

# 一位躁鬱症病人住院期間的護理經過

李秀春

## 一、前言

最近三四十年間，國內一項研究報告指出，精神疾患罹病型態改變許多，猶如精神分裂症之罹病率沒增加，維持於2%，老年性精神病確由0.6%上增至二十倍。精神官能症、藥癮，酒癮也逐年增加。情感性精神症由低於0.2%上升目前2%，顯然增加許多。

躁鬱症病人，在精神科病房是常見，其情緒起伏很大，且有增加傾向，依據楊庸一(1983)醫師在“台北市立療養院”統計資料指出：躁鬱症罹病率，住院病人由1975年10%激升 1982年41.8%，初診病人，1975年的12%升高到1982年27.2%，顯著逐年升高趨勢。

躁鬱症病人，無合併生理缺陷，治療效果於精神疾病中最好，遂想，躁鬱症病人住院期間有那些變化？且即將如何給予協助及幫忙，則為我探討的主要目標。

## 二、文獻查證

公元初期，Soranus 把精神疾患分類，詳細敘述腦炎、躁症及鬱(Melancholia)。

Pinel, P (1798)描述四種精神病：狂躁症，憂鬱症、痴呆及白痴。Kahlbaum(1874)提到躁鬱症、器質性症候群及痴呆之不同。Kraepelin, K (1883)長期研究、觀察、以疾病觀歸納症狀群模式，把「老年性痴呆症」、「躁鬱症」分開，奠定「躁鬱症」有別其他精神病。

Kraepelin, K.分類中的躁鬱症是指一種週期性的發作型態，每次發作皆以情緒障礙為主。當在躁期時，病人有明顯的亢奮狀態；鬱期，則以情緒的低落為主要症狀，週期與週期之間，症狀可自然消失而與正常無異。

Kahlbaum(1874)提到躁鬱症與器質性症候群及痴呆不同。Kretschmer E (1921)提到矮胖型與躁鬱症相關性。

依 Carlson and Goodwin (1973)研究報告，躁鬱症發病前主要情緒狀況分三期：

第一時期：欣快(euphoria)為主。

病人的意識運動(psychomotor Activity)增加，包括主動發言及速度的增加。

情緒(Mood)容易變化，病人要求多次受阻，顯得易激動(Irritable)，乃以欣快為主。

認知(Cognitive)方面,會有豁達,誇大及過份自信。

思想方面,偶有邊緣性溝通,乃能連貫。此期病人自覺情緒高昂,可加以控制。

第二時期:憤怒(anger)及易激動(Irritable)為主。

病人說話,活動顯著增加,情緒由欣快進以失望(dysphoria)及抑鬱為主。對外界產生憤怒、敵意、攻擊和破壞行爲。

認知會逐漸失去組織能力。存有被害、誇大想法、而形成妄想。

思想方面意念飛躍。

第三期:嚴重恐慌(severe panic)為主。

病人處於極端失望(desperate)無望、恐慌的情境,有怪異行爲出現。

思想方面變成語無倫次,聯想鬆弛,怪異妄想。

依Kaplan and sadock (1981), shapiro, (1965)研究指出,情感障礙分四大類:

1. 表現不適當的情感(Inappropriats affects)

(1)病人反應與情況不符合或不相稱。

(2)病人說話內容與當時所表現的情感不符合。

2. 喜悅(pleasurable affects)

(1)溢樂狀態(Euphoria): 過度和不恰當的愉快感。

(2)亢奮(Exaltation): 伴隨誇大情緒的強烈狂喜。

3. 不悅感(unpleasurable affects):

(1)憂鬱 (Depression)

(2)哀傷或悲慟。(grief or mourning)

(3)焦慮(anxiety) 害怕(fear)

(4)激動不安(agitation), 不安伴有動作上的表現。

(5)情感矛盾(Ambivalence): 對同一個人、物同時有二種相反之情感。

(6)攻擊(Agression): 過度之憤怒、生氣和敵意。

4. 缺乏情感(Lack of affects)。

Davids and Foreyt (1975)and stolberg (1981), Freedman and colleagues(1976) 觀察病人行爲有激動不安、坐立不安、攪抖、動作遲滯、運用能力缺失(Apraxia)、異常移動等。

綜合以上研究之結果所得結論：躁鬱症以情感障礙為主要病症之精神疾病，躁鬱症一躁期，病人情緒高昂、大聲說話，動作多，對環境刺激有過份之反應、攻擊外界、豐富思想、誇大妄想。

