

# 照顧一位新冠肺炎病人 腦動脈瘤術後之護理經驗

廖宴葶<sup>1</sup>、蔡雪雅<sup>2</sup>、朱卉愉<sup>3</sup>

## 中文摘要

本文探討一位確診新冠期間顱內出血個案同時面對疫情及顱內出血兩種嚴重疾病，讓個案對於自身健康狀況出現強烈擔憂，隔離及會客限制更使個案的情緒無處宣洩，引發筆者介入。護理期間2022年6月14日至6月28日，藉由實際照護、觀察及會談搭配Gordon十一項健康功能型態評估，確立個案顱內壓調適困難、呼吸道清除功能失效、焦慮之護理問題，利用抬高床頭、治療過程輕柔等方式避免顱內高壓；藉由團隊合作，會同復健科與呼吸治療師擬定計畫，促進有效咳嗽、胸腔物理治療及抽痰改善呼吸道清除功能；透過建立信任及安全感增進護病關係，以引導方式了解焦慮來源後召開全人會議，會同各團隊協助家屬視訊並搭配音樂療法等方式來改善焦慮，陪伴個案至順利出院。(志為護理，2025; 24:1, 115-124)

關鍵詞：加護病房、新冠肺炎、顱內動脈瘤

## 前言

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)截至2022年9月14日的統計，全球感染新型冠狀病毒(Coronavirus, COVID-19)已有超過6.1億例，致死率達1.07%，臺灣亦有超過一萬多死亡案例(衛福部疾管署，2020)。證據顯示該病毒主要為呼吸道傳播並有5-7

天的潛伏期，感染者會出現不同程度的呼吸道症狀(Kamal et al., 2021)，因此對於感染者而言，除了疾病本身的不適，心理及社會輿論的壓力亦會造成負擔。本文個案確診後在隔離期間出現顱內出血甚至影響意識因此接受插管治療，隔離中同時面對新冠肺炎及顱內出血兩項嚴重病症，因此誘發筆者介入探討之動機，期盼疫情治療得以突破之餘，給予

中山醫學大學附設醫院護理部護理師<sup>1</sup>、中山醫學大學附設醫院社區護理組護理長暨中山醫學大學護理系研究顧問<sup>2</sup>、中山醫學大學附設醫院第三加護病房護理長暨中山醫學大學護理系研究顧問<sup>3</sup>

接受刊載：2024年8月19日

通訊作者地址：朱卉愉 40201台中市南區建國北路一段110號 第三加護病房

電話：886-7-3 電子信箱：y

充分支持療法及身心靈的全面照護為現下努力精進的問題。

## 文獻查證

### 一、COVID-19概論及照護

COVID-19是由新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)感染引起的嚴重呼吸道疾病，常見症狀包括發燒(83%)、咳嗽(82%)和呼吸急促(31%)等，而有4-5%的重度患者出現急性呼吸窘迫症候群，需氣管插管等治療(衛福部疾管署，2020；Ciotti et al., 2020)。COVID-19會造成呼吸系統失調，從呼吸困難、用氧依賴到纖維化肺損傷等(Kamal et al., 2021)，臥床一周以上患者65%會有肌肉無力且容易出現肺擴張不全、無法有效清除痰液等問題，可給予藥物或蒸氣吸入來稀釋痰液，透過胸腔物理治療如：背部扣擊或震顫使痰液鬆動並搭配臥位調整達到姿位引流的目的，同時衛教腹式呼吸及深呼吸咳嗽來促使痰液清除、改善肺擴張，肺部的復健可維持肌肉力量及活動耐受度，有效改善肺功能及增進肺擴張(何、趙，2020；范，2019)。

### 二、蜘蛛膜下出血概述及照護

蜘蛛膜下腔出血中85%為顱內動脈瘤破裂導致，約有12%到15%的患者會立即死亡，而動脈瘤破裂後的72小時內為再出血的高風險間段，再出血後的死亡率提升至50%~85%，為避免顱內高壓及維持腦血管灌流為急性期照顧重點，除密切監測意識變化、瞳孔大小與對光反射及各項生命徵象，維持腦灌注壓大於60mmHg、顱內壓小於15mmHg、收縮壓小於160mmHg，並給予抗癲癇藥

