

腦中風疾病照護標準

長庚醫院護理部

壹、前言

根據行政院衛生署統計我國十大死因排名，腦血管疾病一直高居第二位(行政院衛生署，2008)。目前台灣每年腦中風死亡人數平均約為 12,000~13,000 左右，其缺血性腦中風發生率為出血性腦中風之 2.96 倍。根據國外統計資料顯示，每年約有腦中風患者三萬五千人，其中一萬五千人死亡，而中風存活者，約有 30~50%會殘留中度至重度的失能障礙，造成日常生活皆需他人協助(Kalra, Wilson & Roots, 1995；廖麗君、林昭宏、林瑞泰、劉景寬，1999)。因腦部受損部位不同，會造成程度不一之肢體殘障、吞嚥障礙、排尿功能障礙及失去自我照顧能力，引起角色、社會地位和情境上的改變(高、張，2000；陳滢淳、徐蓉生、吳麗芬，2001)。依據林、廖、林、劉和林(1999)於腦中風後生活型態改變的追蹤研究中指出，腦中風後約有 1/2 仍可以恢復日常生活獨立自主的能力，故協助個案恢復自我照顧能力，最大的功能程度，早期接受復健活動，對個案調適中風所引發的社會、心理層面的衝擊，是有絕對的必要性(吳、高，1996；胡，2001)。而腦中風個案自我照顧的需要，除了疾病知識衛教、飲食注意事項，亦強調復健活動之訓練(陳、徐及吳，2001；陳、賴，2003；胡，2001)。故護理人員應著重再發性腦中風個案的多方面照護及個別性計畫，藉由護理人員的鼓勵和增強，可幫助個案成功的達到飲食、藥物和身體活動個別均衡性措施(Rober & Renee, 2002；胡月娟，2001；慈愛中風資訊網 2006)，促進恢復自我照顧能力，降低再發性腦中風。

貳、文獻查證

一、腦中風定義及致病原因

泛指腦血管疾病，造成腦部組織血液灌流不足，或出血破壞腦組織，導致神經功能暫時性或永久性的損害。依疾病分為以下類型及特性：

(一) 腦梗塞

1.腦血栓：腦動脈管壁粥狀硬化，產生血栓造成血液凝集、腦組織缺血、水腫而壞死。

2.腦栓塞：血管漂流物（如血凝塊、脂肪、細菌或空氣）阻塞腦血管。

(二) 腦出血：以高血壓或腦動脈硬化導致腦血管破裂、出血，所形成的血塊，造成顱內壓迅速上升，引發腦水腫，甚至腦疝脫。

二、腦中風病人資料收集及評估

腦中風病人入院時需進行完整的基本資料收集及身體評估，以提供正確的且個別性之護理過程，其需收集的基本資料包括：(1) 年齡 (2) 疾病史 (3) 家族史 (4) 服藥種類 (5) 服藥狀況 (6) 藥物來源 (7) 飲食喜好 (8) 抽煙習慣 (9) 飲酒習慣 (10) 飲料習慣 (11) 排泄習慣 (12) 過去中風造成日常生活影響 (13) 活動狀況 (14) 此次中風次數等。生理評估方面可收集主觀資料包括：前驅症狀(突發且可恢復的偏盲、失語、肢體無力、嘴角歪斜)、症狀發生日期時間、部位、情況及次數、整個發生過程及演進、留存的症狀，客觀資料藉由身體理學檢查進行系統性評估包括：(1) 神經系統評估 (2) 呼吸系統評估 (3) 心臟血管系統評估 (4) 胃腸系統評估 (5) 皮膚評估 (6) 疼痛評估、並由醫師安排影像學檢查如 CT、MRI 及臨床病理科檢驗值進行評估。

