡麗雅、姚開屏、許淑蓮、黃秀梨：護理人員提供病患性衛教時面臨的問題及其頻率、困擾與需要協助程度之探討。護理雜誌 2005；52：41-50。
15. 林婉婷、林麗嬋：機構失智老人之性照護。長期照護雜誌 2004；7：317-326。
16. 黃秀娥、簡邦平：脊髓損傷患者植入人工陰莖之性復健。臺灣性學學刊 2006；12：55-63。

Case Report

Nursing Experience Related to the Rehabilitation Process for a Case of Complete Thoracic Cord Injury

Yen-chen Lin¹, Shu-Mei Tsai¹, Shu-kuei Li^{1,2*}

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

² *School of Nursing, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan*

This article describes a nursing experience caring for a 30-year-old male who was diagnosed with completed spinal cord injury. The primary nursing problems, including spastic neuropathic bladder dysfunction, physical disability, chronic pain, and sexual dysfunction, were found by the author through observations, interviews, and direct care. The Gordon Functional Health Measure was also applied as an assessment tool to collect information during the client's hospitalization. In order to help the client urinate independently, a private room was arranged so that he could receive demonstration of the technique and repeatedly practice bladder training exercises. The client was encouraged to restore the strength of his upper limbs, to balance sitting position, and to maintain the joints of his lower extremities from contracture using progressive rehabilitation. The client was taught the possible causes of neuropathic pain and was introduced to methods of relieving chronic pain. The author also evaluated the client's sexual function, arranged a specific sexual counseling course, and provided a private environment to the client for intimacy. During the hospitalization, the author also helped the client meet other patients with the same diagnosis to exchange experiences to solve the client's concerns. The occupational therapist also re-designed the client's plan to meet his physical needs. The client was transferred to "Potential Development Center" in order to promote his self-management of life and occupational training.

Keywords: thoracic cord injury, rehabilitation, spinal cord injury

* Corresponding Author: Shu-kuei Li

Address: No. 23, Sec. 1, Zhong-gang Rd., Taichung 40307,
Taiwan

Tel: 04-22015111 ext 66805

E-mail: csha194@csh.org.tw