相反，鬱期，病人之思想、行動緩慢，音量小，說話慢，意念缺乏、激動不安、無望、罪惡感、自殺意念。

### 三、個案基本資料

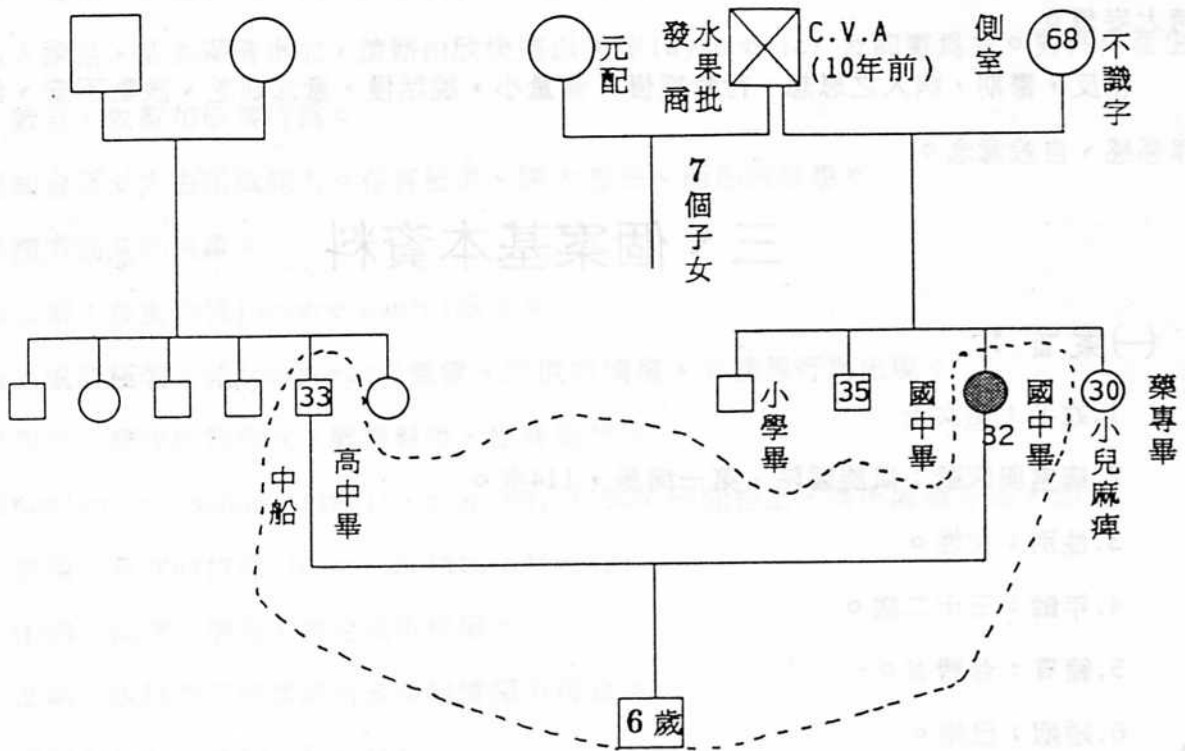
#### (一)案首：

1. 姓名：劉女士
2. 病室與床號：凱旋醫院，第一病房，114室。
3. 性別：女性。
4. 年齡：三十二歲。
5. 籍貫：台灣省。
6. 婚姻：已婚。
7. 教育程度：國中畢業。
8. 職業：家庭主婦。
9. 宗教信仰：佛教。
10. 診斷：Manic-Depressive psychosis (Manic type)
11. 入院日期：民國79年7月20日。
12. 護理時間：自民國79年7月30日至8月17日。

時間	原因	出現症狀	治療
7-4-3	自尊心受打擊。	1. 情緒不穩定。 2. 憤怒、生氣、激動。 4. 喃喃自語。	1. 門診治療。 ：服用藥劑 ○ 醫管科開：schizophrenia ○ 藥劑科開：----- ○ 代運科開：----- ○ 密錄科開：-----

