

一位脊髓損傷老年患者 之護理經驗

許斐媚 許月華* 柯薰貴**

中文摘要

本文乃敘述一位脊髓損傷老年患者術後之護理經驗。個案因術後肢體麻木情況未如預期改善，因而引發身心困擾。護理期間為2011年11月4日至2011年11月13日，藉由身體檢查、觀察、會談等方式收集資料，確立的健康問題為知覺及感覺改變、焦慮及潛在危險性跌倒。針對健康問題提供適切與專業的護理活動，包括：教導個案認識及辨識環境可能的危險，以避免身體受到傷害；運用溝通技巧了解個案焦慮來源，使個案能抒發負向情緒感受並緩解焦慮；及協助個案持續進行漸進性主動運動，以強化肌肉力量預防跌倒發生。在此照護過程中，與個案建立良好的護病關係，透過人性關懷，成功地協助個案面對疾病所造成的身心衝擊，重新面對與適應其未來的生活。(志為護理, 2014; 13:2, 111-120)

關鍵詞：脊髓損傷、跌倒、焦慮、護理經驗

前言

根據脊髓損傷協會在2010年統計顯示(社團法人中華民國脊髓損傷者聯合會, 2010)，脊髓損傷患者在臺灣地區每年約有1,200名新增病例，經由手術後仍有50%以上患者沒有明顯恢復。脊髓損傷造成的神經傷害，經過醫療處置後，多數人仍會遺留不同程度之感覺與

運動功能障礙，將造成生理、心理及生活上的嚴重打擊(周、陳、賴, 2008)。個案為一位脊髓損傷術後患者，因肢體麻木感經手術後仍存在，對未來感到惶恐無助，加上無法辨別環境中可能帶來的危險，對其身心適應產生重大的影響。為協助個案避開易受傷的環境，並適應未來生活，因而引發筆者照護此個案的動機。

高雄醫學大學附設中和醫院護理師 高雄醫學大學附設中和醫院專科護理師* 高雄醫學大學護理學系講師**

接受刊載：2013年10月11日

通訊作者地址：柯薰貴 80708高雄市三民區十全一路100號護理學院

電話：886-7-312-1101轉2613 電子信箱：a885018@kmu.edu.tw

文獻查證

脊髓神經功能為將腦部訊息傳至身體之內臟或四肢，脊髓受損造成神經傳導阻斷，導致出現感覺與運動功能傷害。脊髓損傷依程度分類為完全損傷與不完全損傷；不完全損傷指神經束不完全受到傷害，主要症狀包括受傷神經部位以下肢體的感覺異常與運動障礙，並容易導致病人焦慮情緒的產生(陳、方，2012)。

一、脊髓損傷感覺異常的護理

脊髓損傷後因感覺功能障礙或喪失，為確認病灶與辨別疾病影響度，評估方式含觸覺、痛覺、溫度覺、位置覺、震動覺、區辨覺等，亦可利用神經皮節圖辨別出感覺神經的支配範圍(陳、方，2012)。脊髓損傷減弱或破壞了受傷部位以下皮區的皮膚感覺，病人若較長時間採用同一姿勢的坐姿或臥姿，會造成皮膚或組織的擠壓，導致血液循環功能變差，使得皮膚與組織系統容易產生壓瘡或發生燙傷等傷害(沈、林、鐘、許，2011; Walker, 2009)。護理處置包括：(1)每二小時採圓滾木翻身，並檢視皮膚完整性與顏色變化；(2)翻身時維持正確身體擺位，減少肢體壓迫；(3)肢體之按摩、活動與保暖，以促進血液循環；(4)確認水溫合宜，並以溫和肥皂及溫水清潔身體；(5)均衡攝取營養，嚴禁抽菸與含咖啡因飲料；(6)穿著質地柔軟透氣衣物，避免身體受刺激或壓迫；(7)嚴禁赤足行走；(8)使用類固醇藥物減少對神經組織壓力，或視需要補充維生素B群，以促進神經修復(陳、方，2012; Walker, 2009)。

