

年輕腦梗塞個案再次中風後的照護經驗

連可人、黃喬伶、王維那

永康奇美醫院 護理部

摘要

本文是描述一位年輕型腦梗塞個案，原本對康復充滿期待，希望在出院後能重返自己熱愛的工作崗位，但卻在僅僅一周後又再次中風入院，導致右側肢體偏癱、吞嚥困難及言詞表達障礙，日常生活需完全依賴家人，對未來出現不確定性與無力感。照護期間為 113 年 2 月 6 日到 2 月 18 日，運用 Gordon 十一項功能性健康型態模式進行整體性評估，確立有吞嚥障礙、身體活動功能障礙、言詞溝通障礙及無力感之健康問題。藉由護理獨特性與跨團隊協助，調整食物質地，解除放置鼻胃管危機，進行言語與溝通訓練，恢復溝通能力，擬定個別性復健計畫，最後在單手杖輔助下得以步行出院。而此次照護經驗中，深感困難為協助個案克服再次中風引發之低落情緒，初期筆者因經驗不足而未能充分表達同理心，但透過與社工師合作，幫助個案走過人生低谷期，學習自我照顧技巧。故建議臨床單位應定期召開跨領域團隊會議，整合各專家意見，制定更適切的照護方案，並加強護理人員在心理支持方面的訓練，提高對情緒低落個案的照護能力，以提供更適切之照護計畫。期許此護理經驗能提供日後相似個案照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（4）：71-83）

關鍵詞：腦梗塞、吞嚥障礙、身體活動功能障礙、言詞溝通障礙、無力感

通訊作者：黃喬伶

通訊地址：台南市永康區中華路 901 號

E-mail：a8221638@yahoo.com.tw

受理日期：2025 年 3 月；接受刊載：2025 年 6 月

前言

腦中風是造成全球人口死亡與失能的主要原因，亦列為國人十大死因第四位 [1]。有 7 成為缺血型腦中風，需爭取時間執行再灌注治療，並評估施打靜脈血栓溶解劑或執行顱內取栓術之可能性 [2]。而隨著國人飲食、工作與生活型態的改變，年輕型腦中風比例漸增，在發病後肢體乏力、吞嚥困難或言詞溝通障礙都是神經損傷後常見之後遺症，嚴重者日常生活得需仰賴他人照顧，此時不得不放棄原有的工作或社交生活，且突如其來角色轉變的衝擊，易打擊自信心，會開始自我懷疑，甚至對未來產生無力感等負向情緒 [3]。

本文是照護一位年輕型腦梗塞個案，筆者選擇此個案動機是因為個案出院不到一週後再次中風的情況，具有特殊且挑戰性強的照護需求。原本個案對康復充滿期待，希望在出院後能夠重返自己熱愛的工作崗位。然而，在僅僅一周又再次中風，導致右側肢體癱瘓、吞嚥困難及言詞表達障礙，讓其日常生活需完全依賴家人，對未來充滿不確定性與無力感。此個案的照護不僅是對其生理健康的照顧，更關乎其心理狀態的支持與情感的重建。對於年輕中風個案來說，及時的復健可以顯著改善神經功能，進而提升其生活品質。因此，照護模式的核心目標是協助個案重新建立正向的生活態度，面對疾病帶來的挑戰，並最終實現回歸正常生活的希望。

文獻探討

一、急性腦中風醫療處置與護理

腦中風是指腦部血流受阻，導致暫時性或永久

性腦功能異常，產生肢體偏癱、吞嚥困難或言語障礙等症狀。多數為缺血性腦中風，發病 4.5 小時內，若腦中風量表（NIH Stroke Scale, NIHSS）評分在 4 至 25 分且無出血及凝血異常，可施打靜脈血栓溶解劑（rt-PA）。若遇大血栓，需在 6 至 24 小時內進行顱內血栓移除術，以恢復腦血流。術後需觀察生命徵象、神經學變化及異常出血情形 [2]。

二、腦中風後生理健康問題與護理

（一）吞嚥障礙

吞嚥困難是腦中風常見之後遺症，未注意會導致脫水、營養不良或吸入性肺炎，但多數在發病後三個月會逐漸緩解 [4]。故腦中風患者在進食前應儘早接受吞嚥篩檢，三階段吞嚥功能評估與標準化吞嚥評估為常見篩檢工具，若未通過，可考慮先留置鼻胃管取代由口進食，並尋求跨團隊協助，請語言治療師及營養師依功能性由口進食量表（Functional Oral Intake Scale, FOIS）評估吞嚥進食能力，並藉國際吞嚥障礙飲食標準（International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, IDDSI）量身設計餐點與調整質地 [5]。此外，可指導：1. 改變進食姿勢，下巴內縮、將頭傾向健側及轉頭向患側，增加食團推動力；2. 在吞嚥前先給予提示，促進口腔傳送及吞嚥的啟動；3. 藉冷及碳酸液體刺激咽喉，改善吞嚥反應時間；4. 口腔與咽部運動，如下頰抗阻力、謝克氏及舌頭把持運動等；5. 臉頰按摩，增強臉部肌肉感覺及運動控制力 [4,6]。

