

## 前言

根據衛生福利部（2023）統計2022年國人十大死因，腦血管疾病位居第五位，每十萬人口死亡率佔53.2%，亦是造成全球人口死亡與失能的主因。動脈瘤破裂是造成蜘蛛網膜下腔出血常見的原因佔85%，稱之動脈瘤性蜘蛛網膜下腔出血(aneurysmal subarachnoid hemorrhage, aSAH；Ziu et al., 2022)。有17%的患者會造成殘疾或死亡，也可能會出現情緒障礙、身體功能障礙、永久性認知缺陷等，導致無法重返工作崗位情形(Etminan & Macdonald, 2021)。為了預防血管痙攣及進行血壓監測，患者須入住加護病房密切觀察(Park et al., 2021)。因此，除了手術治療，需降低再出血及併發症的發生，避免後遺症產生而影響患者情緒及生活品質(Claassen & Park, 2022)。

本文個案是42歲女性門診護理師，因腦動脈瘤破裂造成生命受威脅，歷經手術治療，個案從護理人員角色轉變成病人角色，對其心理造成極大影響，擔心疾病恢復狀態而出現擔憂與不安之焦慮情緒，故引發筆者欲深入探討之動機，藉由醫護合作穩定個案術後之生命徵象及預防顱內壓上升導致併發症，透過護理過程及時提供個案對於疾病之相關資訊、衛教疾病注意事項及主動緩解個案疼痛不適情形，並以同理心與個案建立良好治療性人際關係，藉由鼓勵、陪伴及傾聽減少焦慮情緒，期望協助個案安全度過疾病急性期及預防併發症之發生。

## 文獻查證

## 一、預防顱內壓上升之護理

預防顱內壓上升須密切觀察顱內壓變化，當顱內壓升高及腦灌注壓不足會增加血管痙攣而影響疾病預後(Svedung Wettervik et al., 2021)。

aSAH 急性期護理重點包括 (1) 手術治療：包括神經外科夾閉術或血管內彈簧圈栓塞手術，以減少腦水腫、早期腦損傷、顱內壓上升、腦積水和其他併發症(Neifert et al., 2021)。(2) 治療缺血性神經缺損：連續注射 Nimodipine 預防腦血管痙攣及遲發性腦缺血，改善神經功能損傷，但需注意是否有血壓下降和血小板減少的副作用(Viderman et al., 2021)。

(3) 密切監測患者意識及生命徵象變化：評估是否有顱內壓升高徵象，例如心搏過緩、收縮壓上升、舒張壓下降和呼吸不規則，甚至出現頭痛或嘔吐徵象(Dinallo & Waseem, 2022)。(4) 預防再出血發生及維持腦灌注壓：收縮壓須維持 140-160mmHg (Zimmerman & Chang, 2022)。維持正常顱內壓 (intracranial pressure, ICP) 7-15 mmHg，若 ICP 大於 20-25 mmHg 時會降低腦灌注壓引起腦缺血，增加死亡風險(Munakomi & Das, 2023)。(5) 預防顱內壓上升措施，例如床頭抬高 30-40 度、注意體溫變化避免發燒、適當給予鎮痛和鎮靜 (Schizodimos et al., 2020)。(6) 避免因頻繁的神經系統評估，影響睡眠、思維、情緒改變和瞻望情形，採集中護理以減少干擾、聲音刺激(Fowler et al., 2021)。

