

照顧一位脊髓損傷合併四肢癱瘓患者的護理經驗

謝麗卿 王玉女*

Nursing Experience for a Patient Suffered from Spinal Cord Injury Combined with Quadriplegia

Li-Ching Hsieh, Yu-Nu Wang*

摘要

近年來因交通發達、運動普及引起的車禍或運動傷害，使得脊髓損傷的發生率有逐漸增加的趨勢。脊髓損傷所帶來非預警的身體功能障礙，對患者將造成極大的身、心衝擊，甚至後續生活的改變。本個案報告係以 Gordon 十一項健康功能型態評估，收集一位脊髓損傷合併四肢癱瘓患者的護理經驗。經資料分析發現患者之健康問題，依優先順序分別為身體活動障礙、自我照顧能力缺失及焦慮等。過程中藉建立良好的護病關係、提供患者身、心所需的照護技巧等護理活動，患者開始學習自我照顧，並表示願意面對脊髓損傷所帶來的改變。期藉此經驗分享，做為日後護理人員照顧類似病患的參考。

關鍵詞：脊髓損傷、護理經驗、個案報告

Abstract

With the high traffic convenience and popularization of exercise, there has been an increasing rate of incidence of spinal cord injury. Unexpected physical impairment associated with spinal cord injury would likely cause physical and mental impacts to patients who suffered from spinal cord injury. In this case study, the author used Gordon's functional health assessment guide to assess, and report the experience in caring a patient who was spinal cord injured with quadriplegia. There were three major nursing problems of the patient, including impaired physical mobility, self-care deficit, and anxiety. By establishing good relationship between the nurses and patients and providing nursing actions in caring skills, the patient began to learn self-care and face the changes associated with the spinal cord injury. Hopefully, this case report can provide information for clinical nursing care of spinal cord injury patients.

Key Words: spinal cord injury; nursing experience; case report.

林口長庚紀念醫院護士

*長庚技術學院護理系講師、長庚大學臨床醫學研究所護理組博士班研究生

前 言

根據行政院衛生署 (2007) 統計資料顯示，事故傷害佔台灣地區十大死亡原因的第五位。而脊髓損傷即是因意外事故、急性、外傷性脊髓病變，導致不同程度之感覺及運動功能障礙的一種疾病。Chen 等 (1997) 對台灣地區脊髓損傷的狀況進行調查，發現台灣地區每年脊髓損傷的發生率是百萬分之18.8，且每年的新增病例約一千兩百人。隨著醫療進展，過去伴隨脊髓損傷而來的致命性併發症，如呼吸衰竭、腎衰竭等的發生率已逐漸減少 (游、蔡、曾、黃、施、畢，2006)，然而因脊髓損傷所帶來非預警的身體功能障礙，像是肢體癱瘓、感覺及反射消失和大小便失禁等，卻將對患者造成極大的身、心、社會適應衝擊，甚至後續生活的改變 (廖張，2001；Chen & Boore, 2006; Chen, Boore & Mullan, 2005)；特別是高位頸椎損傷者，因四肢癱瘓造成其行動、日常生活功能和休閒生活的影響最大(陳、鄧、陳、朱，1999)，若能透過計劃性的護理活動，讓患者重新認識自己的身體並學習與殘障共存，相信將有助於患者正向及積極的面對未來。本篇個案報告即是照顧一位脊髓損傷合併四肢癱瘓患者的護理經驗，期藉此經驗分享，提供臨床護理人員照顧上的參考。

文獻查證

一、脊髓損傷的相關概念

所謂「脊髓損傷」是指脊髓神經所支配的身體部位出現運動、感覺及大小便功能等失常的一種病變；臨床上造成脊髓機能障礙的原因可分為兩大類，一為外傷性脊髓損傷，另一為非外傷性脊髓疾病，兩者的比例約為四比一。在台灣造成外傷性脊髓損傷的原因以車禍居多佔 44.5%，其次為高處跌落、被重物壓傷、運動傷害 (例如：跳水) 及刀槍傷等 (財團法人桃園縣私立脊髓損傷潛能發展中心，2007)。脊髓損傷後，身體會出現修補的反應，唯只是在脊髓增生一些疤痕結締組織，無法再製造新的神經細胞；因此脊髓神經一旦受傷後便無法復原，且受傷部位愈高，存留下來的功能障礙愈多 (周、陳、陳，1997)。

根據受傷的部位，脊髓損傷可分為頸椎、胸椎、腰椎及薦椎損傷。其中，因活動性與延展度較大，是故較為常見頸椎與腰椎的損傷 (劉，2005)。一般而言，頸椎神經受傷會造成四肢癱瘓 (Quadriplegia)，而胸椎、腰椎及薦椎神經受傷則會出現下半身癱瘓 (Paraplegia)；損傷的嚴重度，依序為頸椎、胸椎、腰椎及薦椎。據統計，脊髓損傷者，四肢癱瘓約佔29.2~39.7% (社團法人中華民國脊髓損傷者聯合會，2004；林，1996；施、馬，1997；Krause & Broderick, 2004)；若以受傷部位區分，則胸椎受傷最多，佔43.8%；其次是頸椎受傷佔29.2%；第三位是腰椎受傷佔25.5%；最少的是薦椎受傷佔1.5% (陳、畢，1998)。