三、腦中風病人心理及社會評估

於心理及社會評估方面包括以下資料：

(一)人格特質：依賴/獨立自主型/控制型/情緒化型/優越感型/疏離型/反社會型/抱怨型

(二)適應方式：逃避/妥協/否認/轉移/昇華/退化/壓抑

(三)壓力處理

1.最近一年內壓力事件：親人死亡/離婚/外遇/結婚/生子/失戀/意外災害/疾病/換工作/失業/自己的決定遭家人反對/寵物死亡/退休

2.面對壓力反應：哭泣/憤怒/冷漠/憂慮/否認/大笑/其他

3.壓力處理方式：哭泣/找人傾訴/逛街購物/寫日記/摔東西/睡覺/與人爭執/吃東西/發呆/自我隔離/其他

4.疾病對病人之影響：工作/經濟/社交/自我心像/飲食習慣/作息方式/性生活/其他
(四)認知程度：正常/無法做決定/短暫記憶喪失/定向感障礙

(五)人際關係：良好/普通/欠佳

(六)支持系統

1.住院期間主要照顧者：配偶/父/母/兄/弟/姐/妹/子/女/親戚/朋友/同事/鄰居/其他

2.住院期間主要探視者：配偶/父/母/兄/弟/姐/妹/子/女/親戚/朋友/同事/鄰居/其他

3.對病人最親近的人：配偶/父/母/兄/弟/姐/妹/子/女/親戚/朋友/同事/鄰居/其他

4.有意義的他人：配偶/父/母/兄/弟/姐/妹/子/女/親戚/朋友/同事/鄰居/其他

5.探視頻率：無/很少(每星期 < 1 次)/偶爾(每星期 < 1-2 次)/經常(每星期 < 3-4 次)每天

6.互動方式：隨時陪於床邊/禮貌性探視/態度關懷/冷漠/不耐煩

7.出院後主要照顧者：配偶/父/母/兄/弟/姐/妹/子/女/親戚/朋友/同事/鄰居/看護/
安養院

(七)自我照顧能力

1.進食：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

2.穿衣：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

3.沐浴：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

4.如廁：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

5.翻身：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

6.坐起：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

7.站立：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

8.行走：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

9.上下床：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

10.使用輔助物：可獨立完成/需要部分協助/完全依賴

四、腦中風常見健康問題

(一) 健康問題：顱內壓調適能力改變。

1.相關因素：腦血流中斷或血管破裂。

2.鑑定性特徵：(1) 意識改變 (2) 生命徵象改變 (3) 瞳孔改變 (4) 活動能力改變
(5) 抽搐。

3.護理目標：(1) 預防顱內壓上升 (2) 減輕顱內壓增高症狀 (3) 維持顱內壓
<15-20mmHg。

4.護理措施：

(1) 依醫囑評估並記錄神經功能狀態(GCS·Glasgow Coma Scale)及生命徵象。

(2) 觀察有無頭痛、嘔吐、抽搐等顱內壓增高症狀。

(3) 維持合宜的臥位，頭頸維持一直線姿勢，以免影響顱腔靜脈回流。

(4) 預防腦內壓突然增高活動

① 抬高頭部 30 - 45 度。

② 保持呼吸道通暢，需要時給予抽痰，每次不超過 10 秒，抽痰前、後給予 100%
的氧氣至少一分鐘。

③ 避免Valsalva's maneuver運動，及減少用力咳嗽、擤鼻涕與劇烈運動。

④ 維持大小便通暢，急性期給予留置導尿管，以減少因漲尿而引起顱內壓上升；
如三天未解便，則依醫囑給予軟便劑。

⑤ 維持安寧的環境。

⑥ 勿連續執行多項護理，若無法避免，每次活動與活動之間至少間隔 15 分鐘以

上，且動作應緩慢且輕柔。

(5) 評估及記錄攝入、排出量和電解質的情形。

(6) 依醫囑給予降腦壓藥物。

(7) 依醫囑監測並記錄 ICP 值。

(8) 8.需要時依醫囑調整腦室外引流量。

5. 評值

(1) 無顱內壓上升之徵象或症狀產生。

(2) 顱內壓上升之徵象或症狀減輕。

(3) 顱內壓值小於 15-20 mmHg。

(二) 健康問題：疼痛。

1. 相關因素：(1) 手術傷口 (2) 肌肉牽扯 (3) 侵入性醫療措施，如打針、導管放置 (4) 神經壓迫或損傷，如血塊壓迫(Hematoma)或顱內壓升高。

2. 鑑定性特徵：(1) 表示疼痛 (2) 呻吟 (3) 哭泣 (4) 不安 (5) 肌肉張力改變 (6)