二、脊髓損傷運動功能障礙的護理

脊髓損傷亦會導致運動功能障礙或喪失，造成步態不穩，進而增加跌倒的危險性；另外頸圈配戴會限制頸部活動造成視野範圍變小，亦會增加跌倒的危險與死亡率(Pellatt, 2008)。護理處置包括：(1)步行穩當緩慢，不可太急促；(2)向照顧者及個案解說預防跌倒之重要性；(3)衛教相關藥物作用與副作用，及服用後身體不適時之處理方法；(4)安排復健活動著重步態、平衡感、肌力等訓練；(5)穿著合身衣褲與平底鞋；(6)活動時需有人全程陪伴；(7)選擇適當輔具並指導使用注意事項；(8)在活動前檢視四周環境；(9)營造無障礙空間及安全設施，如設床邊護欄、樓梯扶手、充足照明設備、減少環境之障礙物(江、李、李，2011; Pellatt, 2008)。

三、焦慮評估及護理

脊髓損傷因疾病帶來生理上功能異常，加上日常生活需依賴他人，致影響親密感之建立，隨之產生挫折與焦慮感(Chen & Boore, 2007; Pritchard, 2011)。若無法妥善處理焦慮，可能導致負向自我概念，進而出現無力、無望或不確定等心理反應(周等，2008)。護理措施含：1.提供正確資訊，導正其錯誤的觀念；2.鼓勵患者表達內心感受，傾聽並接受其反應；3.鼓勵主動向醫師詢問預後或身體狀況；4.說明照護計劃及護理指導，減少焦慮感；5.告知脊髓損傷原理及影響，鼓勵自我監測復健的進展；6.給予正向鼓勵，以增加信心；

7.教導深呼吸及肌肉放鬆技巧；8.必要時依醫囑予抗焦慮藥物；9.邀請脊髓損傷病友分享經驗，尋求適當調適方式(陳、方，2012; Chen & Boore, 2007)。

護理過程

一、個案簡介

蕭先生，73歲，高中畢業，慣用語言為閩南語，信奉道教，已婚，育有二子一女，自郵局行政單位退休20多年。目前與妻子、小兒子夫婦及孫子同住。妻子中風多年，由小媳婦負責照顧。因家庭照顧人力不足，住院時由照顧服務員提供照顧，家人則每1-2天到院探望。

二、過去病史

個案於十多年前曾接受大腸息肉及闌尾炎切除手術，術後恢復良好。高血壓逾十年，長期服藥控制，血壓可控制於高血壓臨界值內。

三、現在病史與就醫過程

主訴雙手麻刺感已有一年。於2011年10月中旬曾至本院就診，經頸部核磁共振掃描，發現脊髓損傷併C3-4、C4-5、C7-T1椎體滑脫及C5-6、C6-7椎管狹窄，因當時只感覺雙手麻痛暫不想開刀，僅使用藥物治療即返家休息。至10月下旬漸感四肢及全身麻痛無力，10月31日麻痛感加劇，由家屬送至本院急診，當時四肢肌肉力量僅3分，經診治後仍建議手術治療。11月3日經顯微內視鏡行第3至5節頸椎椎板與椎間盤切除，及人工骨塊融合併內固定術，術後入加護病房觀

察，11月4日轉至病房，11月13日轉至復健科病房。

四、整體性護理評估

筆者於2011年11月4日至2011年11月13日照護期間，以羅氏適應模式、身體評估以及與個案、家屬會談等方式進行整體性評估，歸納分析如下：

(一)生理適應模式

1.氧合與循環：個案胸部外觀正常，呼吸平穩，呼吸時胸廓採對稱擴張。四肢末梢溫暖、無水腫，指甲床顏色淡粉紅無杵狀指，微血管填充時間小於3秒。呼吸次數約16-18次/分，血壓維持在140-145/82-90 mmHg，脈搏次數約70-80次/分。

