

照顧一位青少年因車禍造成 顱內出血術後之加護經驗

賴千惠、胡真珍*

中文摘要

本文描述一位青少年因車禍造成顱內出血行顱骨切開術後之加護經驗。護理期間2016/8/3至8/26止，以Gordon十一項功能性健康型態評估收集資料，確立健康問題有腦組織灌注改變、組織完整性受損、身體功能活動障礙。照護期間藉由監測生命徵象及神經學徵象預防續發性腦損傷，並促進傷口癒合及觀察有無續發性感染情形；待意識清楚後，提供疾病衛教指導，同時鼓勵個案主動參與自我照顧活動、增加生活控制感；此外因突如其來的重創，使個案正面臨青少年發展階段危機，經由不斷陪伴及鼓勵表達內心感受，使其接納護理人員並願意表達心理感受、配合醫療照護。(志為護理，2018; 17:6, 127-136)

關鍵詞：顱內出血、護理經驗、青少年

前言

根據統計2015年事故傷害居十大死因第六位，死亡率每十萬人43.5%，其中15-24歲男性因交通事故造成死亡的人數為442人(衛生福利部，2017)。研究表示頭部遭撞擊導致的顱內出血及腦損傷，通常會發生於數小時至數天，且腦部的續發性傷害會加乘腦損傷嚴重度及範圍，不僅危及生命，也會產生不同

程度的失能及復健問題，造成病人及家屬的身、心壓力(Carron, Alwis, & Rajan, 2016)。本文個案正值青少年發展任務之自我認同及個人獨立關鍵時期，面對顱內出血的突發性壓力、身體活動功能障礙之問題，導致對醫療照護行為表現出負面情緒引發筆者書寫動機。故於急性期提供個案密切的神經學評估及傷口護理之外，當意識清楚後，運用跨團隊資源提供個案及家屬適時的心理支持及疾

醫療財團法人門諾醫院美崙總院外科加護病房護理師、醫療財團法人門諾醫院美崙總院加護病房專師*

接受刊載：2018年6月13日

通訊作者地址：胡真珍 花蓮縣花蓮市民權路44號

電話：886-3-824-1234 #1270 電子信箱：luckjojo@mch.org.tw

病衛教，提升罹病後的調適及照護能力並正向面對未來生活。期望藉此個案報告，做為臨床護理人員照護之參考。

文獻查證

顱內出血之概述及術後於加護病房護理：

大腦結構分成不同區塊，各掌管不同的功能，額葉為運動和思考中樞，頂葉為感覺中樞，顳葉為聽覺中樞（陳，2011）。當發生顱內出血時，依照出血部位、大小及有無其他合併症而有不同的臨床症狀，若受損部位為廣泛性，則會造成半側動作偏癱、言語障礙以及記憶力減退(梁、張、謝，2016)。顱內出血會使顱內壓上升其臨床症狀有頭痛、噁心、嘔吐、瞳孔改變、癲癇、庫辛氏病症，包括血壓升高、心跳、呼吸變慢及腦疝脫(王、高，2012)。在治療上可藉由顱骨切開術去除血塊，在加護病房最主要的照護重點是限制續發性的腦損傷。病人於急性期護理重點為避免顱內壓上升(Haddad & Arabi, 2012)。可給予高張利尿劑：如mannitol增加血漿滲透壓，使組織間液進入血管，減少腦部體積降低顱內壓，給予過程需追蹤病人輸入輸出量及osmolarity，若osmolarity>300mOSM/L需停止給予並通知醫師調整藥物。照護上應維持生命徵象穩定、觀察四肢肌力、昏迷指數(Glasgow Coma Scale, GCS)及瞳孔大小的變化，每小時觀察有無顱內壓上升情形，抬高床頭30度且維持頭頸在正中位置，以促進腦部靜脈回流(邱、陳、陳，2014)。維持動脈二氧化碳分壓(PaCO₂)下降至30-35mmHg、動脈氧分壓

(PaO₂)>60mmHg，使血管收縮，減少腦部血流量。維持收縮壓>90mmHg，使血管收縮降低腦血流量，維持足夠腦灌注壓(王、高，2012)。採分散式護理，護理活動之間至少間隔20分鐘。維持呼吸道通暢，定期抽吸痰液，每次抽吸時間限制為15秒，評估呼吸型態、呼吸道分泌物量及性質(蔡、蘇，2016)。維持排便正常，避免Valsalva's maneuver導致胸腹壓上升(王、高，2012)。保持環境安靜，避免突發動作驚嚇並刺激病人情緒，需要時使用鎮靜劑，使腦部代謝速率降低預防腦壓上升(王、高，2012)。

