

一位初次癲癇發作個案之 急診護理經驗

趙子慧 吳貞鑒* 郭嘉琪**

中文摘要

本文是筆者於急診照護初次癲癇發作的個案，急診照護期間為2012年8月24日13:20至8月24日16:30，藉由Gordon十一項健康功能型態為評估架構，運用身體評估、觀察、會談、傾聽及溝通等方式收集資料，確立個案主要之健康問題依序為潛在危險性創傷、否認行為不當、無效性自我健康管理。照護初期個案拒絕面對癲癇發作的事實，拒絕接受治療與護理，筆者藉由反覆溝通與觀察後，發現個案拒絕的理由在於否認自己罹患癲癇疾病與其錯誤的認知，筆者藉由陪伴與護理指導讓個案瞭解適當的治療是可以有效控制並預防癲癇再次發作，後續電訪個案定期返回神經內科門診追蹤，目前暫無續發作之紀錄，顯示個案了解癲癇自我管理之重要性。期望藉此分享初次癲癇發作之急診護理經驗，提供急診照護之參考。(志為護理，2015; 14:5, 127-136)

關鍵詞：初次癲癇發作、潛在危險性創傷、否認行為不當、無效性自我健康管理

前言

癲癇起源於大腦的不規則放電，以不定時抽搐發作型態的一種神經性慢性病症(湯，2014)。至今仍有許多人對於此疾病存有錯誤認知及對其冠上「羊癲瘋」汙名化的刻板印象，大部

分個案首次發作時往往否認罹病，拒絕用藥與學習自我照顧，加上發作頻率不定，急診出院後常未依安排回門診追蹤治療，導致後續嚴重發作併發外傷急救送醫。所以急診護理人員的角色除了提供急性期生理照護之外，最重要的是突破個案心防，探索個案

奇美醫療財團法人奇美醫院急診護理師 奇美醫療財團法人奇美醫院急診高階護理師* 奇美醫療財團法人奇美醫院急診高階護理師暨長榮大學護理系助理教授**

接受刊載：2015年08月20日

通訊作者地址：郭嘉琪 臺南市永康區中華路901號

電話：886-6-281-2811 #57152 電子信箱：kuochiachi@yahoo.com.tw

的恐懼、害怕，澄清錯誤觀念、烙印，引導正向疾病詮釋、接受罹病事實，協助了解自我管理、門診追蹤才是預防發作的不二法門，方能有效管理疾病、降低癲癇發作頻率、回歸日常生活型態。本文藉由典型的初次癲癇發作否認罹病的個案照護經驗，分享協助解決其生心理問題，學習自我健康管理的過程。

文獻查證

一、初次癲癇發作之潛在危險性創傷 (risk for trauma) 照護

癲癇是指腦細胞異常放電所致的暫時性精神狀態改變、骨骼與肌肉痙攣現象(李, 2007; 湯, 2014), 頭部外傷、中毒、酒精戒斷、低血糖、內分泌失調等均為常見致病原因(Gambrell & Flynn, 2004)。癲癇可分為無意識喪失的局部小發作、意識喪失的全身性大發作、連續發作持續30分鐘或連續發作2次以上癲癇中間未清醒之癲癇重積症(Sirven & Waterhouse, 2003)。腦外傷合併發炎時，有50%的機會發生癲癇，可能會因腦膜疤痕的形成引發後期發作(林, 2006)。

癲癇急性發作時，可使用抗痙攣鎮靜劑靜脈推注，必要時以抗癲癇藥靜脈輸注(李, 2007)。護理措施首要為將病人頭側一邊確保呼吸道通暢，給予氧氣輔助並監測血氧飽和濃度，必要時給予抽吸與置放鼻咽導管；指導家屬牙關緊閉時勿強力置入防咬口器(林, 2006; Marx, Hockberger, & Walls, 2006)；為預防發作時撞傷，需移除周遭危險物品，使用衣服、被單等柔軟物品舖於病人頭部與身