2.皮膚狀況：皮膚乾燥，因老化顯彈性較差且鬆弛。此次術後傷口位於頸前5公分及頸後10公分，無感染徵象，11月13日予以拆線，傷口癒合良好。

3.活動與休息

(1)活動方面：平時無規律運動習慣。手術後評估肌肉力量上肢3-4分、下肢4分，但因四肢麻木感，使個案雙手握力較差，無法平穩拿起物品，曾主訴「要拿保溫杯喝水，拿不起來，連喝水都要人家幫忙」、「吃飯筷子沒辦法拿都要人家餵」。11月6日漸進式下床站於床邊，主訴「腳很麻，沒有踩到地的感覺」，站立時無法維持平衡，需他人攙扶。11月7日開始，每日約2-3次、每次10-15分，照顧服務員會以輪椅推個案至病室外走廊，讓個案緊抓扶手練習站立與步行，步行過程中，步態緩慢無法長時間維持平衡會向前傾，主訴「走路

沒什麼力氣，會搖晃不穩」、「走久，腳感到支撐不久」、「戴著頸圈，下床活動都看不到地上，腳又麻好像沒有踩到地」、「下床活動都需別人扶、站不穩很麻煩」。因肌肉力量不足、步態不穩，11月8日照會復健科，教導個案執行主動運動加強四肢肌力。

(2)休息與睡眠：睡眠時間約6-7小時，日間可午睡1-2小時。夜間偶會睡眠中斷，依醫囑予lowen(0.5mg)1顆服用後可再次入睡，白天並無打哈欠等睡眠不足情況。

4.營養狀況：身高160公分，體重60公斤，BMI值23 kg/m²，理想體重56公斤，屬正常範圍。10月31日-11月11日實驗室檢查值Hb 11-12.2g/dl、Hct 31.4-35.1%、Albumin 3.47g/dl。三餐皆由照顧服務員準備，每日熱量攝取約1,500-1,800卡。

5.排泄：11月5日至11日需使用軟便劑(MgO三餐飯後各口服1顆、through睡前口服2顆)，性質稀軟呈黃褐色，腸蠕動音每分鐘約10-12次，之後約每2-3天可自解一次。術後經膀胱訓練後移除導尿管，尿液自解順暢，每日尿量約1,500-1,800ml。

6.感覺與知覺：視、聽、味覺皆正常；但術後仍呈現溫覺與觸覺異常，且肢體麻木感仍存在。個案表示「為什麼我雙手仍然都沒什麼感覺？」、「有時候手、腳麻到很不舒服」、「手摸到東西沒什麼感覺，需看到才知道拿到什麼東西」、「由雙肩下延伸至手指、雙下肢至腳底很麻」、「擦澡的時候，水溫覺得不夠熱」、「在走廊走路時腳底是麻麻的，感覺沒有踩到地板」。予評估

溫覺，肢體無法正確辨別冷熱水溫。利用迴紋針測試，無法正確分辨尖端與鈍端。請個案閉起雙眼，給予錢幣與紙夾或蘋果與木瓜，無法說出其物品形狀外觀或型態；利用筆在個案手掌中寫數字，無法回答何數字。

7.神經與內分泌：意識清醒，注意力及定向力正常。深部肌腱反射皆為1-2+。

(二)心理社會適應模式

1.自我概念

(1)身體自我：個案平時很注重身體保養，若有病痛會就醫。此次因肢體麻痛感無力入院接受手術，但術後麻木感未如預期獲得改善，曾多次詢問醫療人員「唉，我手、腳麻還要多久才會好，是不是一輩子都不會好？」、「其他人有像我一樣都會麻，還是我比較嚴重？」、「有時麻到不想下床活動，怕走到一半就跌倒」、「拿東西，手沒什麼感覺，以後怎麼辦？唉！」、「做什麼事、去什麼地方都要看護幫忙與照顧，感覺很麻煩，唉！」，談話中個案垂頭看自己手腳，且因肢體麻怕跌倒而不願活動，注意力集中在自己、眉頭深鎖、經常唉聲嘆氣。因擔憂身體無法回復功能，多次向不同護理人員，詢問類似的問題。當醫師向病人解釋病情時，病人頻頻搖頭，神情緊張、搓揉雙手，醫師離開病房後，主訴有心悸與胸悶情形，監測生命徵象脈搏95-110次/分、呼吸20-22次/分、血壓155-165/90-100 mmHg，呈現明顯焦慮情況。