血

壓改變、呼吸改變 (7) 流汗 (8) 脈搏改變 (9) 臉部疼痛表情：臉部歪曲、雙眼無神 (10) 筋疲力竭的面容、固定不動或慌張的舉止。

3. 護理目標：(1) 接受且確認疼痛的存在 (2) 能說出舒服感或疼痛緩解。

4. 護理措施：

(1) 主動觀察並正確記錄疼痛的情形，如：性質、時間、位置及強度。

(2) 密切觀察生命徵象變化。

(3) 協助病人瞭解疼痛導因。

(4) 與病人共同找出可以減輕或排除使疼痛加劇的因素。

(5) 與病人共同討論找出可以減輕疼痛方法

(6) 依醫囑給予止痛劑，以減輕病人疼痛。

(7) 監測並記錄對止痛劑的反應(含副作用)及效果。

(8) 鼓勵與接受病人疼痛的表達。

(9) 安排舒適臥位。

5. 評值：

(1) 病人可說出接受疼痛情形。

(2) 病人疼痛情形改善，疼痛指數由____分降到____分。

(三) 健康問題：身體活動功能障礙。

1. 相關因素：(1) 神經肌肉障礙 (2) 感受認知障礙 (3) 強迫限制活動 (4) 疼痛和不安。

2. 鑑定性特徵：(1) 在物理的環境中，沒有能力作有目的的移動，包括：床上翻身、從床上移動至另一張床或椅子 (2) 肌肉的力量、控制力或肌肉塊減少 (3) 肌肉協調能力障礙 (4) 被強迫限制活動 (5) 不願意活動 (6) 出現肢體外旋或垂足等情形。

3. 護理目標：(1) 使肢體達最佳活動度 (2) 能適應活動型態的改變。

4. 護理措施：

(1) 評估並記錄肌肉力量及關節活動度。

(2) 減少或去除助長因素。

(3) 維持良好功能位置，預防關節攣縮及變形情形，如可使用垂足板、枕頭等來預防。

(4) 解釋增加身體活動的目的。

(5) 讓病人、家屬共同參與訂定運動計劃。

(6) 教導活動改變時之適應方式

(7) 觀察是否有固定不動的合併症發生，如：關節攣縮、壓瘡、墜積性肺炎等。

- (8) 每 2 小時協助翻身，並於骨突處按摩，避免受壓。
- (9) 依障礙程度指導及協助身體活動，教導執行 ROM 被動運動，再逐漸執行主動全關節運動每天二次，每關節活動 15~20 次。
- (10) 教導適當的使用藥物，包括：止痛藥、抗發炎藥、肌肉鬆弛劑，以利病人願意配合運動計劃。
- (11) 教導病人如何使用數字疼痛量表，來表示疼痛指數。

5. 評值：

- (1) 維持患肢關節完全的肢體關節活動，如：可自行翻身或盥洗。
- (2) 病人依時間表，適應活動型態的改變，如：下床後無頭暈不適感覺等。

(四) 健康問題：自我照顧能力缺失/沐浴及衛生/穿著及修飾/進食/如廁。

1. 相關因素：(1) 疾病造成活動障礙 (2) 關節活動受限 (3) 肌肉無力 (4) 肌肉痙攣。
2. 鑑定性特徵：(1) 進食：無法自行進食/無法將食物切成小塊/無法將食物放入口中
(2) 沐浴及衛生：無法自行沐浴/無法清潔身體/無法調節水溫/無法取水
(3) 穿著/修飾：無法自行穿著/無法適當自行漱洗/無法扣緊衣服/無法穿脫衣服 (4) 如廁：無法自行如廁。
3. 護理目標：(1) 維持身體的舒適 (2) 增加自我照顧能力，發揮身體最大功能，如：獨立完成進食、盥洗。

4. 護理措施：

- (1) 正確記錄導因及助長因素。
- (2) 評估和記錄無法自我照顧的程度。
- (3) 讓病人、家屬共同參與，訂定自我照顧計畫。
- (4) 給予正向鼓勵及尊重。
- (5) 評估活動時的身體狀況，如：呼吸速率增加、蒼白、血壓下降等不適反應，可先停止活動並休息。
- (6) 評估腸胃道功能和吞嚥功能。
- (7) 佈置合宜的安全環境。
- (8) 逐次增加自我照顧項目。
- (9) 接受情緒反應，如：挫折、憤怒、否認。
- (10) 減輕病人不安。
- (11) 維持個案隱私，增進自尊心。
- (12) 讓其瞭解尋求資源的方法，如：紅燈的使用。
- (13) 提供輔助性設備，如：復健輪椅、支持性固定物。
- (14) 協助由口進食
- (15) 協助鼻胃管灌食
- (16) 協助清潔及更衣，提供或建議病人穿著前扣式衣物。
- (17) 協助病人床上使用便盆、尿片、尿套、尿壺。
- (18) 協助病人使用輪椅至廁所如廁。

