

照護一位顱內出血患者之 護理經驗

劉依鑫、蘇筱雅*、張惠晴

中文摘要

本篇係描述一位71歲個案自發性顱內出血，進行開顱手術合併腦室引流管放置，主要照顧者不知如何照顧及對出院抱持否認態度的護理經驗，照護期間為2017年7月23日至8月7日，筆者運用羅氏適應模式進行整體性評估，確立個案有呼吸道清除功能失效、腦組織灌流失效、家屬照顧者角色緊張等三項健康護理問題，提供案妻相關疾病資訊、申請照服員共同照護及學習如翻身擺位、灌食等認知與技能，強化照護技能及追蹤回覆技能，提供舒壓方法，照會出院準備服務提供醫療器材租借、後續喘息服務等資訊申請，使案妻調適後以正向態度面對個案疾病變化，返家後能維持更佳的生活品質。(志為護理，2021; 20:3, 117-126)

關鍵詞：顱內出血、照顧者角色功能緊張、羅氏適應模式

前言

顱內出血(intracranial hemorrhage, ICH)是一種腦血管疾病，經由統計資料顯示在臺灣地區占十大死亡原因的第四位(衛生福利部，2017)，顱內出血帶來的不可逆的神經功能損傷，往往無法自我照顧，甚至影響整個家庭運作，家屬對疾病後續照護問題感到茫然，如何透過協助使家屬獲得充分資訊，並讓個案出院

後仍獲得完善持續照顧是很重要的(林等，2016)。

此個案是描述一位71歲老年人自發性顱內出血，行開顱手術治療合併腦室引流管放置照護經過，個案無法自我照顧及主要照顧者不知如何照顧這類型病人產生焦慮及緊張，對出院抱持否認態度引發書寫動機想深入探討，期望透過個別性措施，使得照顧者以正向態度面對疾病變化，返家後能維持更佳的生活品

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院外科加護病房護理師、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院外科加護病房副護理長*

接受刊載：2020年9月22日

通訊作者地址：張惠晴 97004 花蓮市中央路三段707號

電話：886-3-856-1825 #6315 電子信箱：abc1233164@tzuchi.com

質，期望作為往後醫護人員照護此類個案時，能供為照護的參考經驗。

文獻查證

一、顱內出血及相關護理

Carpenter et al. (2016)指出ICH是一種腦血管疾病，最重要的危險因素是慢性動脈高壓，危險因子還包含飲酒、吸煙、使用口服抗凝藥、抗血小板藥、遺傳史約44%，基因編碼中的apolipoprotein E，是一種脂蛋白元，為脂蛋白的組成之一，位於人類第19對染色體，含有兩個變體，有助於腦澱粉樣血管病的發病機制，有增加ICH風險的變異體，跟引發ICH有相關(Yamada, 2015)，顱內出血影響到神經功能障礙、語言障礙，預後可能有永久型的神經功能缺損(馮、曾，2011)。

於急性期護理重點為維持生命徵象穩定，觀察意識狀態的變化、昏迷指數及瞳孔大小、密切監測顱內壓，觀察有無顱內壓上升相關症狀：如心跳變慢、血壓上升、呼吸不規則及是否再次出現頭痛、噁心、嘔吐等現象，抬高床頭30度且維持頭頸於正中位置，以促進腦部靜脈回流，預防顱內壓上升，避免過多的護理活動(柯、游，2011)。

疾病恢復期介入：家庭環境的調整及安排、穿著舒適容易更換及洗滌、規則每2小時更換臥姿避免產生壓瘡、採定食定量的均衡飲食原則、教導家屬服藥時間、劑量與途徑及相關作用副作用、出院前安排職能訓練、語言訓練以及肢體復健訓練(馮、曾，2011)，透過照會復健科教導運用健肢輔助患肢，增加肌