## 二、動脈瘤破裂術後傷口疼痛及其護理

突發性劇烈頭痛是蛛絲膜下出血典型的表現(Ziu et al., 2022)。加上

頭部手術引起組織損傷及執行其他醫療護理引起的疼痛，建議可使用輕度鎮靜止痛劑止痛，例如鴉片類藥物(Sandvik et al., 2020)。其他護理重點包括：(1) 主動評估疼痛：了解患者對疼痛的感受，評估疼痛時間、型態、強度、性質及增強或緩解疼痛的因素，使用針劑藥物 30 分鐘或口服藥物 1 小時後評估對止痛藥物反應、可利用談話或輕握雙手按摩轉移注意力緩解疼痛感（陳威宏，2019）。(2) 利用數字量表 0-10 分 (numerical rating scale, NRS) 評估疼痛指數，讓患者主觀的描述對疼痛的強度，0 分代表「完全不痛」，10 分代表「非常痛」(陳惠君等，2019)。(3) 避免換藥時因移除敷料造成疼痛感，換藥時應手指固定皮膚，順著毛髮生長方向緩慢將敷料與皮膚分開，可使用除膠劑減少黏性，減緩疼痛感（林等，2021）。(4) 呼吸放鬆法：運用每分鐘 6 次緩慢的深呼吸，增加迷走神經調節及刺激動脈壓力感受器，緩解疼痛的感受 (Gholamrezaei et al., 2019)。

### 三、減緩疾病造成的焦慮及其護理

aSAH 患者可能會出現認知障礙、疲勞、焦慮及憂鬱情緒，而影響日後在社會、職場上參與的意願及使生活品質惡化(Rollnik & Adner, 2020)。護理重點包括：(1) 利用觀察、傾聽、了解患者需求，以同理心與個案建立良好治療性人際關係，需先自我介紹、環境認識，在執行醫療處置或護理措施時，並對患者說明、解釋及提供相關資訊，放置患者熟悉物品、輕握雙手予以鼓勵及陪伴，以減少焦慮情緒(陳淑齡、余，

2019)。(2) 可運用情境－特質焦慮中文量表評估患者的焦慮程度，總分介於 40-160 分，分數越高代表患者焦慮程度越高(游等, 2021)。(3) 正念減壓療法：利用深呼吸方式將正念態度融入生活行動，全心全意地專注當下的事情，不帶有任何批判，拋開負面情緒，關注身體的真實感受，提升對自己全面性的觀察，接納自己，調整出適合自己的方式(古, 2019)。(4) 芳香療法：睡覺時在床頭放置裝有 3ml 薰衣草精油的玻璃罐，達到緩解焦慮作用(吳、陳, 2020)。(5) 音樂療法：依患者個別性、文化、音樂喜好及背景因素，採用低音調與慢節奏音樂，一週 2 次，每次 20 分鐘，放鬆心情及緩解焦慮(劉、陳, 2019)。

## 護理過程

### 一、個案簡介

王小姐42歲，大學畢業，未婚，信仰道教，擔任門診護理師，家中獨生女，目前與父母親同住，經濟主要來源是自己工作所得，護理期間主要照顧者為父母親。

### 二、疾病史及入院治療過程

個案過去無手術及過敏史，2019年健康檢查時發現高血壓，目前規律就醫及服用Norvac 5mg 1# QD，平常血壓維持110-120 /45-60 mmHg。2023年1月10日上班時個案突然劇烈頭痛，疼痛感覺和平常不一樣，像被打甚至被電到的情形，伴隨有嘔吐狀況，故至急診求治，血壓180/101mmHg、心跳77次/分鐘，腦部電腦斷層檢查顯示蜘蛛膜下腔出

血，進行腦部血管攝影檢查呈現右後大腦動脈瘤破裂，經腦神經外科醫師建議後行開顱動脈瘤夾閉手術，手術後轉入加護病房觀察，1月16日病情穩定轉病房，1月22日准予出院。

### 三、護理評估

護理期間自2023年1月10日至2023年1月16日，運用Gordon十一項健康功能型態為評估工具，藉由觀察、會談、身體評估及查閱病歷方式收集整體性資料，資料彙整如下：

#### (一)健康感受與健康處理型態

個案表示平常很少生病、無抽菸、喝酒、嚼檳榔，平時有運動習慣，每年有做員工健康檢查，目前有定期按時服用降血壓藥，平常工作壓力大偶爾有偏頭痛情形，休息可改善，若未改善會服用藥房買的止痛藥。1月10日個案：「本來以為只是太累的頭痛，沒想到會是動脈瘤那麼嚴重，現在開完刀，希望一切順利」，護理期間個案能配合各項醫療處置，給予衛教也能接受。