5. 評值

- (1) 外觀整齊清潔，病人主訴舒適和滿意。
- (2) 自我照顧能力增加，例如增加自行進食、盥洗等項目。

(五) 健康問題：排尿型態改變。

1. 相關因素：(1) 神經性損傷 (2) 中風 (3) 環境因素 (4) 泌尿道感染或結石
2. 鑑定性特徵：(1) 排尿困難 (2) 急迫感頻尿 (3) 尿液顏色異常 (4) 疼痛 (5) 燒灼感 (6) 膀胱脹 (7) 失禁 (8) 排尿斷斷續續 (9) 尿液有惡臭味 (10) 尿液混濁。

3.護理目標：(1) 減少不適症狀 (2) 預防泌尿系統合併症 (3) 重建正常的排尿型態。

4.護理措施：

- (1) 正確評估並記錄導因，如：中風或泌尿道感染。
- (2) 評估並記錄目前排尿型態：包括時間、自主或非自主排尿、尿量、排尿時的感覺、餘尿量、次數和尿液性質，並確認病人飲水狀況。
- (3) 排除或減少助長因素，如改變飲水習慣，建議病人晚上 19:00 後減少飲水量。
- (4) 了解並解除環境上的障礙，如不習慣在床上用便盆或尿壺。
- (5) 依病人排尿型態安排合宜的如廁時間表，如白天每 2-3 小時一次，晚上睡前如廁。
- (6) 指導泌尿道感染的症狀與徵象。
- (7) 指導泌尿道感染預防方法，如：維生素攝取、會陰局部清潔並保持乾燥、水份攝取依病人情況分配、正確按摩膀胱，並減少屬利尿液體攝取如咖啡等，除疾病限制外，每日水份攝取量維持在 2000- 3000cc 左右。
- (8) 提供隱私，安排排尿環境，並協助利於排尿之姿勢，如：床上坐姿或協助下床使用便盆倚，以維持病人自尊。
- (9) 溝通障礙病人，可將護士呼叫鈴放在病人能拿到地方，以表達如廁的需要。
- (10) 夜間可視需要予使用成人尿布或尿套，避免影響病人睡眠。
- (11) 鼓勵說出失禁時心中感受。

5.評值

- (1) 病人敘述排尿不適感之減輕。
- (2) 未出現泌尿系統合併症，如：感染、結石。
- (3) 病人能配合治療訓練計劃，使排尿情形有改善，病人能自制的排尿__次。

(六) 健康問題：呼吸道清除功能失效。

1.相關因素：(1) 感受或認知障礙 (2) 感染、呼吸道阻塞或分泌物增加 (3) 疼痛。

2.鑑定性特徵：(1) 不正常的呼吸速率及深度 (2) 無效性咳嗽或缺乏咳嗽反射 (3) 呼吸困難、急促 (4) 出汗、蒼白、發紺 (5) 無或不正常呼吸聲(爆裂音、咕嚕音、哮鳴) (6) 無法排除分泌物 (7) 意識改變。

3.護理目標：(1) 能執行效的咳嗽及排出痰液。(2) 空氣順暢進出呼吸道 (3) 正常的呼吸聲。

4.護理措施：

- (1) 正確評估並記錄導因及助長因素。
- (2) 依醫囑評估呼吸道阻塞的症狀，如：呼吸音、呼吸型態、皮膚粘膜顏色。
- (3) 觀察氧療與呼吸偵測器功能，及低血氧症狀如：焦慮、心跳加速、呼吸短促。
- (4) 觀察高二氧化碳血症，包括：頭痛、不安、嗜睡等症狀。
- (5) 評估痰液粘稠度及水份攝入情況，若無禁忌每天 2500cc 的水份攝入。
- (6) 必要時依醫囑抽取動脈血氧分析標本。
- (7) 無低血壓或損傷禁忌時，保持床頭搖高 45-60 度或採坐姿。
- (8) 每二小時協助翻身拍背，協助安排適當的臥位，如：坐臥或姿位引流。
- (9) 依無菌技術給予抽痰，抽痰前、後給予氧氣。
- (10) 指導家屬叩擊方法、有效咳嗽及深呼吸之目的、方法，協助減少咳嗽時不適或疼痛。
- (11) 依醫囑進行胸部物理治療。