（二）身體活動功能障礙

中風後肢體活動功能障礙，導致日常活動需仰賴他人，早期復健介入有助於功能修復，可分為三個復健階段：1. 「急性期」在排除禁忌症後，一周內應予以適當的床邊被動或主動關節運動，指導正確肢體擺位，避免靜脈栓塞或壓傷產生，利用枕頭或副木維持正常的功能位置與預防關節攣縮；2. 「急性後期」3-6 個月為復健黃金期，應積極協同物理及職能治療師，提供個別性復健計畫、設立漸進式完成自我照顧活動目標及指導輔具使用，期待得以增進日常生活獨立性；3. 超過 6 個月，便進入「慢性期」，功能進步幅度趨緩，此階段屬維持性

的復健治療 [7,8]。

（三）言詞溝通障礙

中風約 35-40% 會影響到大腦語言中樞，導致理解與表達能力受損，即所謂的失語症，可分為表達型、理解型及全面性三大類，其中「表達型」失語症為可理解並聽懂他人所說之意，但卻無法流暢表達言詞，說話會片段、結巴、找字困難或自創新語，常因溝通障礙而感到挫折 [9]。溝通技巧包括：1. 選擇安靜環境，放慢說話速度；2. 問句不可過於冗長，予充分時間接收訊息及整合處理；3. 當無法完整表達字句，適時給予前 1-2 個字詞提示；4. 併用語言和非語言溝通，藉由手勢、手寫溝通板或圖卡引導表達；5. 陪伴朗誦刊物或唱歌，練習說話；6. 從有興趣事物切入，鼓勵保持溝通動機，提升溝通意願 [10]。

二、腦中風後心理調適與護理

腦中風常為無預警的突發事件，輕者僅是短暫影響日常生活功能，重者則可能長期喪失對身體自主權，對年輕型腦中風因角色改變易對現況及未來感到缺乏控制力、無助與失落，甚至不知該如何尋求協助與資源，進而產生無力感 [11]。可藉 Braga 與 Cruz（2009）無力感評估工具（Powerlessness Assessment Tool, PAT）進行篩檢，包含：執行行為能力、對決策的自我認知能力及情緒控制反應，共 12 題，總分 60 分，分數越高表示無力感越強烈。此時照護重點為：（一）情緒支持：主動關心與傾聽，建立良好護病關係；（二）資訊性支持：提供疾病相關衛教，增加對疾病的認知；（三）實質性支持：偕同跨團隊資源，提供個別性照護計畫，發揮尚存功能，增進自我控制力；（四）溝通協調性支持：扮演病人、家屬及醫療團隊間溝通協調的橋樑 [12,13]。

護理過程

一、個案簡介

沈先生，41 歲，大學畢業，慣用語言為國台語，信仰道教，2024 年 2 月 5 日因腦中風出院返家休養，先前於中藥製造公司上班，經濟穩

定，3年前與妻子離異，膝下無子，爸媽健在，有一弟，雖獨自住在公司宿舍，但家庭關係融洽，住院期間母親為主要照顧者，父親及弟弟

每日也都會來探視個案。

二、疾病求醫過程

個案無特殊過去病史，就醫歷程如下：

護理期間	1/31右側肢體無力且無法說話入院，電腦斷層血管攝影術發現雙側基底節及丘腦梗塞，施打rt-PA後入加護病房觀察。
	2/1意識狀態E4V5M6，四肢肌力:右側肢體4分；左側肢體5分，轉出普通病房續治療。
	2/5意識狀態E4V5M6，四肢肌力皆5分，出院休養。
	2/6早上仍騎車出門買飯，晚間再次肢體無力且無法說話，倒臥在地被同事發現，又入院，意識狀態E3V2M6，僅能發出單音，喝水嗆咳，口水由右嘴角流出，四肢肌力：右側肢體0分；左側肢體4分，頭頸核磁共振顯示左側放射冠及基底核梗塞，評估NIHSS分數11分。
	2/7會診中醫、復健師、語言治療師、營養師及社工師。
	2/13意識狀態E4V3M6，可說出簡短片語，喝液體食物藉增稠劑使用無嗆咳，四肢肌力：右側肢體3分；左側肢體5分，予會診腦中風個案師評估轉復健醫院之資格。
	2/18透過腦中風急性後期照護計畫，個案順利轉復健醫院續治療。

護理評估

筆者於2024年2月6日至2月18日護理期間共13天，藉觀察、傾聽、直接照護、身體評估及查閱病歷收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態模式進行整體性評估確立健康問題，內容如下：

一、健康認知及健康處理型態

個案中風前自認自己還年輕，無定期健康檢查，以往小感冒或身體任何不適會至診所就醫。平時生活規律，不會抽菸及嚼檳榔，僅偶爾與朋友聚會時會小酌。住院期間皆可遵從醫療團隊指導，且會主動關心自己的生命徵象變化及相關檢查結果，經評估個案無此健康問題。

二、營養及代謝型態

個案2/6身高172cm，體重64kg，依身體質量指數(Body Mass Index, BMI)值為21.6，屬於正常範圍，抽血：Albumin 4.4g/dL、Hb 14.9g/dL、Cho. Total 189mg/dL、TG 133mg/dL、HbA1C 5.9%；檢視口腔黏膜完整，全身皮膚完整，四肢無水腫或脫水情形，依Braden Scan評估壓瘡危險因子分數為19分，屬於低等危險。個案中風前不挑食，每餐可吃

