

照顧一位脊髓損傷導致下肢癱瘓患者術後護理經驗

涂美蘭¹、廖本立²、呂宛君¹、林邑璇¹

澄清綜合醫院 護理部¹、神經外科²

摘要

本文描述照顧一位 65 歲男性因由高處跌落造成第三至七頸椎損傷導致下肢癱瘓，接受外科手術治療，面對術後傷口疼痛及神經肌肉損傷造成肢體障礙失去控制感之衝擊，而產生無望感之護理經驗。於護理期間 2020 年 1 月 4 日至 2020 年 2 月 4 日，以觀察、會談、身體評估及直接照護方式收集資料，運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行整體性評估，考量篇幅依照護理需求的優先順序，故僅針對探討急性疼痛、身體活動功能障礙及無望感三項護理問題進行探討。在護理過程中，透過協助舒適擺位、教導按摩放鬆及音樂療法轉移注意力，且配合止痛藥物使用，緩解個案疼痛感；共同擬定復健計劃，提供關節運動與肌力訓練，以增進肢體活動力，進而改善身體活動功能障礙；採取主動關懷，傾聽，鼓勵表達內心感受，引導個案能正向思考，及鼓勵積極參與自我照護與訓練，增強正向信心，改善其無望感，使個案重新適應生活。建議在照顧此類患者時，可以運用多媒體工具，強化正確照護知識以增加自我照護之能力，主動提供出院準備服務，並配合個案師後續追蹤，提供完善的整體性照護。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（3）：65-74）

關鍵詞：頸椎損傷、無望感、護理經驗

通訊作者：涂美蘭

通訊地址：台中市區平等街 139 號

E-mail：tumeilan@yahoo.com.tw

受理日期：2021 年 10 月；接受刊載：2021 年 12 月

前言

根據衛生福利部（2020）[1] 統計資料顯示 2019 年十大死因以事故傷害，居國人死因第 6 位，其中外傷性以高處跌落占第二位，約佔 22.4%。文獻指出高處跌落受傷部位以頸椎最多，而毀壞性的創傷常導致脊椎的韌帶結構遭到撕裂，造成不同程度的運動、感覺障礙及麻痺之神經損傷，導致感覺喪失、活動障礙及排泄問題；患者面對失去身體的控制感，日常生活都需依賴他人，易產生失落、哀傷，導致無望感 [2,3]。因此，提供專業知識及個別性的護理照護，協助改善急性期的生理問題及心理問題的調適，是首要照護目標 [2]。本文描述一位 65 歲男性因意外高處跌落造成頸椎骨折壓迫脊神經，接受頸椎壓迫減壓融合固定術。術後照護期間，個案因傷口疼痛，經常皺眉、呻吟，肢體僵硬不敢活動，又面對下肢癱瘓無法動彈，日常生活需依賴他人照顧，導致情緒低落、神情顯哀傷，故引發照護動機。期望藉由提供正確擺位及緩解術後疼痛措施，安排復健訓練，強化肢體功能恢復，提升自我身體活動能力，並協助心理調適，使個案獲得完整連續性照護，協助渡過疾病所帶來的生理不適及活動障礙，進而以正向、積極的態度面對治療。

文獻探討

一、脊髓損傷相關概念

脊髓損傷是指急性外傷性脊髓與神經傷害，會造成不同程度之運動或感覺功能的喪失，完全性的脊髓神經損傷因其神經損傷嚴重，阻礙了大腦神經衝動的傳遞，會使病灶處以下完全喪失運動與感覺

之功能；不完全性的脊髓損傷其脊髓沒有完全損壞和癱瘓，病灶處以下部位會保留部分運動、感覺與反射功能；常見頸椎損傷位置為第 5-7 頸椎，容易造成運動、感覺及大小便功能異常 [2,3,4]。第 3 頸椎以下損傷者呼吸功能正常，可執行部分肩部及上肢動作，但抓握功能會受影響；在急性期可使用高劑量類固醇，以減低頸椎組織的腫脹及增加神經恢復功能的效果，建議儘早接受頸椎壓迫減壓融合固定術，避免造成頸椎神經更大損傷，再藉由復健訓練及強化肢體剩餘功能，可以達恢復獨立生活的能力 [3,5]。若脊髓損傷導致大腦傳達到排尿反射中樞的神經受到影響，造成排尿困難或是尿滯留，無法移除導尿管留置情況下，需長期放置導尿管 [2]。