體周圍，以預防發作時撞傷；切勿強力約束以防造成骨折(李, 2007)；拉上床欄預防發作時跌倒，注意預防發作可能導致的次發性危險創傷。

二、初次癲癇發作之否認行為不當 (ineffective denial) 照護

否認行為不當是指個人試圖否認某事件的認知與意義，以減低個人的焦慮或害怕，但卻導致健康惡化(North American Nursing Diagnosis Association, 2011)。病人在獲知自己罹患癲癇時，常會有害怕被汙名化、抗拒、否認等情緒(田、許, 2007; 湯, 2014)，擔心同儕排擠或是異樣眼光，而隱藏罹病事實(陳、王, 2008)。護理專業的核心是關懷，健康照護人員可以用傾聽、陪伴、關心、同理心的表達，提供心理支持，卸除個案對疾病的負面觀感及焦慮、恐懼，引導其認識病症(李, 2008; 蕭、張、戎、康, 2010; Gambrell & Flynn, 2004)，協助接受罹病事實、自我認同與調適(田、許, 2007; 葉、梁, 2007)，提供病友團體經驗分享，協助個案心理重建(Gambrell & Flynn, 2004)，以幫助其學習疾病自我管理。

三、初次癲癇發作之無效性自我管理 (ineffective self-health management) 照護

疲倦、睡眠不足、酗酒、情緒波動等生活型態的改變，與長期服用抗癲癇藥物者，藥物血中濃度過高、過低或擅自停藥物，都可能誘發癲癇發作(李, 2002)。針對初次癲癇發作之個案，出

院前需指導個案與家屬認識使用抗癲癇藥物、緊急狀況的處理及規則服藥、生活型態調整等預防發作的方法(Gambrell & Flynn, 2004)，以協助有效自我健康管理，預防再發作與避免發作後導致的二次傷害。

護理評估

筆者為個案於急診留觀期間的主責護理師，護理期間為2012年8月24日13:20至8月24日16:30，以Gorden 11項健康功能型態評估為架構，配合觀察、身體評估、訪談等方式收集資料，結果分析如下：

一、個案簡介

徐先生，43歲，高中畢，父母健在，排行老大，有一個妹妹；與太太離婚多年，育有一女，女兒與父母親同住，自己因工作關係獨自在外租屋。職業為塑膠工廠生產線工人，獨立負擔父母與女兒的生活費，經濟狀況雖不富裕，但生病住院經費尚無餘慮。

二、家族疾病史與個案過去病史

無家族史，15年前因車禍導致頭部外傷與顱內出血，接受開顱血塊清除手術，術後曾至神經外科門診追蹤及服用抗癲癇藥物(Depakine®) 1個月，因服用藥物有嗜睡情形，故自行停藥，未再門診追蹤。術後偶有頭暈，但未曾進一步治療，亦未曾癲癇發作，除此之外無特殊病史與服藥史。因工作輪值夜班，有抽菸、喝酒、嚼檳榔的習慣已經多年。

三、就醫與急診處置過程：

2012年8月24日工作時，同事發現他突然倒下失去意識、四肢抽搐，報請119送至本院求治。於13:20由EMT(Emergency Medical Technician，縮寫:EMT，緊急醫療技術員)推床入急診室，到院已無抽搐，GCS(Glasgow Coma scale): E3V5M6，生命徵象為體溫36.8°C、心跳62次/分、呼吸16次/分、血壓122/72mmHg、脈衝式血氧飽和濃度100%，無明顯外傷，依據衛福部檢傷五級分類為檢傷二級(抽搐發作已停止)，診斷為初次癲癇(epilepsy)，緊急處置後轉至急診觀察室後續觀察。觀察期間於8月24日14:10再次癲癇發作，症狀為四肢僵直性抽搐、雙眼上吊、失神，依醫囑緊急給予非再吸入型氧氣面罩(Non-rebreathing mask)使用，Ativan(抗痙攣鎮靜劑)2mg靜脈注射，協助頭側一邊與預防肢體撞擊，抽搐約持續12秒後停止。測量生命徵象為體溫37.2°C、心跳122次/分、呼吸20次/分、血壓138/68 mmHg、血氧飽和度100%，發作後較嗜睡但仍可叫醒，GCS: E2V5-M6，依醫囑給予Depakin(抗癲癇藥)1,000mg + N/S 100ml靜脈滴注30分鐘，後續觀察未再抽搐發作，15:10個案表示想出院，急診醫師以電話會診神經內科醫師後，建議使用抗癲癇口服藥與門診追蹤治療，8/24 16:30由急診辦理出院。