#### (二)營養代謝型態

個案無食物過敏史，飲食無特別偏好，1月10日入院身高160公分、體重55公斤，BMI值 $21.5\text{kg}/\text{m}^2$ ，四肢無水腫、皮膚有彈性，髮量適中，有光澤，眼瞼紅潤，口腔黏膜完整，指甲粉紅色，1月10日術後頭部縫線傷口10cm，傷口乾燥、無紅腫，顱內監測器一條，ICP維持6-12mmHg。1月11日抽血報告：Hb 11.2g/dl、Albmin 3.3g/dl、PLT  $162 \times 10^3/\mu\text{l}$ 。1月

11日開始進食，無嗆咳情形，營養師建議每日所需熱量為1550大卡，每餐可進食約400-500g，1月15日移除顱內監測器。

### (三)排泄型態

個案表示平常1-2天會解便1次，呈黃色軟便，無需使用軟便劑，自解尿液順暢。護理期間約2天解1次黃色成形便，腸蠕動約10-13次/分鐘，腹部柔軟、無壓痛及腹脹情形，每日解尿量約1300-1600ml，尿液顏色淡黃，無解尿困難或灼熱感，糞便及尿液常規檢查無異常。

### (四)活動運動型態

個案表示平常上班很累，回家沒運動，只有放假時會在家使用跑步機運動約15-30分鐘，一週約1-2次。1月11日個案：「還好開完刀我現在手腳還可以動，不然就糟糕了！」護理期間四肢肌力皆5分，可自行在床上盥洗及進食，但因為活動時術後傷口疼痛會加劇，個案多閉眼休息，頭痛時血壓133/68mmHg、呼吸20次/分鐘、心跳90次/分鐘。

### (五)睡眠休息型態

個案表示平常在家晚上十一點前入睡，不需要吃安眠藥，早上約六點半起床，睡眠時間約七個半小時，無睡眠中斷情形，有睡飽上班精神都不錯。護理期間個案表示「在加護病房住院儀器比較多，睡眠容易中斷，2-3小時醒來一次，傷口痛也會影響睡眠斷斷續續」，醫囑予以 Tramadol 1amp Q8H IVD疼痛有緩解情形，夜間睡眠可持續4-5小時不中斷，觀察個案白天無打哈欠、黑眼圈情形，會談過程精神集中。

## (六) 認知感受型態

個案意識清楚，邏輯思考正常，四肢活動力正常，近視400度有配戴眼鏡，進食無嗅覺、味覺異常情形，聽力敏銳。1月10日個案：「我都不敢亂動，因為動的時候頭會有抽痛感」、「不用幫我洗澡，洗澡翻來翻去的頭會痛，也怕壓到傷口」、「我現在要將床搖高坐起來的時候也要很慢，不然更痛，所以我都自己來就好」。1月12日個案：「現在開完刀頭脹痛情形比較好，但現在還有加上手術後傷口的痛，尤其是換藥撕膠帶和紗布的時候很像頭皮要被拔掉」。觀察個案手術後傷口抽痛時會手壓頭部、動作緩慢、不願與人交談，每日傷口護理時表情愁苦、皺眉，疼痛指數7分。

## (七) 自我感受與自我概念型態

個案為獨生女，個性獨立，經濟來源靠自己，平時也會拿錢做為家用。1月10日個案：「平常除了工作太累偶爾會頭痛也沒其他不舒服，突然診斷動脈瘤，太可怕了，不知道會不會好」、「父母親年紀也大了，還要讓他們擔心，家中又只有我一個小孩，真的很糟糕」、「我自己也是護理人員但對於動脈瘤也不是非常了解，反正腦開刀就不好」。1月11日「不知道動脈瘤之後會怎樣，如果癱瘓要一輩子臥床或醒不過來怎麼辦？」、「如果我真的怎麼了誰來照顧我爸媽，開完刀了希望恢復一切順利」、「希望之後能恢復正常生活，不要有後遺症，還能正常工作」。會談過程個案眼睛不時泛著淚水、表情凝重、皺眉及緊張不安，利用情