若依損傷的嚴重度，則脊髓損傷可分為完全性 (complete) 脊髓損傷和不完全性 (incomplete) 脊髓損傷。當受傷部位以下之感覺及運動功能完全喪失，稱為完全性脊髓

損傷；當受傷部位以下仍有部份的感覺及運動功能，稱為不完全性或部分脊髓損傷。美國脊髓損傷協會 (American Spinal Injury Association, ASIA) 將脊髓損傷依神經受損程度分成五個等級，臨床上稱為「ASIA等級」分類。各等級之定義如下：(一)A級：完全性脊髓損傷，受傷部位以下完全沒有感覺與運動功能；(二)B級：不完全性脊髓損傷，受傷部位以下沒有運動功能，但仍餘留部份的感覺功能；(三)C級：不完全性脊髓損傷，受傷部位以下的運動功能仍保留，但至少一半主要肌肉的肌力小於3分；(四)D級：不完全性脊髓損傷，受傷部位以下的運動功能仍保留，至少一半主要肌肉的肌力大於或等於3分；(五)E級：運動與感覺功能正常 (American Spinal Injury Association, 2002)。

二、脊髓損傷對患者的影響及護理處置

不同於其他疾病或殘障，脊髓損傷的發生往往在一瞬間，讓大多數的患者無法事先心理準備或做防治，且依目前的醫療科技並無法讓脊髓神經復原，是故對患者身、心，甚至後續的生活都將產生極大的改變 (廖，2005；Chen & Boore, 2006)。脊髓損傷後，依受傷部位及損傷的嚴重度不同，患者將出現的臨床表徵不同，但歸納有以下幾項 (財團法人桃園縣私立脊髓損傷潛能發展中心，2007；Carenas, Turner, Warms, & Marshall, 2002；Winslow, Bode, Felton, Chen, & Meyer, 2002)：

(一) 脊髓及神經休克

脊髓損傷後，受傷部位以下立刻性完全喪失所有的反射、運動、感覺及自主神經功能，造成肢體麻痺、呼吸困難、尿液滯留、腸蠕動變慢等臨床表徵，稱為脊髓休克，可持續數天至數星期。此期因交感神經衝動無法傳出，使得周邊血管擴張、心輸出量減少，臨床上將呈現神經休克的狀態，特別是高位胸椎第六節(T6)以上受傷者，出現低血壓、心跳變慢及心輸出量減少的情形將特別明顯。臨床上，應密切觀察患者情況的改變，或告知(1)採取漸進式改變姿勢的方式，使心臟血管逐漸適應；(2)穿彈性襪以促進心臟血液回流；及(3)執行被動性全關節運動，避免或改善姿勢性低血壓的問題 (許，2004；劉，2005；Guly, Bouamra, & Lecky, 2008)。

(二) 麻痺、癱瘓

當休克期過後，若原先脊髓為不完全性損傷，則部份未受損的感覺及運動功能會逐漸恢復；若為完全性脊髓損傷，則若(1)中樞神經之下行運動支在脊髓的前角遭到阻斷，形成上運動神經元性癱瘓 (upper motor neuron paralysis)，受傷部位以下的肌肉張力將變強，患者會表現強直性麻痺；且因運動功能喪失的關係，出現廢用型肌肉萎縮；(2)損傷及下運動神經元，導致下運動神經元性癱瘓 (lower motor neuron paralysis)，則受傷部位以下的肌肉張力將降低，呈鬆弛狀，患者因無自主性運動的關係，肌肉會明顯萎縮。舉例來說，第五至第六頸椎 (C5-C6) 受傷者可執行部份肩部及

上肢的動作，像是手肘彎曲及手掌翻轉等，但因第五頸椎以下的運動功能喪失，故患者之抓握功能不強、動作和姿勢均無法維持。臨床上應協助患者(1)儘早施行復健運動；(2)適當的關節活動，避免肢體不正常的收縮、痙攣；及(3)強化剩餘的肢體功能，鼓勵主動執行關節運動，並協助做患肢肢體運動 (許，2004；劉，2005；Shields, & Dudley- Javoroski, 2007；Winslow, Bode, Felton, Chen, & Meyer, 2002)。

(三)大便失禁

脊髓損傷對腸道的影響，如果受傷部位在反射中樞 (S2-S4) 以上，患者將出現上運動神經元性腸道 (upper motor neuron bowel)，腸道可靠刺激引發自主性排便；若受傷部位在反射中樞 (S2-S4) 的部位，則患者會出現下運動神經元性腸道 (lower motor neuron bowel)，排便方面需藉外力增加腹壓以協助腸道排空。臨床上，在脊髓休克期過後，上運動神經元性腸道可藉由按摩肛門做環形刺激而引發排便反射；而下運動神經元性腸道則需靠腹部加壓、重力原理及挖便等方式訓練 (劉，2005；Ayas, Leblebici, Sozay, Bayramoglu, & Niron, 2006；Lynch, & Frizelle, 2006)。