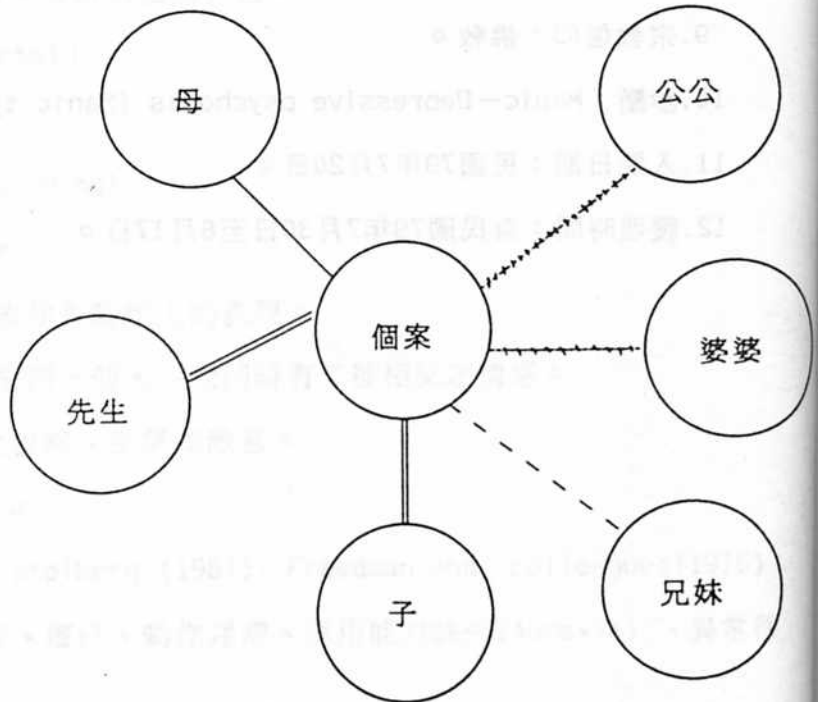
## (二) 家族系譜

### 1. 家庭結構樹：



### 2. 個案、親屬關係：

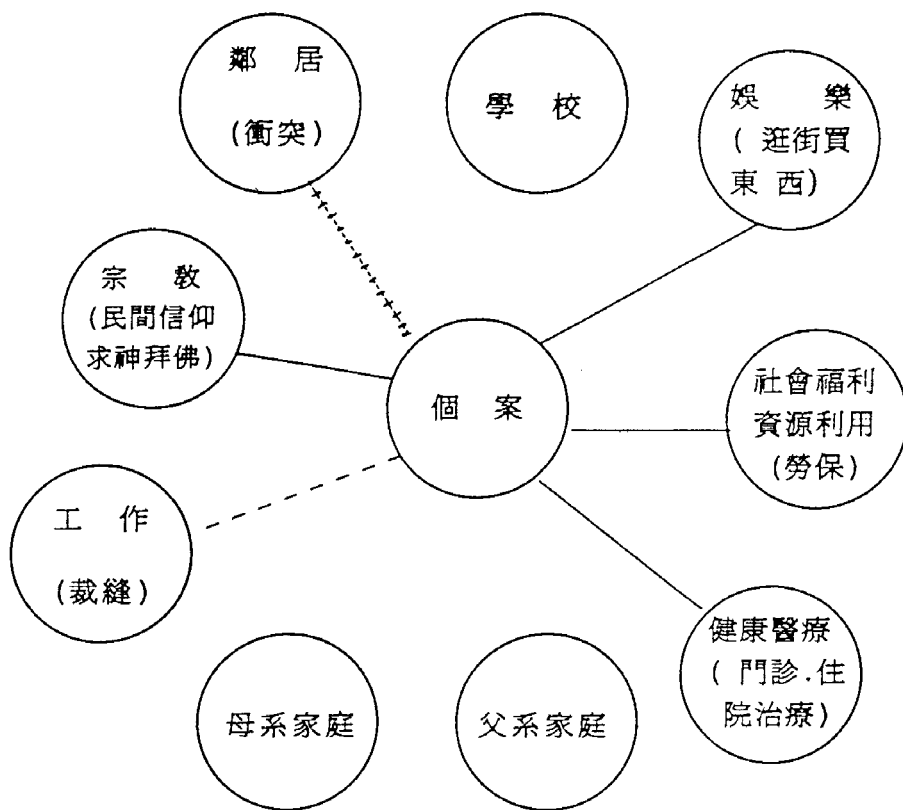
#### (1) 內在系統



#### 關係狀況：

- ：關係普通。
- ：關係疏遠。
- +-----：關係有壓力。
- ====：關係親密。

②外在系統



影響力：

——：強有力。

+++++：衝突。

-----：微力。

③個人生長史

個案生長於不健全家庭，從小個性內向，很少出門和朋友相處不錯，男女關係觀念保守，兄妹相處和好。

④疾病史

時間	誘因	出現症狀	治療
64-4-8	自尊心受打擊。	1. 情緒不穩定。 2. 憤怒、生氣、激動。 4. 喃喃自語。	1. 門診治療。 2. 診斷： schizophrenia

時 間	誘 因	出 現 症 狀	治 療
66-1-4	環境因素 1.心理壓力大。 2.家境不好，未能升學。 3.無一技之長。	1.抽搐(維持三個月)。 2.獨自不語。 3.Passive personality (維持二個月)。 4.晚上跑出閒逛。 5.幻聽出現。 6.思想被插入。 7.外錐體症候群出現。 (1)靜坐困難。 (2)不自主運動。 (3)運動缺乏。	1.門診治療。 2.開始服用長效抗精神藥物。(Modecate) 3.服抗外錐體症候群藥物(Artane)。
67-11-9		1.情緒欣快、興奮。 2.失眠。 3.自殘行爲(用頭撞牆) 4.攻擊行爲(打母親) 5.退行行爲(大便解褲內、床上小便)。 6.破壞行爲(把妹妹東西弄壞)。 7.奇異行爲(燒掉衣服、書)。	1.門診治療。 2.改服中藥(母親要求)。 3.一週門診會談治療。
67-11-30 至 68-7-11 (第一次住院)。	中斷服藥。	1.情緒激動。 2.脾氣爆炸。 3.話多。 4.意念奔馳。 5.敵意。 6.奇異行爲(半夜起來煮飯、脫光衣服)。 7.日常生活處理能力減低。	1.住院治療。 2.電氣休克療法。 (1)時間：民國67年12月2日至12月15日 (2)每逢週一、三、五計六次。

時 間	誘 因	出 現 症 狀	治 療
			3. 家庭治療。 (1) 時間：民國 68年3月22日 日下午3點30 分。 4. 職能治療。 5. May be dis- charge。
69-5-29 至 70-7-18 (第二次入 院)。	不滿目前工作(與母親一起賣甘蔗)。	1. 聽幻覺。 2. 睡眠型態障礙(半夜醒來，出外散步)。 3. 思想遲緩。 4. 情緒不穩。 5. 意念奔馳。 6. 誇大妄想。 7. 打電話聊天。 8. 濃妝、艷抹、愛漂亮。 9. 中度退行行爲。 10. 精力旺盛。	1. 住院治療。 2. 電氣休克療法。 (1) 時間：民國 69年5月29日 至6月10日。 (2) 每逢週二、 四、六計六 次。 3. 職能治療。(6 月28日)。 4. 診斷： Bioploar affective disorders。
72-4-16 至 73-1-19		1. 不眠。 2. 聽幻覺。 3. 震顫。 4. 話多。 5. 語無倫次。 6. 思考遲緩。	1. 門診治療。 2. 服中藥。 3. 民國72年7月7 日與江先生公 證結婚。

時 間	誘 因	出 現 症 狀	治 療
72-5-12 至 75-6-4 (第三度入院)。	1. 未按時服藥。 2. 經濟問題 (醫藥費負擔不起)。	1. 意念奔馳。 2. 情緒激昂。 3. 脾氣爆炸。 4. 睡眠型態改變。 5. 答非所問。 6. 攻擊行爲 (打母親)。 7. 言語攻擊 (謾罵病友) 8. 日常生活處理能力減低。	1. 住院治療。 2. 診斷： Manic - Depressive Psychosis 3. A.A discharge
78-9-23		1. 情緒不穩。 2. 睡眠型態改變、(早醒型)。 3. 答非所問。 4. 敵意。 5. 破壞行爲 (剪斷戒指，塞入撲滿)。 6. 反應遲緩。 7. 濃妝艷抹。	1. 門診治療。 2. 勞保。
79-7-20 (第四度入院)。	夫妻吵架。	1. 情緒激動。 2. 睡眠需求減少。 3. 自言自語。 4. 言談欠連貫。 5. 攻擊行爲。(打鄰居及其先生)。 6. 躁動。 7. 言語攻擊：謾罵。 8. 日常生活處理能力困難。 9. 退行行爲 (床上解大便)。 10. 敵意眼神。 11. 奇異行爲，(用鼻子將香水吸光)。 12. 語無倫次。 13. 意念奔馳。	1. 住院治療。 2. 診斷： Manic - Depressive Psychosis (Manic type) 。