完一份便當，但2/6因中風又再次入院，案母表示：「在急診餵他喝水都會從右嘴角流出來，而且還會一直咳嗽，咳到整張臉都發紅。」，透過三階段吞嚥功能篩檢，個案喝3ml開水吞嚥後立即發生嗆咳且流涎，故醫生建議先留置鼻胃管取代由口進食，但病人強烈搖頭拒絕。2/7語言治療師評估個案喉部上抬可、張口約3指、伸舌約0.5公分、右唇閉合不佳且舌頭前吐肌耐力差；功能性由口進食量表(FOIS)分數為4級，只能進食單一質地食物；2/7營養師建議個案每日需攝取總熱量2,000-2,200大卡，飲水量約2,000cc，予國際吞嚥障礙飲食標準(IDDSI)評估分數為4分，僅能吃糊狀質地食物。2/7觀察案母要餵個案喝水，個案搖頭拒絕，案母表示：「他怕嗆到，幾乎整天都不太願意吃東西。」，經評估個案有「吞嚥功能障礙」之健康問題。

三、排泄型態

個案中風前每日可自解一至兩次黃褐色軟便，小便自解暢，2/6抽血：Na 138.9mmol/L、K 3.98mmol/L、Creatinine 0.88mg/dL，觸摸腹部柔軟無壓痛，聽診腸蠕動音8-10次/分。中風再次入院配合口服軟便劑Sennoside一顆睡前服用，約1-2

日自解一次成形黃褐色軟便；每日尿量約 1,200-1,800ml，2/7 尿液檢查報告正常，經評估個案無此健康問題。

四、活動及運動型態

個案中風前無規律運動習慣，2/5 中風出院返家，四肢肌力為 5 分，生活可自理。2/6 個案再次入院，呼吸平順，SPO₂ 可達 98%，四肢末梢溫暖，周邊血管回填正常，右側肢體肌力變為 0 分，左側肢體肌力變為 4 分，予測量四肢活動度時，個案試圖提起右側肢體，但卻使不上力，出現皺眉搖頭，且有哭泣情形，且案母表示：「他右手怎麼會變這樣？不是剛出院？會不會一輩子都這樣呀？」，依巴氏量表評估個案日常生活功能分數為 25 分，進食須由家屬將餐點擺置床上桌，個案可用左手拿湯匙進食，但沐浴、更衣及大小便清潔都需仰賴家人協助，屬嚴重依賴性。2/7 觀察個案坐高進食身體會右偏，用左手吃濃粥，不甚打翻，無奈長嘆一聲，並不斷揉捏右手，經評估個案有「身體活動功能障礙」及「無力感」之健康問題。

五、睡眠及休息型態

個案中風前因工作關係可維持早睡早起之生活習慣，睡眠品質佳，可入睡 7-8 小時不中斷。中風再次住院，2/7-2/8 觀察個案白天多閉眼休息，但未熟睡，夜間總是動來動去難以入睡，偶爾會拍打右側肢體或試圖抬起，爾後即出現無奈的神情，但因個案處於中風急性期，故無法予安眠藥物處置；2/9 起個案開始密集復健，早上下午至少一次，各 30 分鐘，觀察個案難入睡情形可緩解，經評估個案無此健康問題。

六、認知及感受型態

個案因近視有配戴眼鏡，會談用正常音量，可集中注意力聽取護理指導，長期和短期記憶力無衰退，知覺和嗅覺正常。2/6 意識狀況 E4V2M6，雙眼瞳孔 3.5mm，對光皆有反應，頭頸部核磁共振顯示傷及左放射冠及基底核區，能理解他人說話內容，但無法正常對答及書寫出想表達之意，為表達性失語症。2/6 詢問個案姓名，吃力地試圖發出聲音：「啊…我…」，隨後指著自己的嘴巴搖頭擺手；2/7 向

案母表達要協助尿壺如廁，但案母無法理解，導致個案來不急卻尿濕床單；2/8 案弟試圖讓個案藉寫字溝通，但卻看不懂個案寫些什麼；2/6-2/8 觀察個案常因說不出完整語句或對談對象無法理解，神情氣餒，放棄再溝通，經評估個案有「言詞功能障礙」及「無力感」之護理問題。

七、自我感受與自我概念型態

個案中風前個性開朗、知足，不喜歡麻煩他人。突如其來又再次中風入院，讓個案措手不及，2/6 詢問病史時，個案神情落寞，有哭泣情形，努力想移動右側患肢及說話，卻無能無力，依無力感評估工具 (Powerlessness Assessment Tool, PAT) 評估個案無力感程度高達 36 分；2/8 案母表示：「從小他就很獨立，現在這樣，我知道他一定不好受。」，同時拍拍個案，個案也默默地用左手緊握母親的手，經評估個案有「無力感」之健康問題。

八、角色關係型態

個案為 41 歲壯年，3 年前與妻子離異，膝下無子，父母健在，有一弟，平時家人相處和樂，有問題可共同討論並決策，住院期間由父母及弟弟輪替照顧。根據艾瑞克森發展任務，個案正處於生殖或停滯階段，不僅需對家庭與社會承擔重要責任，同時應扮演照顧者的角色，現在卻因為腦中風變成被照顧者，2/7 案弟表示：「你要努力好起來，我們都會陪著你。」，觀察個案低下頭，默默無語，搖頭要案弟不要再提，顯然對於自己現狀無法改變感到無力，經評估個案有「無力感」之健康問題。