境—特質焦慮中文量表評估個案的焦慮分數為105分。

#### (八)角色關係型態

個案表示有什麼事情都會與家人溝通、討論，家庭關係和睦，平時工作，與同事間無人際關係上的問題。護理期間個案與父母親互動良好，對於疾病的認知不了解都會詢問醫師與護理人員。會客時間家屬前來探視也會給予個案鼓勵，主動關心及安撫個案情緒，要個案好好靜養。

#### (九)性與生殖型態

個案未婚，月經週期規律，經血量無異常，無痛經情形，有交過男朋友，主訴：「不覺得一定要結婚，一個人也很自在，父母親以前會催，現在看我過得很好，也就放心了」。護理期間觀察個案第二性徵明顯，無生殖系統疾病史。

#### (十)因應與壓力耐受型態

1月10日個案：「我個性較獨立，有什麼事情都會自己處理，不想讓父母親擔心，但生病了還是讓家人擔心了」、「雖然自己有護理背景但聽到腦有動脈瘤也很緊張，家人和同事都有給我加油，希望自己也能戰勝"它"」。1月11日個案：「開完刀我的手腳都還有力氣，沒有癱瘓，真的太嚇人了！」，個案一人獨處時，時常表情凝重、低頭不語。

#### (十一)價值及信念型態

個案表示信仰道教，覺得凡事還是要靠自己努力，生病後覺得健康才是最重要。個案：「我都會在心裡請神明保佑希望恢復一切順利，平



安出院」。1月11日案母到廟宇求平安水、平安符，協助家屬予個案平安水擦拭身體、平安符貼於床頭，個案當下情緒穩定。

#### 四、問題確立及護理計畫

綜合以上 Gordon 十一項健康功能型態評估的結果，確立個案主要護理問題有潛在危險性無效性腦組織灌流、急性疼痛及焦慮，護理計畫依序如下：

#### (一)潛在危險性無效性腦組織灌流/腦動脈瘤破裂(訂定日期：2023年1月10日)

主客觀資料	<p>S1. 1/10個案：「劇烈頭痛，有三處同時在痛感覺像被打及被電到且有嘔吐情形至急診求治。」</p> <p>O1. 1/10入院個案意識清醒GCS:E4V5M6，四肢肌肉力量皆5分，雙眼pupile size:3.0mm(+)，血壓180/101mmHg，HR:88次/分鐘。</p> <p>O2. 1/10腦部電腦斷層顯示蜘蛛膜下腔出血，腦部血管攝影呈現右後大腦動脈瘤。</p> <p>O3. 1/10執行開顱動脈瘤夾閉手術，術後GCS:E3V4M6，顱內監測器使用，ICP值6-12mmHg。雙眼瞳孔大小及對光反應3.5mm(+)，心跳89次/分鐘、呼吸18次/分鐘、血壓162/77mmHg、四肢肌肉力量皆3分。</p>
護理目標	<p>1. 1/13個案能說出預防顱內壓升高之注意事項至少3項。</p> <p>2. 護理期間個案無顱內壓升高情形:生命徵象無變化、血壓能維持在收縮壓140-160mmHg，舒張壓60-90mmHg。</p>
護理措施	<p>1-1 1/11鼓勵個案臥床休息。</p> <p>1-2 1/11衛教個案避免造成案顱內壓升高行為，例如予以床頭抬高至少30度、勿憋氣用力咳嗽及避免用力解便，當排便不順時可順時針方式予腹部按摩。</p> <p>1-3 1/11每日執行護理時提醒個案也可自我觀察四肢肌肉力量是否感到無力感，及注意體溫是否有發燒情形。</p> <p>2-1 1/10依醫囑每小時監測個案有無顱內壓升高徵象，例如意識程度(有無嗜睡、混亂、昏迷)、生命徵象、監測ICP數值、瞳孔大小及對光反應、觀察四肢肌肉力量有無變差、注意體溫變化、噴射性嘔吐等徵象。</p> <p>2-2 1/10護理人員因除了治療及護理時間，盡量減少干擾、聲音刺激，採集中護理。</p> <p>2-3 1/10預防血管痙攣依醫囑Nimotop 1Bot keep 3ml/hr，注意使用藥物後的血壓變化。</p> <p>2-4 1/11護理期間護理人員要注意個案是否有意識改變失去定向力、躁動不安等症狀，造成意外發生。</p> <p>2-5 1/11依醫囑給予個案服用Diovan 80mg 0.5# QD PC，將收縮壓控制在</p>