因車禍、手術使黏膜、皮膚或皮下造成組織完整性受損，例如因車禍導致的表淺皮膚擦傷及術後產生之較深層的皮膚損傷。在護理上應在接觸病人前後執行手部衛生，並採無菌技術換藥，每日觀察傷口大小、性質、味道、分泌物，選擇正確及適當的敷料，完整記錄傷口變化，促進早期癒合，降低感染之情況發生(張、葉、周，2013)。會診營養師視病人特性及情況提供適當及足夠的營養及液體。留意患肢擺位，避免壓迫造成血液循環受阻，保持床單平整、衣物乾燥，預防臥床合併症產生(廖、康，2010)。

青少年車禍後面臨之心理調適：

依照Erikson的心理社會發展理論，青少年後期發展任務為自我認同，此時期的青少年對任何事都有主見，希望學習獨立、自我照顧，以達到自我肯定的特質(陳、雷、吳，2005)。青少年在面臨突如其來的重創，可能會因身、心成長正處於最急遽時期而無法立即調適壓力，

如在面臨身體活動功能障礙，肢體受限就可能產生負面情緒、喪失自我控制力。照護過程儘可能讓病人一同參與，增加病人自我照顧能力使其激發自信心及加強疾病控制感；扮演病人和家屬及醫療團隊間溝通協調的橋樑(宋、武，2011；胡、洪、任，2015)。於急性期狀況穩定下照會物理治療師擬定復建計畫，初期應先協助被動式關節活動，待意識清醒、生命徵象穩定時，漸進式教導運用健肢輔助患肢活動，增加肌肉力量，並鼓勵病人逐漸開始做自我照顧，如自行進食、盥洗、在床上漸進式運動，加強病人定向感以促進自我控制感及自我照顧能力(林、安，2010)。

護理過程

一、個案簡介：蘇先生，未婚，為獨子，19歲；高中畢業，國、臺語溝通；無宗教信仰；父親47歲，有高血壓，做工，母親45歲同父親一起工作。護理期間為2016/8/3-2016/08/26。

二、過去病史與求醫過程：個案無過去病史。於8/3騎車自撞導致頭部破裂由救護車送至急診，GCS：E1V1M4，放置氣管內管，頭部電腦斷層掃描診斷為左側額顱頂葉硬腦膜下血腫合併腦疝脫、顱底骨折，右下肢X光顯示右腳開放性骨折，行左側顱骨切開術、右膝清創及骨外固定術，術後入加護病房觀察；8/6頭部及右膝傷口引流量少故移除引流管；8/11GCS：E3VEM5，因個案為廣泛性顱內出血導致急性呼吸衰竭無法脫離呼吸器故行氣切手術；8/13GCS：E4VTM6，脫離呼吸器使用氣切面罩氧療，呼吸平

順；8/23GCS：E4VTM6，會診骨科行右膝開放性復位及內固定及頭部筋膜切開合併修補皮瓣術；8/26 GCS：E4VTM6，經主治醫師評估後轉至普通病房並於9/6出院轉門診治療。

護理評估

筆者依Gordon十一項功能性健康型態評估結果如下：

(一)健康認知與健康處理型態：案母表示個案平時健康狀況良好，過去也無做過健康檢查，每日一包菸，已抽3年，偶爾會喝酒、吃檳榔，若有小感冒通常都自行至小診所就醫。8/3到院時GCS：E1V1M4、瞳孔反應：R/L 4.5mm(+/-)/4.5mm(+)、生命徵象：體溫36.4度、心跳75次/分、呼吸13次/分、血壓131/93mmHg。入院後醫療決策者為父母親。住加護病房期間於急性期個案因躁動無法配合治療，8/13 GCS：E4VTM6、生命徵象：體溫36.4度、心跳85次/分、呼吸18次/分、血壓127/69mmHg，情緒平穩時可配合醫護人員治療。