四、Gordon 十一項健康功能型態評估

(一)健康認知及處理型態：

表示平時不常生病，因工作常輪值夜班，故常抽菸、嚼檳榔提神，也有喝酒習慣。15年前外傷性腦出血手術後曾門

診追蹤一個月，神經外科醫師曾告知頭部外傷後可能誘發癲癇風險，需要長期追蹤與服藥，但因服藥後易嗜睡而自行停藥，故未再回門診追蹤。8/24 15:20主訴：「醫生有跟我說頭部開刀後有可能發生癲癇的後遺症，需吃藥預防，但沒有清楚說明什麼是癲癇，那時候開完刀我有按時吃藥一個月，但吃藥很容易想睡覺，我上班很不方便，所以後來就不想吃!」、「術後到目前有幾次出現頭暈症狀，但一下子就好了，並沒有放在心上。」。15:20給予癲癇衛教單，個案看完後詢問：「癲癇在身體比較疲累會不會比較可能發作？最近一個禮拜因為要加班所以比較累，而且我最近壓力比較大有多喝一點酒，這個有關係嗎?」、「癲癇是不是像抽筋、還是像羊癲瘋那樣，一直抽筋、口吐白沫、眼睛上吊、咬牙齒、咬舌頭，那如果發生了要怎麼做?吃藥真的可以預防嗎?」、「我現在覺得好累喔！因為抽筋的關係嗎?」。因個案長期未配合門診追蹤控制，於發作後表示對疾病自我管理與預防發作有許多疑問，顯示有無效性自我健康管理之健康問題。

(二)營養代謝型態：

身高167公分，體重82公斤，理想體重範圍為51.6~66.9公斤，BMI=29.4kg/m²(正常範圍為18.5 ≤ BMI < 24)，屬於輕度肥胖。8/24 15:10表示平時以夜班居多，外食為主，幾乎晚餐與宵夜均進食一個雞腿或爌肉便當(平均約650~850大卡/每份便當)，早餐多為清粥小菜(平均約550大卡/每份)，平均一天約喝啤酒1~2

罐(147大卡/每罐/375ml)，無偏食習慣，估計熱量攝取每天約1,997~2,544大卡。評估個案實際體重大於理想體重，但因屬於慢性健康問題，故未列為急性健康問題探討。

(三)排泄型態：

平均1到2天排便一次，量中，黃褐成形便；約3-4小時解一次尿，量多黃清，無解尿疼痛或困難情形；工作期間因排汗量多會大量補充水分。就診時之抽血報告血清鈉139.5mEq/L，血清鉀4.29mEq/L，肌酸酐1.5ml/min，無代謝失衡情形。

(四)活動運動型態：

休閒時鮮少運動，大多以休息、看電視為主。8/24 15:00意識由嗜睡轉清醒，四肢肌力五分，不需外力或輔具協助可以自行下床與獨立執行日常活動。此次因同事發現他突然倒下失去意識、四肢抽搐，報請119送至本院求治，評估身體無明顯外傷，但因短期有再發作可能，有潛在危險性創傷健康問題。

(五)睡眠休息型態：

因長期上夜班，平時睡眠時段為早上10點多至下午5-6點，無睡眠障礙，自覺睡眠品質良好。8/24 14:10再次癲癇發作與使用Ativan 2mg靜脈注射後，顯較嗜睡但仍可叫醒(GCS: E2V5 M6)，15:00意識已轉清醒(E4V5M6)。

(六)認知感受型態：

發作後意識恢復正常(E4V5M6)，雙

側瞳孔3.5mm，對光有反射，視覺、聽覺、嗅覺、味覺及觸覺皆屬正常。15:10自訴發作前無任何異狀或預感，抽搐後顯疲憊，仍可配合醫療處置。

(七)自我感受及自我概念型態：

自訴個性內向、寡言，處事不拘小節，平時習慣獨立處理事務，不愛麻煩別人，偶爾工作上生產量大做不完時，或產品出錯時有沮喪焦慮情緒，會找朋友喝酒聊天解悶，餘無特殊問題。