二、脊髓損傷常見問題及照護重點

脊髓損傷患者因頸椎壓迫接受減壓融合固定術後，因組織壓迫受損、引流管牽扯傷口或不當姿勢及臥位，常有急性疼痛問題，因疼痛出現血壓上升、心跳加快、皺眉、呻吟、肌肉緊繃及僵硬、哭泣等 [6,7]。護理重點為評估疼痛部位、性質及持續時間；以視覺疼痛數字量表（0-10 分）定時評估疼痛指數，疼痛指數為 6-10 分屬中度至重度的疼痛，建議使用強效型鴉片類止痛劑，並依疼痛程度變化，適當調整止痛藥物之劑量；協助使用頸圈固定，維持頸圈鬆緊度約一指腹寬，每天至少鬆開三次（約 10-15 分鐘 / 次），減少移動時的疼痛；提供適當支托，維持舒適臥位；向患者仔細地說明處理疼痛的方法，增加對疼痛的控制感；提供熱敷，維持溫度 40 度，每次 10 至 15 分鐘，以減輕腫脹及肌肉緊張度；教導深呼吸及漸進式肌肉放鬆法，放鬆身體；教導使用鎮靜及消炎止痛療效的精油做肢體按摩，促進舒適；衛教可藉由聽音樂轉移注意力；衛教止痛藥物副作用及注意事項 [6,8,9]。

脊髓損傷因神經受損部位導致神經的感覺及運動喪失，造成四肢動作遲緩、乏力、協調缺失，而有身體活動障礙問題，若能配合復健醫療小組的早期介入，初期可改善神經受損程度，在最短時間內達到最大的功能重建 [2]。護理重點為主動關心，傾聽，陪伴，以開放式溝通，鼓勵表達內心感受；評估四肢肌力變化；提供頸圈固定頸椎，教導每二小時採圓滾木式翻身；維持脊柱平直，教導正確擺

位，側翻時可於背後置一長條枕，使身體與床墊形成 45 度角，並在雙腿間、膝蓋放置枕頭，避免雙腿重疊壓迫；衛教坐起時若出現姿勢性低血壓，頭暈、血壓下降、心搏加速症狀時，應平躺並將下肢抬高；會診復健科，安排復健運動；協助及教導執行上肢主動運動及肩、肘及腕關節運動；協助執行下肢被動運動，髖及膝、踝關節運動，訓練肌力，避免肌肉及關節攣縮；觀察復健運動前後反應及狀況並記錄；執行傾斜床訓練以適應直立姿勢；執行坐姿訓練；教導床與輪椅之間安全轉位；鼓勵家屬主動陪伴及參與患者執行復健運動，提升參與復健之意願 [2,3,5]。

三、脊髓損傷心理問題及照護重點

脊髓損傷患者因神經損傷嚴重，導致肢體活動受限，無法獨立執行日常生活，失去控制力，易產生挫折，對未來生活失去希望，陷入失落、哀傷等情緒，出現無望、恐懼等心理問題 [2,10]。護理重點為詳細說明疾病照護過程及目的；運用同理心，主動關懷，傾聽，引導表達內心感受；教導深呼吸、冥想的放鬆技巧，緩解心理壓力；適當給予讚美，穩定情緒；鼓勵家人陪同患者執行復健活動，以減少孤寂感，並適時給予正向鼓勵及讚美，提升參與復健的動機及自信心；轉介心理師，引導正向因應壓力；協助了解目前身體狀況，加強自我照顧；鼓勵親友陪伴及社交活動，增加感受正向情緒機會；引導想著自己的優點及家人鼓勵的話，提供心理支持；鼓勵參與支持性團體活動，提升自信心，正向面對疾病；藉由宗教上心靈撫慰，提升正向思維 [2,10,11]。

護理過程

一、個案簡介

林先生，65 歲，大學畢業，已婚，育有二子一女，從事貿易工作，已退休；案妻（63 歲）無特別病史，家庭主婦，平日與案妻同住。案子女皆已婚，案長子（34 歲）從事教職，育有一男一女（分別為 3 歲、5 歲）；案次子（32 歲）從事行政工作，育有二女（分別為 2 歲、4 歲）；案女（30 歲）擔任藥師，尚未生育。經濟來源為個案的退休金，經濟狀況小康。住院期間案妻為主要照顧者，案子女於假日會輪替照顧。