肉張力及預防攣縮，以促進病患自我控制能力及自我照顧能力(張，2015)。近幾年文獻統計資料證明針灸能有效治療癱瘓，或是急慢性腦中風膝關節的伸直或彎曲、肩膀的攣縮等症狀，針灸治療時機是前三週療效比發病後三週再治療的療效好，有效改善腦中風的肢體平衡、運動功能，進而達到生活品質(鍾，2015)。以跨領域團隊之實證照護為基礎，讓各專業醫療人員透過合作、協調、溝通及整合的團隊合作照護精神，過程中彼此溝通，取得最佳治療策略，進而提供良好的照護品質(林佳慧等，2013)。

二、年老照顧者心理壓力及其照護

依據老人生活狀況調查，65歲以上長者中有20.58%僅與配偶同住，且長者在住院期間的主要照顧者有21.99%是配偶(衛生福利部，2014)。老年長者擔負照顧工作，容易出現幾個問題：體力不足、學習力較差、挫折感較大、資源獲取較不易等等，使得老人更容易出現負向情緒(中華民國家庭照顧者關懷總會，2012)。

當被照顧者所需的照顧工作比較複雜時，考慮到高齡照顧者的個別性，在出院準備服務階段，可運用網路照護平台衛教系統等學習照護技巧，盡早主動提供相關訊息，提供較充分的照顧技巧指導(李等，2017)。

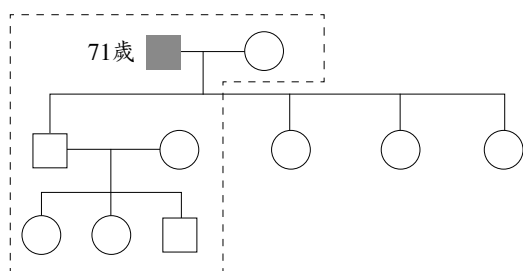
護理的介入措施：宗教信仰、轉念的釋懷達到心靈上的支持，甚至藉由手足、配偶、子女的愛與支持，來平緩情緒、降低照顧壓力(胡，2016)。培養一些可以調身心的興趣例如：音樂、運動

習慣、戶外活動、提供支持團體、相同案例介紹，若仍感覺焦慮感厲害，建議進一步尋求身心科醫師諮商看診甚至藥物協助，來幫助自己放鬆來提升生活品質(林月霞，2017)。

護理過程

一、個案基本資料

趙先生為71歲男性，花蓮縣人，國中畢業，從事職務為農夫退休，經濟小康，已婚育有一子三女，與妻子、兒子及孫子同住，案妻為主要照顧者為67歲，共同居住，相處互動融洽，家族樹如圖一。



圖一
家庭樹

二、過去病史

個案1991年發現第二型糖尿病，規則服用糖尿病藥物，合併飲食控制門診固定追蹤，2007年low back pain of Specified L3-4 discitis開刀病史、無藥物及食物的過敏史、無抽菸、無喝酒等習慣。

三、此次住院史

案妻發現倒臥在雞寮送至急診，GCS:E1V3M2 pupil size: OU:2.0mm(+), EKG:NSR(normal sinus rhythm, NSR)、CXR:正常，Brain CT:L'T spontaneous

ICH;SBP:190-200mmHg 予Trandate use，pupil size OU:3.0mm(-)，醫師與家屬討論後入開刀房行開顱術清除血塊、左腦室放置腦室外引流管(extraventricle drainage, EVD)，入加護病房照護，術後放置氣管內管使用呼吸器輔助呼吸，6/18 CXR：雙側肺浸潤，6/21、6/22 CXR：心臟肥大、肺微充血，6/25 CXR：雙側肺浸潤，發燒追蹤痰液培養：MDR-AB(multidrug resistant acinetobacter baumannii, MDR-AB)：3價，6/29移除氣管內管，7/4 CXR：雙側肺炎，加強CPT+VEST拍痰，7/9轉至普通病房續照護。