(四)小便失禁

脊髓損傷對膀胱功能的影響，視受傷的部位及程度而定。如果受傷部位在排尿中樞 (S2-S4) 以上，患者將出現上運動神經元性膀胱 (upper motor neuron bladder)，膀胱在充滿後可靠自主性反射將尿液排空；若受傷部位在排尿中樞 (S2-S4) 部位，則患者會出現無反射、無張力之下運動神經元性膀胱 (lower motor neuron bladder)，膀胱將持續膨脹造成尿瀦留或溢滿性尿失禁。臨床上，當患者進入恢復期後，可藉由特殊誘尿技巧協助個案排尿。若個案為上運動神經元性膀胱，可藉由(1)刺激大腿內側；(2)拉陰毛；(3)撫摸大腿內側；及(4)輕敲膀胱等誘尿方式，刺激逼尿肌收縮而將尿液排出；若個案為下運動神經元性膀胱，則可利用伐爾沙瓦氏 (Valsalva's Manuver) 方式，以增加腹壓的方式讓尿液排出 (劉，2005；Hart, Rintala, & Fuhrer, 1996)。

(五)壓瘡

脊髓損傷後，患者因受傷部位以下的感覺喪失，加上肢體癱瘓、麻痺動彈不得，使得皮膚系統容易因血流不通而產生壓瘡；若再加上大小便失禁未能及時處理，則壓瘡的症狀將更加劇 (許，2004)。臨床上，將造成住院日數延長及花費增加等的困擾。可施行的護理處置包括：(1)至少每二個小時為個案翻身一次，特別是骨突處應特別注意減緩壓力；(2)適當的關節運動，避免因肢體不正常的收縮、痙攣造成壓瘡；(3)維持正確的身體姿勢，可運用翻身枕及棉被等適當支托，減少肢體直接受壓的機會；及(4)每天檢視皮膚的完整性，按摩、活動肢體以促進血液循環，預防褥瘡的發生 (許，2004；Catz, Zifroni, & Philo, 2005)。

(六)自我照顧能力改變

劉(2005)指出，脊髓損傷是一極具毀壞性的創傷，它使一個原來身體狀況良好及心理社會獨立者，面臨巨大生活型態的改變，由一個獨立自主的個體變成需要依賴他人完成照顧的人。脊髓損傷者在日常生活上常遭受較多的功能限制，需要別人協助。通常第五頸椎或更高位之脊髓完全損傷者無法獨立生活；而第六頸椎脊髓損傷者，在大小便方面須受人照料，且需要其他人的協助才能夠上下輪椅；第七頸椎及以下脊髓損傷者，經訓練、恢復可以獨立生活；有92%之脊髓損傷者需終身使用輪椅(社團法人中華民國脊髓損傷者聯合會，2004)；且四肢癱瘓比下半身癱瘓者，在自我照顧能力和身體活動能力的表現較差(施、馬，1997)。臨床上，護理人員可執行的護理處置包括：(1)評估患者自我照顧的需求及能力；(2)瞭解患者自我照顧缺失的程度；(3)當患者無法完成自我照顧需求時，應給予協助，以維持其生命或克服疾病；(4)重視個案及照顧者之照護需求，可運用相關資訊，提昇個案及照顧者之照顧能力，讓個人之自我照顧活動能發揮最大的潛能；及(5)利用輔具訓練日常生活活動，強化肢體的功能(胡，2001；Boss, Pecanty, McFarland, & Sasser, 1995；Orem, 1995)。

(七)心理困擾

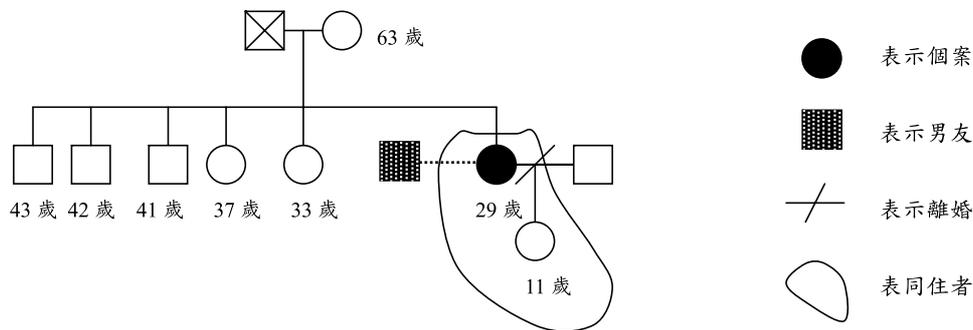
研究發現，脊髓損傷者常因個人主觀性的想法而影響其生活適應(Alfred, Fuhrer, & Rossi, 1987；Green, Pratt & Grigsby, 1984；Jaworski, Richard, & Llyod, 1992)；患者因害怕外界的眼光，在受傷初期常不敢坐輪椅外出；且因外表的改變、生理功能異常及需要依賴他人等，影響其親密感的建立(趙，1996)。Burnham & Werner (1979) 探討高位脊髓損傷者的心理狀態，發現脊髓損傷者確實常有負向的心理反應，包括退縮、依賴、悲傷、憂鬱及無助，並常因損傷而自覺羞恥、退縮、無望而有自殺的念頭。Krause & Broderick (2004) 發現，脊髓損傷後患者發生憂鬱症狀的比例高達13~45%；且日常生活活動功能越差、損傷年數越短及四肢麻痺者，心理健康狀況越差(林，1996)。可施行的護理處置包括：(1)鼓勵患者提出問題，並誠實予以回答；(2)若患者問到預後及是否能完全痊癒時，可轉知醫師協助回答；(3)鼓勵患者討論對目前情況的認知，及可用何種方法處理；(4)讓患者自由表達內心的感受及發洩情緒；(5)提供正確的資訊，以糾正其錯誤的觀念；(6)協助患者參與支持性團體活動，藉彼此的分享經驗而能面對自己的問題；(7)必要時，可協助轉介心理諮商，尋求解決的方法並重新適應(劉，2005；Hughes, Robinson-Whelen, Taylor, & Hall, 2006)。