物以避免癲癇的產生，同時抬高床頭30度、維持頭頸部平直促腦脊髓液回流、予鎮靜劑避免躁動利於降低顱內壓並以nimodipine預防血管痙攣(蘇、楊、郭，2018；Chung et al., 2021)。

### 三、急重症焦慮照護

急重症患者往往是疾病本身被注重而忽略心理需求，且新冠肺炎屬於新興疾病且須隔離治療，自由被限制的同時對於疾病的不確定、無法預測等因素疊加容易使患者產生壓力、焦慮等負面情緒，甚至衍伸出創傷後壓力症候群，焦慮目前常用的非藥物措施包含肌肉放鬆及音樂療法等，肌肉放鬆療法是透過漸進式的緊繃及鬆弛全身肌肉，並引導患者感受呼吸節律及放鬆的過程，而聆聽音樂可轉移注意力並舒緩情緒，對安撫情緒有顯著成效，同時具有信任及安全感的護病關係對焦慮患者也很重要，透過主動提供資訊、詳細且易懂的說明並對情緒給予正向回饋、引導談論內心感受等方式來建立良好護病關係，另外，重要親友的參與及陪伴可促進焦慮患者內心安定及減少意志喪失，進而降低焦慮(李、馮，2020；余等，2020；施等，2018；陳等，2019；Pfefferbaum & North, 2020)。

## 個案簡介

### 一、基本資料

44歲男性，大學畢業，裝潢工人，國臺語溝通，已婚育有2女，為家中主要經濟來源，大多與妻子共同商議。

### 二、過去病史及此次住院經過

無過去病史。於2022年6月12日確診，

6月14日聽力減弱且頭痛延伸至頸部入急診，入院時GCS:E4M6V5，腦部電腦斷層診斷雙側SAH、疑似顱內動脈瘤破裂，因新冠篩檢呈陽性，收重症負壓隔離病房；6月16日個案GCS：E1M5V1，予氣管插管並追蹤腦部電腦斷層診斷急性水腫，手術以burr hole置入右腦室EVD(腦室外引流管)後返回加護病房，經醫囑鎮靜劑使用(6/16-6/20)，術後ICP:15-18mmHg，右腦室EVD引流順暢、色淡黃紅呈清澈，6月19日行腦血管攝影及栓塞；6月20日經醫囑停用鎮靜劑且行呼吸訓練，6月23日移除氣管內管，6月25日經醫囑移除右腦室EVD，6月28日轉神經外科普通病房續照護。

## 護理評估

### 一、健康感受-健康處理型態

個案平日不適會主動就醫。6月14日個案表示「我頭痛到後腦勺跟脖子，是因為腦出血嗎？」，6月17日右腦室EVD引流量150-180ml/天，呈清澈淡紅色，ICP:14-18mmHg並予Glycerol(250ml)1pack Q6H IVD使用，6月20日依醫囑停用鎮靜劑並呼吸訓練，過程中清醒可配合指令，6月21日個案筆述「有時候我頭痛會想吐，正常嗎？」，6月22日個案筆述「都開完刀這麼多天了怎麼有時候還是會頭痛頭暈啊？」，經評估有顱內壓力調適困難之健康問題。

### 二、營養-代謝型態

身高170公分，入院體重93.6kg，BMI:33.3，理想體重為63.5kg。6月17日開始鼻胃管灌食，期間消化良好。6月24

日開始進食且可吃完營養科成人便當一份(約450-650g)。

### 三、排泄型態

個案術前排泄型態正常，6月16日術後置入導尿管，每日引流量為1800-2100ml，呈淡黃無沉澱物，6月18日起依醫囑予軟便藥物使用，於6月20日解出黃褐色軟便，此後約1-2天解便一次。

### 四、活動-運動型態

個案日常活動可自理，無運動習慣。6月14日觀察呼吸淺快且偶有費力及鼻翼扇動情況，主訴「我有時候會覺得胸悶，好像吸不太到氣」，予氧氣鼻導管3L/min使用後可維持SpO<sub>2</sub>:95-98%；6月16日術後置入氣管內管且鎮靜劑使用，呼吸器採volume control mode，觀察自咳能力差，痰液量中呈黃稠，追蹤胸部X-ray結果為雙側肺葉浸潤、雙下肺葉稍塌陷，抽痰痰液呈黃稠；6月20日停用鎮靜劑開始行呼吸訓練，至20日下午個案筆述「我有點喘，有點吸不到氣」，監測病患呼吸次數為28-35次/分、呈淺快、不規律，SpO<sub>2</sub>:91-94%，呼吸治療師聽診表示呈濕囉音，因此將呼吸器pressure support mode壓力由PS :12調整為14使用；6月22胸部X-ray為雙側肺葉浸潤存、雙下肺葉塌陷改善；6月23日醫師及呼吸治療師評估後移除氣管內管，觀察呼吸平順但自咳能力不佳，痰液量中呈黃白稠，主訴「我一直感覺有痰但咳不出來」，經評估有呼吸道清除功能失效健康問題。