(八)角色關係型態：

離婚多年，因工作關係女兒託父母照顧，目前獨居。觀察期間父母與妹妹均在旁陪伴，與家人相處融洽，家人對於個案突然的癲癇發作，表示關心，希望接回個案同住互相照應，父母主動向筆者表示想如何幫助個案預防癲癇發作與發作時之處理方法，並表示會陪同個案返門診追蹤。主訴自己職場人際關係佳，和同事上司相處友善，自訴此次發病不會造成雇主的顧慮或對工作造成不良影響。

(九)性與生殖功能：

生殖功能正常，已離婚，生有一女，自訴目前無性伴侶，觀察生殖器外觀功能正常，無異常分泌物或腫痛情形。

(十)壓力應付與耐受型態：

個性沉默寡言，面對壓力事件多採被動面對。15年前外傷性腦出血術後，神經外科醫師曾告知可能誘發癲癇，需要長期追蹤與服藥，但個案卻自行

停藥且未再回門診追蹤。對於此次突然發作，起初淡然不以為意，予告知為癲癇發作暫時需規則服用抗癲癇藥時，個案反駁：「沒那麼嚴重吧！應該不是癲癇啦！我最近常常頭暈，可能是沒睡好暈倒啦！」、「停藥後這麼久都沒發作過，應該不是癲癇啦！」、「還好吧！有這麼嚴重嗎？！」、「吃藥會想睡覺，這樣我上班不方便，真的不想吃！」。當筆者向家屬指導癲癇發作的處理注意事項時，個案不屑回說：「昏倒也沒有撞到啊！有那麼嚴重嗎？！」。當筆者建議應定期返神經內科門診追蹤與拿藥時，個案也是隨意敷衍：「好啦！好啦！」。顯示有否認行為不當之健康問題。

(十一)價值、信念型態：

生於傳統道教家庭，遵從慎終追遠、敬天地鬼神之習俗。對生活的價值信念為自給自足，生活平淡就好了。

問題確立與護理過程

經由上述護理評估結果，歸納個案的急性期的主要健康問題依序為潛在危險性創傷、否認行為不當、無效性自我健康管理，茲將護理過程呈現如下：

#1.潛在危險性創傷/與短期可能癲癇再發作引發撞傷、嗆傷、咬傷有關
(2012/08/24 13:20~16:30)

#2.否認行為不當/與初次癲癇發作無法認同罹病有關(2012/08/24 13:20~16:30)

#3.無效性自我健康管理/與缺乏正確的癲癇預防處理知識有關(2012/08/24 13:20~16:30)

#1.潛在危險性創傷/與短期可能癲癇再發作引發撞傷、嗆傷、咬傷有關 (2012/08/24 13:20~16:30)

