

前言

2022 年統計國人十大死因，腦血管疾病位居第五名（衛生福利部統計處，2023）。顱內動脈瘤破裂引發顱內出血，約占腦血管出血疾病 85%（蘇等，2018）。顱內動脈瘤是常見急性、突發性，尤其是顱內出血或蜘蛛網膜下腔出血，動脈瘤破裂的死亡率約 30-50%，若再次破裂死亡率幾乎達百分之百（方，2023）。顱內動脈瘤破裂出血會使病人出現失能、偏癱、失語、複視甚至死亡，且有 35% 的病人會因出血而出現永久性神經功能缺損，再度出血機率更高達 13.6%，若出現不可逆的神經功能損傷，導致肢體失能及喪失生活自理（林姝芸，2021）。失能對腦出血病人而言失去未來希望及後續照護問題，讓病人及家屬產生沉重的壓力，進而影響整個家庭正常運作及生活品質，故減輕腦出血病人因疾病導致身體失能造成心理壓力，改善身心健康及早日恢復自我照顧能力，是非常重要的議題（董、許，2021）。

本文探討一位 62 歲女性，因顱內動脈瘤破裂入住加護病房，面對突如其來的腦部出血及病情變化，對未來預後是否失能及殘障，造成個案心理憂心忡忡及不安。期望藉由團隊，提供整體性的照護，能減輕個案對於此疾病預後的不確定感而產生的不安，讓個案可以積極、正向的態度面對可能失能的問題，增強個案對疾病治療的信心。

文獻查證

一、顱內動脈瘤破裂之概述

當顱內血管壁中層與彈力層產生缺損時，薄弱的血管壁持續受血流衝擊向外膨出，導致血管側邊或末端不正常膨大，形成動脈瘤（方，2023）。動脈瘤破裂血液由進入蜘蛛膜下腔，顱內壓上升，造成腦血管阻塞、意識喪失、腦水腫，在發病 72 小時內有機率發生再出血，而腦血管痙攣則發生在蜘蛛網膜下腔出血 72 小時後，且出血量多寡會有神經損傷、運動感覺異常及肢體活動障礙甚至偏癱、視神經壓迫導致偏盲或全盲，當壓迫語言中樞，會有嚴重語言障礙（蘇等，2018）。

二、顱內動脈瘤併發蜘蛛膜下腔出血之生心理健康問題

（一）腦組織灌流改變之健康問題及其護理

顱內動脈瘤術後病人的臨床照護著重於維持腦血流灌注量、控制腦壓、降低血管痙攣及預防再出血（方，2023）。護理措施為 1.密切監測意識狀態，包含昏迷指數、瞳孔大小與對光反射及四肢肌力（蘇等，2018）；2.為預防再出血及顱內高壓，監測收縮壓控制 160mmHg 以下，腦灌注壓維持在 60mmHg 以上（林姝芸，2021）；3.觀察有無顱內壓升高的症狀，如脈搏變慢且不規則、血壓升高、意識改變、頭痛、嘔吐等症狀，並評估肢體活動力量（蘇等，2018）；4.維持床頭搖高 30 度，以及避免頭部過度屈曲與伸展影響靜脈血液回流（蘇等，2018）；5.提供安靜的環境，避免集中護理，維持正常排便及排尿，避免顱內壓增高（林姝芸，2021）；6.執行護理活動時，動作輕柔，評估疼痛數字量表，注意是否有顱內壓增高情形（方，2023）；7.給予高滲透性利

尿劑，如：Mannitol，改善腦腫、降低顱內壓，密切監測液體攝入出量（林妹芸，2021）；8.使用抗痙攣藥物，以預防癲癇及血管痙攣發作，如：Depakine 及 Nimotop（方，2023）。

（二）身體活動功能障礙之健康問題及其護理

自發性腦出血造成肢體障礙，於復健訓練黃金期 2~3 個月內需儘早安排復健計畫，一般於發病後 10-14 天開始執行復健運動，減少產生水腫、肌耐力下降、肌肉量流失、關節肌肉萎縮、垂足及壓力性損傷等（林瑞青等，2021）。護理措施：1.教導執行全關節被動及主動運動，每日 3-4 次、每次 30 分鐘，預防關節攣縮(Lee et al., 2022)；2.每 2 小時檢視肢體擺位及維持骨突處皮膚完整；使用氣墊床及翻身枕，預防壓力性損傷（林瑞青等，2021）；3.教導健側輔助患側肢體運動，如：左手握住右手背，運用左手力量協助右手一抓一握，每次 20 下，每天 4 次，增進肌肉力量(Lee et al., 2022)；4.運用衛教單張及影片，提供學習復健技巧（林瑞青等，2021）；5.會診復健科與復健團隊共同討論復健計畫，執行關節被動運動、肌耐力訓練(蘇等，2018)。