九、性及生殖型態

個案生殖器外觀正常，雙側睪丸對稱，陰囊無水腫，尿道口無分泌物，經評估個案無此健康問題。

十、因應壓力及耐受型態

個案中風前面對難題會盡自己所能尋求資源或解決辦法，若難以決策，會與家人協商，但再次中風，面對突如其來身體機能重大的變化，讓他難以招架，2/6 出現哭泣的情形，2/7-2/8 觀察個案常對著天花板發呆，住院期間由母親照顧，因母親年齡已 68 歲，尚可協助個案完成基本日常照顧，案母表示：「他一向都很堅強的，現在這樣連說話都說

不好，他一定很焦急害怕。」，經評估個案有「無力感」之健康問題。

十一、價值及信念型態

個案宗教信仰為道教，不迷信，偶會前往廟裡祈求拜拜，住院期間家屬有至廟宇替病人祈求儘早康復，觀察個案病人服有別上平安符，經評估個案無此健康問題。

問題確立

綜合以上評估，歸納分析個案有 4 項健康問題，並依 Maslow 理論以生理需求優先進行健康問題排序：一、吞嚥障礙；二、身體活動功能障礙；三、言詞溝通障礙；四、無力感之健康問題，針對個案的健康問題提供相關護理措施整理如下表：

一、吞嚥障礙/與神經肌肉控制失調有關 (2/6-2/15)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：2/6案母表示：「在急診餵他喝水都會從右嘴角流出來，而且還會一直咳嗽，咳到整張臉都發紅。」</p> <p>S2：2/7案母表示：「他怕噎到，幾乎整天都不太願意吃東西。」</p> <p>O1：2/6透過三階段吞嚥功能篩檢，個案喝3ml開水吞嚥後立即噎咳且流涎，醫生建議留置鼻胃管取代由口進食，觀察到病人強烈搖頭拒絕。</p> <p>O2：2/7語言治療師評估個案喉部上抬可、張口約3指、伸舌約0.5公分、右唇閉合不佳且舌頭前吐肌耐力差。</p> <p>O3：2/7功能性由口進食量表分數為第4級，國際吞嚥障礙飲食標準評估分數為4分，表示個案只能進食糊狀質地的食物。</p> <p>O4：2/7觀察案母要餵個案喝水，個案搖頭拒絕。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.2/8前母親可說出吞嚥障礙徵象或由口進食注意事項至少兩項。</p> <p>2.2/10前個案在母親協助下每日至少執行一次吞嚥復健運動。</p> <p>3.2/15前個案每餐至少可吃完2/3量餐點，無噎咳發生。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1-1 2/6藉衛教單張指導母親吞嚥障礙症狀，如：進食後咳嗽、流涎、食物殘留於口腔或進食時間延長。</p> <p>1-2 2/7指導個案及母親進食技巧及注意事項如下，並持續監測執行成效，視需要予以澄清或指導錯誤觀念或技巧：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.進食前採坐姿60-90度，墊枕頭於背部讓身體微向前傾。 2.餐點置中擺於桌上，避免忽略患側，再由左側小口餵食，將食物放置舌後1/2處，確認食物吞下後再吃下一口。 3.指導進食後將頭傾向左側及轉頭向右側，以利食團推進，並深吸氣，閉氣後吞嚥，再做清喉嚨動作。 4.指導喝水或吃流質食物可添加食物增稠劑，避免使用吸管。 5.鼓勵個案自己進食，選擇輕的塑膠杯、底面大的碗及把柄大的平面鐵湯匙，避免打翻食物，降低自己進食意願。 6.觀察進食過程有無咳嗽、紀錄進食量及食物口腔殘留情形。 7.提醒進食過程避免聊天或催促用餐，讓個案能專心由口進食。 8.於餐後協助口腔清潔，避免食物殘留在右側口腔內。 <p>2-1 2/7偕同語言治療師每兩天評估個案吞嚥狀況，並與個案及案母共同擬定及調整吞嚥復健計畫內容如下表，且藉圖卡輔助指導：</p>

一、吞嚥障礙/與神經肌肉控制失調有關 (2/6-2/15) (續)

	<p>強化口腔肌肉 一天3次，一次15下</p>	
<p>護理措施</p>	<p>強化咽喉肌肉 一天3次，一次15下</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 用力咳嗽。 2. 盡可能大聲發假聲高音「丫」。 3. 平躺於床上不墊枕頭，保持肩膀不動，頭抬高至能看到腳趾頭，維持一分鐘後放下。 
	<p>強化吞嚥反射敏感度 兩天1次，一次10下</p>	<p>利用檸檬汁製作小冰塊，按壓左右兩側前咽門弓。</p> 
<p>2-2 2/9請案母協助錄影吞嚥復健步驟，以利平時個案可練習使用。</p> <p>2-3 在吞嚥訓練過程，觀察個案有進步時，給予正向鼓勵與回饋，強化其持續執行吞嚥復健動機。</p> <p>3-1 2/7偕同營養師依個案吞嚥狀況及營養所需提供糊狀質地食物，如：糙米粥糊或果泥等，一天共6餐。</p> <p>3-2 2/9指導個案及案母如何判別糊狀質地，得以準備個案喜歡的食物，可藉餐叉或湯匙傾斜測試，輕壓食物後會產生壓痕，在湯匙上會成型，傾斜會慢慢滑落。</p> <p>3-3 依吞嚥狀況請營養師漸進式調整食物質地，讓個案可以保有進食樂趣。</p>		