<p>相關資料</p>	<p>主觀資料： 1.8/24 15:20「醫生有跟我說頭部開刀後有可能發生癲癇的後遺症」、「我現在覺得好累喔，是因為癲癇的關係嗎？」。</p> <p>客觀資料： 1.曾因車禍導致頭部外傷與顱內出血，接受開顱血塊清除手術，術後至神經外科門診追蹤及服用抗癲癇藥物(Depakin) 1個月。 2.2012年8月24日同事發現突然倒下失去意識、四肢抽搐，報請119送醫。 3.8月24日14:10再次癲癇發作，症狀為四肢僵直性抽搐、雙眼上吊、失神約持續12秒鐘。 3.8月24日診斷為癲癇(epilepsy)。 4.8月24日為術後首次癲癇發作，之前無發作經驗，個案及家屬均不知道發作時預防撞傷、嗆傷、咬傷等續發性傷害的處理方法。</p>
<p>目標</p>	<p>1.8/24急診出院前個案未因癲癇再發作引發撞傷、嗆傷、咬傷等續發性傷害。 2.8/24急診出院前個案及家屬可以說出或執行癲癇發作時之緊急處置至少3項。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1-1.將其床位安排在急診觀察室護理站前面，密切觀察與發作時能立即提供癲癇處置。 1-2.備妥癲癇發作相關用物於病床單位，包括單位seizure set(含甦醒球、鼻咽管、防咬器、Ativan、抽吸設備、非再吸入型氧氣面罩)、太空被、脈衝式血氧監測儀。 1-3.癲癇發作時大聲求援，依醫囑執行PRN order (Ativan 2mg IVP)，立即通知醫師，非再吸入型氧氣面罩100%氧氣使用，協助防咬、頭側一邊、確定床欄拉起、將太空被塞在床欄邊以防撞傷，密切監測癲癇前後與鎮靜抗痙劑使用前後的意識、呼吸、脈衝式血氧、瞳孔反應等之變化。 2-1.提供網站資訊 http://www.epilepsy.org.tw/，配合本院衛教單張，向個案與其父母、妹妹說明癲癇發作的緊急處理方式如下： (1)發作時讓病人頭側一邊保護其呼吸道暢通，鬆開約束之衣物。 (2)保護頭部並移開周圍危險物品，使用衣服、被單等柔軟物品鋪於病人頭部與身體周圍，以避免身體撞傷；拉上床欄並預防跌倒。 (3)發作時若未牙關緊閉，可以以衣服、毛巾等非尖銳物品防咬；若已牙關緊閉，避免強行撬開緊閉之牙關或硬塞異物入口中。 (4)避免強行約束正在抽搐的肢體以防止壓制過當導致骨折。 (5)在病人還未完全清醒前不要給予餵食。 (6)當抽搐發作完畢，在個案完全清醒前勿離開病人。 (7)觀察發作開始到結束的時間，發作症狀；若有呼吸不順、連續發作、發作後仍未清醒或外傷一定要立刻送醫救治。 (8)告知短期容易癲癇再發作，請安排家人同住，與注意居家、上下班、工作安全。</p>
<p>評值</p>	<p>1.8/24 14:10個案於急診觀察室癲癇再發作時，未發生撞傷、嗆傷、咬傷等續發性傷害。 2-1.8/24 14:10個案雙眼上吊時，案母立刻大聲呼叫護理人員，幫個案把頭側一邊，協助護理人員將太空被塞在床欄邊，並形容：「他在跟我講話，突然失神失神，眼睛就吊上去，就像你剛剛說的那樣，我就想說發作了，就趕緊叫妳們」。 2-2.8/24 16:10 案母能說出：「要像剛剛那樣牙齒根還沒咬緊時可以給他咬衣服、毛巾，如果咬緊就順其自然頭側一邊，不要嗆到就好，身體旁邊塞衣服棉被，不要讓他撞傷，觀察發作多久與症狀有哪些」、「我們會多注意，也多給我們幾張單(衛教單張)，好讓我們給他上司知道多幫忙」。 【顯示急診目標已達成，後續將安排電訪追蹤返家照顧情況】</p>

#2.否認行為不當/與初次癲癇發作無法認同罹病有關(2012/08/24 13:20~16:30)