	140-160 mmHg，以降低再出血發生。
護理 評估	1. 1/13個案能說出預防顱內壓升高之注意事項至少3個，如:不要用力上廁所、不要憋氣、用力咳嗽、不要躺太平，床頭至少搖高30度。 2. 1/16個案轉病房前生命徵象穩定，血壓維持140-160/60-90 mmHg，GCS: E4V5M6，雙眼瞳孔大小及對光反應3.0mm (+)，心跳82次/分鐘、呼吸15次/分鐘、血壓144/67mmHg、四肢肌肉力量皆5分。

(二)急性疼痛/腦動脈瘤破裂及手術傷口(訂定日期:2023年1月10日)

主 客 觀 資 料	S1. 1/10個案:「劇烈頭痛，有三處同時在痛感覺像被打及被電到且有嘔吐情形到急診求治。」 S2. 1/10個案:「我都不敢亂動，因為動的時候頭的傷口會痛、是抽痛的感覺」、「我現在要將床搖高坐起來的時候也要很慢，不然更痛，所以我都自己來就好。」 S3. 1/10個案:「不用幫我洗澡，洗澡翻來翻去的頭會痛，也怕壓到傷口」。 S4. 1/12個案:「現在開完刀頭脹痛情形比較好，但現在還有加上手術後傷口的痛，尤其是換藥撕膠帶和紗布的時候很像頭皮要被拔掉。」 O1. 1/10個案手術後傷口抽痛時會手壓頭部、翻身動作緩慢、不願主動與人交談，疼痛指數約7分。
護理 目標	1. 1/12個案能執行緩解疼痛方式至少2項。 2. 1/15個案治療、活動時疼痛指數能降低至1-2分。
護 理 措 施	1-1 1/10教導個案有疼痛感時可採用呼吸放鬆法，運用緩慢的深呼吸（6次呼吸/分鐘），緩解對於疼痛的感受。 1-2 1/10疼痛情形依醫囑予以Tramadol 1amp Q8H IVD，使用藥物後半小時要評估個案對疼痛的反應是否改善。 1-3 1/11利用為個案做治療及護理時給予個案心理支持、衛教緩解疼痛方式，鼓勵說出對於疼痛的感覺，適時提供緩解方式。 1-4 1/11衛教家屬會客時間可利用陪伴個案談話或輕握雙手按摩轉移注意力緩解疼痛感。 1-5 1/11衛教個案有疼痛不適時可利用談話或聽廣播轉移注意力，告知家屬可帶收音機給個案使用。 2-1 1/10每班評估個案疼痛的自我感受，疼痛時間、了解發作型態、疼痛的強度、性質及增強或緩解疼痛的因素。 2-2 1/13觀察個案換藥過程是否有疼痛情形(如:皺眉、呻吟等)，告知個案執行換藥時過程可深呼吸緩減疼痛感，也可表達需要暫停換藥一下。 2-3 1/13執行傷口護理前詳細向個案說明護理步驟，避免換藥時因移除敷料造成疼痛，換藥時應手指固定皮膚，勿刻意拉扯皮膚或敷料，順著毛髮生長方向緩慢將敷料與皮膚分開，可使用除膠劑減少膠帶黏性。
護理 評估	1. 1/12個案疼痛時能主動表達並執行緩解疼痛方式，如:疼痛時做深呼吸、使用MP3聽廣播或音樂轉移注意力。 2. 1/15個案:「頭脹痛情形已經改善、傷口痛也還好」，評估疼痛指數約2分，心跳82次/分鐘、呼吸15次/分鐘、血壓144/67mmHg，與個案會談精神良好，止痛藥改成口服藥服用(Acetaminophen 500mg 1# QID PC)，並持續評估個案服藥後對疼痛的反應。