四、護理評估

照護期間於2017年7月23日至8月7日，運用羅氏適應模式進行整體性評估，以身體評估、觀察、查閱病歷等收集資料。

(一)生理適應層面

1.氧合與循環：7/23GCS:E3-4V2M4 鼻導管3L/min使用，SPO2:98-100%，監測呼吸胸部外觀兩側對稱，無使用呼吸輔助肌，聽診呼吸音有濕囉音，咳嗽能力差，約每半小時至一小時需要抽痰一次，痰液呈黃稠多量，7/24胸部X光顯示雙肺肺炎仍存，atrovan+terbutalin 1pill Q6H及化痰藥物acetone 1pk tid使用，因6/25發燒痰液培養：MDR-AB 3價，目前持續呼吸道隔離，8/3觀看胸部X光雙側肺炎有大幅改善，右側患肢水腫約一價，皮膚彈性下壓凹陷很快可恢復，左側健肢無水腫，皮膚有彈性，膚色正常，皮膚黏膜完整。

- 2.體液電解質：7/23鼻胃管灌食1,500 Kcal，一天進食量約2,100ml，7/24電解質中Na:136mEq/L、K:4.4mEq/L、Ca:2.36mEq/L，個案無痙攣及麻木等現象，目前尿套及尿布使用，尿液清澈無雜質，尿量正常約1,800ml/天，每日輸出輸入量維持在負120-100ml之間，BUN:3.6mg/dl，Cr:1.6mg/dl。
- 3.排泄型態：7/24案妻主訴每天都有排便一次，無腹瀉、便秘。7/24行身體評估時觸診腹部柔軟，聽診腸蠕音腸蠕動約4-6次/分，軟便藥物2顆睡前使用，糞便顏色黃軟。
- 4.營養：7/23個案身高170公分，7/23體重58.7公斤，理想體重為56.7-69公斤。依照公式計算基礎熱量消耗量，個案一天約1,237卡，因應壓力源所需總熱量一天約需1,781卡。個案現採用鼻胃管灌食，由營養師提供管灌配方牛奶，一天6餐總熱量共1,500卡，灌食後腸胃消化良好，反抽量少約20-50ml 半消化奶。
- 5.皮膚：7/23除頭部開刀傷口，右側肢體水腫一價，其餘皮膚完整無水腫，皮膚有彈性、黏膜完整，膚色正常。
- 6.休息與活動：案妻訴個案入院前，每個月都會外出爬山一次，平時生活作息正常，睡眠情形有失眠現象。住院手術後有右側肢體偏癱情形，7/23GCS:E3-4V2M4，左側肢體肌肉力量約4分，右側肢體肌肉力量約1分，需由他人協助床上翻身、移動，案妻或小孩前來會協助個案四肢按摩，復健師每日皆會前來作被動關節運動，平時臥床休息，每日睡眠約有10小時。

7.感覺與神經：因自發性基底核顱內出血住院開刀，7/23 GCS:E4V2M3-4;雙眼瞳孔約3.0mm(+) 四肢肌力：右側肢體肌力一分、左側肢體肌力4分，依醫囑給予滲透性利尿劑使用降低顱內壓。

8.內分泌系統：1991年發現第二型糖尿病，規則服用藥物。住院期間飯前血糖在190-210mg/dl，依醫囑 novomix tidac 14U皮下注射以控制血糖，7/25BP:134/62mmHg HR:70pm RR:14bm。

(二)自我概念

- 1.身體自我：案妻：個案術前個性隨和開朗樂觀，對於罹患糖尿病，認為規律運動和規則藥物服用，必能控制好血糖,對於疾病可以坦然以對。個案手術後因意識不清，常有皺眉的動作。
- 2.人格自我：Erikson發展任務階段個案處於老年期。發展任務為自我調整對絕望感的心理衝突，案妻表示病患術前個性獨立，不喜歡依賴，任何事都會跟案妻討論做決定，讓案妻非常放心。

(三)角色功能

個案第一角色：71歲男性，Erikson發展任務階段為老年期。第二角色：身兼爺爺、案父及案夫的角色，住院期間主要照顧者為案妻及24小時看護，其他家人及親友每日都會抽空來探望，探視時在語言之互動中能從分表現態度關心，案妻告訴個案一定會好起來的，我們還要回家去爬山。第三角色為病患，意識不清，需要完全協助，能配合醫療過程。