護理過程

(一)個案簡介

馮女士，29歲，台灣省桃園縣人。高職畢業，主要以國語溝通，目前無職業，自訴信奉佛教。個性好強，講話直來直往，排行老么。4年前因個性不合與夫婿離婚，育有一女，離婚後於卡拉ok店上班，認識目前的男友。2006年6月8日，因與男友吵

架、不慎從4樓墜落，住院期間由男友及外勞負責照顧，家庭經濟狀況小康，主要經濟來源為個案的大哥。家族樹如圖一：



(二) 治療及住院經過

個案2006年6月8日墜樓後，經送本院急診，緊急開刀行第五至六節脊椎固定術，手術後轉腦神經外科病房治療，因個案有身體活動功能障礙及無法自我照顧等問題，故於6月20日轉復健科病房接受復健。出院後，因個案持續有身體活動障礙及自我照顧能力缺失等問題，故陸續進出復健科接受復健。本次再度入院亦為復健，入院時意識清楚；四肢癱瘓、沒有感覺；雙上肢肌肉力量3分、雙下肢肌肉力量0分；可於男友協助做肛門刺激下排便；藉由輕敲膀胱等誘尿方式可自行解尿，沒有尿路感染的情形；巴氏量表得分10分。

健康評估

護理期間為2007年07月24日至2007年08月21日，過程中運用直接觀察、會談及身體評估等方式收集資料，並採用 Gordon 十一項健康功能型態評估，結果如下：

(一) 健康認知與健康處理型態

個案有抽菸和喝酒的習慣，對藥物及食物未曾過敏。主訴：「我以前的身體都很健康，偶爾感冒就到西藥房拿藥。」脊髓損傷後，個案認為：「身體下肢都不能動了，會覺得自己是廢人。」有時候情緒不好，個案會咬自己的指甲和手臂。個案的男友表示：「她的脾氣不好，請了幾個外勞都不滿意，但是即使不滿意，現在的她也只能靠別人了。」個案最大的期待是：「想藉神經重建術找希望」，對於治療和復健等醫療措施都能努力配合。

(二) 營養與代謝型態

個案身高162cm，體重53kg，身體質量指數BMI為20.23，在正常範圍內。主訴：「我平常食慾不錯，不會挑食，尤其是在吃憂鬱症的藥的時候食慾特別好。」平日三餐由男友用輪椅推至醫院餐廳用餐，每天的喝水量約2000cc到2500cc。口腔黏膜呈粉紅色、完整無破皮；皮膚溫暖，無肌肉鬆弛、壓瘡或水腫的情形；頸部和雙側鼠膝部

有開刀癒合的傷口各 7x1 cm、5x1cm 及 5x1cm。

(三) 排泄型態

個案表示：「未生病之前我每天排便一次，大便成形，有一點軟。尿尿正常，沒有困難，每天大約5到6次，尿液是黃色清澈的」。脊髓損傷後，透過醫護人員的教導及大小便訓練，此次住院在(1)解便方面，可於每天睡前由男友協助做肛門刺激下固定排便；(2)解尿方面，藉由輕敲膀胱等誘尿方式可自行解尿，每次餘尿量在50cc以下，沒有尿路感染的情形發生。

(四) 活動與運動形態

脊髓損傷前，個案在卡拉ok店上班。主訴：「那時候認識很多朋友，玩得很瘋，會喝酒聊天，偶爾打打牌，很少有其他額外的休閒活動，只有看電視而已。」脊髓損傷後，個案說：「現在一切都毀了，做任何事情都要靠別人幫忙。」目前個案四肢癱瘓，C5-C6以下肢體完全沒有感覺及運動功能，ASIA評估等級A級；雙上肢肌肉力量3分，雙下肢肌肉力量0分；下床散步或做復健運動時需使用輪椅；日常生活活動，包括穿衣、沐浴、修飾、進食及如廁等，完全由男友或外傭協助；巴氏量表10分；故有身體活動功能障礙及自我照顧能力缺失的護理問題。

