

# 腦血管意外病人的 護理報告

林寶玉

隨着科學與醫學的進步，人類的平均壽命亦隨着延長，但腦血管意外 (Cerebral Vascular Accident 簡稱 C.V.A) 的病人，却與日俱增，根據衛生署的統計資料顯示，台灣省自 1963 年起，CVA 一直佔十大死亡原因的首位，約占死亡總數的 15~16%，幸免於死亡的，亦常造成半身不遂，語言障礙，在國泰醫院實習的六個星期裏，獲理到無數 CVA 的病人，常自問我到底能為病人作些什麼呢？基於此，因而藉此機會，對 CVA 病人的了解與護理作較深入一點的瞭解與報告。

人的簡介：

何陳鶯女士，56ys，有十年高血壓的歷史 (180~220mm Hg X) 採取間歇性的療法，三年前因意識障礙，話語不清，與左半身麻痺，被診斷為 CVA，今 (67) 年 5 月 29 日由於生氣致二度中風，復原得很好，又於 8 月 4 日早晨，經家屬發現小便失禁，自言自語，意識障礙與無意義的笑，被診為 3rd attack，住院治療，情況不錯，於 8 月 25 日出院，繼續回門診作復健。

謝賜美女士，57ys，去年 (66) 6 月 18 日，右上肢有輕度的麻痺，經住院一週，完全復原，沒有後遺症，8 月又因同樣的症狀致 2nd attack，此回則留下輕微的麻痺症狀，今 (67) 年 8 月 15 日早晨突然左側麻痺，不能說話 (aphasia) 意識模糊與小便失禁，被診為 3rd Attack，住院期間，情況沒什麼改善，而於 8 月 27 日轉到長庚醫院

胡雪英女士，53ys，有兩年高血壓的歷史，當覺不適時才治療，今 (67) 年 8 月 26 日清晨，突然嘔心與頭痛厲害，送新竹空總，Bp 210/110mm Hg，一直嗜睡 (drowsy) 與小便失禁，27 日下午家屬發現右側軟弱無力，急燥不安，故轉來本院，初步診斷為 CVA (Cerebral thrombosis) 急診曾作 Lumbar Puncture，由於 p t 極度不安，未果，到 29 日下午情形轉壞，完全 coma，頸部僵直夜裏開始發熱 ( $38 \pm 0.2^{\circ}c$ ) 於 8 月 30 日作 Lumbar Puncture，診為 Cerebral Hemorrhage，情況更加惡化，直到 9 月 1 日下午去世。

院添富先生，65ys，男性，新竹人，身體一直是很健康，直到今 (67) 年 8 月 26 日病人主訴頸部與頭痛，27 日下午右手顫動 (tremor)，右側手脚無力與不愛

說話（平時不會）曾看私人醫師，繼而來此住院，BP 140/90mm Hg，診斷為CVA (Cerebral thrombosis) 及 Rt Paresis，住院期間有尿失禁現象（懷疑曾得BPH）病人仍不愛說話，直到9月4日一直昏睡，流冷汗，5日作Spinal tapping，呈血性液，考慮為SAH (Subarachnoid hemorrhage) 及 intracerebral hematoma，情況一直惡化，於9月7日AA discharge。