(四)相互依賴

個案平時不喜歡依賴他人，遇上需要討論的事都會跟案妻討論做決定，住院期間子女各忙於自己的事業，會抽空到醫院探望個案，家人到醫院常會幫個案患肢進行被動運動、按摩肢體、擦拭乳液，協助翻身時鼓勵個案要加油，但案妻於7/23曾提出：像這樣可以出院嗎？7/24案妻：可以幫我跟醫師說讓我們晚一點出院！

問題確立及護理計劃

綜合上述護理評估，確認個案護理問題：一、呼吸道功能失效/與痰液濃稠及無力咳嗽有關。二、組織灌流失效腦/與顱內出血有關。三、照顧者角色緊張/與無照顧失能者經驗有關。

一、呼吸道功能失效/與痰液濃稠及無力咳嗽有關。(2017/07/23-8/7)

第一層次評估客觀資料：

- 1.7/23 GCS:E3-4V2M4鼻導管3L/min 使用，SPO2:98-100%，監測呼吸胸部外觀兩側對稱，無使用呼吸輔助肌，聽診呼吸音有濕囉音，咳嗽能力差，約每半小時至一小時需要抽痰一次，痰液呈黃稠多量。
- 2.6/25 因發燒，雙肺肺炎；痰液培養:MDR-AB 3價，氧氣面罩使用10L/min 35%，7/24胸部X光顯示雙肺肺炎仍存，鼻導管3L/min 使用SPO2:98-100%，目前持續呼吸道隔離。

第二層次評估：

- 1.主要刺激：痰液蓄積且濃稠。
- 2.相關刺激：咳嗽能力差。

護理目標：

7/26案妻能正確執行胸腔物理治療及注意事項至少3項。

出院前血氧飽和濃度持續大於95%。

護理措施：

1.執行姿位引流(postural drainage) 注意事項：

1-1利用頭低腳高協助姿位引流，執行叩擊(percussion)：徒手叩擊時：手呈杯狀，為中空的叩擊聲，過瘦的病人，可墊上毛巾，防止皮膚泛紅或受刺激，叩擊頻率為2~3次/秒，每分鐘120~180次，或使用電動叩擊器，規律叩擊，每次使用約15分鐘。

1-2執行時間為睡前、飯前1小時及飯後2小時後。

1-3治療前依醫囑給予支氣管擴張劑、化痰劑或噴霧治療，以增加分泌物排出。

1-4每個部位約5分鐘，整個治療過程以不超過40~45分鐘為原則。

1-5胸骨、脊椎、肝臟、腎臟、脾臟及乳房等應避免叩擊。

2.若需抽吸，則抽吸前先給100%純氧，每次抽吸時間不超過15秒為限，兩次抽吸之間最好間隔3分鐘以上。

3.抽痰時觀察個案生命徵象變化，血氧飽和濃度及嘴唇顏色有無發紺情形，以無菌技術抽痰，維持呼吸道通暢，調整抽吸壓力在120-150mmHg。

4.依醫囑給於噴霧治療atrovan+terbutalin 1pill Q6H 及化痰藥物acetine 1pk tid使用稀釋減少痰液，並觀察化痰效果。

5.依醫囑監測動脈氣體氧合分析，維持動脈血氧濃度大於95%；動脈二氧化碳濃度30-35mmg。

6.一天兩次安排半坐臥姿促進肺擴張。

評值：

1.7/26案妻於灌食前能正確胸腔物理治療，並設定計時器來提醒叩擊時間不超過5分鐘。說明採杯狀式扣擊避開脊椎、腰部及腎臟處的地方並扣擊5分鐘。

2.8/1案妻無法達到完全無菌的抽痰技巧，忘記抽痰前準備的順序，教導抽痰技巧及注意事項，給與指導單張，跟案妻討論安排8/4回覆示教評值。

3.8/4案妻於胸腔物理治療後，可以獨立執行抽痰技巧。

4.8/5觀看胸部X光雙側肺炎有大幅改善，持續監測案妻執行胸腔物理治療技巧，個案room air SPO2:98-99%。

二、組織灌注失效腦/與顱內出血有關。 (2017/07/23-8/7)