二、過去病史及就醫過程

個案有高血壓病史 10 年，平日規律服降壓藥。於 2020/1/3 於清洗自家水塔時不慎從 2 樓高的階梯跌落，當時意識清楚，因頸部疼痛，雙手麻刺感，左肋緣疼痛不適，雙下肢無法移動至本院急診求治。於急診時意識狀況清楚，胸部 x 光檢查顯示左側 1-7 肋骨骨折，胸部電腦斷層顯示左側 1-7 肋骨骨折及左側血胸，放置胸腔引流管；核磁共振攝影檢查顯示 C3-C7 骨折脫位，椎體受壓迫。經醫師建議於 1/4 接受頸椎壓迫減壓融合固定術，術後住院治療，額溫 36.6°C、脈搏 75 次/分、呼吸 16 次/分、血壓 97/67mmHg，依醫囑給予強效型鴉片類止痛劑 Fantanyl 1,000 μ g+N/S 100ml 以 30 μ g/hr 持續靜脈滴注；頸部手術傷口引流管留置，使用頸圈固定頸部；鼻胃管留置，採禁食及減壓引流；左側胸腔引流管留置；導尿管留置。血液檢驗報告 Hb 8.8g/dL，依醫囑輸注 P-RBC 2 Unit。1/7 鼻胃管拔除，改由口進食，採軟質飲食。1/10 會診復健科，安排復健運動計畫。1/11 因無法自解尿，導尿管持續留置。1/14 拔除頸部傷口引流管。1/15 頸部手術傷口癒合良好，予以拆線。1/18 胸部 X 光顯示肺部擴張良好，予以移除胸管；因解尿困難及尿滯留，重新留置導尿管。1/16 開始坐姿訓練。1/26 開始漸進式移位訓練。2/4 病情穩定，安排轉至復健醫院持續復健治療。

三、護理評估

於 2020 年 1 月 4 日至 2020 年 2 月 4 日護理期間，透過觀察、會談、身體評估及直接照護方式收集資料，運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行整體性評估，如下：

（一）健康認知與健康處理型態

個案表示平日感冒不舒服會去診所看醫生。無抽菸、喝酒、吃檳榔習慣，無食物、藥物過敏史。於 2010 年（55 歲）時診斷罹患高血壓，平日定期門診追蹤，規則服用降血壓藥 Olmetec 20mg 1# PO QD，血壓控制在 122-130/80-90mmHg 之間。住院期間有身體不適之症狀會主動提出，對病情或治療處置有疑問會主動詢問，能配合醫療處置。

（二）營養與代謝型態

個案 165 公分，65 公斤，BMI：23.9kg/m²，理

想體重 50.4-65.2 公斤，於標準體重範圍。平時飲食以少鹽清淡為主，三餐正常，不挑食，無食物過敏史，飲水量約 1,200ml/天。1/3 術前血液檢驗報告 Na⁺ 139mmol/L，K⁺ 3.5mmol/L，Hb 12g/dL，Albumin 4.2g/dL，BUN 6mg/dL，Creatinine 0.61mg/dL。1/4 術後禁食，體溫 36.6°C、脈搏 75 次/分、呼吸 16 次/分、血壓 97/67mmHg，依醫囑每日給予靜脈輸液 D5S 1,000ml，D5W 1,000ml 及 Aminopoly-H 500ml 滴注。1/5 頸部傷口引流量約 100ml/天，呈鮮紅色；左側胸管引流量約 300ml/天，呈鮮紅色；血液檢驗報告 Hb 8.8g/dL，Na⁺ 136mmol/L，K⁺ 3.4mmol/L，依醫囑予以輸注 P-RBC 2Unit。1/7 鼻胃管拔除，開始由口進食軟質飲食，營養師評估建議每日攝取熱量 1,740Kcal；案妻會準備三餐，用剝碎的蔬菜和魚煮鹹粥，血液檢驗報告 Hb 9.6g/dL。1/7-1/9 因傷口疼痛影響食慾，進食粥量 1/3 碗。1/14 頸部傷口引流量約 26ml/天，呈淡紅色，拔除引流管。1/15 隨著疼痛改善，食慾逐漸改善，無嗆咳；頸部傷口癒合良好，予以拆線，美容膠覆蓋。1/18 左側胸管引流量約 39ml/天，呈清澈淡黃色，胸部 X 光顯示肺部擴張良好，予以移除胸管；1/20 Na⁺ 132mmol/L，K⁺ 3.2mmol/L，Albumin 4.0g/dL，靜脈輸液改為 D5S 500ml BID。1/23 停止靜脈輸液。1/23-1/30 進食狀況良好，每餐 1 份肉類及 2 份青菜、少許水果，攝取熱量約 1,750 Kcal/天，無腹脹，體重 60 公斤。

（三）排泄型態

個案表示平日每天約解尿 8-9 次，呈清澈淡黃色，量中；平日約 2 天解 1 次黃褐色軟便，量中。1/7 評估 3 天未解便，依醫囑給予緩瀉劑 Dulcolax 5mg 2#st 及口服緩瀉劑 Sennaside 12.5mg 2#HS。1/7-1/13 約每 3 天解 1 次黃褐色軟便，量中，無腹脹，腸蠕動約 13-15 次/分。