(五) 睡眠與休息型態

個案在受傷前：「每天早上大約10點到11點起床，晚上1、2點才睡覺。有時候和朋友出去，會到早上5、6點才睡，屬於夜貓子。」「有時候會作夢，但是睡醒了也不記得自己剛剛做了什麼夢。」脊髓損傷後，個案說有時候要靠安眠藥才能入睡，也睡得很淺，但是「最近比較好一點，晚上有時和病友聊天，能睡到自然醒」。護理期間(7月24日至8月21日)個案每天晚上約12點至1點就寢，早上9點至10點左右起床，睡醒後精神飽滿，無打哈欠或黑眼圈的情形。

(六) 認知及感受型態

個案意識清楚，除C5-C6以下肢體完全沒有感覺及運動功能外，感官功能無異常。主訴：「我有十二指腸潰瘍的病史，…平常是個很情緒化的人，喜歡喝酒抽煙。近幾年壓力大，醫生說十二指腸潰瘍和壓力有很大關係。」「我雖然書讀的不多，但是我學習新的事情領悟力還蠻高的。」對於意外墜樓發生脊髓損傷一事，個案表情不耐煩的表示：「現在一切都得靠別人幫忙，只剩下嘴巴可以講話，連大小便這麼簡單的事，都要靠別人搞了老半天。」

(七) 自我感受及自我概念型態

個案表示：「我在結婚前是一個樂觀的人，離婚讓我的心情大受影響。離婚後，

我有談了一次戀愛，但是又被騙，後來才在卡拉ok店認識我現在的男朋友。」雖然個案常和現任男友吵架，但是個案說：「其實我不怪他，因為我現在跟廢人沒有什麼兩樣。來了五、六個外傭都被我氣走了，我想是我太依賴我男朋友的關係吧！」有時男友外出辦事，由外傭負責照顧，個案說：「像這次請這個印傭，就讓我摔了好幾次，真是氣死人。」「我不能再摔了，我四肢沒辦法動，復健不知道有沒有效果？我真的沒有辦法快樂。」對於疾病的癒後個案表示擔心及茫然、無助，故有焦慮的護理問題。

(八) 角色與關係型態

個案目前的角色分別有母親、女友及妹妹。離婚後和女兒一起居住，平常與兄姊感情普通，但有事都會找大哥和二姊幫忙。脊髓損傷後，案女由二姊協助照顧，此次住院費用全額由大哥支付。和現任的男友交往兩年多，自脊髓損傷後，一年多的時間是在醫院和家裡往返來回度過。住院期間主要的照顧者為個案男友，返家後則由外傭負責照顧。雖個案於受傷後無法工作或照顧案女，但因為有大哥和二姊的支援，角色關係仍可維持。

(九) 性與生殖型態

個案表示初經來潮的時間大概是國中的時候，固定每個月會來一次，月經來時不會有任何不適的情形。主訴：「和前夫認識不久就結婚了，沒有避孕。況且現在這樣要怎麼做？你知道的嘛！」和現任男友雖常爭吵，但沐浴、如廁等照顧事宜仍主要由男友負責。

(十) 因應及壓力耐受型態

個案表示：「以前脾氣就不是很好，比較性急，有一段不好的婚姻，加上一段不好的戀情，讓我對男人沒有安全感。」「認識現在的男朋友，想說可以另組家庭，卻又…。」「我不想讓別人看不起我，努力想要擺脫一切，但總覺得壓力好大，覺得幸福離我好遙遠。」遇到煩惱的事情，個案會自己想辦法解決，像是詢問病友或醫護人員等。住院期間，男友多能於身旁陪伴，協助個案完成自我照顧，而個案也能接受、配合給予的治療及衛教。

(十一) 價值與信念型態

個案表示：「我沒有特別的信仰，只是跟著長輩信吧！硬要說的話，應該是佛教。反正有廟的地方也會去拜拜，求心安吧！」「以前就是想改變命運，結果改名字半年就出事了，現在這樣，求什麼都沒用。」個案並不因受傷而迷失於宗教信仰，或因此而怨天尤人，認為上天對她不公平。