5.評值：

- (1) 病人能執行有效咳嗽及排出痰液。
- (2) 病人能有效的維持呼吸道通暢，如：無痰音。

(3) 呼吸音正常。

(七) 健康問題：言辭溝通障礙。

1. 相關因素：(1) 腦血管意外 (2) 大腦損傷 (3) 顱內壓增加 (4) 語言功能損傷 (5) 氣管內管插管 (6) 氣管造口術。
2. 鑑定性特徵：(1) 不會或不能說話 (2) 發音困難 (3) 沒有聲音 (4) 無法說出完整句子 (5) 不能用適當的字來描述 (6) 口吃、含糊不清。
3. 護理目標：(1) 有效的溝通，能表達自我需要 (2) 提升自我表達能力。
4. 護理措施：
- (1) 評估並記錄理解、說話、閱讀及書寫的能力。
 - (2) 會談時保持面對面的談話。
 - (3) 向家屬解釋與病人溝通的計劃、目的及方法，如運用圖片、文字、手勢或表情等方式，達成與病人溝通。
 - (4) 以簡短句子如“是”與“不是”問句，並緩慢而清楚與病人說話。
 - (5) 鼓勵並給予足夠時間讓病人表達。
 - (6) 護士呼叫鈴設置於病人可及之處。
 - (7) 會談時安排單獨安靜的環境。
 - (8) 接受病人的挫折感及情緒表達。
5. 評值：
- (1) 能有效的表達自我需要。
 - (2) 自我表達能力有增加，如：從單字到字串。

(八) 健康問題：吞嚥障礙。

1. 相關因素：神經肌肉障礙。
2. 鑑定性特徵：(1) 無法吞嚥食物 (2) 進食或喝東西會咳嗽 (3) 口腔(臉部)張力減少 (4) 吞嚥反射消失或延遲 (5) 舌頭控制力減少 (6) 每口食物需須吞嚥兩三回 (7) 進餐後舌面上仍殘留食物 (8) 食物堆在口腔內的一側不自覺。
3. 護理目標：
- (1) 能正確選擇食物質地進食。
 - (2) 能依正確姿勢進食。
 - (3) 能依訓練措施執行安全的吞嚥食物和液體。
4. 護理措施：
- (1) 評估並記錄吞嚥、作嘔反射及咀嚼吞嚥功能。
 - (2) 進食前、後給予口腔護理。
 - (3) 餵食時除非有禁忌，皆應採坐立 90 度，頭部微傾向前的進食姿勢，食物由健側入口，可避免噎到。
 - (4) 食物選擇適合病人吞嚥功能的食物質地，例如：米糊、麥糊、果泥。食物再漸進性改變，由軟質→固體→液體，避免不同質性食物同時進食。
 - (5) 觀察進食情形，餐後維持坐姿 30 至 60 分鐘。
 - (6) 對吞嚥能力有進步給予鼓勵。
 - (7) 依復健師所指導執行復健運動：

①口腔準備期及口腔期：口腔運動或口腔感覺刺激，運動方法包括：嘴唇、臉部、舌頭等運動，每個動作每次做 5-10 秒，重覆 5 遍，每天做 4 次。如：嚼口香糖、吹氣雙頰、發音練習讀報紙、舌頭上下左右環繞運動及發聲練習等。

②咽部期：

I.刺激吞嚥反射，以冰涼棉棒刺激兩側軟顎弓頰，左右各輕觸 5 次後，請病人吞口水，以上動作重覆做 5 遍。在進食前半小時進行，一天做 4 次。

II.聲門內收運動(推提運動)：雙手伸直，閉氣推牆或提起重物，再從喉頭發出“哈克”的聲音延長，每次做 5 遍，每天做 4 次。咽喉部運動：閉氣發出阿聲，及頭部前後旋轉、伸展、屈曲與聳肩等運動。