第一層次評估

客觀資料：

1.左側基底神經核自發性顱內出血，手術後歷經加護病房照顧，7/9轉至普通病房續照顧，7/23 GCS:E4V2M3-4；雙眼瞳孔約3.0mm(+)；四肢肌力：右側肢體肌力一分、左側肢體肌力4分，依醫囑給予滲透性利尿劑降低顱內壓。

2.7/24滲透性利尿劑降低顱內壓藥物減量使用中，GCS：E3-4V2M4，瞳孔大小雙眼3.0mm(+)。

3.四肢肌力：右側肢體肌力一分；左側肢體肌力4分，右側患肢水腫約一價，皮膚彈性下壓凹陷很快可恢復，左側健肢無水腫，皮膚有彈性，膚色正常，皮膚黏膜完整。

第二層次評估

1.主要刺激：左側自發性基底神經核顱內出血。

2.相關刺激：顱腔內平衡被破壞。

護理目標：

7/25家屬能說出3項預防顱內壓上升之活動。

7/28家屬能說出3項顱內壓升高之症狀。

照護期間無IICP signs。

護理措施

1.教導並協助家屬預防顱內壓上升之活動：(1)維持安靜光線柔和環境、限制訪客，避免不必要疼痛刺激、(2)分散執行擦澡、翻身、灌食等護理活動，如將擦澡安排於下午。

2.監測有無出現顱內壓上升症狀：如心跳變慢、血壓上升、呼吸不規則及是否再次出現頭痛、噁心、嘔吐等現象，指導案妻觀察有無相關徵象。

3.依醫囑給予滲透性利尿劑降低顱內壓，如：glybrain、manitol並注意個案使用後效果有無顱內壓上升症狀。

4.監測生命徵象變化，預防體溫過高使新陳代謝率上升，增加顱內壓及大腦血容積，當體溫上升大於38度時，可給予冰痰或冰枕降低體溫，依醫囑給予解熱劑使用，並持續觀察降溫效果。

5.每次翻身時扶持頭部必免屈曲頭頸，翻身後抬高床頭30度，以促進腦部靜脈回流，注意個案頭頸是否保持在一直線，可利用捲軸放至頭部兩側使頭頸維持在正中位置(Neutral position)。

6.維持個案呼吸道通暢維持動脈二氧化碳在30-35mmHg，動脈血氧濃度大於90mmHg，周邊血氧飽和濃度大於

95%，依醫囑視需要監測動脈血氧氣體分析，若檢查值有異常視情況，依醫囑給予調整氧氣設定。

評值

1.7/25案妻於翻身時，能說出臥床時採半坐臥姿，避免光線直接照射病人，避免吵雜的環境，採漸進方式改變姿勢等3項，來預防顱內壓上升活動。

2.7/28案妻能說出血壓高、嘔吐及呼吸不規則可能是顱內壓升高的症狀，如果發生要趕快用叫人鈴通知護理師過來幫忙。

3.8/4個案GCS:E3-4V2M4，HR:63bpm, RR:20bpm, BP:131/68mmHg，瞳孔大小雙眼：3.0mm(+)，四肢肌力：右側肢體肌力1分；左側肢體肌力4分，目前無顱內壓上升。

三、照顧者角色緊張/與無照顧失能者經驗有關。(2017/07/23-8/7)