(三)焦慮/對動脈瘤疾病不了解(訂定日期:2023年1月10日)

主 客 觀 資 料	<p>S1. 1/10個案:「突然診斷動脈瘤,太可怕,不知道會不會好。」</p> <p>S2. 1/10個案:「父母親年紀也大了,還要讓他們擔心,家中又只有我一個小孩,真的很糟糕」。</p> <p>S3. 1/10個案:「我自己也是護理人員但對於動脈瘤也不是非常了解,反正腦開刀就不好,很擔心手術之後的預後不好,如果要一輩子臥床或是突然醒不來怎麼辦?」。</p> <p>S4. 1/10個案:「如果真的怎麼了誰來照顧我爸媽,希望手術成功」</p> <p>O1. 1/10觀察個案眼睛不時泛著淚水、表情凝重、眉頭緊皺及緊張不安,利用情境—特質焦慮中文量表評估個案的焦慮分數為105分。</p>
護理 目標	<p>1. 1/13個案能主動說出心中擔心事情。</p> <p>2. 1/14當個案有出現焦慮情形會運用緩解方式減輕焦慮至少2項。</p>
護 理 措 施	<p>1-1 1/10教導個案出現焦慮情形可運用深而慢的正念呼吸法,全心全意地專注當下的事情,關注、感受自己身體的變化,拋開負面情緒。</p> <p>1-2 1/11教導個案可使用MP3聽柔和音樂降低疼痛感,一週2-3次,每次20分鐘方式。</p> <p>1-3 1/11教導個案可每日使用情境—特質焦慮中文量表評估自身的焦慮、不安等情緒感受指數變化,鼓勵個案正向思考方式,增加信心。</p> <p>1-4 1/11衛教家屬可準備裝有3ml薰衣草精油的玻璃罐,可協助於個案睡覺時放置床頭,達到緩解焦慮及增加舒適感。</p> <p>1-5 1/11結合個案宗教信仰,請個案母可至廟宇求平安符水、平安符。</p> <p>1-6 1/11請家屬錄製親朋好友鼓勵的錄音影帶或卡片,使個案不會有孤單無助的感覺,也可轉移個案注意力。</p> <p>2-1 1/10主動向個案做自我介紹、說明加護病房環境及會客時間,讓個案了解,以減少對陌生環境的焦慮不安。</p> <p>2-2 1/10每日會客時間協同醫師給予個案及家屬說明病況發展、治療方式及衛教注意事項,增加對疾病的瞭解,並提供後續相關疾病照護,增加對疾病治療的信心。</p> <p>2-1 1/10會談時採不批判的態度,以同理心與個案建立良好治療性人際關係及信任感,引導個案紓發情緒並予以鼓勵、陪伴及傾聽,減少個案焦慮情形。</p> <p>2-2 1/10執行各項檢查或治療前給予個案說明原因及執行方式,對不了解的再加以解釋,使個案了解並減緩不安情緒。</p>
護理 評估	<p>1. 1/13個案能主動說出心中擔心事情及詢問了解病情。個案:「還是會擔心動脈瘤,怕會再出血和其他合併症,但比較了解注意事項後,知道如何預防」。</p> <p>2. 1/14個案表示若感到焦慮時會使用MP3聽音樂、聽家屬錄的打氣語音檔、在心中求神明保佑,現在床頭有放薰衣草精油,讓我覺得很舒服,媽媽有到廟宇求平安符及符水,心理安心許多,醫師的解釋讓我對動脈瘤及治療方式比較了解,比較不會緊張。情境—特質焦慮中文量表評估個案的焦慮分數為50分,焦慮情形明顯減輕。</p>