(五) 住院期間病情發展

時 間	病 情 發 展	住 院 治 療
7/20	1. 外表：身體髒。 2. 言語：言談欠連貫。 3. 情緒：欣快。 4. 行爲：攻擊行爲、激動。 5. 思想：意念奔馳、敵視。	1. 保護室約束。 2. 快速安神治療。 (1) 藥物： Haldo1 5Amps (2) 時間： $10 \frac{00}{AM} - 12 \frac{00}{N}$ (3) 效果：有效 3. 服抗精神藥物。 4. 鋰劑治療。 5. 每1-2週測血清中鋰鹽濃度
7/21	1. 外表：乾淨。 2. 言語：言談欠連貫、答非所問。 3. 情緒：不穩、高昂。 4. 行爲：躁動，行爲控制低。 5. 思想：自言自語、幻聽、傻笑、不切實際認知。	
7/22	1. 外表：乾淨、整齊。 2. 言語：話多、速度快。 3. 情緒：欣快。 4. 行爲：活動量大、無法靜坐、扞擾病友休息、喜歡接近異性。 5. 思想：誇大妄想、思想混亂、自言自語、語無倫次。	
7/23	1. 外表：整潔、乾淨。 2. 言語：答非所問。 3. 情緒：欠穩定。 4. 行爲：突發行爲。 5. 思想：思想混亂、誇大妄想。 6. 睡眠型態改變。	

日期	病情發展	住院治療
7/24	1. 外表：乾淨。 2. 言語：攻擊語言、謾罵、話多、好辨、內容不切實際。 3. 情緒：激動。 4. 行爲：扞擾病友、喜歡接觸異性病友、自我控制低。 5. 思想：自言自語。	
7/27	1. 外表：衣著標新立異、牛仔短褲、前後倒穿、頭髮用橡皮筋裝飾。 2. 言語：話多、速度快。 3. 行爲：不時進出病房，活動量大、扞擾病友、操縱行爲、喜歡接觸異性病友。 4. 思想：幻聽(耳需棉花塞)，混亂。	11 $\frac{35}{Pm}$ by st order Eutumine 1Amp. IM.
7/28	1. 外表：乾淨。 2. 言語：話多。 3. 情緒：穩定。 4. 行爲：操縱行爲、易與病友衝突、沒耐性、提醒不適當行爲可接受。 5. 睡眠無中斷。	1. 心理檢查。 2. 生理檢查。
7/31	1. 言語：攻擊語言、破口大罵髒話。 2. 情緒：激動。 3. 行爲：與病友起衝突、攻擊行爲(用掃把攻擊護士)。 4. 思想：混亂、不安。	1. 保護室約束。 2. 快速安神治療。 (1)藥物： Haldo1 10Amps (2)時間：10 $\frac{00}{AM}$ -2 $\frac{00}{pm}$
8/1	1. 言語：內容不切實際。 2. 情緒：穩定。 3. 夜裡中斷睡眠一次，可再入睡。	

日期	誘因	出現症狀	治療
8/3		1. 言語：答非所問。 2. 情緒：穩定。 3. 行爲：意識行爲不能控制。 4. 思想：被控制妄想、易轉移注意力、自言自語。	
8/6		1. 言語：輕度答非所問。 2. 情緒：輕度欣快。 3. 思考：自言自語。 4. 睡眠型態改變中斷。	
8/11		1. 外表：整齊、乾淨、衣著合實際。 2. 言語：內容切題、實際。 3. 情緒：輕度欣快。 4. mood：穩定。 5. 行爲：自我控制力增強、日常生活處理能力增加。 6. 思想：自言自語減少。	准外出4小時（由家人陪）。
8/15		1. 外表：合乎現實。 2. 言語：言談內容切題、實際。 3. 情緒：輕度欣快。 4. mood：穩定。 5. 行爲：對先生發脾氣。 6. 思想：無自言自語。	1. 訂定契約書。 2. 延長外出時間。 3. Token system Therapy。 (代幣系統治療)

## (六) 住院治療經過

### 1. 心理測驗

時間：民國67年12月14日，9  $\frac{30}{AM}$ 。

地點：心理治療室。

人員：心理治療師。

內容：

(1) 行為觀察。

(2) 情緒穩定性。

(3) 班氏完形測驗 (Bender-Gestalt test)

結果：

(1) 個案極差知覺。

(2) 圖形旋轉 (rotation)。

(3) 圖形歪曲 (distortion)。

(4) 圖形延續現象 (perseveration phenomena)。

(5) 圖形有象徵化及重疊現象 (symbolization and overlapping)。

(6) 思想過程差。

(7) 思想不連貫。

(8) 有性傷害？ (sexual trauma)。

### 2. 家庭治療 (Family Therapy)

時間：民國68年3月22日，3  $\frac{30}{PM}$ 。

地點：凱旋醫院內，舊院長辦公室。

人員：醫護人員、社會工作者、心理治療師。

內容：外宿對病情反應。

結果：

(1)個案對自己認識不夠，無法接納自己的家庭。

(2)個案對自己病情不了解，希望出院，認為出院為病情痊癒，兩者混淆不清。

### 3. 電休克治療 (E.S.T)

時間：

(1)民國67年12月2日至12月15日。(每逢一、三、五各一次)。

(2)民國69年5月29日至6月10日。(每逢二、四、六各一次)。

結果：病情改善。

### 4. 職能治療

時間：

(1)民國68年5月至7月11日。

(2)民國69年6月25日至7月18日。

結果：日常生活技能處理增加。

### 5. 快速安神劑治療 (Rapid Neuroleptization therapy)

時間：

(1)民國68年12月2日。

(2)民國79年7月20日。

藥物：

(1)Hal dol 每二小時一Amp 直 5Amps 止。

(2)Hal dol 每一小時2Amps，Total 10Amps 止。

結果：病情穩定下來。

### 6. 藥物治療過程：

(1)第一次住院 (67-11-30 至 68-7-11)

-----  
-----

67 (年)	68	抗	精	神	藥	物		
12 (月)	1	2	3	4	5	6	7/11	出院

長效藥  
 |-----|  
 12/27      2/20  
 抗 E.P.S  
 |-----|  
 2/20      5/6

鋰劑                      鋰劑  
 |-----|                      |-----|  
 12/2 27                      3/22                      7/11