一、吞嚥障礙/與神經肌肉控制失調有關 (2/6-2/15) (續)

<p>護理評估</p>	<p>1.2/7案母表示：「讓他吃飯前，我都會讓他先坐高，而且都有按照你們教的在水中加那個（指向食物增稠劑），這樣他喝水真的比較不會嗆到！」</p> <p>2.2/9-2/10觀察早晚飯後，母親或弟弟會拿鏡子，陪同個案練習吞嚥運動。</p> <p>3.2/9-2/15個案的進食狀況顯著改善。初期食物在右側口腔內有部分殘留，但隨著進食方式的調整和治療的進行，個案逐漸能夠完全進食，且在飲水時沒有再出現嗆咳或流涎的問題。</p> <p>進食變化記錄如下：</p> <p>2/9進食地瓜泥和芝麻糊，食物部分殘留右側口腔內，未觀察到嗆咳或流涎。2/10使用水加增稠劑至花蜜狀進食稀飯剝碎餐，每次進食50ml，無嗆咳或流涎。2/13進食量提升至全餐的2/3，仍然使用增稠劑的水來輔助進食，無食物殘留，無嗆咳或流涎。2/15進食軟質餐及喝水不需添加增稠劑，能夠進食全量，食物不會殘留於口腔，喝水時無嗆咳或流涎。</p>
--------------------	---

二、身體活動功能障礙/與右側肢體偏癱有關 (2/6-2/18)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：2/6案母表：「他右手怎麼會變這樣？不是剛出院？會不會一輩子都這樣呀？」</p> <p>O1：2/6個案右側肢體肌力變為0分，左側肢體肌力變為4分，試圖提起右側肢體，卻使不上力，出現皺眉搖頭及哭泣情形。</p> <p>O2：2/6依巴氏量表評估個案日常生活功能分數為25分，進食須由家屬將餐點擺置床上桌，個案可用左手拿湯匙進食，但沐浴、更衣及大小便清潔都需仰賴家人協助，屬嚴重依賴性。</p> <p>O3：2/7觀察個案坐高進食身體會右偏，用左手吃濃粥，不甚打翻，無奈長嘆一聲，並不斷揉捏右手。</p>		
<p>護理目標</p>	<p>1.2/7前個案在母親協助下能正確執行右側肢體被動關節運動2-3次/天，且無壓傷及關節攣縮僵硬情形。</p> <p>2.2/15前個案巴氏量表分數可增加至60分，在母親及左手輔助下可完成進食、臉部盥洗、使用尿壺如廁及床上擦澡等部分日常生活功能活動。</p> <p>3.2/18前個案可藉四腳助行器下床行走至少50公尺。</p>		
<p>護理措施</p>	<p>1-1 2/6衛教個案及案母正確肢體擺位及執行左側肢體被動關節活動之重要性，可避免關節攣縮、強化肌肉力量及預防壓傷等。</p> <p>1-2 2/6指導個案及案母翻身技巧及使用防壓墊與枕頭於肩胛、背部、薦椎、髖部及足踝等骨突處進行防壓，且藉回覆示教追蹤其執行成效。</p> <p>1-3 2/7指導案母協助個案執行右側肢體被動關節運動如下圖：</p> <table border="1" data-bbox="341 1872 1434 2063"> <tr> <td data-bbox="341 1872 596 2063"> <p>被動全關節運動 每個關節至少10次，3次/天</p> </td> <td data-bbox="603 1872 1434 2063"> <p>1. 手肘屈曲-伸直 2. 手指/手腕關節運動 (1) 將大拇指虎口張開，彎曲伸直手指。 (2) 順時針/逆時針旋轉手腕。</p> </td> </tr> </table>	<p>被動全關節運動 每個關節至少10次，3次/天</p>	<p>1. 手肘屈曲-伸直 2. 手指/手腕關節運動 (1) 將大拇指虎口張開，彎曲伸直手指。 (2) 順時針/逆時針旋轉手腕。</p>
<p>被動全關節運動 每個關節至少10次，3次/天</p>	<p>1. 手肘屈曲-伸直 2. 手指/手腕關節運動 (1) 將大拇指虎口張開，彎曲伸直手指。 (2) 順時針/逆時針旋轉手腕。</p>		

二、身體活動功能障礙/與右側肢體偏癱有關(2/6-2/18)(續)