1/4 術後導尿管留置，1/4-1/10 尿量約 2,000-2,500ml/天，呈清澈淡黃色。1/11 拔除導尿管後，8 小時未解尿，無尿意感，觸摸膀胱脹滿，個案表示：「下腹部覺得脹脹的，但沒有感覺想解尿。」，膀胱超音波檢查餘尿大於 200ml，協助醫師重新放置導尿管，導出約 350ml 清澈淡黃色尿液。1/12-1/17 早晚各進行 2 次膀胱訓練，皆無尿液感。1/18 導尿管拔除後 8 小時，無尿液感，個案滿臉憂容表示：

「我都沒有想尿尿的感覺？」，觸摸膀胱脹滿，膀胱超音波檢查餘尿約 400ml，經醫師評估後，協助重新置放導尿管，導出約 450ml 尿液，確立有「排尿型態障礙」護理問題。

（四）活動與運動型態

個案表示平日早晚會和案妻一起在住家附近公園散步和運動習慣。1/5-1/8 個案皆臥床，雙手可平行移動，但無法對抗外來阻力，評估左手肌力為 4 分，右手肌力為 3 分；雙下肢完全無知覺，雙腳肌力皆為 0 分；案妻會使用頸圈協助固定頸部及協助個案採圓滾木式翻身，穿衣、沐浴、如廁皆由案妻協助完成，以巴氏量表評估日常生活功能（ADL）為 10 分，屬完全依賴。1/8 案妻協助翻身、擦澡，個案語氣哀怨表示：「已經開完刀，為什麼雙腳還是動不了。」、「都沒辦法自己翻身，什麼事都要太太幫忙，像個廢人。」；以左手握湯匙進食，但因無法自己固定碗盤，情緒顯浮躁，表示：「雙手沒什麼力，只能勉強抬高一點點。」，確立有「身體活動功能障礙」護理問題。

（五）睡眠與休息型態

個案表示平日睡眠約 7 小時，睡眠無中斷，無使用安眠藥輔助睡眠。1/4-1/7 觀察個案有睡眠中斷情形，夜眠約 5 小時，個案表示：「晚上會因為傷口抽痛醒來，睡得不是很好。」、案妻表示：「他晚上都痛到一直醒來，邊睡邊呻吟。」，評估個案因疼痛導致睡眠問題，併入疼痛問題處理。1/15 隨著傷口疼痛緩解，睡眠問題改善，夜眠可達 8 小時，約晚上 11 點就寢早上 7 點起床，白天精神狀況佳。

（六）認知與感受型態

個案意識清楚，五官感覺功能及心智狀態皆正常，可清楚表達疼痛感受。1/4 術後依醫囑給予 Fantanyl 1,000 μ g+ N/S 100ml 以 30 μ g/hr 持續靜脈滴注，個案採平躺姿勢，神情皺眉表示：「脖子開刀傷口好痛，很不舒服。」，疼痛指數 6 分；協助翻身時，個案肢體僵硬，臉色蒼白表示：「翻身時傷口好痛，很難受。」，脈搏 110 次/分、呼吸 24 次/分、血壓 140/92mmHg，疼痛指數 8 分。1/5 個案不願意活動，表示：「一動傷口就很痛，不想動。」，疼痛指數 6 分，確立有「急性疼痛」護理問題。

（七）自我感受與自我概念型態

個案表示自己是獨立、樂天知足的人，不喜歡麻煩別人。1/8-1/14 觀察個案多閉目休息，與家人互動少，話少，常發出嘆息聲，神情顯哀傷。1/15 照護時，個案多閉眼皺眉，語氣顯無奈，嘆氣表示：「我兩隻腳都沒感覺不能動，人生還有什麼希望呢？」。1/16 與個案會談，個案眼角泛淚表示：「大小便都家人處理，做再多治療也無用，有時候真想放棄。」、「傷成這樣，什麼都不能做，只會拖累家人。」，確立有「無望感」護理問題。

（八）角色與關係型態

個案表示平時與案妻同住，案子女皆已婚，假日會帶案孫回家探望，家庭和睦，互動良好。住院期間案妻為主要照顧者。1/12-1/21 案子女常至醫院探望，輪替照顧，給予個案加油打氣，互動良好。1/21 案妻幫個案熱敷及按摩下肢，個案表示：「現在凡事都要靠太太幫忙，擔心她太辛苦，希望努力復健，趕快好起來。」；案妻表示：「他總是怕麻煩我，其實我不會這麼想，我只想著要好好照顧他。」、案女安撫表示：「有我們在你放心！養好身體，我們都等著你回家。」