（三）焦慮之健康問題及其護理

顱內動脈瘤破裂病人因入住加護病房、害怕開刀後恢復不如預期及再出血導致身體失能，進而產生焦慮（李、馮，2020）。由簡式健康量表評估焦慮程度，0-5 分為正常，6-9 分為輕度，10-14 分為中度，15 分以上為重度（衛生福利部國民健康署，2022）。護理措施：1.主動

向個案自我介紹，以同理心的態度支持及鼓勵，並接納病人的情緒給予足夠時間表達疑慮及感受(Stamenkovic et al., 2018)；2.教導噁嘴式呼吸轉移注意力及運用音樂療法緩解焦慮，達到身心靈舒緩(Liang et al., 2021)；3.調整燈光明暗度及注重病人隱私等，以減少環境的壓力源及病人的不適感覺(Stamenkovic et al., 2018)；4.關懷同理焦慮不安，執行各項護理或醫療處置，事前說明，必要時請醫師解釋病情，提供疾病相關資訊，適時轉介心理師，提供支持系統（李、馮，2020）。

護理評估

一、個案簡介

胡女士，62歲，國小畢業，慣用國、台語，宗教信仰為道教，經濟狀況小康，先生於2017年去世，育有三女一男，個案為家庭主婦，與兒媳及孫子同住，家中經濟來源為案子及兒媳，本次住院期間主要照顧者為兒子。個案為原住民，16歲開始有抽菸、喝酒的習慣，一天一包香菸，啤酒或小米酒每天一罐，無嚼檳榔。有高血壓家族病史，2019年因頭痛就醫發現有高血壓，定期於醫院門診追蹤，每天一顆Exforge F.C. 80mg 服藥控制，無手術及藥物食物過敏史。

二、入院及治療過程

2022/3/1 頭痛不適曾去診所就醫，3/5 因頭暈、頭痛加重且有噁心感故至本院急診就醫，GCS：E3V5M6，雙眼瞳孔 2.5mm，對光反射有反應，體溫 36.3 度、呼吸 15/分、心跳 62 次/分、血壓 145/76mmHg，

四肢肌力皆 4 分，頭部電腦斷層血管攝影檢查顯示右側中大腦動脈動脈瘤破裂併蜘蛛網膜下腔出血，診斷為顱內動脈瘤破裂合併蜘蛛網膜下腔出血，3/5 入住加護病房，GCS：E3V5M6，四肢肌力：右上下肢皆 4 分，左上肢 2 分，左下肢 3 分，當日緊急行開顱手術及夾閉右側中大腦動脈動脈瘤，術後 GCS：E3VEM6，氣管內管接呼吸器使用，採壓力控制型通氣模式(pressure-controlled ventilation; PCV/AC)，有腦室外引流管、J-VAC 傷口引流管、中心靜脈導管、鼻胃管及導尿管留置，評估顱內壓 12mmHg、腦灌注壓 62mmHg，3/6 呼吸訓練成功，移除氣管內管及鼻胃管，3/7 血管攝影顯示左側有未破裂顱內動脈瘤，3/8 移除 J-VAC 傷口引流管，3/16 行顱內動脈瘤栓塞手術於左側未破裂動脈瘤，3/25 頭部傷口拆線、移除腦室外引流管，評估四肢肌力：右側皆 4 分，左上肢 1 分，左下肢 3 分，3/25 轉病房。

三、整體性護理評估

個案於 2022 年 3 月 5 日至 2022 年 3 月 25 日入住加護病房期間，運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行評估，以直接照護、會談、身體評估及病歷資料收集方式進行護理評估，內容敘述如下：

(一) 健康認知和健康處理型態

3/5 個案：「平常感冒都喝水就好，很嚴重才會到診所就醫，爸媽都有高血壓，最後都腦中風過世，我自己也有高血壓，所以每天都會量血壓跟吃降血壓藥，收縮壓都在 110-120mmHg」；「我是原住民，很