(2)人格自我：個案自認為個性獨立，若遇到重大事件會與兒子討論。手術後

感覺異常仍存在，又因穿戴頸圈造成日常生活上許多不便，感到沮喪，希望能儘快恢復。

2. 角色功能：第一角色為73歲已婚男子。第二角色包括父親、丈夫、祖父。第三角色為病患。住院期間可配合各項醫療處置，衛教內容皆能遵從執行。

3. 相互依賴：表示夫妻感情良好，自訴妻子中風後，都是媳婦照顧。子女雖

工作繁忙無法到院照顧個案，但仍會撥空前來探視，彼此關係密切。個案表示希望身體趕快康復，減輕家人負擔與心理擔憂。

問題確立、護理措施及結果評值

綜合以上之評估，確立個案有感覺及知覺改變、焦慮及潛在危險性跌倒等健康問題。

護理問題一：感覺及知覺改變/與脊髓神經受損導致感覺功能障礙有關(2011.11.4-11.13)

主、客觀資料
<p>S：11/4「為什麼我雙手仍然都沒什麼感覺？」、「有時候手、腳麻到不舒服」。</p> <p>11/5「手摸到東西沒什麼感覺，需看到才知道拿到什麼東西」、「雙肩至手指、雙下肢至腳底麻木」、「擦澡的時候，水溫覺得不夠熱」。</p> <p>11/6「在走廊走路時腳感覺是麻麻的，感覺沒有踩到地板」。</p> <p>O：1.10月中旬經核磁共振掃描診斷為脊髓損傷併C3-4、C4-5、C7-T1椎體滑脫及C5-6、C6-7椎管狹窄。</p> <p>2.利用迴紋針評估測試，無法正確分辨尖端與鈍端。</p> <p>3.協助擦澡時予評估溫覺，無法正確分辨冷熱水溫。</p> <p>4.請個案閉起雙眼，給予錢幣與紙夾或蘋果與木瓜，無法說出其物品形狀外觀或型態。</p> <p>5.閉起雙眼利用筆在病人手掌中寫數字，無法回答何數字</p>
護理目標
11/4-11/13能維持身體皮膚組織完整，無燒燙傷或扎傷等傷害產生。
護理措施
<ol style="list-style-type: none"> 1.協助個案每2小時翻身，翻身時以枕頭支托背部至臀部，並予背部叩擊，避免肢體受壓迫導致循環不良，並告訴服務員「翻身與拍背過程中需注意肩胛、薦骨、足跟、足內外踝等骨突處有無破皮」。 2.保持床單平整乾燥，穿著合身的質地柔軟衣物，避免身體受刺激及預防外傷，如兒子來探視時告訴兒子與照顧服務員「床單四角拉平整，床上若有異物立即拿除」；告訴個案「衣物質料最好選擇棉質為主，雙腳穿著透氣吸汗襪子才可以保護皮膚」。 3.保持末梢肢體溫暖勿冰冷，讓肢體獲得足夠血液灌流，如告訴個案「阿伯，你可以戴著手套、穿棉質襪，讓雙手、雙足保暖以促進血液循環」，讓個案知道保暖重要性。 4.每日以溫和肥皂和溫水清洗身體，維持皮膚清潔乾燥，避免潮濕造成皮膚組織浸潤情形。 5.肢體避免碰觸過冷或過熱的溫度，如告知個案、家屬與照顧服務員「為個案擦澡時要先測試水溫，要使用先開冷水再開熱水之步驟」避免個案發生燙傷。 6.告訴個案均衡的攝取營養與維生素B群，避免攝取含咖啡因飲料或刺激性食物，如多攝取牛奶、肉蛋類、深綠色蔬菜，如綠花椰菜、甜菜、甘藍菜芽等。少進食會導致血管收縮的咖啡、辣椒、可樂和茶。 7.護理人員隨時注意病床上及病房地板周圍有無尖銳之危害物，並告知個案下床活動時，不可赤腳走路，以免被尖銳物品刺傷足部皮膚，告訴個案「阿伯，你下床走路時要穿鞋子，一定不能赤腳，不然的話，可能會被地面上碎玻璃或碰撞硬物而被扎傷」。 8.每日評估及記錄麻感的部位、範圍及檢查皮膚是否完整有無傷口。 9.依醫囑予類固醇rinderon(4mg)1Amp 每八小時靜脈注射，以降低脊髓水腫，並增加局部血液循環；三餐餐後服用methycobal(250mcg)1類，以修復受損神經纖維組織。