問題確立與護理計畫

經以上護理評估，確立個案有以下三個主要的護理問題，依優先順序分別為：
一、身體活動障礙；二、自我照顧能力缺失；及三、焦慮。

【健康問題一】身體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙、肌肉力量減少有關

相關資料	護理目標	護理措施	評 值
<p>主觀資料：</p> <p>1. 7月24日主訴：「現在腳都沒有感覺，做任何事情都要靠別人幫忙。」</p> <p>2. 7月25日主訴：「我現在就是下半身都沒有辦法動。」</p> <p>3. 7月30日主訴：「我自己可以推輪椅的輪子，只是比較慢，有時候會歪掉而已。」</p> <p>4. 7月31日主訴：「平常都是我男朋友幫我推輪椅，到醫院走走。」</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 診斷：C5-C6 脊髓損傷，伴隨四肢癱瘓。</p> <p>2. 7月24日雙上肢肌肉力量3分，雙下肢肌肉力量0分。</p> <p>3. 7月25日上下床及翻身須由照顧者協助執行。</p> <p>4. ASIA 評估等級 A 級。</p>	<p>1. 在8月6日前，個案能說出活動與運動的目的至少三項。</p> <p>2. 出院前，個案能用上肢的力量移動身體，且維持肌肉力量、沒有肌肉萎縮的現象。</p>	<p>1-1 與個案建立信任關係，會談接觸時態度溫和、保持笑容，且執行任何醫療或護理措施之前，均向個案說明解釋，取得其同意。</p> <p>1-2 7月25日告知個案及照顧者活動與運動的好處，包括：增強肌肉力量、避免肌肉萎縮、關節僵硬和預防壓瘡等；還可以紓解壓力，使人產生輕鬆愉悅的感覺；亦可增加自己對於環境的控制力與自主性。</p> <p>2-1 7月26日示範下肢全關節運動的操作，觀察照顧者執行運動的正確性，並教導照顧者每日做1~2次，每次一個關節做2~5回。</p> <p>2-2 鼓勵並陪伴個案自行做上肢主動關節運動。</p> <p>2-3 7月30日與男友討論翻身頻率及時機，衛教每2個小時需協助個案翻身一次，並示範翻身技巧，告知可運用翻身枕及被子等，適當支托個案的下肢及背部。</p>	<p>1. 8月6日個案能說出身體活動的目的為維持肌肉力量、避免肌肉萎縮及關節僵硬等。</p> <p>2. 8月21日個案可維持雙上肢的肌肉力量，並藉手臂勾住床欄杆的力量，讓上半身慢慢坐起；可在男友協助下，推輪椅行走；沒有肌肉萎縮的現象。</p>

【健康問題二】自我照顧能力缺失：衛生、修飾及進食/與神經系統受損有關

相關資料	護理目標	護理措施	評 值
<p>主觀資料：</p> <p>1.7月24日主訴：「做任何事情都要靠別人幫忙。」</p> <p>2.7月30日主訴：「我的手沒辦法做抓握的動作。」</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.診斷：C5-C6 脊髓損傷，伴隨四肢癱瘓。</p> <p>2.7月24日雙上肢肌肉力量3分，雙下肢肌肉力量0分。</p> <p>3.7月25日日常活動，包括洗臉、刷牙、梳頭髮及進食等，均由男友協助。</p> <p>4.拉拉鍊等精細動作，需由其他人代勞。</p> <p>5.巴氏量表得分10分(大小便控制各得5分)，屬完全依賴。</p>	<p>1.在8月15日前，個案能於協助下完成自我照顧活動。</p> <p>2.出院前，個案能使用輔具，完成衛生、修飾及進食等自我照顧活動。</p>	<p>1-1 7月25日鼓勵並陪伴個案自行做上肢主動關節運動，每日1~2次，每次一個關節做2~5回。</p> <p>1-2 每日協助照顧者幫個案執行衛生、修飾及進食等活動，並讓個案儘可能抬高手臂和轉動身體配合完成。</p> <p>1-3 當個案能配合自我照顧活動，或有進步時，立即給予口頭的稱讚、鼓勵。</p> <p>1-4 7月31日衛教個案可藉手臂勾住床欄杆的力量，讓上半身慢慢坐起。</p> <p>2-1 7月30日與醫師及職能治療師討論製作手部功能性輔具的可能性。</p> <p>2-2 7月30日配合醫院所安排的復健運動，讓個案返病室時能繼續練習。</p> <p>2-3 8月7日衛教個案及照顧者輔具使用的相關訊息，並澄清其疑問。</p> <p>2-4 8月10日讓個案配戴手部輔具，練習衛生、修飾及進食等自我照顧活動。</p>	<p>1.8月6日個案能說出身體活動的目的為維持肌肉力量、避免肌肉萎縮及關節僵硬等。</p> <p>2.8月13日至出院前，個案能在配戴萬用手套輔具下，完成衛生、修飾、移位及進食等自我照顧活動，如刷牙、洗臉、梳頭髮和吃東西等動作；巴氏量表得分35分。</p>