E.S.T  
 |-----|  
 12/2 5

(二)第二次住院 (69-5-29 至 70-7-18)

-----  
 -----

68年 69年 抗精神藥物 70年  
 |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
 12月 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7/18

長效藥  
 |-----|  
 6/18      7/8

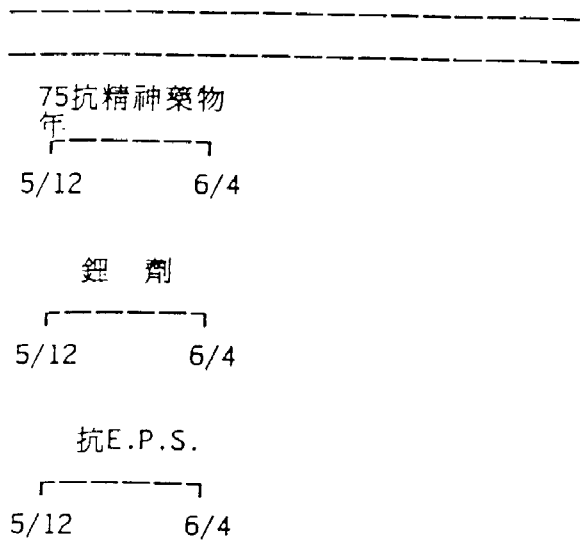
69年 抗 E.P.S                      70年  
 |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
 7/25    5/8

69年 鋰劑  
 |-----|  
 5/29      7/8

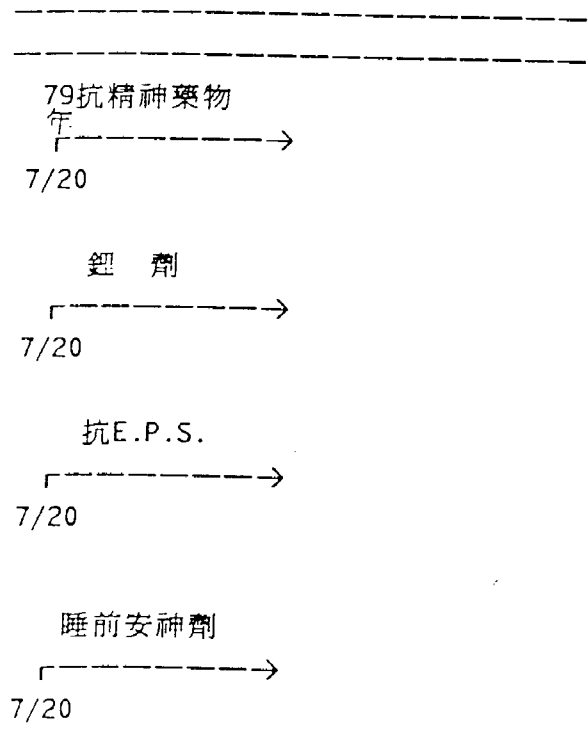
70年 鋰劑  
 |-----|  
 3/22      7/18

E.S.T  
 |-----|  
 5/29 6/10

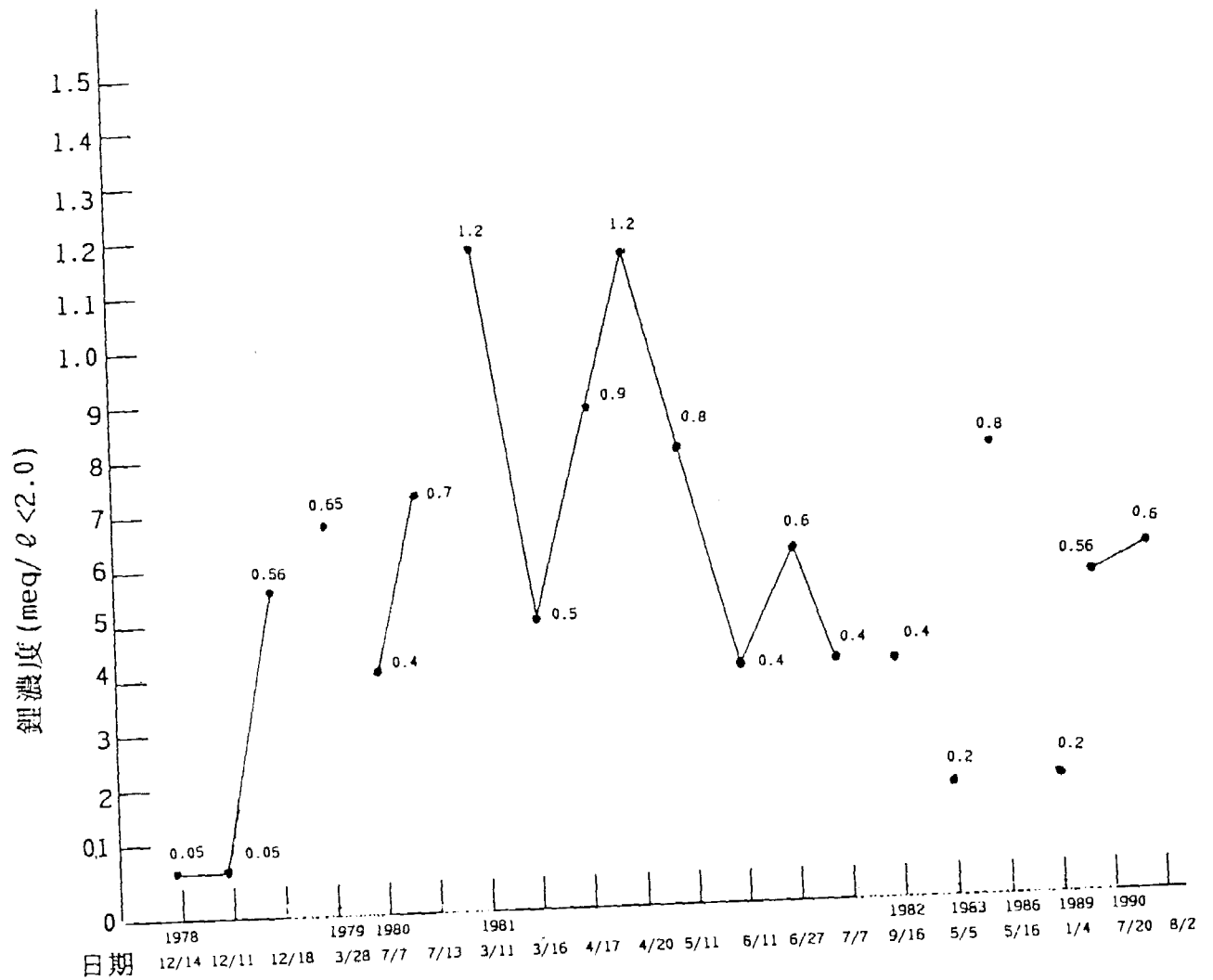
(三)第三次住院 (75-5-12 至 6-4)