結果評值

- 11/5個案可說出床單維持平整，不可有皺摺及穿著柔軟衣物等注意事項，飲食上不會進食刺激物如辣椒、咖啡等，會選擇高蛋白及維生素B群等食物如：魚湯、綠葉蔬菜、牛肉、豬肉等；而照顧服務員可協助個案正確執行每二小時以圓滾木協助翻身與背部叩擊，並在個案背、臀部予枕頭支托。
- 11/8照顧服務員表示每日用溫水清洗身體時，會檢查身體有無傷口，若有皮膚有異常症狀出現會立即告知護理人員，擦澡後立即幫個案套上襪子保持溫暖。
- 11/11個案在床邊活動時，會穿鞋子下床走動，不會赤腳走動，也會注意環境周圍有無尖銳物品碰觸到身體。
- 11/13轉至復健科病房前，再次檢視個案身體各部位，皮膚組織完整無產生任何傷害。

護理問題二：焦慮/與身體健康受到威脅有關(2011.11.4-11.13)

主、客觀資料

- S：11/4「唉，我手、腳麻還要多久才會好，是不是一輩子都不會好？」
- 11/5「其他人有像我一樣都會麻，還是我比較嚴重？」
- 11/6「要拿保溫杯喝水，拿不起來，連喝水都要人家幫忙」、「吃飯筷子沒辦法拿都要人家餵」。
- 11/7「拿東西，手沒什麼感覺，以後怎麼辦？唉！」、「做什麼事、去什麼地方都要看護理幫忙與照顧，感覺很麻煩，唉！」。
- O：1.交談時垂頭看自己手腳、注意力集中在自己、眉頭深鎖、經常唉聲嘆氣。
- 2.會談過程中頻頻搖頭，擔憂身體無法回復。
- 3.多次向不同護理人員，詢問類似的問題。
- 4.當醫師向病人解釋病情時，病人頻頻搖頭，神情緊張、搓揉雙手，醫師離開病房後，主訴心悸與胸悶，監測生命徵象脈搏95-110次/分、呼吸20-22次/分、血壓155-165/90-100 mmHg。
- 5.個案自認為個性獨立，也不喜歡麻煩他人，對於手術後感覺異常仍存在，又穿戴頸圍造成日常生活上許多不便，感到沮喪，希望能儘快恢復。
- 6.個案表示希望身體趕快康復，回到家中，減輕家人負擔與心理擔憂。

護理目標

11/4-11/13個案能口頭表示已不再那麼擔心，或不再嘆氣、重覆詢問類似問題。

護理措施

- 1.主動提供正確的資訊，重新建立個案正確的思考模式，修正錯誤的想法，如「你手、腳麻情形，每個人神經恢復的情形都不同，不是永遠都不會好，麻木的感覺改善一定要一段時間，那是急不得的」。
- 2.每2-3小時主動探視個案，提供充足的時間傾聽，並引導個案以言語說出內心感受及所擔憂的事情，如「你覺得現在會不會不舒服？」、「你有什麼最擔心的事？」等，讓個案感受到被關心。
- 3.利用解剖模型告訴個案脊髓解剖構造與功能，再用影像系統向個案說明正常神經與受壓迫的神經的不同，藉以解釋脊髓損傷對身體的影響及相關的檢查結果，告知身體可能會出現的症狀。
- 4.做任何檢查、治療及護理前，給予充分說明，如「阿伯，我現在用筆或迴紋針碰觸你身體，可能會有不舒服，這主要測試你對感覺有無不同」，減輕心理焦慮不安降低緊張情緒。
- 5.鼓勵家屬陪伴時注意個案語言及非語言行為表現，利用目的性觸摸，給予個案心理支持及正向回饋，如「坐在個案床旁輕拍肩膀或單手放於個案肩膀」，並肯定個案可以漸進完成活動，如「不錯喔，今天有下床練習坐床邊到站立10分，明天要再繼續，有慢慢進步」，穩定個案情緒。
- 6.教導個案肌肉放鬆技巧(口令緩慢指揮、先全身肌肉採緊縮、由腳指開始緩慢放鬆、再來小腿肌肉繼續往上、最後臉部肌肉、達全身放鬆)，以減緩焦慮感。
- 7.醫師查房時鼓勵個案主動提出疑問及澄清，並由醫師說明病情進展、提供正確的資訊以降低個案不確定感，同時肯定個案的努力，以減輕其焦慮，如「阿伯，今天有沒有問題要問醫生？」。
- 8.安排復健科內脊髓損傷病友與個案分享住院過程中努力與訓練，一起參與成功的喜悅，以降低個案無助感。
- 9.依醫囑予早、晚餐後服用xanax(0.25mg)0.5顆，以舒緩焦慮或緊張的情緒，並觀察是否出現眩暈、頭昏眼花等副作用。