<p>相關資料</p>	<p>主觀資料： 1.8/24 15:10個案反駁與不屑回應：「沒那麼嚴重吧！應該不是癲癇啦！我最近常常頭暈，可能是沒睡好暈倒啦！」、「停藥後這麼久都沒發作過，應該不是癲癇啦！」、「還好吧！有這麼嚴重嗎?!」、「吃藥會想睡覺，這樣我上班不方便，真的不想吃！」。 2.8/24 15:20對衛教定期返門診追蹤，隨意敷衍：「好啦！好啦！」。</p> <p>客觀資料： 1.個案於外傷性腦出血術後，神經外科醫師曾告知可能誘發癲癇，需要長期追蹤與服藥，但卻自行停藥且未再回門診追蹤。 2.8/24對於預告知此次為癲癇發作，需暫時規則服用抗癲癇藥，需定期返神經內科門診追蹤時，表現不以為意、敷衍、不屑回應、反駁等態度與行為。</p>
<p>目標</p>	<p>1.8/24個案於急診出院前，願意學習癲癇照護事項。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.主動關懷與個案建立信賴的護病關係，以開放的態度鼓勵個案抒發對於被告知罹患癲癇的感受，同理個案的想法與反應。 2.允許個案表達否認的反應，耐心傾聽、慢慢引導個案回顧過去腦出血術後醫師曾告知「腦部受傷後可能引發癲癇的危險性」、「要吃抗癲癇藥物」，斬釘截鐵的告知：「剛剛(14:10)你又發作一次，你的眼睛有上吊、四肢一直抽動，你爸媽也有看到喔!」、「你有沒有覺得很想睡覺，那是因為癲癇發作，所以腦有一點缺氧，才會想睡覺」。 3.個案父母描述癲癇再發作的表現症狀，委婉再告知：「與衛教單上說的一樣有眼睛上吊、四肢一直抽動的症狀」、「護理師還有給你氧氣，打針後抽筋才停掉」、「醫師也說這是癲癇發作的症狀」。 4.提供癲癇之友網站資訊 http://www.epi-lepsy.org.tw/?，配合衛教單張說明，讓個案再次核對自己有腦部受傷開刀是癲癇發作的原因，有突然倒下、叫不醒、四肢抽搐、眼睛上吊等癲癇發作典型症狀。 5.與醫師討論其否認罹病的問題，請醫師再次委婉引導認清罹病事實。 6.針對個案擔心須再服用癲癇藥，害怕像以前一樣有嗜睡的副作用、影響工作的問題，預告知可以再回診時與神經內科醫師討論副作用的問題，醫師會協助調整藥物的種類、劑量、配合夜班工作的適當服藥時間，以幫助減少用藥的不適副作用，增進罹病與規則用藥的認同度。 7.與神經內科門診護理師聯繫，協助介紹癲癇病友團體與聚會時間，鼓勵個案參與病友團體，以相互打氣、建立正向的疾病態度。</p>
<p>評值</p>	<p>1.8/24 15:30個案表示：「真的是癲癇喔！症狀真的跟網路上說的一樣!」、「以前醫師也這麼說，只是又沒發生過所以不太相信，而且吃藥又會愛睏!」、「我知道逃避沒有用，你就回我們要注意什麼吧!」。 2.8/24 15:30個案願意注意聆聽衛教注意事項，並主動問問題。 【顯示急診目標已達成，追蹤個案於8/27返神經內科門診追蹤】</p>

#3.無效性自我健康管理/與缺乏正確的癲癇預防處理知識有關(2012/08/24 13:20~16:30)