(四)第四次住院 (79-7-20 住院中)



由上例資料顯示，個案住院期間，服用藥物分四類：即抗精神藥物、鋰劑、抗外錐體症候群藥物、睡前催眠劑。鋰劑治療，需1-2週測血清濃度，個案治療過程均在安全範圍。見表。



### (七) 整體評估

#### 1. 外觀、儀表、及態度：

衣著不當，肥胖、敵視、過份禮貌、輕浮、戒心、頭部裝扮、衣服標新立異、指甲蔻丹艷紅。



2.動作、行爲：

浮躁不安、攻擊行爲、過份活潑、自言自語、活動量大、性傾向行爲、唱歌、跳舞。

3.言語：

說話速度快、話多、答非所問、內容不切題。

4.思想：

誇大意念、被控制意念、意念奔馳、被害妄想、思想被插入、思想過程不連貫、改變思路、開闊意念。

5.情緒：

易怒、激動、生氣、過份高興、易變、不耐煩、不安。

6.知覺：

不完全之聽幻覺。

7.意識：

清醒。

8.個性：

內向。

9.定向力：

可。

10.病識感：

理智性病識感。Intellectual Insight (+)

## (V)分析與統合

依Maslow's 之理論架構，將個案相關資料作一分析與統合：

1.生理的需求(physiological needs)：

個案整天於病房來回走動，殷勤地、馬不停蹄替病友服務、無暇處理自己身邊需求。如口渴喝二口水，又匆匆離開忙別人之事。院內送來食物，個案怕胖吃得少，分送給其他病友，而個案常叫肚子餓。每晚很晚無法入睡，個案主訴好無聊，喜歡找異性病友聊天。可知個

案對食物攝取、睡眠及性的需求。

## 2.安全與安全感的需求(Safety and security needs):

個案住院期間，從床上跌落。個案主訴“我被綁時，她們(護士)綁太緊，手、腳都污青(淤血)”，“心理好害怕、親眼看著病友發生意外、被急救那一幕！”(八月十五日，有位病友吃水果，硬塞喉部發生意外)，另外個案與病友起衝突、打架、左眼上眼皮縫二針、左眼四周淤血。個案說：曾有過自殺經驗等。個案安全與安全感受到威脅，對醫院防護措施、環境、安全的需求。

## 3.愛與歸屬感的需求(Love and Belonging needs):

個案訴說“他姓蔡(同父異母兄長)，我姓劉、不一樣，他有錢、車子、真神氣，我都沒，他說我是童養媳、他才是童養媳，討厭、不喜歡他”。“結婚後，很少回基隆”(婆家、公婆反對兒子婚姻)。“哥哥(同父同母)少來看我....”個案內、外在支持系統之缺乏，愛及被接納領域未滿足，而對愛與歸屬感的需求。

## 4.自尊的需求(Esteem needs)

個案常說“不能多吃、身體會太胖、像肥豬、不好看”，“回家奕典(兒子名字)不認識我、不理我！心理好難過”，“聽說公公生病，沒回基隆看他、服侍他、媳婦沒盡到責任、好愧疚！”。個案對角色勝任、稱職、身體影像的需求。

## 5.自我實現的需求(self-Actualization needs)

護理者與個案討論說“出院後，妳有何打算呢？”個案臉上露出自滿、愉快地微笑答說“回家後，租個店、開裁縫。反正以前我也是做裁縫，賺錢補家用！”。“我可買漂亮衣服”，“每天與奕典做功課”。個案對自我實現的需求。

## 四、住院期間護理問題與處理：

問題1.：暴力行爲：對別人(Violence , potential for : directed at others)。

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 與病友衝突。 2. 憤怒反應。	個案行為反應： 1. 謾罵病友。 2. 激動。 3. 生氣。 4. 用掃把攻擊護士。 5. 拉先生衣領。	減少暴力行為。	1. 與個案討論衝突之因，並訂定契約關係。 2. 向個案強調、暴力行為會有害之結果。 3. 鼓勵個案、心理不滿、或壓力用語言表達出來。 4. 告訴個案、激動不安會給予隔離、約束處理。 5. 建立與個案一對一關係，鼓勵說出感受並給予心理安慰與支持。 6. 告訴個案對自己之行為負責。如破壞公物，病友私物需賠償。 7. 當個案與病友衝突，儘速帶離現場。 8. 與個案討論，尋求解決方法。 9. 密切觀察個案情緒、行為防暴力再發生。 10. 准外出。 11. Token therapy 加強個案行為改善。 12. 必要時，依醫囑給鎮靜劑。	1. 8/11 個案主動訂定契約書。 2. 減少與病友衝突。 3. 個案不隨便生氣。 4. 對先生好轉。 5. 攻擊語言減少。 6. 攻擊行為減少。 7. 個案自我控制力增強。

問題2：睡眠型態紊亂 (sleep pattern disturbance)