小就開始喝酒，不喝會睡不著，一天要抽一包香菸，啤酒或米酒每天要一瓶」，個案無定期健康檢查，且因原鄉環境，評估個案無戒酒想法。

3/5 個案：「前幾天頭痛去診所看醫生，沒比較好，這次頭痛到想吐所以來急診，醫師說動脈瘤破掉導致腦出血，怎麼這麼嚴重」，3/6 個案語氣擔憂表示：「昨天做手術有順利嗎？腦還有再出血嗎」，醫師解釋病情，觀察個案表情擔憂且皺眉。

（二）營養與代謝型態

3/5 個案：「住院前都在家吃飯，三餐吃白飯，不會挑食」。入院身高 165 公分，體重 65 公斤，身體質量指數（BMI）23.9 kg/m²，屬正常體重。3/6 移除氣管內管及鼻胃管，進行吞嚥功能測試，個案喝下 5mL 白開水後，觀察個案無嗆咳，可由口進食軟質食物，每日熱量攝取 1800 大卡，3/7 觀察個案可用右手使用湯匙進食，三餐進食量約 500-600 公克，觀察口腔無殘留食物，且每日由口攝取水份 1000mL。

3/5 右側頭部術後傷口約 10 公分，縫線傷口外觀乾淨，腦室外引流液呈淡紅色，一天量 125 mL，J-VAC 傷口引流液每日量 30mL，呈鮮紅色，每日頭部術後傷口無菌換藥。3/7 抽血 WBC：7800/ μ L、Hb：14.1g/dL、Na：141meq/L、K：3.6 meq/L、白蛋白：3.6 g/dL，口腔粘膜完整，皮膚外觀飽滿有彈性，末梢循環溫暖，指甲床呈粉紅色。

（三）排泄型態

3/6 個案：「住院前大小便都正常，不用吃軟便藥」。3/6 為預防個

案用力解便，依醫囑每日睡前口服 Sennoside 2 顆，3/7 觀察個案每日排便一次，大便量約 200-250 克咖啡色成形軟便，腸蠕動音 3-5 次/分鐘，觸摸腹部柔軟，無腹脹。3/5 術後導尿管 14 碼留置，尿量約 2200-2500mL/日，尿液呈黃色清澈無沉澱物，3/12 尿液常規檢查：PH：6.2、WBC：0-5/HP、Bacteria：(-)，尿液培養細菌報告：無異常，3/19 移除導尿管，可以自解尿液於紙尿褲上，3/20 尿量共 2000mL。

(四) 活動與運動型態

3/5 個案：「在家無運動習慣，平時會協助整理家務及帶孫子」。

3/5 GCS：E3V5M6，四肢肌力皆 4 分，行開顱手術及夾閉右側中大腦動脈動脈瘤，術後 GCS：E3VEM6，心跳 65 次/分，血壓 120/52mmHg，平均動脈壓 74 mmHg、顱內壓 12mmHg、腦灌注壓 62mmHg，氣管內管接呼吸器 PCV/AC 模式、FiO₂：40%。3/6 動脈血液氣體分析 PH：7.494、PCO₂：30mmHg、PO₂：199.9mmHg、HCO₃：21.8meq/L、SBE：-1.7mmol/L、Sat：99%，胸部 X 光無急性肺損傷，3/6 聽診雙側呼吸音無痰音，評估個案咳嗽時，可將痰液咳至氣管內管壁前端，痰液呈白色透明、量少。3/6 脫離呼吸器進行呼吸訓練，接 T 型管 FiO₂:40%，呼吸訓練 30 分鐘，評估呼吸 12-15 次/分，血氧：99%，個案無使用呼吸輔助肌，呼吸淺快指數：95min/L，通過呼吸器脫離測驗，移除氣管內管改氧氣鼻導管 3L/min 使用，心跳 65 次/分、呼吸 15 次/分、血氧：100%。3/8 個案表情皺眉、嘆氣：「怎麼開刀後，左手左腳更沒力?現

在沒辦法自己翻身，回家怎麼辦?連要從床上爬起來都爬不起來」，評估四肢肌力：右側肢體各 4 分，左上肢：0 分，左下肢：3 分，左下肢可在床上抗重力抬起約 2 秒，左手無法彎曲抓握。3/10 個案由床上坐起，觀察個案身體時常往左傾斜，評估巴氏量表為 25 分，屬於嚴重依賴，其中進食、穿脫衣褲及大小便控制可達 5 分，移位、個人衛生、如廁洗澡、平地走動及上下樓梯皆 0 分，需完全依賴他人幫忙。