<p>相關資料</p>	<p>主觀資料： 1.8/24 15:10主訴：「醫生有跟我說頭部開刀後有可能發生癲癇的後遺症，需要吃藥預防」、「醫生是沒有說很清楚甚麼是癲癇，我也沒有問」、「我有吃藥啊，但是吃藥很容易想睡覺，這樣我上班很不方便，所以後來就不想吃!」， 2.8/24 15:22「癲癇是不是像抽筋、還是像羊癲瘋那樣，一直抽筋、口吐白沫、眼睛上吊、咬牙齒、咬舌頭，那如果發生了要怎麼做?吃藥真的可以預防嗎?」、「癲癇在身體比較疲累會不會比較可能發作?最近一個禮拜因為要加班所以比較累，而且我最近壓力比較大有多喝一點酒，這個有關係嗎?」、「術後到目前有幾次出現頭暈症狀，但一下子就好了，所以沒有放在心上。」</p> <p>客觀資料： 1.此次為腦出血術後癲癇初次發作，過去未曾有發作經驗，故未依醫囑定期返神經內科門診追蹤。 2.服用抗癲癇藥物一個月後，因嗜睡副作用未與醫師討論而自行停藥，不清楚癲癇規則服藥控制之重要性。 3.不清楚預防癲癇發作之自我管理注意事項，常熬夜與喝酒。</p>
<p>目標</p>	<p>1.8/24個案急診出院前，能說出誘發自己癲癇發作的導因，與說出預防癲癇發作的方法至少3項。 2.8/24個案急診出院前，能主動表明願意執行預防癲癇發作的自我健康管理方法。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1-1.用衛教單張與個案共同分析此次癲癇發作的導因：腦出血手術後容易誘發腦部異常放電，引發癲癇；擅自停用癲癇藥物；未門診規則追蹤；常加班熬夜；喝酒。 1-2.提供癲癇之友網站資訊，並配合本院衛教單張，向個案與其父母、妹妹說明預防癲癇發作的自我管理方法如下： (1)疲倦、睡眠不足、酗酒、情緒波動、壓力、發燒、抗癲癇藥物過量或不足、未經醫師評估擅自停藥等，均容易誘發癲癇發作。 (2)預防方法有規則服藥與門診追蹤，若有服藥不適需與醫師討論，由醫師協助調整藥物。 (3)生活作息正常，避免過勞、熬夜、生病；告知老闆病情，避免加班，若要上夜班，白天一定要有充足睡眠至少八小時。 (4)避免情緒波動太大，適當壓力調整，不要以喝酒方式解悶，可以找人聊天、看電視、出外散步等適合自己的放鬆方式。 1-3.鼓勵家屬多給予關懷及提醒，注意個案自我管理的執行情況。 2-1.藉由此次急診經驗引導省思癲癇發作的後果：掛急診、家人擔心、差點發生撞傷、嗆傷、腦缺氧等嚴重傷害。 2-2.再次強調規則服藥、門診追蹤、避免疲勞熬夜、避免喝太多酒、避免精神壓力可以有效預防癲癇再發作。</p>
<p>評值</p>	<p>1-1.8/24 16:20 個案可以說出自己癲癇發作的主要導因：「自己停藥、喝太多酒、最近常加班熬夜」。 1-2.8/24 16:20 個案可以說出預防癲癇發作的方法：「酒要戒掉，我一天約喝啤酒1~2罐，不會太重，應該容易戒掉，若戒不掉再來找你們」、「盡量不要加班，眠要睡足，至少睡八個鐘頭」、「藥是一定要吃的啦！若有問題再跟醫師討論，不能隨意停掉」。 2.8/24 16:20 個案主動表示：「別擔心！身體是我自己的，我會照著做的!」、「錢難賺！孩子還小！還有父母要養！不自己顧好身體是不行的！我會多注意生活調整、好好吃藥的！」 【急診目標已達成，後續電訪追蹤返家自我健康管理的執行情況】 【後續追蹤】於2012年9/30、11/25分別電訪追蹤個案皆有定期返診神經內科，並且回覆筆者皆有定時服用藥物，亦逐漸修正生活型態，顯示個案了解癲癇自我管理之重要性。</p>

討論與結論

本文個案因對罹患癲癇的錯誤迷思、未追蹤控制，導致癲癇發作，急診照護期間確立有潛在危險性創傷、否認行為不當、無效性自我健康管理之健康問題。筆者首先提供癲癇發作的生理照護避免癲癇導致的二次傷害，後續深入了解個案有否認罹病事實與錯誤認知，致使未規則服藥與追蹤，藉由關懷、真實事件引導，協助個案認清癲癇發作的事實，破解其心防與敷衍的態度，願意積極學習癲癇之自我健康管理，後續追蹤個案於8/27如期返神經內科門診追蹤，於9/30、11/25分別電訪，個案回覆筆者有定期返診神經內科，定時服用抗癲癇藥物，逐漸減少喝酒次數亦逐漸修正生活型態，顯示個案已做到有效的自我健康管理及了解癲癇自我管理之重要性。癲癇發作個案若再發作後無後續併發症，通常可直接出院，門診追蹤，針對初次癲癇發作個案，協助正確發現自我管理上的個別性問題，發展針對個別導因的有效解決策略，可預防反覆發作，避免誘發不可逆的傷害。礙於急診時間的限制，急診護理人員更應該培養敏銳的觀察力，善用團隊與網路資源，在有限的時間突破個案迷思、心防，協助其發展自我健康管理能力，有鑑於此，建議急診護理人員需學習跨領域團隊照護、資源運用、個案自我管理技能，以期在有限時間有效解決個案的健康問題，幫助癲癇個案面對疾病，發展與慢性病共存的生活策略，促進個案之健康。