介紹：

血管解剖簡介：腦部的血流由兩對血管供應

1 前面較大者為內頸動脈，由裂孔進入顛底，其延長分為前腦動脈，中腦動脈及前脈絡叢動脈。

2 後面較小者為椎動脈，由枕大孔進入顛底，左右合併成基底動脈，再分為左右後腦動脈。如圖一

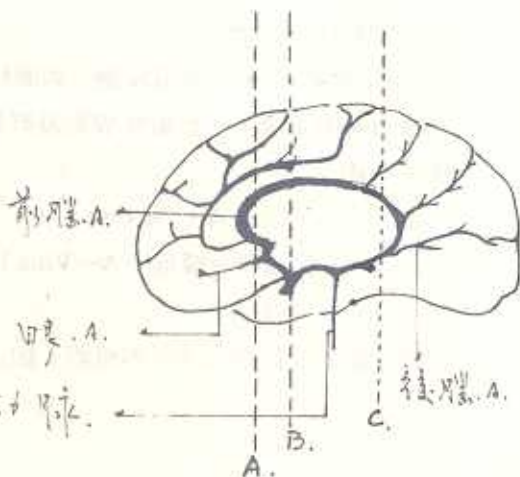
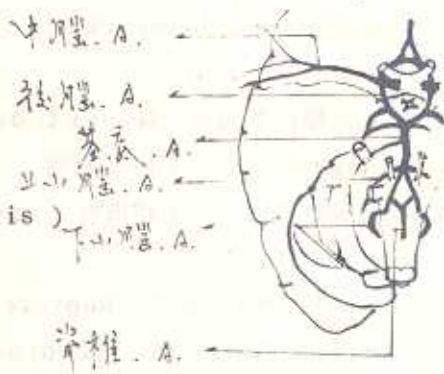
3 前後兩對動脈在顛底，相互連接形成一動脈環，稱韋爾氏動脈環 (Circle of willis) 如右圖

此動脈環在腦部血管有障礙時，代償作用很大，但在此動脈環遠端及基底動脈以後或分枝，多為終動脈，很少有側枝循環可以代償。

4 前腦動脈與後腦動脈分佈於兩大半球之深部組織，如基底核及內囊等，基底動脈及其分枝，分佈於腦幹及小腦如下二圖



(圖一)





A. 前腦動脈



B. 中腦動脈



C. 後腦動脈

### CVA的分類：

#### 1. 阻塞性腦中風 (Occlusive cerebral vascular accident)

..... 70—80%

① 腦血管阻塞 (Cerebral thrombosis) ..... 60—70%

② 腦血管栓塞 (Cerebral embolism) ..... 5—15%

#### 2. 出血性腦中風 (Hemorrhagic cerebral vascular accident)

..... 20—30%

① 高血壓性腦溢血 (Hypertensive intracerebral hemorrhage) ..... 10—15%

② 自發性蛛網膜下腔出血 (Spontaneous subarachnoid hemorrhage)

a. 史狀動脈瘤破裂 (Ruptured saccular aneurysm)

b. 動靜脈畸形之破裂 (Ruptured arteriovenous malformation)

③ 其他原因之腦溢血

### CVA的主要原因與預防：

腦血管硬化與CVA有極密切的關係，血管硬化是一種退化性的疾病，身體內幾乎任何動脈可發生，而腦血管是最容易發生的部位之一，茲將可能引起CVA的原因分列如下：

1. 先天性：① 動脈瘤 (Aneurysm) 破裂後造成蛛網膜下出血

② 動靜脈畸形 (A-V malformations) 破裂後造成蛛網膜下出血

2. 血管硬化：這是最常見的原因，因血流不暢引起血栓性梗塞

3 動脈粥狀硬化：最易發生在內頸動脈與外頸動脈交界處，

右圖為腦部易發生粥狀硬化之處，

粥狀硬化可使管壁狹窄，甚至阻塞

也可自行潰爛，隨血沉至小血管成栓塞

4 高血壓：可促使血管硬化與粥樣化

5 心臟疾病：是栓子的主要來源

6 其他：血管發炎，血液疾病，DM，腎

臟疾病等。

由於血管硬化是引起CVA的主要原因；

因此要預防CVA的發生，就要從防止血

管硬化着手，然而使血管硬化的真正原因

目前還不明瞭，只知可能與遺傳、飲食習慣、肥胖、內分泌之改變，慢性長期精神壓力，吸煙與缺少運動有關，因此要預防CVA就是針對上述促成血管硬化的因素著手，如節制飲食，注意體重，保持愉快，戒煙及適度運動，更要控制高血壓糖尿病，血脂肪過高及早期治療梅毒。