(二)營養代謝型態：個案平時飲食無特殊喜好，住院前身高170公分、體重64公斤、身體質量指數：22.15(kg/m²)屬標準範圍內。8/3入院時個案右手有9x5公分擦傷、左下肢有1.5x1公分擦傷；8/4行左側顱骨切開術，術後頭部左側有13公分縫線傷口，外觀乾淨無滲血，右腳放置骨外固定物，牽引5公斤；8/5案母表示：「不知道他去哪裡撞傷的，身上傷口怎麼那麼可怕。」；8/7由鼻胃管灌食立攝適糖尿配方奶237ml/Q4H，每餐反抽消化、吸收佳，符合營養師建議1,944kcal/天；

8/13案母表示：「頭部傷口看起來黑黑爛爛的，這樣好嗎？」，頭部縫線傷口外觀黑痂約3x2公分、滲漿性液量中、無異味，預行手術治療；8/14抽血檢驗Na：141meq/L、K：3.5meq/L、osmolarity：220mOSM/L、WBC：18.79x10³/μL、Hb：12g/dL、albumin：3.8g/dL；8/23個案GCS：E4VTM6、瞳孔反應：R/L 3.0(+)/3.0(+)，會診骨科故行右膝開放性復位及內固定及頭部筋膜切開合併修補皮瓣術；8/24頭部傷口約4x6公分、外觀組織紅潤、無滲血，右膝有10公分縫線傷口；住院期間每日測量體重約64-65公斤。

(三)排泄型態：個案全身皮膚飽滿，無水腫情形平時每天都會解便，排尿量正常；術後放置導尿管，24小時尿量約1,500-1,800ml；8/5尿液檢驗無異常；8/13移除導尿管後每班可自解600~800ml的尿量，腸音10-20次/分，叩診腹部呈微鼓音，住院期間每天解2-3次黃軟便，無腹瀉及便秘情形，每日攝取量/輸出量約±500ml/day內。

(四)活動運動型態：個案生病前在餐廳做工讀生，自我照顧方面，平時都可獨立執行；8/3行左側顱骨切開術後，GCS：E2VEM5、生命徵象：體溫35.6度、心跳95次/分、呼吸12次/分、血壓84/43mmHg、瞳孔反應：R/L 3(+)/3(+)、四肢肌力：右側肢體0分、左側肢體4分，動脈血液氣體分析檢驗(Arterial Blood Gas, ABG)：PH：7.472、PaCO₂：38mmHg、PaO₂：312.6mmHg，使用呼吸器控制型機械通氣模式 (Control mechanical ventilation mode, CMV)FiO₂ 30%；8/6ABG

Data：PH：7.396、PaCO₂：40.1mmHg、PaO₂：132mmHg，右側乏力需護理人員協助被動式翻身；8/11GCS：E3VEM5，行氣切手術，自咳力佳、可自咳痰至氣切口邊、痰液量少、呈白稀、呼吸平順、呼吸音清澈，但無法自行清除痰液需協助抽吸及擦拭；8/13GCS：E4VTM6、瞳孔反應：R/L 3(+)/3(+)、四肢肌力：右側肢體1-2分、左側肢體4-5分，脫離呼吸器使用氣切面罩氧療3L/min使用，呼吸平順；8/15個案以左手使用手機打字表示：「為什麼我不能控制我的右手跟右腳，它殘廢了嗎？」；8/23個案以左手使用手機打字表示：「現在都不行下床，連想自己坐起來都有困難」。

(五)睡眠休息型態：個案過去無使用安眠藥的習慣；術後有躁動的情形，因加護病房儀器多加上頻繁探視使得個案無法熟睡，予以鎮定劑後能維持睡眠1-2小時。

(六)認知感受型態：住院前，個案意識清楚，人、時、地辨認能力、計算能力及聽、嗅、味、觸覺皆正常。8/12個案使用左手指著頭部表情皺眉表示疼痛，詢問個案數字等級量表以左手比2分；8/13案母給予個案手機後能以左手操作手機打字與護理人員溝通，對人、時、地皆清楚，並表示：「頭痛情形可忍受，但注射止痛針後會比較好入睡。」觀察除按時服用之口服止痛藥外，少主動要求打止痛針，一天約1次；8/15當個案尿濕時能舉左手比手勢請護理人員更換尿布。

(七)自我感受、自我概念型態：案母表示：「他是一個很懂事的小孩，高中

就和同學一起半工半讀賺取自己的生活費，個性開朗且獨立自主」。8/16衛教個案空檔時間自行使用左手抓右手做復健運動及嘗試使用唇語、手寫溝通，都以轉頭迴避、搖頭拒絕來回應不願表達感受。