<p>結果評值</p> <p>11/7個案緊張的詢問護理人員有關肢體麻感情形，主治醫師查房時，協助告知所提問題並予以解釋，但醫師離開病房後個案再次詢問護理人員相同問題，且不斷唉聲嘆氣，仍明顯擔心身體恢復情形。</p> <p>11/13個案主動表示雖然手腳還是會麻，但已比開刀後1-2天感覺稍改善，已不再出現嘆氣情形。</p> <p>11/14 協助個案與復健科病友經驗分享時，個案表示雖然現在日常生活仍會受限，但與病友互相加油打氣後，期待自己也能越來越進步，更有勇氣與信心面對問題並調適未來生活。</p> <p>11/15至復健科病房探訪，個案雖然表示肢體的麻木感不知道何時才會痊癒，但覺得每天都有些微在進步，只好慢慢等待；也會持續與其他病友互相討論相關訓練過程。醫囑停止服用Xanax(0.25 mg)。</p>

護理問題三：潛在危險性跌倒/肢體無力、脊髓神經壓迫導致感覺異常有關(2011.11.4-11.13)

<p>主、客觀資料</p> <p>S：11/6「走路沒什麼力氣，會搖晃不穩」。</p> <p>11/7「走久，腳感到支撐不久」、「戴著頸圈，下床活動都看不到地上，腳又麻好像沒有踩到地」、「有時麻到不想下床活動，怕走到一半就跌倒」、「下床活動都需別人扶、站不穩很麻煩」。</p> <p>O：1.年齡：73歲，屬行動須注意，保護能力弱之老年人。</p> <p>2.有高血壓病史，早餐後服用norvasc(5mg)1顆抗高血壓藥物。</p> <p>3.下床活動頸圈使用，視野範圍減少。</p> <p>4.11月3日手術經顯微內視鏡行第3-5節頸椎椎板與椎間盤切除，及人工骨塊融合併內固定術，四肢肌肉力量上肢3-4分、下肢4分。</p> <p>5.下床活動站立時無法維持平衡，需他人攙扶，步行過程中，步態緩慢無法持久維持平衡會身體向前傾。</p> <p>6.肢體麻感個案怕跌倒而不願活動。</p> <p>7.因焦慮問題依醫囑予早、晚餐後服用xanax(0.25mg)0.5顆。</p>
<p>護理目標</p> <p>1.三天內個案能正確說出預防跌倒的方法至少三項。</p> <p>2.11/4-11/13無跌倒發生。</p>
<p>護理措施</p> <p>1.告訴個案下床時採漸進式下床及轉位，下床前戴好頸圈並搖高床頭，活動時照顧者需全程陪伴，隨時詢問個案感受如頭暈、疲累，若有不適應立即暫停活動。</p> <p>2.向個案、家屬與照護服務員說明預防跌倒及維持環境安全之重要性：</p> <p>2-1床旁走道要維持通暢，勿堆積雜物，要有足夠空間可以活動。</p> <p>2-2病床要隨時保持固定狀態，以避免病床搖動而致跌倒發生。</p> <p>2-3加強病室內照明，夜間留一盞夜燈，廁所留有適度照明，浴室地板加鋪防滑墊，進入浴室一定要有家人陪伴。</p> <p>2-4休息或睡眠時需將兩側床旁欄杆拉起。</p> <p>2-5日常生活用品可放個案伸手可及處，以利拿取。</p> <p>2-6如需協助個案下床活動，先降低病床高度，再檢視四周環境，以確保下床安全。</p> <p>2-7告訴個案呼叫鈴之使用方法，並將延長線按鈕放置於個案可拿到的位置。</p> <p>3.定期檢視及維護設施環境安全，如：確保浴廁及走道扶手功能良好，隨時保持地面清潔乾燥。</p> <p>4.告訴個案活動中穿著合身衣褲，以免衣褲太大造成絆倒。鞋子要大小合適、平穩、厚底、防滑，發現鞋底有磨損應更換。</p> <p>5.照會復健師訂定復建計畫，安排適當物理及職能治療。如利用跑步機重複的行走、使用助行器進行下肢訓練與控制平衡能力、利用寶特瓶裝水行抬手運動進行重力訓練，以及坐在椅子上行抬腳運動等。以每日三次每次15-20次的頻率，提升肌力。</p>