第一層次評估

客觀資料：

7/23案妻不了解病患狀況已無法回到原本四肢肌力5分。案妻告訴個案一定會好起來的，我們還要回家去爬山，曾因害怕而拒絕學習照護過程。

7/25案妻曾提出：像這樣可以出院的問題，要求醫師出院日往後延。

第二層次評估

1.主要刺激：無照護失能者之經驗
護理目標

7/28案妻能正確執行2項居家照護技巧。

8/5案妻能說出三種放鬆方法。

出院前案妻能主動談論照護想法
護理措施

1.安排案妻申請照服員共同照護及安排回覆示教評值，例如：鼻胃管灌食合併擺位、翻身、大小便清潔、被動關節運動，讓案妻學習共同參與照顧，以增加自信減輕焦慮。

2.跟醫療科討論，依醫囑照會復健師、營養師、中醫師、社工師並評估案妻對可用資源了解的程度。

3.查房時採開放式鼓勵案妻提出問題。

4.治療時傾聽並鼓勵案妻說出心理壓力、予心理支持及陪伴。

5.指導轉移注意力及放鬆技巧，如深呼吸、聽音樂、宗教信仰、種植花草園藝、適當的運動習慣、禱告室或佛堂。

6.安排相同案例認識、提供居家聯誼會資訊。

7.評估照顧者壓力狀況必要時提供就醫，適當抗焦慮藥物介入協助。

8.鼓勵志工對案妻提供關懷及問候
評值

7/28案妻與照服員學習後，能獨立執行鼻胃管灌食、翻身擺位技術、胸腔物理治療、感覺有自信，平常在床邊拿指導單出來看，抽痰技能目前還是由護理師協助，痰有變少加強拍背及半坐臥姿勢。

8/5案妻：在每天志工的陪伴及關懷下，感覺有人觀懷壓力沒那麼大，自己也會透過聽音樂、對窗戶深呼吸、到二樓佛堂前行禮跪拜，請菩薩的多幫忙先生早日好起來。

8/7醫療團隊查房時，案妻會主動跟醫師討論，跟鄰床阿姨侃侃而談，一開始學照護技巧過程，談自己對於出院的

害怕及恐懼已大幅降低。

結論與討論

本篇描述一位71歲老年人個案自發性顱內出血，行開顱手術合併腦室引流管放置，個案無法自我照顧及案妻為主要照顧者，不知如何照顧這類型病人產生焦慮及緊張，對出院抱持持否認態度的護理經驗，運用跨團隊照護介入，提供案妻相關疾病資訊、共同討論申請照服員共同照護學習翻身擺位、灌食等照護認知與技能，安排追蹤回覆技能，強化照護技能、提供舒壓方法、照會出院準備護理師協助醫療器材之準備及後續喘息服務等社會資源訊息，調適後以正向態度面對疾病變化，返家後能維持更佳的生活品質。

個案後續經由出院準備服務個案管師轉介院內居家護理幫忙，經由出院準備服務個案管師轉述：個案由外院居家護理所介入居家護理，案妻照顧技能越來越熟練，日常作息達到穩定，能一邊在住家旁種菜一邊照顧。

此次照護過程中限制：原是重症護理師在職進修到神經外科病房進行二技實習，不熟悉病房出院準備服務相關運作流程，照護中透過單位團隊及文獻查證邊作邊學，逐漸熟悉作業流程。困難處：案妻不了解疾病會造成神經功能的障礙以及缺損，對於護理人員安排相關居家衛教技術，採被動且害怕執行，主治醫師明確告知出院日期，案妻疑惑個案現在狀況真的能出院的這個問題，同理案妻的壓力，提供照服員申請併共同照護，依照學習進度，安排回覆示教

相關照護技能，並將未達照護標準再加強。建議病房單位未來因應長期照顧及邁入少子化時代，在臨床上針對年長者擔負照顧工作時，能設置網路照護平台衛教影音系統，跟照護工作同步合併進行，降低身心的照顧壓力，促使個案回歸社區可以得到適切的照護品質。期望此篇報告作為往後醫護人員照護此類個案時，能供為照護的參考經驗。