### 五、睡眠-休息型態

個案平日睡眠約6-8小時。6月21日觀察夜間11點可睡至早上6點；6月24日詢

問個案表示「昨天睡得很好，沒有呼吸管舒服很多」，照顧期間觀察日間無倦怠情況。

### 六、認知-感受型態

入院時個案意識清楚，6月16日術後鎮靜劑使用，6月20日停用鎮靜劑後意識清楚，在醫療團隊說明現況後筆述「我染疫又腦出血會有後遺症嗎?會影響到我以後生活嗎?」、「我家人知道嗎?他們有被我傳染嗎?」、「我腦出血是因為新冠嗎?」，過程情緒稍顯激動，在醫療團隊回覆過程中時而敲擊床欄來催促回應；6月23日移除氣管內管後評估意識清楚，並表示「我什麼時候可以出院?我還要工作耶」、「我還是會頭痛是不是腦出血變嚴重了」、「都出隔離病房了家人還是不能會客嗎?我來醫院沒帶手機，這樣都不能聯絡他們。」，經說明政府政策暫無開放會客後神情不悅表示了解；6月24日查房期間詢問「危險期過了嗎?我的指數都正常嗎?」、「我頭上的管子拔掉之後不需要做什麼檢查嗎?如果又出血怎麼知道?」，「我想趕快出院，我擔心小孩沒人顧」，期間對於意識及身體評估會反覆確認正常才安心，並擔心有後遺症影響工作及家中經濟，經評估有焦慮之健康問題。

### 七、自我感受-自我概念型態

個案平日對生活狀態滿意，照顧期間於插管時會以肢體回覆提問，拔管後配合治療及復健並說要趕快好起來。

### 八、角色關係型態

個案與妻女同住，為家中主要經濟來源，家中決策多為共同商議決定。期間案妻1-2日致電詢問個案狀況，預轉普通

病房時主動詢問照顧注意事項，6月26日協助視訊探視，觀察與妻女互動良好。

### 九、性生殖型態

個案生殖器外觀正常，無水腫及分泌物。個案表示平常與妻子性生活順利，育有二女故皆採避孕措施並主訴對性生活無特別要求。

### 十、因應-壓力耐受型態

個案表示有壓力或重大決策會跟妻子討論。照護期間對於隔離及會客政策表示無奈，6月26日與家屬視訊時妻子表示「我跟女兒都沒事，你別擔心，雖然不能會客但護理師都有跟我說你的狀況」，個案表示了解放心，後續以收音機聽取廣播來分散注意及緩解隔離壓力。

### 十一、價值-信念型態

個案信仰道教，案妻表示重大事件會去寺廟參拜祈福。照護期間案妻將平安符貼在床頭並相信神明會保佑個案度過難關。

## 問題確立

經由Gordon十一項評估，將個案護理問題歸納為下列：一、顱內壓調適困難/與疾病顱內動脈瘤出血相關；二、呼吸道清除功能失效/與COVID-19及手術相關；三、焦慮/與疾病及隔離壓力相關。

### 一、顱內壓調適困難/與疾病顱內動脈瘤出血相關(6/14-6/28)

#### (一)主客觀資料

6/14因聽力減弱且頭痛延伸至頸部追蹤腦部電腦斷層診斷為雙側SAH、疑似顱內動脈瘤破裂，同日個案表示「我頭痛到後腦勺跟脖子，是因為腦出血

嗎？」。6/16GCS: E1M5V1予氣管插管並追蹤腦部電腦斷層結果為雙側SAH減少、急性水腦予緊急手術。6/17術後顱內壓:14-18mmHg，EVD引流量:150-180ml/天呈清澈淡紅色。6/21筆述「有時候我頭痛會想吐，正常嗎？」。6/22筆述「都開完刀麼多天了怎麼有時候還會頭暈頭痛阿？」。