護理措施

- 6.告訴個案輔具使用之正確方法及注意事項，如「阿伯，你要坐輪椅出去時，先將輪椅至床尾平行放置，再來拉下煞車固定輪椅，收起腳踏板，床上慢慢坐於床緣移坐於輪椅上，最後放下腳踏板，也要注意上坡時身體前傾，保持平衡，下坡時身體要後傾，以防跌倒」、「要是使用助行器下床走動，也要注意四個腳放穩，行走前先站穩才可以向前跨步，步伐不宜太大，眼睛向前看不要向下看」。
- 7.告知個案、照顧服務員有關抗焦慮和抗高血壓藥物有眩暈的副作用與處理方法，如「阿伯，你現在有吃降血壓以及緩解焦慮與緊張藥物，活動過程中若有頭暈或頭昏眼花的症狀出現，要立即停止活動，預防意外發生」，並提醒照顧服務員，若是個案告知有頭暈情形，不可以讓他單獨下床活動，一定要在病床休息，待症狀緩解才可進行活動。
- 8.在床尾掛上「預防跌倒」告示標語、手圈上貼有「預防跌倒」警示標籤，並每一至二小時探視個案活動動態，並評估有無跌倒風險。
- 9.每天監測肌肉力量。

結果評值

- 11/9個案能夠正確說出執行預防跌倒之措施3項，包括病床隨時保持固定狀態、採漸進式下床、以及地板在乾燥時才能行走，照顧者皆全程陪伴。
- 11/10經由護理人員鼓勵，個案可步行至病室外走廊，表示肢體麻感雖仍有，但肢體力量有增加，經漸進式復健真的比之前進步。活動過程中個案未出現眩暈或頭昏眼花等藥物副作用，返室後監測血壓為142/85 mmHg。
- 11/11個案四肢肌肉力量4-5分，可利用助行器在病室內活動，也會利用扶手在病室外走廊練習站立約10分鐘，無前傾或搖晃情形，身體也無不適之症狀。
- 11/13家屬與照護服務員能正確協助個案轉位，穿著合身衣褲，個案至病室外走廊練習步行約15-20分鐘後，協助使用輪椅返回病床。測量血壓為145/88 mmHg，無跌倒情形發生。當天隨後轉至復健病房照護。

結論與討論

本文為照護一位脊髓損傷之老年患者接受頸椎手術治療後之護理經驗。個案在術後肢體感覺知覺的改變仍存在，導致焦慮與潛在危險跌倒問題的產生。脊髓損傷易導致身體系統性功能受損與情緒的低落，個案表現與文獻所述相符(周、陳、賴，2008；陳、方，2012)。在護理照顧方面，周、陳、賴(2008)提到家人、病友與專業人員所提供的社會支持，能透過彼此生活經驗的分享而改善病人低落的情緒，此結果亦與本個案照護過程互為印證。11月15日筆者至復健科病房探視，個案四肢肌力皆可達5分，肢體麻