### 討論與結論

本文敘述一位腦動脈瘤破裂術後住加護病房之護理過程,雖然醫療進步腦動脈瘤死亡率下降了 75%,但仍有 17%的患者可能有殘疾造成

無法重返工作崗位或死亡發生(Etminan & Macdonald, 2021)。個案因腦動脈瘤破裂造成生命受威脅、經歷手術治療，護理過程要防止顱內壓上升及併發症產生，須密切監測生命徵象、顱內壓變化，依醫囑給予 Nimodipine 藥物治療及衛教個案避免增加顱內壓上升行為，護理期間個案的顱內壓維持穩定及正常範圍。由於個案因腦動脈瘤破裂疼痛加上手術後的傷口疼痛不適，除了給予止痛藥物使用，也衛教個案採用非藥物方式，如轉移注意力、緩慢呼吸法等措施有效減輕疼痛。由於個案是門診護理人員，角色轉變成病人角色，除了擔心疾病及身體機能是否能恢復正常狀態，對未來產生擔憂與不安，出現中度焦慮，筆者感同身受與個案建立良好治療性人際關係，衛教疾病注意事項，予以鼓勵、陪伴、傾聽及提供緩解方式，如聽音樂、薰衣草精油使用、看家人照片舒緩思念的心情等措施，減少其焦慮情緒，協助個案順利度過疾病的急性期，轉至病房繼續治療及順利出院。

此次照護過程限於個案在加護病房天數僅 7 天，無法瞭解完整病情變化及後續自我照護情形，此為本文照護上的限制，因此後續追蹤是很重要的。後續筆者有至病房探視個案，已經可以自行下床活動，自己執行自我照顧且無不良反應，疼痛及焦慮情形也改善，建議護理人員照護此類病患處於急性期，須穩定患者的生命徵象、避免顱內壓上升、預防術後併發症、主動評估及緩解動脈瘤術後疼痛及協助減輕疾病帶來的焦慮反應，亦可提供個案出院後照護注意事項、轉介出院準備服務、醫院

諮詢窗口電話，讓個案出院後有地方詢問照護問題。雖然腦動脈瘤破裂是致死率高的疾病，經由緊急治療腦動脈瘤破裂，個案恢復狀況良好，在治療疾病過程中，除了緩解疾病造成的威脅，在心理上也要能給予患者支持，使得到持續性及完整性的照護。

#### 參考資料

古蕙瑄(2019)•正念療癒的臨床運用•*領導護理*，20(2)，17-23。

[https://doi.org/10.29494/LN.201906\\_20\(2\).0002](https://doi.org/10.29494/LN.201906_20(2).0002)

林采蓉、胡明芳、劉進蕙、劉佳琪、楊慶怡、林佳吟、黃敏瑢、謝佩珊

(2021)•外科加護病房醫療黏性相關皮膚損傷發生率之改善專案•

*護理雜誌*，68(1)，74-81。[https://doi.org/10.6224/JN.202102\\_68\(1\).10](https://doi.org/10.6224/JN.202102_68(1).10)

吳純怡、陳惠美(2020)•非藥物介入措施促進重症患者睡眠品質•

*台灣醫學*，24(5)，490-499。

[https://doi.org/10.6320/FJM.202009\\_24\(5\).0002](https://doi.org/10.6320/FJM.202009_24(5).0002)

陳威宏(2019)•術後多模式疼痛治療•*台灣醫學*，23(2)，212-

222。[https://doi.org/10.6320/FJM.201903\\_23\(2\).0009](https://doi.org/10.6320/FJM.201903_23(2).0009)

陳惠君、黃惠美、張家慧、洪至仁(2019)•中榮疼痛評估臉譜量表之

信效度測試初探•*疼痛醫學雜誌*，29(2)，17-22。

陳淑齡、余玉眉(2019)•身體意象與臨床護理之應用•*護理雜誌*，

66(5)，7-13。[https://doi.org/10.6224/JN.201910\\_66\(5\).02](https://doi.org/10.6224/JN.201910_66(5).02)

游惠雯、顏文娟、簡以嘉、黃燕茹、黃惠寬、馬維芬(2021)•中文

版存在空虛感量表之信度與效度研究•*護理雜誌*，68(5)，30-

40。 [https://doi.org/10.6224/JN.202110\\_68\(5\).06](https://doi.org/10.6224/JN.202110_68(5).06)