### (二)護理目標

6/18前個案顱內壓維持 $\leq 15$ mmHg。6/21前個案無出現顱內再出血及IICP徵象。轉出加護病房前個案能說出顱內出血術後自我照顧重點至少三項。

### (三)護理措施

6/14教導個案注意顱內出血徵象(劇烈或尖銳頭痛、耳鳴、畏光等)。6/14依醫囑予glycerol(250ml)1pack IVD Q6H並每小時監測意識、瞳孔大小及對光反射，維持收縮壓120-140mmHg。6/16氣管內插管後每次抽痰不超過15秒以減少刺激，維持床頭抬高30度及頭頸支撐以利腦脊液引流並每小時監測ICP及EVD引流狀況；依醫囑予鎮靜劑(propofol)持續滴注並維持RASS:-3~-4，減少顱內壓升高。6/20依醫囑停用鎮靜劑後保持室內燈光減弱(視線上方燈不開)以減少環境刺激。6/22依顱內壓與醫師討論後將glycerol(250ml)1pack IVD Q6H調為Q8H。6/23進入病室時輕聲提醒減少驚嚇產生顱內壓升高，移除氣管內管後衛教採漸進式活動並避免閉氣用力(Valsalva)情況。6/24依顱內壓與醫師討論後將glycerol(250ml)1pack IVD Q8H調整為Q12H使用及並依醫囑將nimotop針劑調整為口服使用。

### (四)護理評值

6/18個案於藥物使用下ICP:8-13mmHg。6/19個案EVD引流量為60-80ml/天、呈淡黃清澈。6/23移除氣管內管後ICP:6-8mmHg，EVD引流量40-60ml/天並表示「我頭痛有比前天好啦。」。6/25依醫囑移除EVD管路。6/27詢問個案去病房要怎麼照顧自己，個案：「我在病房如果突然頭痛、看不清楚還是哪不能動要趕快請護理師幫我看，不能突然或憋氣用力，除了睡覺盡量不躺低於三十度，我還知道在床側面有角度儀可以看!」。6/30病房主護表示個案清醒時幾乎保持半坐臥，且會主動告知醫護人員頭痛、頭暈改善程度，曾詢問是否能調整軟便藥劑量，以減少用力解便情況。

### 二、呼吸道清除功能失效/與COVID-19及手術相關(6/14-6/28)

#### (一)主客觀資料

6/14觀察個案呼吸淺快且偶有費力及鼻翼扇動且主訴「我有時候會覺得胸悶，好像吸不太到氣。」。6/16追蹤胸部X-ray結果為雙側肺葉浸潤、雙下肺葉稍塌陷，抽痰痰液呈黃稠。6/20個案筆述「我有點喘，有點吸不到氣。」，同時監測病患呼吸次數為28-35次/分、呈淺快、不規律，SpO<sub>2</sub>:91-94%，由呼吸治療師聽診呼吸音呈濕囉音。6/22追蹤胸部X-ray為雙側肺葉浸潤存。6/23觀察個案自咳能力差，痰液中呈黃白稠，詢問後表示「我一直感覺有痰但咳不出來。」。

#### (二)護理目標

6/15個案能正確執行緩解呼吸喘的護

理措施2項。6/21前於呼吸訓練模式下，個案執行翻身等床上活動時無呼吸不適。轉出加護病房前個案能正確執行有效咳嗽並維持血氧 $>96\%$ 。

### (三)護理措施

6/14衛教個案感覺呼吸不順時採腹式呼吸；晨間協助個案採半坐臥或半趴在床旁桌以利肺擴張並改善通氣；教導個案自行監測血氧濃度並調整呼吸狀態。6/16插管後至少每兩小時抽痰維持呼吸道通暢並觀察痰液性狀，確保每次抽痰前後給予100%氧氣大於30秒，避免過程血氧過低；在鎮靜劑使用下每兩小時翻身並予背部扣擊以利痰液鬆動，同時協助改變臥位以利痰液引流，依自咳狀況及痰液性狀與醫師及呼吸治療師討論後開立醫囑Q6H予噴霧治療以稀釋痰液、調整呼吸器採volume control mode使用。6/20停用鎮靜劑後會同呼吸治療師安排呼吸訓練，將呼吸器調整為pressure support mode，每小時監測記錄呼吸型態及血氧濃度；偕同呼吸治療師予個案呼吸訓練，並調整訓練程度及呼吸器模式；觀察個案自咳能力後與醫師及呼吸治療師討論開立醫囑QID執行高頻胸壁振盪(VEST)15分鐘以鬆動痰液促進排出，同時給予針對個案疑慮給予病情及家人現況說明以避免焦慮或心理因素導致呼吸不適。6/24會診復健團隊指導擴胸運動(雙手各持500g水啞鈴舉至胸前後深吸氣同時慢慢向外擴胸至雙手平舉左右兩側後維持5秒，吐氣同時將雙手慢慢收回胸前)增加肌肉力量及肺部通氣量；會同呼吸治療師衛教以triflow行呼吸訓練(先吐氣1-2秒後含住咬嘴深吸氣，維