木感與術後相比已稍減輕，步行距離可達25公尺，步態雖緩慢但平穩，身體無搖晃情形。個案在持續的復健運動中，很滿意這次的醫療成效。11月28日個案由兒子陪同返診，筆者至門診探望時，個案表示「肢體肌肉明顯進步、只是仍有輕微麻木感，未來在住家附近診所持續復健就可以了」。

個案因手腳麻木痊癒進度比預期慢，在住院期間頻詢問麻木感何時才會完全改善；但神經系統感覺的修復因人而異，無法確實給予個案可接受的答案，這是筆者在照顧此個案時所遇到的最大困難。在此照護過程中，筆者發現脊髓損傷病友的經驗分享能帶給個案希望，建議可定期舉辦或安排脊髓損傷病患的團體經驗分享，或

協助轉介脊髓損傷團體，以協助個案面對自己的疾病以及所伴隨的功能改變與壓力，進而適應疾病並改善生活品質。

參考文獻

- 江珮瑩、李莉、李英芬(2011)·降低護理之家住民跌倒發生率之改善方案·*長庚護理雜誌*，15(1)，39-50。
- 社團法人中華民國脊髓損傷者聯合會(2010，無日期)·*認識脊髓損傷*·取自<http://fsci.org.tw/modules/tinyd0/IndexPathid=7>
- 沈惠民、林東亮、鍾進燈、許惠恒(2011)·糖尿病足臨床評估與治療·*內科學誌*，22，254-265。
- 周淑華、陳筱瑀、賴嘉祥(2008)·脊髓損傷者之憂鬱程度及相關因素之探討·*實證護理*，4(4)，318-326。
- 陳麗敏、方妙君(2012)·*神經系統疾病病人之護理*·於胡月娟總校閱，*內外科護理學*(四版，659-856頁)·臺北：華杏。
- Chen, H. Y. , & Boore, J. R. P. (2007). Establishing a super-link system: Spine cord injury rehabilitation nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 639-648.
- Pellatt, G. C. (2008). Nontraumatic spinal cord injury, part 4: Degenerative disorders of the spine. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 4(12), 588-593.
- Pritchard, M. J. (2011). Using the hospital anxiety and depression scale in surgical patients. *Nursing Standard*, 25(34), 35-41.
- Walker, J. (2009). Spinal cord injuries: Acute care management and rehabilitation. *Nursing Standard*, 23(42), 47-56.

靜
思
語

欣賞別人即是莊嚴自己。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Because seeing virtue in others
is in itself a virtue,
in appreciating others,
we in fact dignify ourselves.

~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of an Elderly Patient with Spinal Cord Injury

Fei-Mei Hsu, Yue-Hua Shu*, Hsun-Kuei Ko**

ABSTRACT

This case report described the nursing experience of an elderly patient with spinal cord injury. The patient experienced physical and emotional distress when the numbness did not improve as expected after the surgery. The nursing period was from November 4, 2011 to November 13, 2011. The author collected data through physical examination, observation, interaction, conversation and listening, and the following nursing health problems were identified: altered sensorium and perception, anxiety and risk of fall. To address these issues, the following professional nursing interventions were implemented: teaching the patient to cognize and identify the dangers in the environment to avoid injuries; communicating with the patient to confirm the source of anxiety, which allowed the patient to express negative emotions and alleviate anxiety; assisting the patient to engage in progressive active exercise persistently to strengthen muscle power and avoid falls. During the nursing process, the author established a positive nurse-patient relationship and, through humanistic care, successfully aided the patient to face the physical and emotional impacts induced by the illness and to become adaptive to future life. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:2, 111-120)

Keywords: anxiety, falls, nursing experience, spinal cord injury

RN, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital; Nurse Practitioner, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital*; Instructor, College of Nursing, Kaohsiung Medical University**

Accepted: October 11, 2013

Address correspondence to: Hsun-Kuei Ko No. 100, Shih-Chuan 1st Rd., Kaohsiung 80708, Taiwan

Tel: 886-7-312-1101 ext. 2613 ; E-mail: a885018@kmu.edu.tw