III.安全吞嚥法：深呼吸一次後，閉氣吃一口食物，頭部稍前傾，連吞兩次後，用力咳嗽清喉嚨，再正常呼吸。

(8) 可於食物內置放一顆酸梅或醃漬黃蘿蔔，以利唾液分泌有助病人吞嚥。

(9) 每週至少測量體重 1 次，以瞭解體重變化情形。

5. 評估：

(1) 能正確選擇適合病人的食物，如泥狀→軟質→液體。

(2) 能正確採用飲食姿勢，如 90 度坐姿及前傾。

(3) 依照訓練計劃措施正確執行吞嚥動作，如進食食物或液體，無噎到情形。

(九) 健康問題：高危險性感染。

1. 相關因素：(1) 第一道防線不完整 (2) 侵入性檢查或治療。

2. 鑑定性特徵：無。

3. 護理目標：住院期間不受感染，如：無發燒或無感染症狀。

4. 護理措施：

(1) 依醫囑測量生命徵象及感染徵兆。

(2) 保持皮膚表面的乾燥，避免傷害皮膚表面。

(3) 教導所有的訪客或人員接觸前洗手或戴口罩。

(4) 適當的限制訪客減少被感染機會。

(5) 協助維持良好衛生習慣。

(6) 儘早拔除各類侵入性治療管路，如：CVP、Endo、尿管等。

5. 評估：病人無感染之情形，如：發燒。

(十)、健康問題：感覺知覺改變。

1. 相關因素：(1) 環境刺激改變 (2) 喪失刺激的接收能力 (3) 神經系統改變、腦血管意外、腦膜炎、神經性病變。

2. 鑑定性特徵：(1) 對時間及地點缺乏定向感 (2) 對人失去定向感 (3) 行為或語言溝通的型態改變 (4) 睡眠型態紊亂。

3. 護理目標：(1) 對人、時、地有正確定向感 (2) 對於刺激有反應。

4. 護理措施：

(1) 正確評估並記錄導因及助長因素。

(2) 儘可能減少或除去導因及助長因素，如：失眠、環境吵雜。

(3) 加強環境介紹如護士呼叫鈴使用。

(4) 提供與外界溝通:電話、音樂、電視、報章雜誌等。

(5) 提供有意義的環境刺激，包括：錶、日曆、私有物品、介紹人、時、地、向病人交代行蹤等。

(6) 依情況鼓勵病人離床或改變姿勢，增加活動量。

- (7) 給予病人簡短訊息或問題或按步驟給予指示。
- (8) 左大腦半球受損的病人
 - ①鼓勵病人慢慢的做事，並檢視病人所做的事。
 - ②病人有患側忽略現象，應注意病人安全。
- (9) 初期由健側接觸，逐漸病人能瞭解自己有患側時，鼓勵病人頭盡量轉向患側。
- (10) 提醒病人注意患側肢體及環境，等病人習慣後再由患側接近病人。
- (11) 對複視的病人清醒時，應使用眼罩蓋住眼睛並每 4 小時更換一次。
- (12) 鼓勵主動參與，並安排日常生活活動。

5. 評值：

- (1) 能正確的表達人、事、物。
- (2) 對刺激反應有增加。

(十一) 健康問題：高危險性皮膚完整性受損。

1. 危險因子：

- (1) 外在因素：機械因素、身體固定不動、潮濕、排泄物和分泌物。
- (2) 內在因素：營養狀況改變、循環改變、知覺改變、皮膚彈性改變、水腫、排泄物和分泌物。

2. 護理目標：(1) 維持皮膚組織完整 (2) 未出現皮膚受壓反應。

3. 護理措施：

- (1) 評估現存的內外危險因子。
- (2) 定期檢視並紀錄皮膚受壓處是否發紅、發紺、起水泡。
- (3) 避免皮膚避免機械因素產生：剪力、壓力、摩擦力
 - ①儘可能讓病人下床活動。
 - ②每二小時協助翻身。
 - ③骨突處每天按摩三次，若已發紅則不可按摩，應避免繼續受壓。
 - ④搬動病人時，應以抬起方式。
- (4) 依醫囑提供適當的營養及水份。
- (5) 協助病人做主動或被動運動至少每天 3 次。
- (6) 保持床單衣物平整，並維持皮膚清潔和乾燥，減少受壓或皮膚浸潤。
- (7) 視需要使用氣墊床、水床或氣圈。

4. 評值：皮膚組織完整無破損。

(十二) 健康問題：個人因應行為失調。

1. 相關因素：

- (1) 生理因素：神經系統障礙、感覺或知覺的障礙。
- (2) 心理因素：自我效能或自我概念的障礙、無力感、缺乏知識技巧解決現存問題。
- (3) 情境因素：資源缺乏。