(五) 睡眠與休息型態

3/7 個案主訴：「還沒住院前睡得很好，但是這裡很多聲音，機器一直叫，都睡不好」，觀察個案夜眠時間約 2-3 小時，白天精神顯疲倦。3/8 個案：「每次晚上睡著後就被吵醒，白天會覺得很累很想睡」、「想到腦部還有未破裂的動脈瘤，如果再破掉出血，就緊張到睡不好」，加護病房期間，個案意識清醒，白天護理人員執行常規治療，例如：翻身、拍背後，個案會再閉眼入睡，休息後精神較好。

(六) 認知與感受型態

3/5 個案意識清楚，對人、時、地、判斷力、記憶力及注意力皆能正確回答，雙眼有老花 100 度，但無配戴老花眼鏡，聽力正常，溝通無障礙，能清楚正確表達出自己的身體不適。3/6 每日頭部術後傷口換藥時，個案偶有表情皺眉，給予 10 分疼痛數字量表評估，疼痛指數為 3 分，個案主訴：「換藥時間很快，沒有覺得很痛，不用吃止痛藥」。

(七) 自我感受與自我概念型態

3/5 個案：「我是一個很隨和的人，以前身體狀況很好，沒想到第一次住院就這麼嚴重」。3/5 個案得知要進行腦部手術，神情焦慮表示：「頭部出血會怎樣？開完刀後會不會有什麼後遺症，會不會再出血」；「我看電視開頭的人都會一輩子躺床上，我會不會變這樣」，觀察個案談到疾病及開刀相關事項時，嘆氣，反覆詢問開刀事宜及術後動脈瘤再出血情形，顯得焦慮不安，簡式健康量表評分為 12 分，屬於中度情緒困擾。3/9 個案：「腦還有再出血嗎？是不是左邊的動脈瘤影響神經，不然手腳怎麼還沒恢復」，3/10 個案表情皺眉顯失落：「手腳無力的地方，如果復健會好嗎？這樣我以後是不是要給人照顧啊」。

（八）角色與關係型態

第一角色為 62 歲女性，第二角色為媽媽、婆婆、奶奶，第三角色為病人，住院期間主要照顧者為兒子。3/7 案子表示：「媽媽住院前是跟我一起住」、「媽媽如果有任何問題會跟家人討論，但是主要做決定還是她自己」。會客時，家人會輪流前來探視個案，家庭關係互動良好。

（九）性與生殖型態

3/5 個案：「大概 50 歲就沒有月經，現在都在家就帶孫子，生活就這樣啊，每天有事情做，沒有什麼不好」，個案喪偶，育有三女一男，3/7 詢問個案性生活，靦腆表示：「先生過世好幾年了，很久都沒有了」，評估個案會陰外觀完整，無分泌物。

（十）因應與壓力耐受型態

3/7 個案：「在家有什麼煩惱的事，會跟兒子和媳婦討論」、「這次住院還有腦部開刀，如果再出血，好擔心一邊手腳無力都沒好，以後要怎麼辦」、3/8 個案得知血管攝影顯示左側有未破裂顱內動脈瘤，神情愁苦的表示：「動脈瘤如果又破掉，不知道生命會突然就不見，還是壓到神經後人變不清醒」、「剛入院時，左邊手腳雖然無力，但現在好像又更差」，觀察個案眼神無奈，頻頻搖頭。

(十一) 價值與信念型態

個案信奉道教，平常會依照拜拜節日去廟裡祈求全家身體平安，3/7 案子將向神明求取的平安符置放於個案床頭，希望神明可以保佑媽媽趕快好起來出院。

問題確立與護理措施

經由以上護理評估，確認個案有：腦組織灌流改變、身體活動功能障礙、焦慮、睡眠型態紊亂、潛在危險性感染，針對個案目前身心健康問題急迫性需求，呈現前三項主要健康問題，擬定護理計畫如下：

(一)腦組織灌流改變/與顱內動脈瘤破裂併蜘蛛膜下腔出血有關

(3/5-3/25)

主 客 觀 資 料	S1：3/5 個案：「頭暈、頭痛越來越不舒服，趕快叫我兒子載我來醫院」。 S2：3/5 個案：「做完檢查就說腦袋裡面長動脈瘤要開刀」。 O1：3/5 GCS：E3V5M6，雙眼瞳孔大小及對光反射：2.5mm(+)，體溫 36.3 度、呼吸 15/分、心跳 62 次/分、血壓 145/76mmHg，四肢肌力皆 4 分。 O2：3/5 頭部電腦斷層血管攝影檢查顯示右側中大腦動脈動脈瘤破裂併蜘蛛網膜下腔出血。 O3：3/5 行開顱手術及夾閉右側中大腦動脈動脈瘤，術後腦室外引流管置放，心跳 65 次/分，血壓 120/52mmHg，平均動脈壓 74 mmHg、顱內壓 12mmHg、腦灌注壓 62mmHg。
-----------------------	--