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 精神疾患。 2. 護理記錄	1. 個案陳述： (1) 很晚無	1. 個案能依病房作息時間就寢	1. 教導個案睡前喝牛奶助入睡。 2. 要個案睡前不喝大多水、	個案訴說： (1) 睡得好。 (2) 半夜醒來

<p>敘述：個案半夜起來找別人聊天。</p> <p>3.環境改變：</p> <p>(1)電視音量大。</p> <p>(2)風扇聲音。</p> <p>(3)醫護人員交談)醫護人員</p> <p>(4)病房內光線刺眼。</p>	<p>法入睡。</p> <p>○</p> <p>(2)睡半夜醒來，無法再入睡。</p> <p>(3)睡不好。</p> <p>○</p> <p>2.個案行為：</p> <p>(1)無精打採。</p> <p>(2)嗜睡(白天常回病房)。</p> <p>3.個案身體症狀：</p> <p>(1)黑眼圈。</p> <p>(2)打呵欠。</p> <p>○</p>	<p>(10PM-6 AM)</p> <p>2.個案白天作息時間不再回病房睡覺。</p> <p>3.個案白天作息時間，依病房規定活動。</p> <p>○</p> <p>4.個案每天中午12<sup>30</sup>/<sub>N</sub>—2PM 午睡。</p> <p>○</p> <p>5.讓個案上床後1小時內睡著。</p> <p>○</p>	<p>不看刺激性、爆炸性之電視節目。不聽熱門音樂、不做刺激之運動，如跳舞。</p> <p>○</p> <p>3.要個案睡前排空膀胱。</p> <p>4.鼓勵個案睡前精神放鬆，不與病友衝突。</p> <p>5.佈置病房環境舒適、安靜。</p> <p>○包括：</p> <p>(1)請院方修理功能失效之電扇。</p> <p>(2)建議夜班值班護士，在10<sup>00</sup>/<sub>PM</sub> 關電視或控制音量為最小。</p> <p>(3)醫護人員交談時，儘減低音頻及音量。</p> <p>(4)病房夜間熄掉日光燈、點小燈。</p> <p>(5)天熱開冷氣(病房沒開)。</p> <p>6.鼓勵個案無法入睡時，說出內心感受並給予心理支持。</p> <p>7.觀察個案日間習慣及活動。</p> <p>○</p> <p>8.與個案一同計劃日間活動。</p> <p>○</p> <p>9.鼓勵個案打坐(因個案信佛)。</p> <p>10.勸導個案白天作短暫休息、不能睡。</p> <p>11.必要時，依醫囑給睡前安眠劑。</p>	<p>少。</p> <p>(3)上床1小時內入睡。</p> <p>○</p> <p>(4)8/5 個案回房次數減少。</p> <p>(5)個案依病房規定，參與活動。</p> <p>○</p>
---	--	---	---	---

問題3：皮膚完整性受損：現存的(Skin integrity, Impaired: Actual)。

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
個案與病友衝突、打架。	個案左上眼皮縫二針。	避免傷口感染。	1. 護理者執行換藥時，並觀察傷口。 2. 告訴個案發現傷口有紅、腫、熱、痛隨時告訴醫護人員。 3. 告訴個案，保持傷口之清潔及乾燥，避免用刺激性之肥皂洗滌。 4. 協助醫師執行無菌換藥。 5. 向個案說明，傷口癒合之過程，如傷口沒發炎情況，一週可拆線。	1. 傷口癒合良好。 2. 8/2拆線。

問題4：維護健康能力改變(Health Maintenance, Altered in )

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 個案吃少怕胖。 2. 無暇攝取食物。 3. 食物分送給病友。	1. 體重增加6 kg超過理想體重16%。 2. 個案精神懶散、無精打采。 3. 個案常叫餓，跟病友要餅乾吃。	協助個案重建處理健康維持能力。	1. 與個案澄清少吃不是解決胖之道。 2. 與個案討論，找出減胖可行方法。 3. 鼓勵個案，把院內送來之食物吃完。 4. 餐後、醫護人員檢視個案餐具。 5. 協助個案評價食物送人之壞處。	1. 個案把院內送來之食物吃完。 2. 個案分送食物行為次數減少。

問題5：娛樂活動缺失 (Diversional Activity, deficit)

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 院內缺乏娛樂設施。	1. 個案每天走來走去。	1. 使個案接受並參與娛樂活動	1. 協助個案訴說平常最喜歡之娛樂活動。 2. 向個案解釋、喜歡之娛樂	1. 個案主動要求娛樂時間延長

1 小  
入睡  
個案  
次數  
。 病  
定，  
舌動

2. 長期住院。 。	2. 個案訴說 “無聊”。	。 2. 讓個案主動參與滿意之娛樂活動。	受限制。 3. 提供院內有意義之娛樂活動、讓個案瞭解。 4. 協助個案利用院內，選擇喜歡之娛樂活動。如彈琴、編織、書法、歌唱、舞蹈等。 5. 個案滿意之娛樂活動，給予加強。	。 2. 7/31 寫書法。 3. 8/1 編織。 4. 8/3 高歌數曲。 5. 8/6 自彈自唱。 6. 8/11 跳拉丁舞。 7. 8/13 靜靜看電視。
---------------	------------------	-------------------------	---	--

問題6：皮膚完整性受損：潛在性(skin Integrity, Impaired: Potential)。

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 從床上跌落。 2. 約束力。	個案訴說： “手腳污青(淤血)” “痛”。	1. 淤血消失。 2. 不再從床上跌落。	1. 護理者每天幫個案淤血處，施行熱敷二次。 2. 向個案說明，約束時不反抗，可減少受傷機會。 3. 與個案討論，並向護理人員要求情緒不穩時，得置床欄給予保護。 4. 與護理人員討論防護措施、並多探視。	1. 淤血範圍減小。 2. 沒再跌過。