(八)角色關係型態：個案日常與家人都使用國臺語溝通，高中畢業後未再繼續升學，目前具兒子及病人角色，平時與父母親同住，家中教育以愛為本。住院期間朋友、同學及父母都前來探視。

(九)性生殖型態：案母表示前陣子才和女朋友和平分手。目前單身中，暫無性生活，檢查生殖器外觀無異常。

(十)適應壓力耐受型態：案母表示：「他很獨立自主且個性開朗、善交朋友，常常和同學、朋友一起出門，大部分面對事情時都單獨下決定不會過問父母意見，遇到不如意大多找朋友幫助」。

(十一)價值信念型態：個案平時無信仰宗教，住院期間朋友及同學幫個案求平安符放在枕頭下。

問題確立與護理計畫

因版面有限，故依護理計畫之先後順序列出以下三個個別性之健康護理問題。

一、腦組織灌流改變/與車禍顱內出血及腦部手術有關(8/3訂)

(一)客觀資料：

1.8/3入院時頭部電腦斷層掃描診斷為左側額顱頂葉硬腦膜下血腫合併腦疝脫、顱底骨折。

2.8/3行左側顱骨切除術後，GCS：

E 2 V E M 5、瞳孔反應：R / L 3.0(+)/3.0(+)、四肢肌力：右側肢體0分、左側肢體4分、生命徵象：體溫35.6度、心跳95次/分、呼吸12次/分、血壓84/43mmHg。

3.8/3ABG data：PH：7.472、PaCO₂：38mmHg、PaO₂：312.6mmHg，使用呼吸器CMV mode, FiO₂ 30%。4.8/14抽血檢驗Na：141meq/L、K：3.5meq/L、osmolality：220mOSM/L。

(二)護理目標

1.住加護病房期間無顱內壓升高的症狀。
2.8/17前能維持術後GCS：E2VEM5或改進術後GCS。

(三)護理措施

1.每小時監測生命徵象：觀察以下徵象，若有以下情形發生應立即告知主治醫師，如：(1)收縮壓<90mmHg(2)意識狀態變差大於2分(3)瞳孔不等大或放大時。

2.預防顱內壓升高：

2-1.調整個案姿勢將床頭抬高30度，維持頭頸在正中位置。

2-2.採分散式護理，護理活動之間需間隔20分鐘。

2-3.維持呼吸道通暢，動作輕柔的協助抽痰，評估呼吸型態、呼吸道分泌物量及性質，抽痰前後給予100%氧氣，抽吸壓力維持在80-120mmHg，每次抽吸時間限制為15秒。

2-4.依醫囑Q6H追蹤ABG，維持PaCO₂在30-35mmHg，若異常應立即通報主治醫師及呼吸治療師，調整呼吸器模式。

2-5.個案躁動時依醫囑給予ativan 2mg IVP

Q4H PRN使用，於給藥後30分鐘監測用藥反應及重新評估個案意識狀況，若叫喚不醒或予疼痛刺激仍無神經反射時應立即通知主治醫師。

2-6.依醫囑給予sennapur 2顆 HS PO，預防便秘且避免Valsalva maneuver及等長運動。

3.依醫囑給予mannitol 125ml Q6H IVD使用，並詳細記錄及評估輸入輸出量，若尿量大於1,000ml/Q8H以及osmolarity>300mOSM/L，應告知主治醫師是否停用。

4.保持病室安靜，評估個案意識狀態前，先輕觸個案手部，避免突然叫醒個案或未告知情況下予疼痛刺激。

(四)評估

1.8/11GCS：E3VEM5，呼吸平順，並無噁心、嘔吐、瞳孔改變、心跳、呼吸變慢等顱內壓升高之症狀。

2.8/13GCS：E4VTM6、瞳孔反應：R/L 3(+)/3(+)、生命徵象：體溫36.4度、心跳85次/分、呼吸18次/分、血壓127/69mmHg、四肢肌力：右側肢體1-2分、左側肢體4-5分，使用氣切面罩氧療3L/min使用。

二、組織完整性受損/與車禍及手術後傷口有關(8/3訂)