2. 鑑定性特徵：口頭表示無能力應付或無法求助於他人。

3. 護理目標：(1) 能表達及確認壓力感受 (2) 能應用新的知識適當處理壓力源。

4. 護理措施：

- (1) 評估病人過去及目前處理壓力的能力。
- (2) 依照病人能力及過去經驗，給予適當協助。
- (3) 協助病人辨識壓力源，並減少壓力源。
- (4) 協助病人適度的情緒發洩。
- (5) 協助問題取向的因應策略。
- (6) 教導病人了解身體功能障礙，並教導代償使用輔具的方法。
- (7) 教導自我照顧的方法。

- (8) 尊重病人，並鼓勵參與擬定護理照顧計劃。
- (9) 依病人能力給予獨立執行日常生活照顧計劃。
- (10) 多給予正面鼓勵。
- (11) 鼓勵主要照顧者共同參與照顧計劃。
- (12) 提供人、時、地定向感，以增加病人對環境認識及日常生活之處理。
- (13) 提供資訊，包括：支持性團體、訊息。

5. 評值：

- (1) 能表達及確認壓力感受。
- (2) 能應用新的知識適當處理壓力源。

(十三) 健康問題：危險性跌倒。

1. 相關因素：

- (1) 一般因素：過去有跌倒病史、年齡大於 65 歲、使用輪椅、使用輔助器，例如：助行器、拐杖。
- (2) 生理因素：手術後、姿位性低血壓、失眠、貧血、血管疾病、下肢張力改變、軟弱、飯後血糖改變、感官功能障礙，如：視力模糊、視力減退、平衡困難、步態不穩、手眼協調能力減低、觸覺或溫度感覺減低、眩暈、頭暈。
- (3) 認知因素：心智狀態降低，例如：混亂、譫妄。
- (4) 化學因素：服用藥物，如：利尿劑、輕瀉劑、鎮靜安眠藥、止痛劑、降血壓藥、麻醉劑。
- (5) 環境因素：約束。
- (6) 環境因素：天氣狀況(例如:地面潮濕)。

2. 鑑定性特徵：無。

3. 護理目標：(1) 住院期間無跌倒事件發生 (2) 病人及家屬能說出跌倒的危險因子二項 (3) 病人及家屬能說出執行預防跌倒措施二項。

4. 護理措施：

- (1) 正確評估並記錄病人跌倒的危險因子。
- (2) 主動提供病人的生理需要，如：大小便、進食、盥洗。
- (3) 評估是否有使用造成高危險跌倒藥物，如鎮靜劑。
- (4) 保持室內燈光的明亮。
- (5) 定期檢視病室設備用物功能是否正常安全。
- (6) 衛教病人及家屬預防跌倒安全防範措施，如：床欄使用、床輪固定。
- (7) 教導漸進式下床法，並注意是否有頭暈現象。
- (8) 提供護士呼叫鈴。
- (9) 隨時陪伴病人，並適時提供協助滿足需求。
- (10) 定期主動探視病人。

5. 評值：

- (1) 病人住院期間無跌倒事件發生。
- (2) 病人及家屬能說出造成跌倒危險因子。
- (3) 病人及家屬能說出預防跌倒的措施至少二項。

五、腦中風病患相關護理指導

(一) 急性期

- 1. 若有意識改變、頭痛、嘔吐、肢體活動能力變差、呼吸不順、胸痛、肢體末梢麻木、抽搐、胃出血、黑便等身體症狀不適，請立即通知醫護人員。
- 2. 安全維護 1. 為跌倒高危險群，硬體設備環境應配合安全需求，如：床欄、輔助物、

止滑地毯、地面無障礙物及乾燥等。

- 3.神經感覺變差，用冷、熱敷或烤燈時，應注意溫度及時間等。
- 4.病人可能會有壓力性胃潰瘍，或因服用抗凝血藥物，應注意有無胃出血及其他出血徵象。
- 5.給予維持舒適臥位，避免平躺，以防舌頭向後倒而堵住呼吸道。
- 6.給予病人物品應從健側給予。
- 7.維持正常體溫，注意被蓋及室溫的調節。
- 8.注意病人大、小便自解情形。