	<p>O4：3/5 術後 GCS：E3VEM6，四肢肌力：右上下肢皆 4 分，左上肢 2 分，左下肢 3 分。</p> <p>O5：3/7 血管攝影顯示左側有未破裂顱內動脈瘤，3/16 行顱內動脈瘤栓塞手術於左側未破裂動脈瘤。</p>
目標	<p>1.3/8 加護病房期間無顱內壓升高引發之徵象及症狀。</p> <p>2.3/12 個案能說出 2 項預防顱內壓上升之活動。</p> <p>3.3/25 移除腦室外引流管前，能維持足夠的腦組織灌注$>60\text{mmHg}$。</p>
護理措施	<p>1.密切監測及評估顱內壓上升徵象 3/5~3/25</p> <p>1-1 每 2 小時評估生命徵象、瞳孔大小及光反應，監測顱內壓及腦灌注壓變化及評估四肢肌力。</p> <p>1-2 監測收縮壓小於 160mmHg，以預防再出血。</p> <p>1-3 每 2 小時觀察有無顱內壓升高臨床表徵，如昏迷指數下降、瞳孔放大或對光無反應、嘔心、嘔吐及庫欣三病徵(血壓升高、脈壓加寬、心跳變慢)，有異常立即報告醫師。</p> <p>1-4 每 8 小時觀察並記錄個案輸出入量是否平衡，觀察 J-VAC 傷口引流管引流量、顏色及性質，如顏色有變紅及增加現象，應立即告知醫師。</p> <p>1-5 每 2 小時執行護理活動，當個案平躺或床頭抬高時，先關閉腦室外引流管，再調整腦室外引流管零點對齊外耳洞，避免腦部疝脫。</p> <p>2.預防顱內壓上升之活動</p> <p>2-1 3/5-3/20 每 2 小時翻身，扶持個案頭部避免屈曲頭頸，並使用治療巾做成捲軸放置頭部兩側，保持頭頸一直線，以促進腦部靜脈回流。</p> <p>2-2 3/5-3/25 每日交班後，規劃傷口換藥、身體清潔等護理活動時間安排，分散照護時間各間隔 15 分鐘，提供舒適臥位，動作輕柔，並注意執行後是否有顱內壓增高情形。</p> <p>2-3 3/6 衛教個案避免顱內壓升高活動如:用力解便、擤鼻涕、咳嗽等可能需閉氣用力的活動。</p> <p>2-4 3/5-3/24 床頭搖高 30 度以促進血液回流，每 8 小時給予疼痛數字量表評估疼痛指數，避免疼痛刺激，增加顱內壓上升。</p> <p>3.降低顱內壓上升之藥物使用</p> <p>3-1 3/5-3/25 依醫囑每 8 小時給予抗痙攣藥物 Depakine 400mg 靜脈滴注。</p> <p>3-2 3/5-3/24 評估個案若出現疼痛造成顱內壓升高徵象，與醫師討論，依醫囑給予口服 1 顆 Panadol 500mg。</p> <p>3-3 3/5-3/23 依醫囑每 12 小時靜脈注射 Mannitol 100mL；每 2 小時密切監測尿液輸出量及尿比重。</p> <p>3-4 3/6-3/20 依醫囑每日睡前口服 Sennoside 2 顆，評估個案排便，若大於 3 天未解便，立即報告醫師，避免個案用力解便，造成顱內壓上升。</p> <p>3-5 3/5-3/12 依醫囑靜脈滴注 Nimotop 每小時 10mL 使用，增進腦循環，降低血管痙攣。</p>
護理評估	<p>1.3/7 GCS：E3V5M6，四肢肌力：右側肢體各 4 分，左上肢 2 分，左下肢 3 分，平均動脈壓 86mmHg、顱內壓 10mmHg、腦灌注壓 76mmHg。</p> <p>2. 3/12 個案能說出兩項預防顱內壓上升之活動：用力大便、擤鼻涕、咳嗽。</p> <p>3.3/5~3/25 顱內壓皆在 $9-15\text{mmHg}$、腦灌注壓 $65-80\text{mmHg}$。</p>

(二) 身體活動功能障礙/與顱內動脈瘤破裂出血造成左側肢體無力有關(3/5-3/25)