臨床特性：CVA是由於腦血管突然堵塞或破裂而產生神經症狀，輕者只有輕微的變化，重者會造成半身不遂，意識障礙甚至急速死亡，神經症狀依阻塞或出血之位置，大小以及腦血管基本狀況之不同而有差別。症狀的出現，具有某些共同的特性

1 突然發生，若是有先兆通常發生於發作前極短的時間內，很少超過數天。

2 神經症狀的進行，如同下樓梯似的一級一級惡化，而非像下坡似的不知不覺惡化而且是在極短時間內，如幾秒幾分，幾小時或幾天內達到最嚴重而不再進行。

臨床症狀：

腦血管阻塞：在發生嚴重腦血管阻塞前，約有50~80%的p't曾有過明顯或不明顯的TIA (Transient Ischemic Attacks)，所謂TIA是由於腦局部缺血產生暫時性的神經症狀，係腦阻塞的警告訊號，所以TIA實為一種極輕度的CVA，只是時間短暫，可以完全恢復，而為一般人所忽略，但有復發的傾向，故可視作腦阻塞的前驅症狀。

(-)Cerebral thrombosis：是最常見的CVA，發病前多數人有前驅症狀，如頭暈，全身不舒服，頭重(非headache)等，通常意識清楚或嗜睡，很少昏迷狀，頭痛與嘔吐少見，只有部份頸動脈阻塞者，因頸內及頸外動脈系統之側

FIG. 34-11. Common sites of atherosclerotic obstruction in the major arterial systems of the head. (Benson, P. B., and McDermott, W.: Textbook of Medicine, Philadelphia, W. B. Saunders, p 1547)



枝循環增加，血管擴張而產生輕度的頭痛，其餘的症狀可分兩大系統。

### 1 頸動脈機能不全 ( Carotid insufficiency )

- ① 暫時性黑矇 ( Amaurosis Fugax ) 乃同側眼之視力障礙，視物昏暗甚且完全失明。
- ② 中腦動脈的症狀：
  - a、對側肢體輕微麻痺，癱瘓或感覺異常，特別是臉部及上肢。
  - b、暫時性的兩眼同側偏盲。
  - c、如果主大腦半球 ( dominant hemisphere ) ( 通常是左側 ) 受影響，則可能會突發暫時性失語症，失讀症，無寫字能或無計算能症。
- ③ 前腦動脈的症狀：主要為對側下肢輕微麻痺，癱瘓或感覺異常。
- ④ 聽診時，在頸動脈之起始處，內外頸動脈分支處，或眼球上可能會聽到血流雜音。

### 2 脊椎：基底動脈機能不全 ( Vertebral - Basilar insufficiency )

- ① 跌倒 ( drop attack )：係延髓錐體束之症狀，突然四肢無力而跌倒，發作時 pt 可能完全清醒，亦可能合併意識障礙。
- ② 後頸部疼痛：由於側枝循環血流增加而致，此症狀可能會持續一、二天。
- ③ 小腦功能失調：步態不穩，平衡障礙，運動失調等。
- ④ 後腦動脈的症狀：兩眼偏盲，視力暗淡，失明或閃光幻覺等。
- ⑤ 腦幹的症狀：其中以眩暈為最常見，可單獨發生，亦可與其他症狀合併發生，另外有復視，眼瞼下垂，臉肌無力，耳鳴，噁心，嘔吐，眼球震顫，語言困難，吞嚥困難，臉部感覺異常或交叉性偏癱等等。

□ Cerebral Embolism：pt 為突然發生神經症狀，通常不會意識喪失，頭痛部位常就是栓子所在處，有半數的 pt 有抽搐的現象，最常見的神經症狀是半身不遂與視野缺損，有些會有 aphasia。