（九）性與生殖型態

個案已婚，育有二男一女，生殖系統外觀正常，雙側睪丸對稱，陰囊無水腫。個案表示結婚 33 年了，也完成傳宗接代任務，都當好幾年爺爺了，已無性生活，但不影響夫妻感情。

（十）因應與壓力耐受型態

個案表示平日生活重心多以家庭為重；遇到困頓時不會退縮，會找家人一起討論，想辦法解決；遇到不開心的事情，會轉念往好處想，心情就會好些。1/15-1/20 觀察案妻會陪個案一起唸佛經，個案表示：「念經時會專注，比較不會亂想，心也平靜些。」；「這幾天太太都會陪我看慈濟大愛台，看到那些身體殘缺仍能不斷努力往前，讓我感觸很深，也比較有勇氣面對現在的自己。」；1/21-1/23 親友前來探視，陪個案聊天，觀察個案表情愉悅，面有笑容，1/23 個案表示：「身旁親友有空都會來陪我聊天，鼓勵我，讓我有勇氣面對。」

（十一）價值與信念型態

個案信奉傳統民間信仰，認為宗教可以安定

心靈，逢年過節會和家人去廟裡拜拜。個案表示平日會固定捐款給慈善機構，盡自己微薄之力幫助他人。住院期間案女去廟宇為個案求平安符，讓個案配戴在身上，保佑個案能順利出院。1/21 個案表示：「任何東西換不回健康，人在健康的時候，要懂得珍惜，現在變這樣，必須學會堅強。」

問題確立與護理計劃

綜合以上評估，確立個案有多項護理問題，考量照護需求優先順序及礙於篇幅，故僅針對「急性疼痛 / 與手術傷口有關」、「身體活動功能障礙 / 與神經肌肉損傷有關」及「無望感 / 與因下肢癱瘓對未來失去希望有關」進行探討，提供護理計劃如下：

一、急性疼痛/與手術傷口有關（1/4訂）

<p>主 / 客觀資料</p>	<p>主觀資料 S1：1/4 個案表示：「脖子開刀傷口好痛，很不舒服。」、「翻身時傷口好痛，很難受。」 S2：1/5 個案表示：「一動傷口就很痛，不想動。」</p> <p>客觀資料 O1：1/4 術後依醫囑給予 Fantanyl 1,000 μg+N/S 100ml 以 30 μg/hr 持續靜脈滴注，個案採平躺姿勢，神情皺眉，疼痛指數 6 分；協助翻身時，個案肢體僵硬，臉色蒼白，脈搏 110 次 / 分、呼吸 24 次 / 分、血壓 140/92mmHg，疼痛指數 8 分。 O2：1/5 個案不願意活動，疼痛指數 6 分。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 1/5 個案可主動表達疼痛感受。 2. 1/7 個案疼痛緩解，疼痛指數降至 3 分。 3. 1/16 在案妻協助下可執行 2 項緩解疼痛措施。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 1/4 每 4 小時以疼痛十分量表評估傷口疼痛部位、性質、增強因子、持續時間及分數並記錄。 2. 1/4 傾聽及鼓勵個案說出疼痛感受。 3. 1/4 教導案妻用頸圈幫個案固定頸椎，並注意頸圈鬆緊度約一指腹寬，每天至少鬆開三次，每次約 10-15 分鐘，但頸部絕對不可轉動。 4. 1/5 協助個案頸圈固定頸椎，搖高床頭 30 度，用棉被支托雙腳，以維持舒適臥位。 5. 1/5 每班評估個案疼痛指數，與醫師討論適時調整止痛藥劑量，並觀察用藥效果及副作用。 6. 1/5 教導個案閉眼放慢速度做深呼吸，嘴呈 O 字型做吐氣動作 5-10 秒後再完全放鬆，緩解身體的緊張度，轉移注意力。 7. 1/6 教導案妻先確認頸圈鬆緊度合宜，再動作緩慢的幫個案做圓滾木式翻身，避免牽扯傷口導致疼痛。 8. 1/8 請案妻播放個案喜歡的輕音樂 -- 心靈禪樂，轉移疼痛注意力。 9. 1/11 衛教案妻用個案喜歡的薰衣草精油，動作輕緩幫個案按摩四肢，緩解肌肉僵硬疼痛。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1. 1/5 個案表示：「動一下傷口就很痛，所以不太敢動。」、「平躺不動傷口比較不痛。」 2. 1/8 案妻常和個案一起聽心靈禪樂，個案表示：「聽聽音樂，比較不會一直注意傷口痛。」；觀察案妻會先確認頸圈鬆緊度合宜，再動作輕緩的幫個案採圓滾木翻身。個案表示：「翻身時太太會慢慢來，有比較不痛些。」 3. 1/16 隨著疼痛緩解，止痛藥停止使用，疼痛指數約 3 分。案妻動作輕緩協助個案坐於床緣，個案表示：「現在活動比較沒那麼痛了。」 4. 2/4 案妻協助個案下床坐輪椅，個案表示：「現在傷口較不痛了。」，疼痛指數 2 分。 5. 2/10 電訪追蹤關懷，個案表示：「現在已經不太會感覺到痛了。」</p>