(一)客觀資料：

1.8/3騎車自撞入院。

2.8/3入院右下肢X光顯示右膝開放性骨折。

3.8/3入院時右手9x5公分擦傷、左下肢1.5x1公分擦傷。

4.8/4行左側顱骨切開術，術後頭部左側有

13公分縫線傷口，外觀乾淨無滲血，右腳放置骨外固定物，牽引15公斤。

5.8/5案母表示：「不知道他去哪裡撞傷的，身上傷口怎麼那麼可怕」。

6.8/13案母表示：「頭部傷口看起來黑黑爛爛的，這樣好嗎？」。

7.8/13頭部縫線傷口外觀黑痂約3x2公分、滲漿性液量中、無異味，預行手術治療。

8.8/14抽血檢驗WBC：18.79x10³/μL、Hb：12g/dL、albumin：3.8g/dL。

9.8/23行右膝開放性復位及內固定及頭部筋膜切開合併修補皮瓣術。

10.8/24頭部傷口約4x6公分、外觀組織紅潤、無滲血，右膝有10公分縫線傷口。

(二)護理目標

第一階段

1.8/20前個案四肢擦傷傷口能結痂及癒合。

2.8/20前個案右膝骨外固定入針處無紅、腫、熱、痛之感染徵象。

第二階段

1.住加護病房期間能維持頭部及右膝縫線傷口無紅、腫、熱、痛之感染徵象。

(三)護理措施

第一階段

1.以無菌技術換藥每日一次，並每班評估傷口外觀大小、顏色、味道、有無滲液及癒合情形，若有發炎情形應告知主治醫師。

2.依照傷口部位，依醫囑給予不同的傷口照護：(1)術後頭部縫線傷口以酒精棉枝消毒清潔後塗抹neomycin藥膏，再以紗

布覆蓋使用無菌外科巾包覆頭部，避免傷口感染(2)四肢擦傷傷口使用生理食鹽水清潔後再塗抹neomycin藥膏白紗覆蓋，若外觀無紅腫發炎情形則使用人工皮覆蓋，再每班觀察，若液擴散出人工皮外、敷料捲起或無法黏貼時即更換新的人工皮(3)右膝骨外固定物入針處以酒精棉枝消毒清潔後，再以無菌Vial瓶覆蓋固定物外露之骨釘，預防其他皮膚刮傷造成二次傷害。

- 3.右膝牽引處，需每2小時觀察牽引繩確實於滑輪溝上、鐵餅懸空及右腳保持伸直，視需要調整牽引器之角度或使用棉捲包覆牽引繩，避免牽引繩直接壓迫到足背皮膚形成壓傷，並依醫囑每2小時間隔休息15-20分鐘且觀察右腳末梢循環，若有腫脹、發紺情形應立即告知主治醫師。
- 4.照會營養師，予鼻胃管灌食高蛋白且水溶性纖維高的立攝適糖尿配方奶，每日1,800ml/1,944kcal/蛋白質106.9g，補充營養促進傷口癒合並有助於促進腸胃蠕動。
- 5.每班評估個案胃排空情形，若兩班反抽未消化液>70ml時需再次會診營養師調整個案營養狀況。
- 6.使用U行枕墊於頭部，預防頭部傷口受壓。
- 7.保持床單平整、乾燥，每2小時翻身，避免使用拖拉方式使皮膚損傷，翻身時若尿布濕了就協助更換乾淨的。
- 8.當個案生命徵象穩定並可配合時，協助使用溫水予個案床上沐浴後塗抹身體乳液，避免皮膚乾燥。
- 9.會客時間衛教家屬觸摸個案前後需執行

手部衛生，勿觸碰到傷口避免傷口感染。

第二階段

- 1.依照傷口部位，依醫囑給予不同的傷口照護：(1)術後頭部傷口以附著力強之SI-AID敷料，此敷料在不傷害新生血管下易移除方便觀察傷口內部情形，也可促進滲液吸收使傷口不浸潤並促進癒合(2)右膝縫線傷口使用優碘消毒2分鐘後以生理食鹽水清潔，再塗抹neomycin藥膏白紗覆蓋。

(四)評估

第一階段

- 1.8/17四肢擦傷傷口全乾燥、癒合。
- 2.8/23右膝骨外固定物入針處傷口無紅腫、發炎情形。

第二階段

- 1.8/25頭部及右膝縫線傷口外觀組織紅潤，無浸潤、發炎、紅腫情形。

三、身體活動功能障礙/與左腦出血導致右側肢體偏癱有關 (8/13訂)