持小球能吸起停留1-2秒後慢慢吐氣)，告知練習過程若呼吸不順、嘴麻、頭暈等，應立即暫停訓練至呼吸恢復平順；依醫囑每週追蹤胸部X-ray以監測肺部塌陷及浸潤程度變化。

### (四)護理評估

6/15個案用餐後採半坐臥並將手放在腹部感受呼吸深度，並表示「護理師你看，血氧97%還不錯吧！」。6/21個案在呼吸器PSV模式下能自行改變臥位，過程中呼吸平順無費力。6/23經醫療團隊評估後移除氣管內管，予鼻導管3L/min使用後呼吸平順無費力，速率約18次/分，SpO<sub>2</sub>:99%。6/26追蹤胸部X-ray結果為雙側肺浸潤改善同時呼吸治療師聽診濕囉音改善，個案自咳能力尚可，痰液量中呈黃白稀，能正確操作Triflow並維持吸起3顆球1秒，平日活動時SpO<sub>2</sub>:97-99%。5.6/28個案轉病房前，SpO<sub>2</sub>維持98-99%，並主訴「我有拿啞鈴運動加上喝點溫水，咳好幾次痰，現在感覺人都輕鬆了！」。

### 三、焦慮/與疾病及隔離壓力相關(6/20-6/28)

#### (一)主客觀資料

6/20筆訴「我染疫又腦出血會有後遺症嗎?會影響到我以後生活嗎?」、「我家人知道嗎?他們有被我傳染嗎?」、「我腦出血是因為新冠嗎?」，觀察與醫療團隊會談過程中情緒稍顯激動，在醫療團隊回覆過程中時而敲擊床欄來催促回應。6/23個案表示「我什麼時候可以出院?我還要工作耶」、「我還是會頭痛是不是腦出血變嚴重了」、「都出隔離病房了家人還是不能會客嗎?我來醫院

沒帶手機，這樣都不能聯絡他們。」，在得知暫無開放會客後神情不悅表示了解。6/24個案表示「危險期過了嗎？我的指數什麼都正常嗎？」、「我頭上的管子拔掉之後不需要做什麼檢查嗎？如果又出血怎麼知道」，「我想趕快出院，我擔心小孩沒人顧」，觀察個案對於檢查會反覆確認結果正常才安心，且經常表示擔心有後遺症會影響後續工作及往後家中經濟。

## (二)護理目標

6/25前能引導個案平靜、主動說出內心感受及導致焦慮原因。6/27前個案能運用並說出至少兩項措施來改善焦慮。個案轉出加護病房前能保持心情平靜並以正向情緒面對疾病。

## (三)護理措施

6/20給予充分的病室環境介紹且每天治療開始時向個案自我介紹並解釋治療程序及過程中可能的感受，並主動告知醫療團隊治療及探視時間以建立友善的護病關係，同時引導個案對治療有疑問時主動表達擔憂和需求，因插管無法言語故給予充分的時間書寫，過程中給予回應及注視，讓個案感覺得到重視；醫療團隊以全人會議方式提供有關疾病進程、治療及預後，減少因不了解導致的擔憂。6/22停用鎮靜劑後教導個案覺得擔憂或惶恐時可按護士鈴告知並在接獲鈴響時積極透過對講機回復，主動告知進入負壓病室所需的準備時間以減少個案等待時的不安；配合個案信仰及靈性需求並提供協助；教導個案紀錄症狀變化及改善程度，讓個案有掌握自身狀態的感受，同時教導有壓力或負面情緒時