【健康問題三】焦慮/與疾病的威脅及健康狀態改變有關

相關資料	護理目標	護理措施	評 值
<p>主觀資料：</p> <p>1. 7月24日主訴：「我得了這個病以後，人變得比較會東想西想，快樂不起來。」</p> <p>2. 7月25日主訴：「我很擔心我自己一個人在家，外傭沒有能力照顧我，把我丟著怎麼辦？」</p> <p>3. 7月25日主訴：「我心情不好的時候會咬指甲和手臂。」</p> <p>4. 7月30日主訴：「我已經跌倒兩次了，經不起再次跌倒了，我真的很焦慮。」</p> <p>5. 7月30日主訴：「你看她這樣抱，我遲早會被摔死的。」</p> <p>6. 7月30日主訴：「我怕從此沒有辦法站起來，希望能夠做神經重建手術。」</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 診斷：C5-C6 脊髓損傷，伴隨四肢癱瘓。</p> <p>2. 7月24日臉部表情皺眉。</p> <p>3. 7月25日左手小指甲破裂，左手臂有咬痕。</p> <p>4. 7月29日及7月30日由外傭協助上下床時，分別跌倒一次。</p>	<p>1. 在8月6日前，個案能說出緩解焦慮的行為技巧至少2項。</p> <p>2. 8月15日前，個案能運用緩解焦慮的行為技巧，舒緩焦慮。</p> <p>3. 出院前，個案不再跌倒。</p>	<p>1-1 與個案建立互動關係，並於每次照護時與個案會談，鼓勵個案抒發內心的感受，瞭解個案對自身疾病的感受、了解程度、想法及期待，同理個案的感受。</p> <p>1-2 7月25日與個案討論緩解焦慮的行為技巧，包括請男友陪伴，用輪椅帶個案至院內景觀區散步；與隔壁床或復健室熟識的病友聊天；或做深呼吸、聽音樂及冥想等技巧放鬆心情。</p> <p>1-3 7月30日協助個案瞭解疾病的進展，建立實際的人生計畫及期望。</p> <p>2-1 7月30日鼓勵個案於感覺焦慮、情緒不穩定時，可使用緩解焦慮的行為技巧。</p> <p>2-2 當個案能配合使用緩解焦慮的行為技巧時，立即給予口頭的稱讚與鼓勵。</p> <p>3-1 7月30日衛教外傭協助個案移位之技巧，並告知其在抱個案下床時一定要有護理人員或個案男友在旁，個案在床上時則使用床欄保護。</p> <p>3-2 7月30日指導外傭輪椅使用的注意事項，及病房內紅燈使用的方法等。</p>	<p>1. 8月6日個案能說出緩解焦慮的行為技巧有散心、找人聊天及聽音樂等。</p> <p>2. 8月13日至出院前，個案沒有咬指甲和咬手臂的情形；於情緒不穩定時，可由男友陪伴推輪椅至院內景觀區散心。8月20日個案表示「我現在只想要把復健做好而已，暫時不考慮做神經重建手術了」。</p> <p>3. 8月21日出院前，個案不再有跌倒發生。</p>

討論與結論

本篇係以 Gordon 十一項健康功能型態評估，收集一位脊髓損傷合併四肢癱瘓患者的護理經驗。經資料分析發現個案主要的健康問題，包括身體活動障礙、自我照顧能力缺失及焦慮等，與廖 (2001)、Chen & Boore (2005) 所提脊髓損傷後所帶來的身體功能障礙，將對患者造成極大的身、心衝擊；及林 (1996)、陳、鄧、陳、朱 (1999)、Krause & Broderick (2004) 的研究發現相符，發現脊髓損傷後患者確實發生憂鬱的比例偏高，且高位頸椎損傷者因四肢癱瘓，故所造成的行動和日常生活功能的影響也就最大。過程中藉建立良好的護病關係，提供個案身、心所需的照護技巧，包括：適當的關節活動，避免肢體不正常的收縮、痙攣；鼓勵主動執行關節運動 (許，2004；劉，2005；Shields, & Dudley- Javoroski, 2007)，強化剩餘的肢體功能；運用相關資訊，提昇個案及照顧者之照顧能力；利用輔具訓練個案之日常生活活動，發揮其照顧潛能 (胡，2001；Boss, Pecanty, McFarland, & Sasser, 1995；Orem, 1995)；與個案會談，鼓勵個案抒發內心的感受；瞭解個案對自身疾病的感受、想法及期待，同理個案的感受；提供個案對目前情況的認知，教導緩解焦慮的行為技巧；讓個案自由表達內心的感受、發洩情緒；及透過病友的分享面對自己的問題 (劉，2005；Hughes, Robinson-Whelen, Taylor, & Hall, 2006) 等護理活動，個案終於主動學習自我照顧，並表示願意面對脊髓損傷所帶來的改變。

限制及建議

因個案為脊髓損傷合併四肢癱瘓患者，受神經功能恢復限制，在身體活動功能及自我照顧能力方面確實進步有限，需較多的照顧協助。基於長期照護需求考量，建議護理人員除住院期間教導個案及照顧者照護的知識與技巧外，亦可提供相關可運用的資源及管道，如轉介到個案住家當地的衛生所、公共衛生護理人員、社工、支持團體或書籍、衛教單張等，讓照顧的過程更具連續和完整性。

參考資料

- 行政院衛生署(2007)·台灣地區主要死亡原因統計·衛生統計資訊網·2004年6月15日，取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書2/95/上冊/表10.xls>。
- 社團法人中華民國脊髓損傷者聯合會(2004)·脊髓損傷者概況分析·2004年3月22日，取自<http://www.fsci.org.tw/hurt.htm>。
- 周碧琴、陳靜敏、陳品玲(1997)·以家庭為中心的護理—談頸椎損傷病患的居家護理·長庚護理，8(3)，72-79。
- 林月春(1996)·屏東地區居家脊髓損傷者心理健康及其相關因素之探討·未發表的碩士論文·台北：國立陽明大學社區護理研究所。