參考資料

- 中華民國家庭照顧者關懷總會(2012，無日期)．家庭照顧者壓力量表．取自<http://www.familycare.org.tw/policy/10643>
- 李逸、邱啟潤、蘇卉苾(2017)．高齡與非高齡家庭照顧者之照顧現況與需求比較．*長期照護雜誌*，21(2)，149-164。https://doi.org/10.6317/LTC.21.149
- 林月霞(2017)．照顧者減壓良方．*人醫心傳-慈濟醫療人文月刊*，(163)，20-22。
- 林美伶、周學智、徐曉雲、陳麗玲(2016)．照顧一位顱內動脈瘤破裂個案出院準備服務之護理經驗．*榮總護理*，33(1)，50-59。https://doi.org/6142/VGHN.33.1.50
- 林佳慧、陳玉如、蔣立琦(2013)．應用跨專業領域團隊之實證醫療促進臨床病人安全及照護品質．*榮總護理*，30(2)，121-129。https://doi.org/10.6142/VGHN.30.2.121
- 胡梅(2016)．家庭照顧者壓力因應方式及其學習需求之探討-以六位失能老人主要照顧者為例．未發表的碩士論文．臺北：國立臺灣師範大學社會教育學研究所。
- 柯亦芳、游顯妹(2011)．照顧一位頭部外傷導致顱內出血患者之護理經驗．*中山醫學雜誌*，22(2)，253-262。https://doi.org/10.30096/CSMJ.201106.0012
- 張書瑜(2015)．一位產後突發顱內出血經產婦之護理經驗．*助產雜誌*，(57)，80-91。

<https://doi.org/10.6518/TJOM.2015.57.8>

馮容芬、曾翔瑄(2011)·神經系統疾病與護理，
新編內外科護理學下冊(四版，16-79-頁)·
臺北：永大。

鍾世芳(2015)·針灸應用於腦中風病例之
臨床療效探討·中國鍼灸學雜誌，3(1)
·114-120。https://doi.org/10.6528/
CAMS.2015.0007

衛生福利部(2014，無日期)·中華民國102年
老人狀況調查報告·取自<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-3586-113.html>。

衛生福利部(2017，6月19日)·105年國人死因

統計結果·取自<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html>。

Carpenter, A. M., Singh, I. P., Gandhi, C. D.,
& Prestigiacomo, C. J. (2016). Genetic
risk factors for spontaneous intracerebral
haemorrhage. *Nature Reviews Neurology*,
12(1), 40-49. https://doi.org/10.1038/
nrneurol.2015.226

Yamada, M. (2015). Cerebral amyloid angiopathy:
Emerging concepts. *Journal of Stroke*, 17(1),
17. https://doi.org/10.5853/jos.2015.17.1.17

靜
思
語

屋寬不如心寬。

~ 證嚴法師靜思語 ~

It is better to have a generous heart
than a spacious dwelling.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Care for a Patient with Intracranial Hemorrhage

Yi-Sin Liou, Siao-Ya Su*, Hui-Ching Chang

ABSTRACT

This article describes a 71-year-old case of spontaneous intracranial hemorrhage. The patient had craniotomy combined with ventricular drainage tube placement. However, the main caregiver does not know how to take care of the patient to improve the caregiving experience. The care period commenced on July 23, 2017. The author used the Roche adaptation model to conduct a holistic assessment on August 7, 2017. Three healthcare problems (e.g., failure of respiratory clearing function, failure of brain tissue perfusion, and nervousness of family caregivers) were established. The service staff jointly cared and learned cognition and skills (e.g., turning over the position and feeding, strengthening nursing skills and tracking the reply skills, providing the method of relieving pressure, providing medical services rental, follow-up wheezing services, and other information applications). After adjustment, a positive attitude among caregivers was noticed and a better quality of life was maintained after returning home. (Tzu Chi Nursing Journal, 2021; 20:3, 117-126)

Keywords: caregiver role strain, intracranial hemorrhage, Roy's adaptation model

RN, Department of SICU, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation; Assistant Head Nurse, Department of SICU, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation*

Accepted: September 22, 2020

Address correspondence to: Hui-Ching Chang 707, Sec. 3, Zhong-Yang Rd., Hualien, Taiwan, 97004

Tel: 886-3-856-1825 #6315 E-mail: abc1233164@tzuchi.com