(二) 恢復期

- 1.持續提供安全維護措施。
- 2.預防合併症發生
- 3.依復健計劃持續執行物理、職能及語言復健。
- 4.吞嚥障礙訓練
 - (1) 鼓勵病人作臉部的按摩。
 - (2) 臉部的運動：舉眉、皺眉、吹氣、做鬼臉、嘴角往上拉、下拉、兩頰作吸允狀。
- 5.患側肢體照護：指導正確之擺位及運動，並給予適當輔助物支托，減少肢體腫脹及僵硬程度，並給予精神上支持。
- 6.大便訓練：給單獨排便環境，採均衡飲食及適量水份攝取，腹部按摩，養成定時排便時間，依醫囑給予軟便劑或栓劑。
- 7.小便訓練
 - (1) 導尿管留置病人利用管夾訓練膀胱，於白天每 2-3 小時或有尿液感時，將管夾打開半小時。
 - (2) 協助失禁病人自解小便
 - (3) 膀胱訓練：膀胱訓練首要條件為控制飲水 50-100c.c./hr，訓練過程由無法自解進步至有滲尿現象，此時喝水可改為至少 20-30c.c/hr。
- 8.營養維持：吞嚥能力恢復時，可移除胃管，給予軟質飲食，視需要再變更正常飲食。
- 9.預防智力退化：適當安排環境，給予充分刺激及活動，以先知覺剝削。
- 10.病人情緒問題處理：提供成功個案，鼓勵病人耐心傾聽，協助病人尋找合宜表達方式，減輕焦慮與恐懼並設法解除。
- 11.配合出院計劃執行，指導病人及家屬學習日常生活照顧，如：疾病預防措施、灌食、翻身、換尿布或運動等方法。

(三) 居家照護

- 1.由營養師指導適當居家飲食方式。
- 2.依身體功能障礙程度，提供適當之照顧
 - (1) 協助個人清潔：刷牙、洗臉、洗澡、洗頭、會陰沖洗、更衣。
 - (2) 協助進食或灌食。
 - (3) 給予足夠水分攝取。
 - (4) 安排並協助日常活動、肢體復健運動及休息。
 - (5) 協助處理大小便。
 - (6) 協助處理外在修飾。
- 3.提供安全及舒適的居家環境。
- 4.出院前協助更換長期鼻胃管、氣切造口器、導尿管，並指導照顧者各種管類更換時間，及照護方式。
- 5.定時門診追蹤。

- 6.按時服用藥物，勿自行停藥。
- 7.鼓勵多與外人接觸，若情況許可仍可從事工作。
- 8.多關心並支持病人。
- 9.隨時觀察病人是否有再次中風徵象：不能言語、意識程度改變、肢體無力、嘴角歪斜、嘔吐、頭痛等；若發生徵象應立即就醫治療。
- 10.為避免中風復發應配合
 - (1) 不抽煙少喝酒。
 - (2) 保持身心愉快。
 - (3) 生活起居規律。
 - (4) 季節變換注意保暖。
 - (5) 每日適度運動。
 - (6) 有效控制糖尿病、高血壓、心臟病等慢性疾病。

參、參考資料

- 林昭宏、廖麗君、林瑞泰、劉景寬、林永哲 (1999) 腦中風生活型態改變追蹤研究. *中華物理治療*· 24 (5)· 1-7。
- 洪純隆 (2000)· *腦中風發生的那一刻起*· 台北：合記。
- 胡月娟 (2001) 中風病人的護理·於陳敏麗等著，*慢性病護理學* (39-90 頁) 台北：匯華。
- 胡月娟(2003)·中風病人的護理·於胡月娟等人編著，*慢性病護理學*(四版·183 -233 頁)·台北：匯華。
- 張寓智編譯 (2004)· *圖解神經醫學及神經外科學*· 香港：培訊。
- 陳麗敏、方妙君 (2006)· 神經系統疾病病人之護理·於胡月娟總校閱，*內外科護理學下冊* (一版·607 - 799 頁)· 台北：華杏。
- 陳敏麗(2005)·神經系統疾病病人之護理·於許淑惠等人編著，*當代內外科護理學下冊* (529-659 頁)·台北：華杏。
- 盧美秀(2003)·大腦功能失常病人之護理·於廖媛美編著，*拉克曼內外科護理學上冊* 409-429 頁)· 台北：華杏。

慈愛腦中風資訊網 2007 年 12 月 20 日取自<http://strokeinfo.org.tw/page/2-5-1.html>

行政院衛生署·九十六年死因統計結果摘要·取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/96年/表10.xls>

Kalra,L.,Yu,G.,Wilson,K.& Roots,P.(1995).Medical complications during stroke rehabilitation. *Stroke*,26,990-994.

Rober,G.Hart,MD;and Renee,Dbailey,MD.(2002).An assessment of guidelines for

prevention of ischemic stroke. *Neurology*, 59, 977-982.