可透過聽廣播、音樂來轉移注意力及舒緩情緒。6/23每天早上9點拉開病室窗簾讓個案感受陽光並建立定向感；協助家屬錄音及提供照片讓個案感受家庭支持。6/24會診復健團隊指導肌肉放鬆運動(由四肢開始收縮肌肉至緊繃並默數5秒後放鬆10秒為一組，過程配合深呼吸及噁嘴吐氣)，並訂於每餐飯後1小時執行，每次4-6組，在感到緊張時也可額外執行，告知練習過程若覺呼吸不順、頭暈或緊張加劇等，應立即暫停訓練至恢復平順或按護士鈴通知護理人員。6/26因隔離原則協助個案視訊感受家庭的陪伴；主動告知個案團隊的計畫及各項檢查結果讓個案掌握治療進度減少不安。6/27透過個管師經其他患者同意下，以照片形式向個案分享出院後生活狀態及癒後情況。7/5個案出院前會同個管師、社工及出院準備護理師將個案加入院方成立的通訊群組(群組成員包含新冠治療後個案及個管師、社工、出院準備護理師)，除了定期追蹤成員健康狀況也能接收成員提問並反饋，確保個案充足的衛教資源及醫療協助。

## (四)護理評值

6/22個案主動筆述：「我有點緊張，不知道呼吸訓練有沒有進步，我想趕快拔管。」。6/25個案神情愉悅並主動表示：「我聽了女兒的錄音，他們沒有被傳染我就放心了，什麼時候復健？我要運動趕快好才能趕快出院！」。6/26個案視訊後安心熟睡約2小時，起床後打開廣播並行triflow呼吸訓練及肌肉放鬆運動4組。6/27個案表示：「剛剛有點心慌就開廣播來聽，邊聽邊唱結果發現唱完居

然不太喘，心情都好了！」。6/28觀察個案於查房及治療後均能平靜與醫療團隊交談，且主動談論「去病房後要去陽光室曬太陽，這樣心情會好點，而且我讓女兒錄好幾首她彈的鋼琴，睡前聽就不會亂想了。」、「醫生說簡單的運動對復原有幫助，我以後每天飯後都要去散步。」。6/30病房主護表示個案每天早餐後會至陽光室散心，抽血或檢查後很少反覆詢問結果，能等查房時一併說明，查房期間也能平靜溝通交流。7/8透過個案師在通訊群組中獲得個案反饋，個案表示：「在家也能收到護理師的關心，發問也都會得到回覆讓我放心不少，而且跟群裡其他病友相互鼓勵也讓我對未來更有信心。」。7/18電訪個案詢問返家後情況，個案表示：「現在出院十幾天了，感覺適應得還行也開始回去上班了，本來擔心會受影響，但目前感覺一切都有變好。」

### 討論與結論

本文為照顧一位新冠肺炎病患顱內瘤術後之護理經驗，個案在疫情及顱內出血兩種嚴重疾病下，對於染疫恐懼、病情不確定、家庭責任等壓力，造成身心雙重負擔，其病況因顱內出血出現急遽變化，讓個案對於自身健康狀況出現強烈擔憂，疫情的隔離政策及會客限制更使個案壓力及情緒無宣洩出口。文中個案在疾病中後期出現明顯焦慮，筆者藉由參考施等(2018)及Pfefferbaum and North(2020)的文獻，透過建立信任感增進護病關係、了解個案焦慮來源後召開全人會議，會同各團隊照護、協助

家屬視訊並搭配音樂療法等方式來改善焦慮；在病情照顧方面，新冠肺炎的研究及治療仍在不斷更新，其中維持呼吸道通暢最為重要，而促進有效咳嗽、胸腔物理治療及抽痰為主要措施，但這些會增加病室中飛沫濃度及懸浮微粒的飄散，對於醫護團隊而言將增加染疫風險，且隔離病室相較一般病室更不利於觀察個案變化及需求，是我們照護上的困難也增加了醫病疏離感，建議未來在隔離病室的空間規劃及隔離期間的醫病通訊能有近一步發展，不單是音訊，期許能有視訊的方式來彌補隔離對患者及醫療團隊造成的不便，讓患者能在更完善、更舒適的環境接受治療，提升及拉近醫病關係。