劉嘉玲、陳淑卿 (2019) · 音樂治療於癌症病人接受化學治療期間焦慮之成效-系統性文獻回顧· *腫瘤護理雜誌*, 19 (1), 37-48。

[https://doi.org/10.6880/TJON.201906\\_19\(1\).04](https://doi.org/10.6880/TJON.201906_19(1).04)

衛生福利部(2023年6月12日)·*111年國人十大死因*·

<https://www.mohw.gov.tw/cp-6563-74869-1.html>

Claassen, J., & Park, S. (2022). Spontaneous subarachnoid

haemorrhage. *Lancet (London, England)*, 400(10355), 846–862.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00938-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00938-2)

Dinallo, S., & Waseem, M. (2022). Cushing reflex. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Etminan, N., & Macdonald, R. L. (2021). Neurovascular disease, diagnosis, and therapy: Subarachnoid hemorrhage and cerebral

vasospasm. *Handbook of Clinical Neurology*, 176, 135-169.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64034-5.00009-2>

Fowler, S. B., Walker, S., Jones, T. W., & Gell, L. (2021). Sleep in aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients during critical and acute care. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 40(2), 118-124.

<https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000467>

Gholamrezaei, A., Van Diest, I., Aziz, Q., Vlaeyen, J. W. S., & Van

Oudenhove, L. (2019). Influence of inspiratory threshold load on cardiovascular responses to controlled breathing at 0.1 HZ.

*Psychophysiology*, 56(11), e13447. <https://doi.org/10.1111/psyp.13447>

Munakomi, S., & Das, J. M. (2023). Intracranial pressure monitoring.

In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Neifert, S. N., Chapman, E. K., Martini, M. L., Shuman, W. H., Schupper, A.

J., Oermann, E. K., Mocco, J., & MacdonaldR, L. (2021). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: The last decade. *Translational Stroke*

*Research*, 12(3), 428–446. <https://doi.org/10.1007/s12975-020-00867-0>

Park, H. S., Lee, S. H., Kim, K. M., Cho, W. S., Kang, H. S., Kim, J. E., &

Ha, E. J. (2021). Readmission into intensive care unit in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Cerebrovascular and Endovascular Neurosurgery*, 23(4), 327-333.

<https://doi.org/10.7461/jcen.2021.E2021.06.001>

Rollnik, J. D., & Adner, A. (2020). Neuropsychologische Langzeitfolgen und

Teilhabestörungen nach aneurysmatischer Subarachnoidalblutung (aSAB) [Long-term neuropsychological and participation impairment after aneurysmal subarachnoid hemorrhage (aSAH)]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 88(1), 33-39.

<https://doi.org/10.1055/a-1003-6756>

Svedung Wettervik, T., Howells, T., Lewén, A., Ronne-Engström, E., &

Enblad, P. (2021). Temporal dynamics of ICP, CPP, PRx, and CPPopt in high-grade aneurysmal subarachnoid hemorrhage and the relation to clinical outcome. *Neurocritical Care*, 34(2), 390-402.

<https://doi.org/10.1007/s12028-020-01162-4>

- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L. J., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 29*(9-10), 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Schizodimos, T., Soulountsi, V., Iasonidou, C., & Kapravelos, N. (2020). An overview of management of intracranial hypertension in the intensive care unit. *Journal of Anesthesia, 34*(5), 741-757. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02795-7>
- Viderman, D., Sarria-Santamera, A., & Bilotta, F. (2021). Side effects of continuous intra-arterial infusion of nimodipine for management of resistant cerebral vasospasm in subarachnoid hemorrhage patients: A systematic review. *Neuro-Chirurgie, 67*(5), 461-469. <https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2021.02.005>
- Zimmerman, W. D., & Chang, W. W. (2022). ED BP management for subarachnoid hemorrhage. *Current Hypertension Reports, 24*(8), 303-309. <https://doi.org/10.1007/s11906-022-01199-0>
- Ziu, E., Khan Suhe, M. Z., & Mesfin, F. B. (2022). Subarachnoid hemorrhage. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.