二、身體活動功能障礙/與神經肌肉損傷有關 (1/8訂)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>主觀資料 S：1/8 個案語氣哀怨表示：「已經開完刀，為什麼雙腳還是動不了。」、「都沒辦法自己翻身，什麼事都要太太幫忙，像個廢人。」、「雙手沒什麼力，只能勉強抬高一點點。」</p> <p>客觀資料 O1：1/5-1/8 個案皆臥床，雙手可平行移動，但無法對抗外來阻力，評估左手肌力為 4 分，右手肌力為 3 分；雙下肢完全無知覺，雙腳肌力皆為 0 分；案妻會使用頸圈固定頸部及協助採圓滾木式翻身，穿衣、沐浴、如廁皆由案妻協助完成，以巴氏量表評估日常生活功能 (ADL) 為 10 分，屬完全依賴。 O2：1/8 案妻協助翻身、擦澡；以左手握湯匙進食，但因無法自己固定碗盤，情緒顯浮躁。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 1/16 個案可執行 3 項復健活動。 2. 1/20 個案可獨自完成 2 項自我照顧活動。 3. 2/2 個案能在協助下下床坐輪椅 30 分鐘。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 1/8 主動關心，傾聽，陪伴，以開放式溝通，鼓勵表達內心感受。 2. 1/8 協助個案採大腿外展，兩腿中間夾枕頭，關節骨突處放置海綿枕頭，維持功能性擺位。 3. 1/9 照會復健科，與復健師共同擬定復健計劃。 4. 1/9 由復健師安排於星期一至五每天早上十點和下午三點教導執行上肢主動運動及下肢被動運動，每個動作重複 15-20 次，每次 30 分鐘。 5. 1/10 請案妻準備二個柔軟球拳頭般，教導個案將球放在兩手掌心做抓握動作 10-15 分鐘 / 次。 6. 1/10 由復健師教導用彈力帶做雙手上舉、內收和外展及前臂內外旋之肌力訓練運動 10-15 分鐘 / 次。 7. 1/11 請案妻準備保特瓶裝 250ml 的水，教導個案握於手上採水平移動或上下抬舉 10-20 分鐘 / 次。 8. 1/12 由復健師教導案妻幫個案做髖關節外展和內收，膝關節做屈曲和伸展運動 10-20 分鐘 / 次。 9. 1/13 衛教案妻於個案復健前後各 15 分鐘以熱敷墊熱敷四肢，增加關節活動度。 10. 1/14 提供「運用肢體復健手冊」的圖片，教導案妻了解協助個案做復健運動的步驟與重點。 11. 1/15 請案妻陪同個案一起做復健，並適時給予鼓勵和讚美，提升參與復健的動機及自信心。 12. 1/16 進行坐姿訓練，依個案情況循序漸進調整坐姿 45°→ 60°→ 90°，每日三次，每次 30 分鐘。 13. 1/20 請案妻準備吸盤碗及大握柄湯匙，用餐時於床旁桌放置防滑墊，以固定吸盤碗，讓個案自行以左手拿大握柄湯匙進食。 14. 1/20 請案妻準備洗臉用物，協助將毛巾擰乾，讓個案自己以左手拿毛巾完成洗臉。 15. 1/26 協助及教導個案練習床與輪椅之間轉位，每日三次，每次 30 分鐘。</p>

二、身體活動功能障礙/與神經肌肉損傷有關（1/8訂）（續）

護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1/16 觀察個案看電視時，會自行握保特瓶做上下運動；個案表示：「我沒事就會手握柔軟球，做手指關節活動，讓手指靈活些。」；觀察復健師於床邊指導執行上下肢復健運動持續 1 小時，並口頭鼓勵個案「做得很好，繼續加油！」 2. 1/20 觀察個案用餐時，能自行用左手拿湯匙自己吃飯。個案表示：「現在自己用左手吃飯有比較順了。」；案妻協助擰乾毛巾，讓個案自己拿毛巾擦拭臉部，案妻表示：「現在他可以自己洗臉，雖然動作很慢，但是都不用我幫忙了。」 3. 2/2 個案左手肌力增加至 5 分，右手肌力增加至 4 分，案妻協助下床坐輪椅約 30 分鐘，坐姿平穩。 4. 2/4 病情穩定，安排轉至復健醫院持續接受復健治療。 5. 2/16 電訪追蹤關懷，個案表示：「現在太太會扶我坐在沐浴椅上，自己可以用長柄刷刷洗身體。」
-------------	--