### 參考資料

- 李佳純、馮翠霞(2020)·急重症病人之焦慮·憂鬱與創傷後壓力症候群·*護理雜誌*，67(3)，23-29。https://doi.org/10.6224/JN.202006\_67(3).04
- 何宜蓁、趙一靜(2020)·照顧一位流感重症個案呼吸器脫離之護理經驗·*領導護理*，21(4)，88-102。https://doi.org/10.29494/LN.202012\_21(4).0007
- 余錦美、孫馥敏、徐永勳、林志陵、陳冠仰、蕭勝煌(2020)·對抗嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)·*北市醫學雜誌*，18(2)，120-129。https://doi.org/10.6200/TCMJ.202106\_18(2).0003
- 施惠芬、陳妮婉、李欣怡、黃采薇(2018)·漸進式肌肉放鬆於癌症病患焦慮、憂鬱及噁心嘔吐之系統性文獻回顧及統合分析·*澄清醫護管理雜誌*，14(2)，40-49。
- 陳俞里、江沂容、朱鳳梅(2019)·一位穿孔性消化性潰瘍病人面對疾病復發的

- 護理經驗·台大護理雜誌, 15(2), 132-145。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.201907\_15(2).0013
- 蘇玉惠、楊瓊瑜、郭震羣(2018)·腦動脈瘤破裂之案例報告·臺灣臨床藥學雜誌, 26(1), 68-74。https://doi.org/10.6168/FJCP.201801\_26(1).0008
- 衛生福利部疾病管制署(2020年4月27日)·嚴重特殊傳染性肺炎介紹。https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEblMgqaTeXG8A
- Chung, D. Y., Abdalkader, M., & Nguyen, T. N. (2021). Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurologic Clinics*, 39(2), 419-442. https://doi: 10.1016/j.ncl.2021.02.006. Epub 2021 Mar 31
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365-388. https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198
- Kamal, M., Abo Omirah, M., Hussein, A., & Saeed, H. (2021). Assessment and characterisation of post COVID 19 manifestations. *International Journal of Clinical Practice*, 75(3), e13746. https://doi: 10.1111/ijcp.13746
- Pfefferbaum, B. & North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017

靜  
思  
語

人生為何不快樂？  
因為「求不得苦」。  
懂得知足的人生才能快樂。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Why are we unhappy?  
When we cannot get what we want, we suffer.  
Only when we are content  
can we be happy.

~ Master Cheng Yen ~



# A Nursing Experience of a Confirmed Covid-19 and Intracranial Aneurysm After Surgery

Yen-Ting Liao<sup>1</sup>, Hsueh-Ya Tsai<sup>2</sup>, Hui-Yu Chu<sup>3</sup>

## ABSTRACT

This paper explores the nursing experience of a patient diagnosed with both COVID-19 and intracranial hemorrhage, facing the challenges of dealing with both diseases simultaneously. The patient's heightened concern for their health due to the presence of two serious illnesses, compounded by the isolation and visitor restrictions during the pandemic, prompted the author's intervention. The nursing period spanned from June 14 to June 28, 2022, during which data was gathered through actual care, observations, and meetings, supplemented by Gordon's eleven health functional pattern assessments. Nursing issues identified included difficulty in adapting to intracranial pressure, respiratory clearance dysfunction, and anxiety. Measures such as raising the head of the bed and employing gentle treatment techniques were utilized to prevent intracranial hypertension. Through collaborative teamwork, a plan was developed with the rehabilitation department and respiratory therapists to improve respiratory clearance function. Establishing trust and a sense of security enhanced the nurse-patient relationship. After understanding the source of anxiety through guidance, a holistic approach was taken, involving various teams to assist family members through video calls and employing methods such as music therapy to alleviate anxiety, accompanying the patient until successful discharge. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:1, 115-124)

Keywords: intensive care unit, COVID-19, intracranial aneurysm

---

RN, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital<sup>1</sup>, Head Nurse, Chung-Shan Medical University Hospital and Research Consultant in Nursing at the Chung-Shan Medical University Nursing Department<sup>2</sup>, Head Nurse, Chung-Shan Medical University Hospital and Research Consultant in Nursing at the Chung-Shan Medical University Nursing Department<sup>3</sup>

Accepted: August 19, 2024

Address correspondence to: Hui-Yu Chu Third Intensive Care Unit (ICU) Nurse, Chung-Shan Medical University Hospital., No.110, Sec.1, Jianguo N. Rd., Taichung City 40201, Taiwan

Tel: 886-4-2473-9595 #32602 E-mail: csha1886@csh.org.tw