主 客 觀 資 料	<p>S1：3/8 個案：「我左手左腳沒力會好嗎?我現在沒辦法自己翻身，之後回家怎麼辦?連要從床上爬起來都爬不起來」。</p> <p>S2：3/10 個案：「手腳無力的地方，如果復健會好嗎?這樣我以後是不是要給人照顧」。</p> <p>O1：3/5 術後評估四肢肌力：右側肢體各 4 分，左上肢 2 分，左下肢 3 分。</p> <p>O2：3/6 個案無法執行移位及站立動作，需由護理人員協助。</p> <p>O3：3/8 評估四肢肌力：右側肢體各 4 分，左上肢 0 分，左下肢 3 分，左下肢可在床上抗重力抬起約 2 秒，左手無法彎曲抓握。</p> <p>O4：3/10 觀察個案床上坐起進食，身體時常往左傾斜。</p> <p>O5：3/10 評估巴氏量表為 25 分，屬於嚴重依賴，其中進食、穿脫衣褲及大小便控制可達 5 分，移位、個人衛生、如廁洗澡、平地走動及上下樓梯皆 0 分，需完全依賴他人幫忙。</p>
目 標	<p>1.3/8 個案能每日 3 次，每次 5-10 下執行增強左側肌力運動。</p> <p>2.3/12 個案可在部分協助下，每日 2 次下床活動坐輪椅 30 分鐘。</p> <p>3.個案於加護病房期間無肢體關節僵硬、攣縮及皮膚壓力性損傷等情形發生。</p>
護 理 措 施	<p>1.預防皮膚壓力性損傷及靜脈栓塞發生</p> <p>1-1 3/5-3/25 每班評估及記錄四肢末梢血液循環、活動程度及肌肉力量，檢視骨骨突處有無壓紅、破皮記錄。</p> <p>1-2 3/5-3/20 每 2 小時協助病人更換姿勢，避免身體同部位長時間受到壓迫。</p> <p>1-3 3/6 使用氣墊床，藉由氣管交替減壓，分散躺姿壓力，減少持續受壓。</p> <p>2.教導全關節被動運動，增強左側肢體肌力</p> <p>2-1 3/7 教導個案左手使用握力球，每日 3 次，每次 20 下，增強左手手腕及手指力量。</p> <p>2-2 3/8 與物理治療師討論，教導個案用右手帶動左手做主動協助關節運動，每次 15-20 下，每次做 20 分鐘。</p> <p>3.擬定加護病房床邊肢體復健計畫</p> <p>3-1 3/6 與醫師及復健師共同討論後，擬定加護病房執行復健計畫，詳細向個案說明復健目的、重要性及復健時間</p> <p>3-2 3/6 開始安排物理治療師，每星期 1~5 下午 14:00 進行職能治療全關節被動運動，每次 15 分鐘，過程中，隨時觀察生命徵象變化。</p> <p>3-3 3/10-3/25 與職能治療師討論製作左手及左腳副木，每次穿戴 2 小時後休息 1 小時，預防關節攣縮。</p> <p>3-4 3/8-3/15 個案執行全關節被動運動時，正確時，給予「很棒、加油」鼓勵個案，增加個案復健信心。</p> <p>3-5 3/9 教導個案採漸進式下床，先坐至床沿，並將輪椅放置於個案的右邊病床床尾，再將個案往前拉至站起來，旋轉移至輪椅前。</p> <p>3-6 每日 10 點及 15 點教導個案下床轉位，並坐輪椅 30 分鐘。</p> <p>4.提供復健相關衛教知識</p> <p>4-1 3/6 給予腦中風復健衛教單張，向個案說明執行全關節被動運動重要性。</p> <p>4-2 3/8 利用平板電腦播放「中風復健衛教影片」，教導個案如何做關節被動運動，並輔助說明執行復健技巧，提供正確復健技術。</p>
護 理 評 值	<p>1.3/7 個案能用左手使用握力球運動，每日 3 次，每次 5 下。</p> <p>2.3/12 個案能在筆者協助下，每日 2 次坐於輪椅 30 分鐘，身體有微向左傾。</p> <p>3.3/25 轉出加護病房前，評估個案無肢體關節僵硬、攣縮及皮膚壓力性損傷發生，四肢肌力：右側肢體皆 4 分，左上肢 1 分，左下肢 3 分。</p> <p>後續照護計劃：轉介出院準備服務提供復健病房、復健醫院及輔具申請資料。</p>

(三) 焦慮/與對病情預後的不確定及擔心動脈瘤再破裂出血有關

(3/5-3/25)