可在任何時刻突然發生，多見於左側

左：右 = 2：1

檢查眼底可區別栓子的性質。

cerebral hemorrhage：{ Primary or Spontaneous cerebral Hemorrhage

## Traumatic cerebral hemorrhage

此處只討論自發性腦出血，自發性又以 *Hyper tensive cerebral hemorrhage* 最常見也最重要，至於囊狀動脈瘤與動靜脈畸形，除非破裂，否則不會有什麼症狀，不作個別討論，只在下項的鑑別診斷提出作比較。

高血壓性腦出血發生的部位：大腦半球 80%，其中基底核與內囊占 70%，小腦與腦幹各占 10%。

1. 大腦出血：前驅症狀為出血前數小時或數天，因 Bp 小，P't 感覺頭痛，暈厥，意識不清，暫時性運動或感覺障礙，流鼻血等。

發病時，病人常因過度活動，生氣、吵架、緊張、興奮情況下，p't 突然感覺頭暈頭痛，表現十分驚慌，隨即深度昏迷與半身癱瘓。

症狀：①急性期肌腱反射消失，經過數小時或數天反增強，表淺反射消失。

②病灶對側肢體癱瘓，急性期則四肢癱瘓，但以對側較嚴重。

③初期因大腦皮質受到刺激，頭及眼球偏向健側，而後反向患側。

④瞳孔放大，對光無反應，瞳孔放大側即病側。

⑤眼底，超過 1 2 小時會有視神經乳頭水腫，眼底出血與高血壓病變。

⑥部分病人會有腦膜刺激反應。

2. 小腦出血：占 10% 臨床表現可分成三種，若能及時診斷，而施以 *Suboecipital craniotomy* 引流血塊，可救活病人，否則必死無疑。

3. 腦幹出血：以橋腦最常見，無前驅症狀期，一旦發病即昏迷，數小時內死亡，早期可見對側肢體癱瘓，同側臉頰麻痺，頭及眼球偏向健側，晚期可見預後不好之五 p/s，癱瘓 (Paralysis) 脈搏微弱 (Pulsus Parvus) 高燒 (Pyrexia) 針狀瞳 (Pinpoint Pupils) 週期性呼吸 (Periodic respiration)

病人的一般護理：

生期的護理：即意識不清的護理

鑑別診斷：(如圖表)

疾病 症狀分類	Cerebral thrombosis	Cerebral embolism	高血壓性腦出血	Subarachnoid hemorrhage	
				囊狀動脈瘤	動靜脈畸形
onset	急性發病，但非突然而來 有前驅症狀期	Sudden	Sudden	Sudden	
年齡	50 - 80 ys 男、女	各種年齡層	50-70ys ♂>♀	40-60ys	20-30ys
時間	常見夏季，發生於靜止時 尤其是清晨下床與休息睡覺	任何時間皆會發生	秋冬季與劇烈活動時	活動時	
意識障礙	-	-	++	+	
細症狀	-	+	+	-	病灶性癲癇
神經乳頭水腫	-	-	+	-	
膜刺激反應	-	-	+	++	
腦神經症狀	+	+	+	少見且不明顯，約20%有Paralysis 部份囊狀動脈瘤有動眼神經麻痺	
CSF	水樣透明	大多水樣透明	血色且壓力↑↑	血色或黃色	
血管影	可見血管阻塞 or 狹窄	因栓子可能溶解或破裂	Hematoma	囊狀動脈瘤	動靜脈畸形
有關疾病	與ASHD有關	與心臟病有關	高血壓	先天性	