三、無望感/與下肢癱瘓對未來失去希望有關（1/16訂）

主 / 客觀資料	<p>主觀資料</p> <p>S1：1/15 個案表示：「我兩隻腳都沒感覺不能動，人生還有什麼希望呢？」</p> <p>S2：1/16 個案表示：「大小便都家人處理，做再多治療也無用，有時候真想放棄。」、「傷成這樣，什麼都不能做，只會拖累家人。」</p> <p>客觀資料</p> <p>O1：1/8-1/14 觀察個案多閉目休息，與家人互動少，話少，常發出嘆息聲，神情顯哀傷。</p> <p>O2：1/15 照護時，個案多閉眼皺眉，語氣顯無奈，嘆氣。</p> <p>O3：1/16 與個案會談，個案眼角泛淚。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1/18 個案能主動表達內心感受及想法。 2. 1/23 個案能執行 2 項能正向因應壓力的方法。 3. 1/27 個案能主動表達正向感受。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1/16 主動關懷個案，引導個案說出內心感受，陪伴和鼓勵個案說出對下肢癱瘓的想法，如擔心害怕的事，並接受其情緒表達方式。 2. 1/17 鼓勵個案於主治醫師巡房時主動提出對照護計畫的想法，共同討論並參與醫療決策。 3. 1/17 衛教案妻多陪伴個案做復健活動，並適當給予讚美及鼓勵，如「今天有進步喔！加油！」 4. 1/18 個案心情低落時，協助調整舒適姿勢，閉眼調整呼吸的節奏，緩慢呼吸，放鬆身心。 5. 1/18 引導個案閉眼冥想，調整呼吸放鬆情緒，想想自己的優點及家人鼓勵的話給自己正向肯定。 6. 1/20 請案子女多陪伴探視，給予心理支持，減少孤寂感，增加感受正向情緒機會。 7. 1/20 協助轉介心理師進行晤談，給予心理支持。 8. 1/23 建議案妻陪伴個案看講佛法的電視節目或聽個案喜歡的心靈禪樂，讓內心平靜。 9. 1/25 請案妻幫個案每日寫下出院後想做的事，做為鼓勵自己積極參與治療的動力。 10. 1/26 介紹脊髓損傷病友分享經驗之書籍「我只是四肢癱瘓」，讓個案提升自信心。

三、無望感/與下肢癱瘓對未來失去希望有關（1/16訂）（續）

護理評值	<ol style="list-style-type: none">1/18 個案眉頭深鎖表示：「突然發生這種事，其實蠻難過的，可是又不想讓家人受到自己情緒影響。」、「雖還無法接受雙腳沒有辦法動的事實，也知道復健之路很漫長，但為自己及家人，會好好配合治療，希望能趕快好起來。」1/25 個案表示：「太太會陪我看慈濟大愛台，裡面勵志的人生故事，激勵我有面對未來的勇氣。」睡前會閉上眼睛冥想，把注意力放在呼吸上，慢慢吸氣吐氣，用心告訴自己，要堅強。」1/27 個案表示：「雖然腳不能動，但雙手肌力有慢慢進步，也比較釋懷了，一切都往好的方向想，相信我會愈來愈好的。」2/16 電訪追蹤關懷，個案表示：「在復健醫院遇到跟我一樣的病人，我們會互相鼓勵一起做復健，相信會越來越進步。」
-------------	---

討論與結論

本文個案為一位 65 歲男性因高處跌落造成第 3-7 頸椎損傷導致下肢癱瘓，接受頸椎壓迫減壓融合固定術，面對術後傷口疼痛及神經損傷導致身體活動功能障礙，而伴隨意外失能的衝擊，失去希望產生無望感，又因神經傳導受損有排尿障礙問題，需長期留置導尿管，但考量照護需求優先順序及礙於篇幅，故僅針對急性疼痛、身體活動功能障礙及無望感進行探討。在照護過程中，應用 [6] 和 [8] 文獻中提及，配合使用強效型鴉片類止痛劑，協助採舒適擺位，教導深呼吸及精油按摩放鬆技巧，緩解個案疼痛，疼痛指數小於 3 分。應用 [2] 和 [3] 文獻提及，提供個別性復健計劃，教導執行復健活動，漸進式訓練肌力、坐姿訓練及安全轉位，提升上肢活動功能，於協助下能下床坐輪椅。運用 [10] 及 [11] 文獻提及，主動關懷，引導個案表達內心感受；鼓勵家屬主動陪伴及參與，增強自信心；教導運用冥想技巧，放鬆情緒，協助心理調適，使個案逐漸主動敞開心房，進而正向思考，改善無望感。