主客觀資料	<p>S1：3/5 個案：「我看電視開頭的人都會一輩子躺床上，我會不會變這樣」。</p> <p>S2：3/7 個案：「這次住院還有腦部開刀，如果再出血，好擔心一邊手腳無力都沒好，以後要怎麼辦」。</p> <p>S3：3/8 個案：「我怎麼開完刀後左手左腳還是沒力?之後回家怎麼辦」。</p> <p>S4：3/8 個案：「動脈瘤如果又破掉，不知道生命會突然就不見，還是壓到神經後人變不清醒」。</p> <p>S5：3/9 個案：「腦還有再出血嗎? 是不是左邊的動脈瘤影響神經，不然我手腳怎麼還沒恢復」。</p> <p>S6：3/10 個案表情皺眉顯失落：「我無力的地方復健會好嗎? 這樣我以後是不是要給人照顧啊」。</p> <p>O1：3/5 醫師解釋病情時，觀察個案表情擔憂且皺眉，重複詢問動脈瘤開刀復原及再出血相關訊息，對病情預後感到擔心。</p> <p>O2：3/5 觀察個案談到疾病及開刀相關事項時，嘆氣，顯得焦慮不安，簡式健康量表評分為 12 分，有中度情緒困擾。</p> <p>O3：3/8 醫師與個案解釋血管攝影檢查出有未破裂顱內動脈瘤，觀察個案神情愁苦，詢問再破裂出血訊息，對檢查結果頻頻搖頭及嘆氣。</p>
目標	<p>1.3/10 前個案可以主動說出心理感受及擔憂的事情。</p> <p>2.3/15 個案能使用兩種減低焦慮的方法。</p> <p>3.3/25 個案能說出焦慮感受有緩解，且簡式健康量表評分降為 5 分以下。</p>
護理措施	<p>1.建立信任的護病關係 3/6-3/10</p> <p>1-1 每日早上，主動向個案打招呼且自我介紹。</p> <p>1-2 每日以陪伴及傾聽的關懷態度，鼓勵個案說出對此疾病的想法，並引導個案說出對治療的認知及期待，並評估與實際的落差。</p> <p>1-3 鼓勵個案表達內心感受，以同理心的態度，鼓勵並接納病人負面情緒。</p> <p>1-4 執行照護活動處置前後，詳細解釋目的和執行過程，並給予個案有足夠時間表達疑慮及感受。</p> <p>2.提供醫療照護資訊</p> <p>2-1 3/6 協同主治醫師向個案解釋開刀事宜與預後方向，提供足夠時間讓個案發問，並再確認個案心中的疑惑已被澄清，降低焦慮程度。</p> <p>2-2 3/6-3/10 執行照護活動前，主動向個案說明檢查或護理活動目的及步驟，讓個案主動參與治療計畫，澄清個案疑慮。</p> <p>2-3 3/6 利用平板電腦於 Youtube 搜尋「認識動脈瘤衛教影片」，增加個案對疾病的瞭解。</p> <p>3.提供心理支持，教導放鬆技巧以緩解壓力：</p> <p>3-1 3/6 圍起床簾，提供個案隱密性溝通環境，傾聽並引導個案說出內心感受，宣洩對疾病擔心之負面情緒。</p> <p>3-3 3/8 使用平板電腦搜尋「腦中風病友協會」，藉由病友之成功經驗及鼓勵，給予正向支持。</p> <p>4.分散注意力，減輕焦慮</p> <p>4-1 3/7 教導噘嘴式呼吸，吸氣時，使用鼻子吸氣，心中默念 1、2、3，再緩慢噘起嘴巴，並且由口緩緩將氣體吐出，就像在吹蠟燭。</p>

	<p>4-2 3/6 與案子討論，給予個案喜愛的薰衣草身體乳液，每日早上 9 點身體清潔後，協助個案按摩肩頸及背部以達到肌肉放鬆及舒緩效果。</p> <p>4-3 3/9 請案子錄製孫子的鼓勵語錄音檔：「阿嬤加油，趕快健康出院，我等你回來陪我玩」，提供家庭支持力量。</p> <p>4-4 與案子討論個案喜歡的音樂，藉由聆聽音樂，轉移個案注意力。</p> <p>4-5 3/8-3/20 早上 9:00 使用平板電腦撥放張惠妹「驕傲」，鼓勵個案積極面對疾病，並於晚上 9 點播放輕音樂，進行紓壓放鬆。</p>
護理評值	<p>1.3/10 個案主動說出心裡感受及擔憂事情，表示：「我一直亂想，一邊身體不能動，覺得自己很沒用」；「我擔心之後都要讓人照顧」；「我手腳沒力就不能顧孫子」。</p> <p>2.3/15 個案表示：「聽張惠妹的音樂，宏亮的歌聲，自己會感到有滿滿的正能量」；「深呼吸的放鬆方法及睡前聽輕音樂可以放鬆及緩解壓力」。</p> <p>3.3/20 使用簡式健康表評分為 5 分，個案語氣愉悅表示：「出院後有孫子陪伴，我要努力做復健，趕快恢復健康」。</p> <p>後續照護計劃：轉介腦中風個管師，提供「腦中風病友協會」資訊，鼓勵出院後參與病友聚會活動；轉介戒菸個管師及提供心身科酒癮門診資訊，進行健康生活型態管理。</p>