	<p>被動全關節運動 每個關節至少10次，3次/天</p>	<p>3. 下肢關節運動</p> <p>(1) 外轉/內轉：一手托住腳底，一手控制膝關節，順時針/逆時針活動髁關節。</p> <p>(2) 外展/內收：一手托住腳踝，一手托住膝關節下方，將大腿外展至最大角度維持30秒。</p> <p>(3) 膝關節運動：一手托住腳底，一手控制膝關節，將膝蓋朝向對側肩膀方向彎曲。</p> <p>(4) 踝關節運動：手掌放腳跟下，以前臂抵住腳底，做出踝關節背曲動作，最大角度維持30秒。</p> 		
<p>護理措施</p>	<p>2-1 2/7請案母購買尿壺至於左邊床旁，視需要協助個案如廁及清潔。</p> <p>2-2 2/7依個案肢體功能佈置環境，如：將床旁桌置於左側，將水杯、面紙及叫人鈴放於其上，以便使用。</p> <p>2-3 2/7請母親準備較輕的塑膠杯、底面大的碗及把柄大的平面鐵湯匙讓個案練習用左手進食。</p> <p>2-4 2/8指導案母準備擦澡及臉部盥洗用物，讓個案用左手拿毛巾擦拭臉部、身體可及之範圍及刷牙。</p> <p>2-5 2/9指導個案與案母更換衣褲技巧，先脫左側再脫右側，而穿衣時應先穿右側再穿左側。</p> <p>3-1 2/7偕同復健師、個案及案母一同擬定具個別性之復健計畫如下表：</p> <table border="1" data-bbox="336 1458 1436 2067"> <tr> <td data-bbox="336 1458 592 2067"> <p>主動關節運動 2/7-2/9 2次/天，20下/次</p> </td> <td data-bbox="592 1458 1436 2067"> <p>1. 舉臂運動：左手帶右手高舉過頭，停留5秒。</p> <p>2. 抬腳運動：將左腳置於右腳下方抬起。</p> <p>3. 抬臀運動：雙腳撐住，臀部上抬。</p>  </td> </tr> </table>		<p>主動關節運動 2/7-2/9 2次/天，20下/次</p>	<p>1. 舉臂運動：左手帶右手高舉過頭，停留5秒。</p> <p>2. 抬腳運動：將左腳置於右腳下方抬起。</p> <p>3. 抬臀運動：雙腳撐住，臀部上抬。</p> 
<p>主動關節運動 2/7-2/9 2次/天，20下/次</p>	<p>1. 舉臂運動：左手帶右手高舉過頭，停留5秒。</p> <p>2. 抬腳運動：將左腳置於右腳下方抬起。</p> <p>3. 抬臀運動：雙腳撐住，臀部上抬。</p> 			

二、身體活動功能障礙/與右側肢體偏癱有關 (2/6-2/18) (續)

護理措施	<p>坐姿訓練 2/10-2/12 3次/天</p>	<p>1. 指導雙腳與肩同寬，肩膀放鬆兩肩同高，雙手放大腿。 2. 調整床高，使雙腳可踩穩在地上，髖及膝蓋彎曲90度。 3. 提醒挺胸坐穩，眼睛注視前方。</p>
	<p>輪椅轉位 2/13-2/15 3次/天</p>	<p>1. 指導輪椅置左側，與床呈45度，固定輪椅收起踏板。 2. 指導案母站於右側，以腳支撐膝蓋，抓住褲頭後轉位。 3. 指導個案左手扶輪椅扶手，以左側當支點轉身坐到輪椅。</p>
	<p>行走訓練 2/16-2/18 3次/天</p>	<p>1. 指導案母攙扶個案右側，單拐拿在左側。 2. 使單拐先行，右側在後，最後再移動左側。</p>
<p>3-2 2/10請案母錄製個案復健過程，除課後可藉影片複習，且能比較進步之處，可強化個案持續努力復健之動機。</p> <p>3-3 每次復健結束，邀請個案、案母與復健師一同評值復健成效，並依個案耐受性調整復健計畫與進度。</p> <p>3-4 2/13偕同中風個案師評估轉介復健醫院，同時提供居家復健所、輔具租借及復康巴士等申請方法，為出院做準備。</p>		
護理評估	<p>1.2/7-2/10觀察母親定時於三餐飯後予個案執行右側肢體被動關節運動，且個案無壓傷或關節攣縮僵硬情形發生。</p> <p>2.2/11-2/13觀察個案在復健師指導下，可積極配合坐姿訓練及輪椅轉位，且也會自主執行舉臂或抬臀等主動關節運動。</p> <p>3.2/15個案巴氏量表分數可達65分，在母親及左手輔助下可完成進食、臉部盥洗、自己使用尿壺如廁及身體擦澡之日常活動。</p> <p>4.2/18個案可正確使用單拐下床行走至少50公尺。</p>	

三、言詞溝通障礙/與表達性失語症有關 (2/6-2/14)

主/客觀資料	<p>S1：2/6詢問個案姓名，吃力地試圖發出聲音：「啊…我…」。</p> <p>S2：2/8案弟試圖讓個案藉寫字溝通，但卻看不懂個案寫些什麼。</p> <p>O1：梗塞處為左放射冠及基底核區，能理解他人說話內容，但無法正常對答及書寫出想表達之意，為表達性失語症。</p> <p>O2：2/6詢問個案問題，觀察到因無法流暢表達，指著自己的嘴巴搖頭擺手。</p> <p>O3：2/7向案母表達要協助尿壺如廁，但案母無法理解，導致個案來不急卻尿濕床單。</p> <p>O4：2/8觀察個案常因說不出完整語句或對談對象無法理解，神情氣餒，放棄再溝通。</p>
護理目標	<p>1.2/9前個案可藉手勢、圖片或實物等非語言方式表達讓母親瞭解需求。</p> <p>2.2/15前個案至少能講出一句連續不間斷的完整句子。</p>
護理措施	<p>1-1 2/6表達能同理個案對語言溝通之困難，暫不勉強說話，鼓勵用手勢、點頭或搖頭等非語言方式表達其意。</p>

三、言詞溝通障礙/與表達性失語症有關 (2/6-2/14) (續)