照顧過程中，個案因頸椎損傷短時間無法恢復正常肢體功能，產生負面想法，藉由陪伴傾聽，協助心理調適，進而正向面對，主動積極配合復健訓練活動，上肢的肌力和活動有明顯進步，甚感欣慰。但個案因脊髓損傷導致排尿障礙留置導尿管，需較長時間改善排尿問題，無法於住院期間解決為照護之限制。故病情穩定出院後，除安

排轉至復健醫院持續六週的復健計劃外，由個案管理師追蹤後續復健及排尿問題。個案於 3/10 由復健醫院出院返家，結合出院準備服務協助提供返家後可運用之居家管路照護及無障礙空間設計等長照相關資源。

經由此次照護經驗，瞭解到脊髓損傷患者及家屬在住院期間要學習及適應的事物很多，照護技巧學習成效因人而異。透過跨領域團隊照護，提供個別性健康照護資源，讓照顧者能在出院前學會正確的照護技巧，極為重要。而出院準備服務與家屬的共同合作，讓照護過程更全面性與專業化，可協助患者獲得持續性照護。

參考文獻

1. 衛生福利部：108年度國人死因統計結果摘要表。2020。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-54482-1.html>
2. 吳姿蓉、吳宴慈、陳妙言 等：復健護理學。台北市：華杏。2018：271-284。
3. 馮容芬、劉雪娥：成人內外科護理學（下冊）。台北市：華杏。2020：110-120。
4. Shepherd Center: Spine cord injury type & treatment. 2020. Retrieved from <https://bit.ly/3M6VMCL>
5. Fehlings MG, Tetreault LA, Wilson JR, et al.: A clinical practice guideline for the management of acute spine cord injury: introduction, rationale, and scope. *Global Spine Journal* 2017; 7(3 Supp.): S84- S94.
6. 柳秋芳、劉雪娥：成人內外科護理學（上冊）。台北市：華杏。2020：152-182。

7. Burke D, Fullen BM, Stokes D, et al.: Neuropathic pain prevalence following spinal cord injury: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain* 2017 ; 21 (1) : 29-44.
8. 陳立賢：芳香嗅吸及按摩法對壓力舒緩成效之探討。 *中醫本草芳香療法期刊* 2018 ; 2 (2) : 41-51。
9. 臺北榮民總醫院：頸圈穿戴注意事項。 2019。 Retrieved from <https://bit.ly/3L8hWTM>
10. 林慧亭：一位頸椎損傷患者身心健康照護與復健護理經驗。 *新臺北護理期刊* 2019 ; 21 (3) : 141-148。
11. 蕭妃秀：身心靈整合心理治療模式於臨床護理的應用。 *護理雜誌* 2017 ; 64 (3) : 27-29。

Nursing Experience of Postoperative Care for a Patient with Lower Limb Paralysis Caused by Spinal Cord Injury

Mei-Lan Tu¹, Pen-Li Liao², Wan-Chun Lu¹, I-Hsuan Lin¹

Department of Nursing¹, Neurosurgery²,
Cheng Ching General Hospital

Abstract

This article describes a nursing experience caring for a 65-year-old male with lower extremity paralysis due to third to seven cervical vertebrae injury caused by fall from height, who received surgical treatment and faced by the sense of hopelessness brought by the impact of postoperative wound pain and neuromuscular injury that led to physical disability and loss of control. The period of care was from January 4 to February 4, 2020. Data were collected through observation, interviews, physical assessment and direct care. Gordon's 11 functional health patterns were applied for overall assessment. However, considering the length of the article and the priority of nursing needs, only three nursing problems, including acute pain, physical dysfunction and sense of hopelessness were explored. In the nursing process, assistance in comfortable positioning and instruction of relaxing massage and music therapy for attention diversion were provided, and analgesic drugs were also used to relieve the pain. A rehabilitation plan providing joint exercises and muscular strength training was jointly developed to improve the patient's physical activity that further improved physical dysfunction. Initiatives were taken to care for, listen to, and encourage the patient to actively participate in self-care and training to enhance his positive confidence and improve the sense of hopelessness, enabling the patient to re-adapt to life. It is recommended that when taking care of such patients, multimedia tools can be used to strengthen correct knowledge of care to improve their capabilities of self-care, actively provide discharge preparation services, and cooperate with the case manager for follow-ups so as to provide complete holistic care. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(3): 65-74)

Keywords : *Cervical spinal cord injury, Sense of hopelessness, Nursing experience*

Received: October 2021; Accepted: December 2021