參考資料

- 田月玄、許敏桃(2007)·文化脈絡下女性癲癇患者的壓力·*護理雜誌*，54(6)，31-40。
doi: 10.6224/JN.54.6.31
- 李秀蘭(2002)·照顧一位多次發作之癲癇患者的護理經驗·*護理雜誌*，49(2)，91-97。
doi: 10.6224/JN.49.2.91
- 李素貞(2008)·關懷在護理倫理理論中的定位-女性主義的觀點·*弘光學報*，53，43-54。
- 李瑜弘(2007)·神經系統急症護理·於繆珣總校閱，*急症護理學*(二版，721-732頁)·臺北：永大。
- 林貴滿(2006)·神經系統急症·*實用急症護理學*(一版，415-426頁)·臺北：華杏。
- 陳燕君、王麗斐(2008)·癲癇發作對青少年校園人際適應歷程影響之質化研究·*中華輔導與諮商學報*，23，143-175。
- 湯立君(2014)·癲癇患者自我監測之概念分析·*領導護理*，15(3)，67-77。
- 葉美玉、梁淑華(2007)·自我管理計畫對癲癇病患的成效·*健康促進暨衛生教育雜誌*，27，47-62。
- 蕭淑貞、張凱雁、戎瑾如、康云瑄(2010)·治療性人際關係養成歷程要素之探討·*護理暨健康照護研究*，6(2)，125-132。doi: 10.6225/JNHR.6.2.125
- North American Nursing Diagnosis Association. (2011)·*NANDA-I 護理診斷手冊 2009~2011*(高紀惠譯)·臺北：華杏。(原著出版於2009)。
- Gambrell, M., & Flynn, N. (2004). Seizures 101. *Nursing*, 34(8), 36-41.
- Marx, J. A., Hockberger, R. S., & Walls, R. M. (2006). *Rosen's Emergency Medicine*. Philadelphia: Mosby.
- Sirven, J. I., & Waterhouse, E. (2003). Management of status Epilepticus. *American Family Physician*, 68(3), 469-476.

An Emergency Nursing Experience of a Patient with a First Epileptic Seizure

Zi-Huei Chao, Chen-Yun Wu*, Chia-Chi Kuo**

ABSTRACT

This paper described the emergency nursing experience of a patient with a first epileptic seizure. During the nursing period from 13:20 to 16:30 on August 24, 2012, we used Gordon's 11 functional health patterns as the assessment framework and collected data through physical assessment, observations, conversations, listening, and communication. The health problems included risk for trauma, ineffective denial, and ineffective self-health management. To deal with the patient's refusal to accept the diagnosis of epilepsy and related treatment and care, we engaged in ongoing communication and observations in the beginning of the nursing process, and identified that the reason for the patient's refusal was the denial and misconceptions of epilepsy. In response, we provided companionship and health education to help the patient to understand that epileptic seizures could be effectively controlled and prevented through appropriate treatment. Follow-up telephone interviews revealed that the patient had returned to the neurology clinic on regular basis and showed no recurrence of epilepsy, which displayed an thorough understanding of the importance of epilepsy self-management. We would like to share this experience with clinical nurses as a reference when providing emergency nursing care for patients with a first epileptic seizure. (Tzu Chi Nursing Journal, 2015; 14:5, 127-136)

Keywords: first epileptic seizure, risk for trauma, ineffective denial, ineffective self-health management

RN, Emergency Department, Chi-Mei Medical Center; Advanced Practice Nurse, Emergency Department, Chi-Mei Medical Center*; Advanced Practice Nurse, Emergency Department, Chi-Mei Medical Center and Assistant Professor, Department of Nursing, Chang Jung Christian University**

Accepted: August 20, 2015

Address correspondence to: Chia-Chi Kuo No.901, Zhonghua Rd., Yongkang Dist., Tainan City 710, Taiwan
Tel: 886-6-281-2811 #57152 ; E-mail: kuochiachi@yahoo.com.tw