- 胡月娟(2001)·護理人員於慢性疾病之角色與功能·於陳敏麗等著,慢性病護理學(32-33頁)·台北:匯華。
- 施春合、馬鳳歧(1997)·脊髓損傷患者人格韌性與生活調適之探討·長庚護理,8(1),25-41。
- 財團法人桃園縣私立脊髓損傷潛能發展中心(2007)·脊髓損傷之復健·2007年3月9日·取自<http://www.scsrc.org.tw/sense050201.php?num=16>。
- 許玉真(2004)·照顧一位脊髓損傷患者的護理經驗·高雄護理雜誌,21(1),85-95。
- 陳智光、鄧復旦、陳妙旻、朱岳喬(1999)·頸椎損傷病患肌健轉移手術後之上肢功能改善:病例報告·中華民國復健醫學雜誌,27(2),85-90。
- 陳玲芳、畢柳鶯(1998)·脊髓損傷患者性生活之探討·中華復健醫誌,26(3),103-109。
- 游慧雯、蔡素如、曾繁斐、黃玉慧、施盈如、畢柳鶯(2006)·脊髓損傷患者長期併發症之回溯性研究·臺灣復健醫學雜誌,34(3),167-174。
- 趙淑美(1996)·脊髓損傷患者生活品質及其相關因素之探討·國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文·台北:陽明大學。
- 劉雪娥總校閱(2005)·成人內外科護理學(三版)·台北:匯華。
- 廖芳錦(2005)·一位創傷性脊髓損傷病患無望感之護理經驗·長庚護理,16(2),214-224。
- 廖張京棟(2001)·最新內外科護理學·台北:永大。
- Alfred, W. G., Fuhrer, M.J., & Rossi, C.D. (1987) Vocational development following severe spinal cord injury: a longitudinal study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 854-857.
- American Spinal Injury Association (2002). *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. Chicago: American Spinal Injury Association.
- Ayas, S., Leblebici, B., Sozay, S., Bayramoglu, M., & Niron, E. A. (2006). The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(12), 951-955.
- Boss, B. J., Pecanty, L., McFarland, S. M., & Sasser, L. (1995). Self-care competence among persons with spinal cord injury. *A Publication of the American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 12(2), 48-53.
- Burnham, L., & Werner, G. (1979). The high level tetra-plegia: psychological survival and adjustment. *Paraplegia*, 16(2), 184-192.
- Carenas, D. D., Turner, J. A., Warms, C. A., Marshall, H. M. (2002). Classification of chronic pain associated with spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(12), 1708-1714.
- Catz, A., Zifroni, A., & Philo, O. (2005). Economic assessment of pressure sore prevention using a computerized mattress system in patients with spinal cord injury. *Disability and*

Rehabilitation, 27(21), 1315-1319.

- Chen, H. Y., Chen, S. S., Chiu, W.T., Lee, L. S., Hung, C. I., Hung, C. L., Wang, Y. C., Hung, C. C., Lin, L. S., Shih, Y. H., & Kuo, C. Y. (1997). A nationwide epidemiological study of spinal cord injury in geriatric patients in Taiwan. *Neuroepidemiology*, 16(5), 241-247.
- Chen, H. Y. & Boore, J. R. P. (2006). Considering the physiological and psychological consequences of spinal cord injury. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 1(5), 225-232.
- Chen, H. Y., Boore, J. R. P., & Mullan, F. D. (2005). Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury: a comparison between UK and Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 255-272.
- Green, B. C., Pratt, C. C., & Grigsby, T. E. (1984). Self-concept among person with long-term spinal cord injury. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 65, 751-754.
- Guly, H. R., Bouamra, O., & Lecky, F. E. (2008). The incidence of neurogenic shock in patients with isolated spinal cord injury in the emergency department. *Resuscitation*, 76(1), 57-62.
- Hart, K. A., Rintala, D. H., Fuhrer, M. J. (1996). Educational interests of individuals with spinal cord injury living in the community: medical, sexuality, and wellness topics. *Rehabilitation Nursing*, 21(2), 82-90.
- Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Taylor, H. B., & Hall, J. W. (2006). Stress self-management: an intervention for women with physical disabilities. *Official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 16(6), 389-399.
- Jaworski, T. M., Richards, J.S., & Lloyd, L. (1992). Retrospective review of sexual and marital satisfaction of spinal cord injury and diabetic males post penile injection or implant. *Urology*, 40(2), 127-131.
- Krause, J. S., & Broderick, L. (2004). Outcomes after spinal cord injury: Comparisons as a function of gender and race and ethnicity. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(3), 355-362.
- Lynch, A. C., & Frizelle, F. A. (2006). Colorectal motility and defecation after spinal cord injury in humans. *Progress in Brain Research*, 152, 335-343.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5nd). New York : McGraw-Hall.
- Shields, R. K., & Dudley-Javoroski, S. (2007). Musculoskeletal adaptations in chronic spinal cord injury: effects of long-term soleus electrical stimulation training. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 21(2), 169-179.
- Winslow, C., Bode, R. K., Felton, D., Chen, D., & Meyer, P. R. (2002). Impact of respiratory complications on length of stay and hospital costs in acute cervical spine injury. *Chest*, 121(5), 1548-1554.