維持呼吸道的通暢：①先了解病人的呼吸情況，觀察是否有異物

②視情況給予 Suction

③床保持平直，採側臥或半俯臥式

④注意觀察呼吸的情況，以便緊急處置

護理評估： 護理觀察對於診斷具有其價值，故需詳加觀察記錄，項目有：

①反應的改變：如活動，姿勢的改變，對刺激的反應，對時間、地點、與人物的定向感。

②肢體的自主或被動的活動，肌肉張力的程度，身體姿勢的改變，ex：  
Decorticate posture

③頸部僵直抑或柔軟

④瞳孔大小與對光的反應

⑤面部與肢體的顏色與對痛的反應，左右是否對稱？

⑥記錄 intake & output

⑦語言能力，請病人回答，吞嚥反射，給予喉部刺激

⑧生命現象的評估：a、了解病人最初的生命徵象

b、記錄脈搏，呼吸與體溫的變化，若有明顯改變  
應通知醫師，特別要注意血壓的變化

維持水與電解質的平衡，因CVA的病人常合併腎功能不良，對水與電解質調整力不佳。

①最初24小時，因易嘔吐為便於檢查，只給予點滴，供給基本需要的水份與營養。

②24小時後，經由鼻管灌食，要記錄 intake & output

擬定一個符合病人目前需要的護理計劃，茲就CVA病人常見的問題，提出討論。

①預防 Pressure Sore 的發生 保持皮膚的清潔，乾燥。

保持病床上床單的平整。

每兩小時翻身一次，並檢查壓力點是否發紅，破損，並按摩之。

若已有 Pressure Sore 要保持乾燥與清潔無菌。

②保病人的安全：對於不安的病人，可使用床欄，但盡量少用約束帶。



並安排安靜，微暗的環境。

③安排舒適的體位：如是腦出血，應抬高頭部，以防止腦水腫。

如果是缺血性發作，則應平臥，並抬高腳部。

如有嘔吐現象，應使臉側向一邊。

麻痺側應安排於良好肢體位置，以防內縮或外展。

a、患側手臂儘量避免行點滴，免影響患側的活動與復健

b、防止四肢僵直，因四肢僵硬後，肢體不易恢復正常功能，故要協助家屬作被動的運動，讓 p't 手中握一塊小毛巾捲成的布捲。

c、平躺時：(一)枕頭不宜太高，以防頸部有屈曲現象

Patients with Neurologic  
and Neurosurgical Problems -793

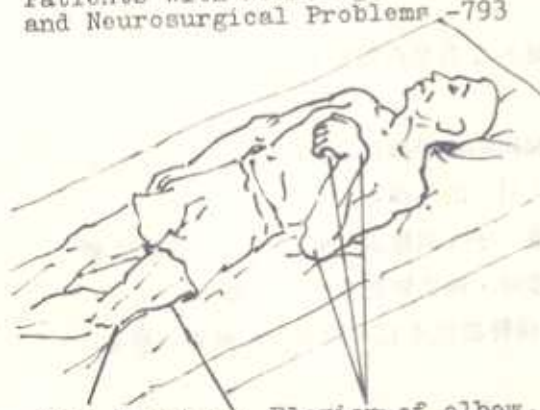
(二)使用垂足板，以防垂足

(三)使用床上茯苓架，減輕被褥壓迫足部，造成足部的掌側屈

(四)使用浴毯或褥的毛毯，摺成長條，從腰上部至膝下，外向內捲，以防膝與髖關節外展

(五)勿採半坐臥式或將床頭抬高，因這兩種姿勢易使病人四肢或軀幹屈曲或僵硬。

(六)患側腋下墊一枕頭，使手臂與胸部分離，以防冰凍肩（肩關節內收），手臂保持自然的姿勢，使腕高過肘，而肘又高過肩，以預防水腫與纖維變性。



Knee flexion  
deformity.

Flexion of elbow,  
wrist, finger.

External rotation  
of hip joint.