(一)主觀資料：

- 1.8/15個案以左手使用手機打字表示：「為什麼我不能控制我的右手跟右腳，它殘廢了嗎？」。
- 2.8/23個案以左手使用手機打字表示：「現在都不行下床，連想自己坐起來都有困難」。

(二)客觀資料：

- 1.8/3行左側顱骨切開術後，GCS：E2VEM5、四肢肌力：右側肢體0分、左側肢體4分。
- 2.8/6右側乏力需護理人員協助被動式翻身。
- 3.8/11行氣切手術後，可自咳痰至氣切口

邊，但無法自行清除痰液需協助抽吸及擦拭。

4.8/13GCS：E4VTM6、四肢肌力：右側肢體1-2分、左側肢體4-5分。

5.8/16衛教個案使用左手抓右手做復健運動，都轉頭迴避、搖頭拒絕。

(三)護理目標

1.8/20前能增強個案自行復健的動機。

2.8/20前能運用健側肢體主動參與自我照顧活動增加生活控制感，如刷牙、擦臉。

(四)護理措施

1.每小時評估肌肉力量並紀錄結果，若肌力變差改變大於2分應通知主治醫師。

2.使用量身的護具固定右側肢體2小時後移除，休息間隔20分鐘，每2小使用翻身枕協助左側臥，協助翻身時注意關節的擺位需將手肘及膝關節伸直預防壓傷。

3.8/13個案GCS：E4VTM6、生命徵象穩定後，衛教家屬及個案每天會客時間於床上協助個案執行被動全關節運動復健，如：雙側肩膀、手肘、手指、手腕運動、左髖、左膝運動及雙足踝、腳趾運動，可預防關節攣縮、僵硬及肌肉萎縮，並能增強個案肌肉力量，每天3次，每次至少15分鐘。

4.個案意識清楚時衛教個案在無頭痛、噁心、不適情況下可於床上以健側握住患側做舉臂運動、右手抓握運動、抬臀運動、側身運動，至少每天3次，每次20下，強化健側肢體增加肌肉強度。

5.依醫囑協助照會物理治療師，訂定個案物理及職能復健計畫，於每日下午2點至2點半在病床上訓練個案坐姿平

衡、右下肢等長運動及促進個案床上轉位能力。

6.於晨間護理時協助個案擰乾毛巾、擠好牙膏，鼓勵個案使用健側自行擦臉及刷牙並在完成後口頭鼓勵個案的表現及進步，增加自信心鼓勵自我照護。

7.提供復健成功返回過去生活之案例鼓勵個案，以增強自我價值並對未來充滿希望。

(五)評值

1.8/15於每日會客時間家屬能協助個案於床上行雙上肢及左腳肢體外展、內收及末梢肢體按摩等活動，每日3次，每次15分鐘。

2.8/20個案四肢肌力：右側肢體1-2分、左側肢體4-5分，能自行使用健側幫患側行舉臂運動且右手能自行平移練習抓握運動，每天3次、每次10下。

3.8/20能以手勢及唇語表示想在護理人員協助下自行使用左手執行自我照顧活動，如：刷牙、擦臉、翻身、坐起等活動。

4.9/7電訪案母：「返家後個案都會在家自行扶著牆壁，練習緩慢步行。我們每週1、3、5也都會按時回復健科門診做復健，希望能早點恢復」。

討論與結論

本文敘述一位青少年因車禍導致顱內出血接受手術後，發現個案有腦組織灌流改變、身體活動功能障礙及組織完整性受損等護理健康問題。筆者於照護期間，密集監測生命徵象及神經學評估有無顱內壓升高之徵象，避免腦部續發性傷害；經由每日傷口照護及記錄，降

低續發性傷口感染；於意識清楚後漸進式協助復健，並鼓勵完成簡單之自我照顧，增強個案對疾病的控制力及信心。本文限制在於加護病房屬於急重症單位，對於顱內出血術後的病人發生躁動、不安及不配合醫療行為之情形，為避免引發顱內壓升高造成續發性腦損傷，當下會予以鎮靜藥物強制病人休息，但因個案為19歲的青少年，正處於發展自我認同及個人獨立自主，過程中發生危機及衝擊時易導致情緒過度壓抑產生負面行為(宋、武，2011)。筆者建議急重症護理人員除了需具備專業知識外，應思考如何面對各年齡的發展階段而運用個別性及獨立性護理去照護病人，而非淪為常規的醫療照護而忽略了病人心理層面的照護，應多陪伴並鼓勵及接納病人負面情緒，使他們能緩解心中不安達到身、心、靈的照護。希望藉此寶貴之護理經驗提供日後護理人員之參考。