<p>護理措施</p>	<p>1-2 2/7偕同個案與案母建立溝通默契，如：手比1或點頭表「是」；比2或搖頭表「不是」；假裝持水杯倒向口中，表「想喝水」；手拍拍褲子，表「想解尿」等，以傳達日常需求。</p> <p>1-3 2/7指導案母與個案溝通技巧如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營造安靜環境，避免吵雜聲音干擾對談。 2.說話放慢速度，可重覆談話重點。 3.一次只詢問一個問題，避免句子過於攏長，可先以封閉式問句進行溝通，如：「肚子嗎？」、「要尿尿嗎？」 4.耐心傾聽，給予充分時間進行表達。 5.無論個案回答內容長短，適時給予讚美，建立自信心。 <p>2-1 2/7偕同語言治療師，開始一週2次的語言復健訓練，指導口語表達技巧、構音重建及物品命名練習等課程。</p> <p>2-2 2/9請案母準備平板，下載個案有興趣之文章或圖片，每天至少兩次藉由閱讀練習，以增強表達能力、學習發音與各種物品之命名。</p> <p>2-3 2/10鼓勵案母及案弟可藉周遭生活主題或個案感興趣之事物進行討論，如：籃球賽事，以增加其表達的機會及意願。</p> <p>2-4 2/12請案母準備白板，讓個案練習持筆寫字，增進書寫溝通能力。</p>
<p>護理評值</p>	<p>1.2/8觀察個案與會以手勢輔佐，盡可能說出需求，如：「我…尿…(比向尿壺)」、「機…(招手)」，向母親表達想如廁及要拿取手機。</p> <p>2.2/10觀察案母每天都會偕同個案一起挑選一則有興趣之網路文章，陪同練習發音及表達能力。</p> <p>3.2/12個案觀看球賽，吃力說出：「跑…起！好…球。」</p> <p>4.2/14個案清楚地對母親說：「我會…努力復健，不擔心！」</p>

四、無力感/與自身狀況感到無助有關 (2/6-2/18)

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：2/7案母表示：「他一向都很堅強的，現在這樣連說話都說不好，他一定很焦急害怕。」</p> <p>S2：2/8案母表示：「從小他就很獨立，現在這樣，我知道他一定不好受。」</p> <p>O1：2/6予測量四肢動度時，個案試圖提起右側肢體，但卻使不上力，出現皺眉搖頭，且有哭泣情形。</p> <p>O2：2/6個案神情落寞，有哭泣情形，努力想移動右側患肢及說話，卻無能無力，依無力感評估工具 (Powerlessness Assessment Tool, PAT) 個案無力感程度高達36分。</p> <p>O3：2/7案弟表示：「你要努力好起來，我們都會陪著你。」，觀察個案低下頭，默默無語，搖頭要案弟不要再提，顯然對於自己現狀無法改變感到無力。</p> <p>O4：2/7-8觀察個案白天多閉眼休息，不然就是對著天花板發呆，而夜間則是動來動去難以入睡，偶爾會拍打右側肢體或試圖抬起，爾後即出現無奈的神情。</p> <p>O5：2/8觀察個案用左手吃濃粥，不甚打翻，無奈長嘆一聲，並不斷揉捏右手。</p>
----------------------	---

四、無力感／與自身狀況感到無助有關（2/6-2/18）（續）

護理目標	1.2/10前個案願意表達心中感受及想法。 2.2/15前個案能對生活控制感增加，朝向獨立生活及返回職場目標邁進。
護理措施	1.2/6主動向個案自我介紹，告知目前治療照護重點，並以同理態度了解個案對於目前疾病之困境及挫折感受。 2.2/7偕同醫師於查房時，向個案及案母解釋後續治療方向、黃金期積極復健之重要性及復原之可能性，以減少個案對未來之無力感，並強化其復健之動機。 3.2/7轉介社工師予情緒支持，讓其保有提問空間，並耐心澄清疑惑。 4.2/7-2/10指導個案參與自己的日常生活照護活動，如：進食、如廁、臉部盥洗、床上擦澡及更衣等，以建立起自我照顧之自信心。 5.2/9鼓勵個案參與復健計畫討論，如：復健項目、練習次數與時間安排，以增加對治療的參與度。 6.2/9請案母藉錄製影片方式記錄個案復健之成效與進展，並依進步處給予鼓勵；若未完成，則了解其困難處，並一同討論解決方案。 7.2/11引導個案思考自我價值與現存能力，並鼓勵強化運用左側肢體協助完成部分日常生活活動，當達成活動時給予正向回饋。
護理評估	1.2/10個案向物理治療師詢問：「我…會…好吧？」 2.2/11個案主動詢問肢體復健與語言訓練的時間及項目，表示：「我…會好好配合。」 3.2/15個案清楚地對母親說：「我會…努力復健，不擔心！」 4.2/18個案向護理師表達謝意，表示：「謝謝你們！讓我有信心會越來越好。」

討論與結論

個案正處壯年期，原本期待康復後能重返熱愛的工作崗位，卻在出院不久後再次中風，導致右側肢體乏力、吞嚥困難及言詞表達障礙。因日常生活需依賴他人，個案對未來充滿不確定性，情緒低落、無力感強烈，對復健動力造成顯著影響。筆者發揮護理的獨特性，與家人及社工師一同陪伴個案面對病程變化帶來的心理衝擊。協同語言治療師、營養師和物理復健師，共同制定具個別性和階段性的肢體、吞嚥及語言復健計畫，成功幫助個案解除鼻胃管的放置危機，恢復溝通能力，並在單手杖的輔助下能夠下床活動，重拾生活的自信。跨團隊的合作顯著提升個案的整體照護成效。