造成癱性畸形的樣子，標準姿勢請參閱最後一頁的註。

d、側臥時，下面的腳平放於床上，在上方的小腿與身體平行，髖關節與膝關節都屈曲成90度，以防兩處有屈曲及僵硬現象。

e、俯臥時，在骨盆下置一小枕，以保持髖關節伸展姿勢，以助正常步行，將腳拉下放於床墊下保持90度俯臥可增加支氣管分泌物的引流，並預防肩及膝關節畸形，因此每天應助病人俯臥數次，每次15~30分鐘。

④小便失禁的處理：視 p<sup>t</sup> 的情況而決定是否使用留置導尿

男病人可使用尿套

女病人如果照顧人力許可，則不挿 Foley，以防尿道感染。

⑤大便的訓練：CVA 的病人常易便秘，應知道是何時開始的，什麼性質以爲醫師處理的參考。

給病人均衡的飲食與適量的水份。

⑥發燒的處理：腦出血的病人易發生體溫過高現象 ( Central Fever )

先以熱水拭浴以促血流至體表，再以冷水 or 酒精拭浴，增加體表散熱。

⑦合併症的觀察：呼吸道的合併症，如肺炎，肺擴張不全，鼓勵病人深呼吸與咳嗽。

尿路的感染。

抽搐的現象。

長期的護理：除急性期護理的延續外，另外還需注意的有：

告訴病人與家屬復健的意義，強調病人自己學習的重要性，教導家屬勿代行病人能自己作的工作。

精神情緒上的支持：①突然的半身不遂，對任何人來說，精神的打擊極大，因此病人常會有害怕、生氣、沮喪、懊惱等情緒不穩的反應，因此應注意病人的心理反應，助其渡過這種受挫的不愉快感覺。

②病人的進步較緩慢，應鼓勵病人一天學習一點，不要一次學習太多，因病人易覺疲倦、沮喪，另外告訴家屬應以愛心、樂觀、支持的態度接受病人。

③應有同情心，表示了解病人的感受，而接受病人不良的反應

④給予簡單的工作，使有成功的滿足感，並舉一些已恢復到差不多的病人例給病人看，使病人有信心繼續治療。

⑤保持病人情緒的穩定，以免 attack again

⑥對於 aphasia 的病人應建立溝通的方法，且要有耐心，以減除病人煩躁及不安的心理，並配合語言治療。

協助病人保持健側的功能：

①協助病人自己梳髮、刷牙、沐浴或進食，鼓勵病人練習，藉以增加肌肉力

②鼓勵病人自己穿衣，以寬大、簡單的衣褲為原則。

③讓病人的健側作日常該手所能做的事，並執行所必須作的日常生活。

盡量恢復患側的功能：此項最主要是由物理治療師與職能治療師負責教導，但在病房，最好能督促病人繼續作，以幫助病人達到自我照顧的目的。

出院的計劃：①由病人或家屬處知道住屋情況，而設計一適合病人居住的環境，並預讓病人回家，試試醫院所學是否合適，不適處則加以改善。

②最好能轉案給病人住區的公共衛生護士，繼續追蹤。

過程：

何陳鶯女士：56ys HCVD d CVA  $\tau$  L t hemiparesis

A、接此Case時，p/t的情況

p/t 於8月4日入院，當時有意識障礙，小便失禁，自言自語，與無意識的笑經過一個禮拜的內科治療，血壓控制在160/110 mm Hg，轉給復健科8月21日接此Case時，p/t的智力反應遲鈍（不喜歡想）易忘記無組織能力，不能在床上翻身，不能由躺而坐，吃飯由家屬協助，能由家屬扶着走碎步，病人對自己不太有信心。