討論與結論

本文描述一位顱內動脈瘤破裂造成蜘蛛膜下出血的個案，造成腦組織灌流改變、身體活動功能障礙、焦慮等健康問題。照護過程中，在腦組織灌流改變，除以藥物控制腦壓、降低血管痙攣外，並維持腦灌注壓在 60mmHg 以上，與方 (2023) 提出動脈瘤術後照護論述一致。筆者運用早期介入復健活動，與復健師等各專業團隊合作，教導用健側帶動患側肢體執行全關節被動運動及製作副木預防關節攣縮，改善個案身體活動功能及了解早期復健之重要性，與林瑞青等 (2021) 運用多元策略提升急性腦中風病人早期復健運動論述一致。個案因對病情治療的不確定及擔心動脈瘤再破裂出血，顯得焦慮不安，筆者藉由提供「認識動脈瘤衛教影片」及腦中風病友成功案例，提供疾病相關資訊，減輕個案對突發性疾病的不確定及焦慮情緒，並透過撥放個案

喜愛的張惠妹「驕傲」及睡前聆聽輕音樂，安撫個案緊張情緒，與 Liang 等（2021）音樂介入緩解外科病人之負面情緒及焦慮之論述一致。

個案於急診入院追蹤電腦斷層後入加護病房到緊急手術，時間過於緊迫及匆促，加上在加護病房病人嚴重度高沒有充足的時間，無法及時在手術前給予動脈瘤破裂疾病及手術前後衛教，此為護理上困難與限制。建議針對緊急手術的病人，手術前提供顱內動脈瘤醫病共享決策衛教單張及影片，給予病人及家屬觀看，讓個案更了解何為顱內動脈瘤、動脈瘤治療方式及預後與照護知識，緩解疾病所造成的焦慮。

參考資料

方耀榮（2023）·顱內動脈瘤·*健康世界*，557，20-21。

李佳純、馮翠霞（2020）·急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症候群·*護理雜誌*，6（3），23-29。

[https://doi.org/10.6224/JN.202006_67\(3\).04](https://doi.org/10.6224/JN.202006_67(3).04).

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。 [https://doi.org/10.6224/JN.202102_68\(1\).09](https://doi.org/10.6224/JN.202102_68(1).09).

林妹芸（2021）·簡介顱內動脈瘤及其治療（下）·*嘉基藥訊*，153，1-3。

董聖俐、許弘毅（2021）·探討急性後期照護對腦中風病人生活功能之影響·*醫務管理期刊*，22（3），187-200。

[https://doi.org/10.6174/JHM.202109_22\(3\).187](https://doi.org/10.6174/JHM.202109_22(3).187)

蘇玉惠、楊瓊瑜、郭震羣 (2018) · 腦動脈瘤破裂之案例報告 · 臺灣臨
床藥學雜誌, 26 (1), 68-74。

[https://doi.org/10.6168/FJCP.201801_26\(1\).0008](https://doi.org/10.6168/FJCP.201801_26(1).0008).

衛生福利部統計處 (2023, 6 月 12 日) · 111 年國人死因統計結果。

<https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5069-113.html>

衛生福利部國民健康署 (2022, 8 月 5 日) · 簡式健康量表。

<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-341-29919-107.html>

Lee, K. E., Choi, M., & Jeoung, B. (2022). Effectiveness of Rehabilitation Exercise in improving physical function of stroke patients: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12739.

<https://doi.org/10.3390/ijerph191912739>

Liang, J., Tian, X., & Yang, W. (2021). Application of music therapy in general surgical treatment. *BioMed Research International*, 2021, 6169183. <https://doi.org/10.1155/2021/6169183>

Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 84(11), 1307–1317.

<https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12520-X>