在照護過程中，最困難的挑戰是協助個案突破因中風後無力感所帶來的低落情緒。由於缺乏這方面的護理經驗，筆者面臨未能適切表達同理

心的困難。然而，透過與社工師的緊密合作，成功幫助個案逐漸願意抒發情感，勇敢面對疾病帶來的挑戰，努力進行復健並學習自我照顧技巧。最令人欣慰的是，個案最終能夠步行出院，並感謝我們的支持，說道：「謝謝你們，讓我有信心會越來越好。」

這次護理經驗讓筆者深刻體會到護理的價值。不僅要提供生理照護，心理支持與情感重建同樣不可忽略。基於這些困難與挑戰，筆者提出以下建議：首先，臨床單位應定期召開特殊個案的跨領域團隊會議，透過不同領域的專家提供更全面的協助。其次，應加強護理人員在心理支持的訓練，以提升對情緒低落個案的照護能力，再者應根據個案的具體情況與復健師共同制定個別化、階段性的復健計畫，來提升照護效果。同時，應增加家屬在照護過程中的參與度，讓家屬能在情感支持和日常照護上提供更多幫助。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：民國112年主要死因分析結果。2023。
2. 林浚仁：急性缺血性腦中風之動脈內血栓移除治療－黃金時間窗拓。臨床醫學月刊 2024；93（4）：209-213。
3. 戴秀好、李雅雯、劉子菁 等：年輕型腦中風病人初次罹病經驗之質性研究。榮總護理 2021；38（4）：389-398。
4. 孫淑芬、張炳鑫、許健威 等：腦中風後吞嚥障礙的復健治療與近期發展。台灣復健醫學雜誌 2021；49（2）：129-145。
5. 蘇慧真：中風後吞嚥障礙。台灣中風醫誌 2023；5（3）：181-185。
6. Kusumaningsih W, Lestari NI, Harris S, et al.: The effectivity of pharyngeal strengthening exercise, hyolaryngeal complex range of motion exercise, and swallowing practice in swallowing function of ischemic stroke patients with neurogenic dysphagia. *Journal of Exercise Rehabilitation* 2019; 15(6): 769-774.
7. 洗鴻曦、劉文欽、楊儀華 等：把握黃金復健時間提升中重腦中風急性後期照護療效。台灣老年醫學暨老年學會雜誌 2021；16（4）：278-289。
8. 徐琦激、林穎函、張詩怡 等：多元創新策略於腦中風病人早期肢體復健計畫。護理雜誌 2020；67（1）：81-88。
9. Hur Y, Kang Y: Nurses' experiences of communicating with patients with aphasia. *Nursing Open* 2022; 9(1): 714-720.
10. 潘怡欣、簡睿穎、謝婕穎 等：提升表達型失語症病人溝通能力。嘉基護理 2022；22（2）：15-25。
11. 施蓉舫、朱若梅、白香菊：被照顧者的無力感概念分析。健康照護科學雜誌 2021；（3）：27-34。
12. 馮容芬：脊髓神經損傷與護理。劉雪娥。成人內外科護理。臺北市：華杏出版社。2018：196。
13. Braga CG, Cruz DALM: Powerlessness assessment tool for adults patients. *SciELO Brasil* 2009; 43(9): 1062-1069.

Nursing care Experiences of a Young Patient with Recurrent Stroke

Ko-Jen Lien, Ciao-Ling Huang, Wei-Na Wang

Department of Nursing, Chi Mei Medical Center

Abstract

This report describes a case of a young patient who initially had an ischemic stroke, with high expectations for recovery and a strong desire to return to work after hospital discharge. However, the patient was hospitalized again after a recurrent stroke just one week later, resulting in right-side hemiplegia, dysphagia, and expressive language disorder. The patient is fully dependent on family members for daily activities and has uncertainty and feelings of helplessness about the future. The nursing care period spanned February 6 to 18, 2014, during which a comprehensive assessment was conducted using Gordon's Eleven Functional Health Patterns to identify health problems, including dysphagia, impaired physical mobility, impaired verbal communication, and feelings of helplessness. Through specialized nursing care and multidisciplinary team collaboration, the patient's food texture was modified, eliminating the need for a nasogastric tube, and speech and communication training restored the ability to communicate. A personalized rehabilitation plan enabled the patient to ambulate at discharge using a single walking stick. A major challenge in this nursing care experience was assisting the patient in overcoming a low mood following a recurrent stroke. Initially, limited experience hindered the full expression of empathy. However, collaboration with social workers assisted the patient to navigate this difficult period and develop self-care abilities. Therefore, it is recommended that clinical units hold regular multidisciplinary team meetings to integrate expert opinions, formulate tailored nursing care plans, and enhance nursing staff training in psychological support, thereby improving care for patients with emotional distress. This nursing care experience may serve as a reference for managing similar cases. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(4):71-83)

Keywords : *Stroke, Dysphagia, Impaired physical mobility, Impaired verbal communication, Helplessness*

Received: March 2025; Accepted: June 2025