B、護理目標：1. 刺激病人思考的能力。

2. 校正病人不良的姿勢。

C、護理活動：1. 常與病人交談，從身邊的事物談起，不斷的刺激她去想。

並鼓勵家屬多與病人說話。

2. 情緒的支持①病人常以頭痛拒答問話，告訴病人想並不會引起頭痛，如果真是頭痛，可告訴醫護人員，或許可服藥病人討厭吃藥，因此似比較不頭痛。

②病人想家，鼓勵她好好練習，就可早日回家。

③病人愛睡，請家屬不要常讓病人躺在床上，用坐的或與她談話。

④病人易感疲倦，鼓勵她，告訴她一直在進步中，並給予適度的休息。

3. 校正不良的姿勢①p/t 練習走路時，多低頭看地，致身體前傾，故在前面分散病人的注意力，使其能抬頭。

②走路時左手腕彎縮，肘關節 30 度內縮，時常糾正不果時，請 p't 把左手放在背部。

③左臂肌無力，因此走路時總是向左傾，請教物理治療師，蹲下起立的動作可訓練臂肌的力量，故教導病人作，由於 p't 胖，作起來很費力。

4. 出院計劃：①每天繼續到復健科作物理治療，回家仍要練習。

②降壓藥的服用，因病人討厭吃藥，請家屬特別注意。

③請家屬付出愛心、耐心、慢慢地給予日常生活訓練。

TP. 評價：五天的護理實在是有限，一時雖然看不出成效來，但我相信對病人的護理不會是白費的。

謝賜美女士：57ys CVA (Cerebral thrombosis) & motor aphasia

病人情況：病人 8 月 15 日入院時，左側半身不遂，右側的力量很大，不能說話，急燥不安亂動，尿失禁插 Foley catheter，意識清楚但吞嚥差，插鼻胃管，8 月 24 日接此 case 時，p't 似更急燥，拔掉 Foley (有 5 c.c 的 air) 與鼻胃管，情況如前。

護理目標：1 維持病人舒適

2 小便的訓練

護理活動：1 Physical care ①口腔護理，視需要的 qid 或 bid

②會陰沖洗，每天一次，尤其注意保持乾燥與清潔。

③床上沐浴，家屬會作，時而協助之。

④床上洗髮，p't 自入院即未洗，故接此 case 時即為 p't 洗頭，洗後病人睡得很好。

⑤每天檢查壓力點，由於病人不安動得厲害，雖沒有兩小時翻身，也一直沒有 pressure sore。

2 情緒的支持：①病人的脾氣很大，對於不高興的事，常表示很憤怒儘可能的了解她所以生氣的原因。

② p/t 常以手語表示快死了，安慰她並告訴她與醫護人員合作，病會慢慢地好起來。

③藉着文字的溝通了解 p/t 的感受與想法

3 小便的訓練：①首先是每小時開管夾一次，但 3 小時不到，小便就滲出來。

②找不出外滲的原因，只好觀察多久滲出與觀察下腹是否硬脹。

③接着病人有不知原因的血尿，懷疑 UTI 而拿掉 Foly catheter，並經鼻胃管給 p/t 大量的開水。

④每兩小時遞一次便盆給予解小便，並壓其下腹部，但效果不佳，因病人的尿似乎很多，仍然是頻頻尿床。

4 出院計劃：家屬因病人的情況未能有所改善，而要求轉到長庚醫院，只能告訴家屬這種病的預後與發展，實難有討論，需要愛心與耐心的照顧。

評價：1 由 p/t 的情況不見好轉，家屬一直很不滿，所以不太能與工作人員合作，難免妨礙護理的進行。

2 由於才護理三天，因此對於 p/t 情緒的支持，未能達到好的溝通，所以效果有限。

3 給了 p/t 好的 physical care，除尿失禁，未能改善外。

胡雪英女士：53ys Cerebral hemorrhage

病人情況：8月27日夜裏入院時，急燥不安，嗜睡、尿失禁插 Foly catheter

意識混亂 ( confuse ) 氣管分泌物多利用鼻胃管灌食，頸部僵硬，右側較軟弱無力。

護理目標：1 維持呼吸道的通暢。

2 給予足夠的營養。

3 使病人舒適並預防 Pressure Sore

護理活動：1 Physical Care：①修指甲並用 Acetone 洗去指甲油。

② Suction 降低頭部使易引流出。

- ③使用bite 以防舌頭後吞，阻塞氣管，視需要給予更換。
- ④口腔護理，病人口腔異味很重，尤其是後兩天有GI discharge時，更時時給予mouth care
- ⑤ Perineal care & bed bath 由大夜的 Special 作。