參考文獻

- 王立歲、高啟雯(2012)·顱內調適能力降低病人的臨床評估及護理處置·*護理雜誌*，59(5)，91-96。doi：10.6224/JN.59.5.91
- 宋瑞蘭、武佳瑩(2011)·照護一位罹患第一型糖尿病之青少年接受透析之經驗·*長庚護理*，22(1)，105-113。
- 林妙、安豐娟(2010)·一位腦中風患者及其主要照顧者的護理經驗·*若瑟醫護雜誌*，4(1)，99-111。
- 邱盈熒、陳香蘭、陳淑卿(2014)·照護一位腦動靜脈畸形青少年接受開顱手術之重症護理經驗·*馬偕護理雜誌*，8(2)，61-72。
- 陳淑瑩(2011)·神經系統·於許世昌總編，*解剖生理學*(二版，8-20~27頁)·臺北市：永大。
- 陳坤虎、雷庚玲、吳英璋(2005)·不同階段青少年之自我認同內容及危機探索之發展差異·*中華心理學刊*，47(3)，249-268。doi：10.6129/CJP.2005.4703.04
- 胡凱欽、洪郁惠、任秀崎(2015)·一位創傷後雙下肢骨折產生無力感個案之護理經驗·*亞東學報*，35，21-30。
- 張昭慧、葉秀雯、周繡玲(2013)·照護一位口腔癌末期患者引發無望感之護理經驗·*腫瘤護理雜誌*，13(2)，91-102。
- 梁美儀、張雅如、謝宗勳(2016)·系統性回顧：運動訓練介入對於創傷性腦損傷患者之姿勢控制、行走功能與心肺耐力之效果·*物理治療*，41(1)，7-19。doi:10.6215/FJPT.PTS1434096869
- 廖靜誼、康瑞蘭(2010)·照護一位腔室症候群合併腓神經受損青少年之護理經驗·*長庚護理*，21(3)，375-385。
- 蔡曉雯、蘇佩真(2016)·運用多重感覺刺激輔助頭部創傷病患甦醒之加護經驗·*高雄護理雜誌*，33(1)，83-95。
- 衛生福利部(2017，1月25日)·*死因統計視覺化圖表*·2017年1月25日取自<http://iiqsw.mohw.gov.tw/st3/index.html>
- Carron, S. F., Alwis, D. S., & Rajan, R. (2016). Traumatic brain injury and neuronal functionality changes in sensory cortex. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 2(10), 47. doi:10.3389/fnsys.2016.00047
- Haddad, S. H., & Arabi, Y. M. (2012). Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. *Scandinavian Journal Trauma Resuscitation & Emergency Medicine*, 3(20), 12. doi:10.1186/1757-7241-20-12

A Nursing Experience of a Postoperative Teenage Patient in Intensive Care Unit Suffering from Intracranial Hemorrhage due to Traffic Accident

Chien-Hui Lai, Jen-Jen, Hu*

ABSTRACT

The report described a nursing experience of a post-craniotomy teenage patient with intracranial hemorrhage as a result of a traffic accident. The nursing period lasted from August 3rd to 26th, 2016. Gordon's 11 functional health patterns was applied to assess the collected data, and the following health problems were confirmed: ineffective cerebral tissue perfusion, impaired tissue integrity, impaired physical mobility, and powerlessness. During the nursing period, the patient's vital and neurological signs were closely monitored to prevent secondary brain injury, facilitate wound healing, and observe signs of secondary infection. Health education was instructed after the patient regained consciousness. The patient was also encouraged to actively participate in self-care activities and regain a sense of control. The patient was facing adolescent development crisis as result of the accidental trauma. With continuous companionship and encouragement on self-expression, the patient fairly accepted the nursing staff. He was willing to express his inner feelings and cooperate with nursing instructions. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:6, 127-136)

Keywords: intracranial hemorrhage, nursing experience, teenager

RN, Mennonite Christian General Hospital; Nurse practitioner, Mennonite Christian General Hospital*
Accepted: June 13, 2018
Address correspondence to: Jen-Jen, Hu No. 44, Min-Cyuan Rd., Hualien City 97063, Taiwan
Tel: 886-3-824-1234 #1270 E-mail: luckjojo@mch.org.tw