2. 保獲病人的安全：①使用床欄以防跌下床

②利用約束帶，防止靜脈點滴跑掉

3. 兩小時 Change Position 並檢查壓力點，給予按摩，防止 Pressure Sore 的發生。

4. 觀察病人的生命象徵，尤其注意血壓，有變化則通知醫師。

5. 記錄 intake & output，以作為控制腦水腫的參考。

6. Fever Routine p/t 自 30 日清晨開始 fever  $38 \pm 0.2^{\circ}\text{C}$  到 31 日 2 pm 高達  $40^{\circ}\text{C}$  這段時間每三小時量一次體溫，若  $37.5^{\circ}\text{C} \uparrow$  則睡冰枕。

$38.0^{\circ}\text{C} \uparrow$  給予酒精拭浴。

$39.0^{\circ}\text{C} \uparrow$  塞 Inteban

7. 作完 Lumbar puncture 觀察是否有傷口出血現象。

8. 隨時觀察 pupil size 觀察是否 dilator，以作為腦水腫的參考。

9. GI bleeding 時，抬高頭部，並使頭側一邊，防吸入性肺炎。

每兩小時灌 Fanta 20cc，有 bleedig 時，作 ice irrigation

10. p/t 的情況自 30 日開始轉壞，到 1 日清晨更形惡化，使用 IPPB & Endotracheal tube intubation for sputum suction 並利用 Levophed 與 Isuprel 維持血壓實則只成植物性的生命，終於 1 日 6 pm 去世。

評價：這個病人是一很典型的腦出血的 Case，雖明知逃不出死亡的惡運，但我仍然盡力去作各種能使病人舒適的護理，好像是空忙了一場，却也無可避免也。

阮添富先生：65ys Cerebral thrombosis (1st attack) & Cerebral hemorrhage

病人情況：p/t 於 8 月 28 日入院時，有側肢體軟弱，右手時而顫動 (tremor) 並有不當的動作，不愛說話，有異於平日。

護理目標：1 儘量恢復右側的功能。

2 預防身體任何部位發生畸形。

護理活動：1 告訴病人家屬，復健的意義，強調 p't 自己學習的重要性。

2 幫 p't 作被動的關節運動，並教導家屬如何作。

3 教 p't 用右手握住左手，握與鬆開交替進行。

4 預防 pressure sore 的發生。

① 保持皮膚的清涼乾燥，家屬自己能作得很好。

② 每兩小時為病人翻身一次，病人常不能維持，加以家屬的姑息，因此常是正躺。

5 安排舒適與正常的體位，按前面一般護理所提到的方法，但效差。

6 尿失禁的處理，p't 不是來不及講就是未能排空，解後會再流出，協助便尿。

7 時常與病人談話，但病人始終是很淡然的樣子，未能溝通得很好。

8 病人吃東西易噎到，故吃東西時給予坐起。

評價：1 本來是一個很輕的 case 却不料 9 月 4 日造成 2nd attack 成 Cerebral hemorrhage 以致情況惡化。

2 未能作好醫師與家屬間的橋樑，家屬始終對醫師有微詞，也可能因此而影響醫師未能早日發現病人的轉變。

3 尿套的使用未盡理想① 塑膠有刺激性病人不喜用。

② 套尿本身易壓平故不暢而溢出。

結論：在所有醫護人員全力的照顧下，能倖免於死亡的，其所遺留的機能障礙，如半身不遂，失語吞嚥困難，大小便失禁，關節強直，疼痛痲呆等，仍然是醫院，家庭與社區的重大負擔，尤其是疾病所造成的心理不平衡，更是殘害家庭健康的慢性毒藥。

既然無法減少後遺症的存在，只得從減少 CVA 的發生上着手，高血壓既大多是 CVA 造成的原因，因此如能在社區有理想的高血壓控制，那麼 CVA 的病人將會大大地減少。

# 品

標準位置的維持