問題7：潛在性暴力行爲：對自己 (Violence, potential for: seif-directed)。

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 個案自覺沒用、沒一技之長、沒工作。	個案訴說： “曾有過自殺行爲”如割腕、撞牆。	自殺意念消失。	1. 與個案建立密切人際關係，給予個案安全感及滿足感。 2. 鼓勵個案表達其內心感受。	放棄自殺意念。

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
			3. 移去所有可能自我破壞之物品，如繩子、絲襪、被單、大毛巾、溫度計、刀片、鞋帶、玻璃器皿等。 4. 個案信件、包裹要檢查。 5. 要個案把洗髮精放置安全處。 6. 觀察個案情緒改變並注意其行為。 7. 不讓個案曝於自殺之機會中。	

問題8：親職功能改變：現存的 (Parentening, Altered: Actual)

導 因	症 狀	目 標	護 理 措 施	評 值
1. 個案述說：“沒盡到做母親之責任”。 2. “公公、婆婆和哥哥們都沒來看我”。 3. “奕典不理”我心裡好難過。	個案訴說 1. “我不是好媽媽、沒照顧奕典”。 2. “先生和阿婆來看過我，別人沒來”。 3. “回家抱奕典、他拒絕不叫我媽媽”。 4. “不喜歡奕典吵”。	1. 讓個案學習耐性、以便有效發揮親子關係。 2. 親歷情緒、社會和身體之支持。	1. 向個案解釋、奕典還小，需以耐性多接觸。 2. 與個案討論增進達成親子關係之可行性： (1) 要家屬探親時多談奕典居家生活。 (2) 請家屬帶奕典一起來探視。 3. 確認個案口中理想親子行為之典範。 4. 提供個案觀察有效親子關係之互動。 5. 鼓勵個案向先生表達需要之感受。 6. 與家屬討論、時間允許、多來探視個案。 7. 與個案分享護理者角色衝突之感受。 8. 提供親子諮訊增加個案親職教育。 9. 提供和鼓勵個案看親子系列之節目、書籍。如爸爸萬歲、愛的進行性等。	1. 個案向先生提出其需要。 2. 想念奕典。 3. 親子系列節目喜歡。

## 五、結論

三週護理個案之經驗，使護理者深深體會一位躁鬱症不像慢性精神分裂症會導致生理與精神上之重大敗壞，疾病發作期、間歇間個案幾乎沒不正常，且日常生活處理能力穩定，何況精神藥物飛躍進步。自從鋰鹽被發現後，躁鬱症是治療成功之疾病。鋰鹽不僅使個案興奮度(excitment)降低，改善誇大，過份欣快感(euphoria)，易怒性等。依據長期追蹤研究證實，維持性鋰治療能預防且減少復發。

鋰治療對60~80%之躁型者有效，維持血清中鋰濃度於 $1.0\sim 1.4\text{mEq/l}$ 為理想。預防性治療，以 $0.6\sim 1.0\text{mEq/l}$ 為目標。但依據已知之研究報告，不管多年有效之控制，停藥復發機會仍高。在護理過程中護理者向個案強調服藥之重要性和儘減少個案心理之負擔，對個案是有益的。

護理者藉重護理之過程，以個案為中心、注意、自然所發生之一切，包括個案所說的話、表情、動作、情緒等。換句話說，就是參與觀察、利用行為觀察記錄(process Recording)之輔助，與個案之接觸過程詳細記錄下來，作為討論，分析內容。

資料主要內容是躁鬱症病人住院之護理經過，個案之治療、支持系統是複雜、龐大，因時間受限，無法作深入探討，可作下次追蹤之目標。

在觀察初期、採非控制之參與觀察、儘把整個過程詳細記錄，沒任何取捨經一週後，採控制觀察，以個案表現較強烈之行爲，情緒反應為主要觀察對象。如此，會使護理者想瞭解之事象較能掌握。

## 六、感想

二十多天來，臨床實際經驗、資料收集、整理分析、統合過程以及個案報告之撰寫，使護理者悚然警覺到學理與實務有差距，加上才疏學淺於扮演教學者之角色，備感吃力。逢教育部舉辦教師研習會，加上余副處長玉眉課程之設計，使護理者重新自我充實及加強臨床能力之機會。使教學角色能更實際、不致形成學理與實務之脫節。



## 七、誌謝

首先謝謝護理者的個案劉女士，提供護理者這個學習經驗，也謝謝凱旋醫院護理部王主任季吟及第一病房工作同仁給予護理者許多之方便及協助。更感謝八〇二總院蕭琪副主任之指導，提供許多珍貴意見，謹此致最誠摯之謝意。

## 參考資料

1. Dorothy A. (1974) : Essentials of psychiatric nursing, 南山堂出版, P162—173
2. Susan Irving r. n. M.s. (1983) Basic psychiatric nursing, W. B. saunders company p.198—214.
3. L.M. Birchhead (1989) : psychiatric Mental Health nursing N.Y.J.B. Lippin cott compancy
4. 楊庸一：(民國72)情感性精神病 健康世界，P66—69。
5. 沉楚文：(民國78)新編精神醫學 永大書局，P10, 13, 22。
6. 李引玉：(民國62)躁鬱症的瞭解 護理雜誌，21(4)：1—2。
7. 徐景鄉譯：(民國75)健康與疾病之護理，文軒公司，P148—151。
8. 徐靜、曾文星著(民國78再版)，最新精神醫學，水牛出版社P85。
9. 陣姿瑤譯：(民國73)人類行概念與護理，合記圖書出版社，P163—168。
10. 袁大錦編譯(民國72)精神科與心理衛生護理，南山堂出版社，P256—273。
11. 蔡欣玲譯(民國74)護理診斷手冊，華杏出版公司，P4、5、24、36、56、77、86。
12. 于博芮譯：(民國77)新護理診斷手冊，華杏出版公司，P25、38、49、54、82、84、89。
13. 林憲監譯：(民國72)基因與心智，健康文化公司，P3,87—103。
14. 林憲：(民國67)精神醫學與社會，當代醫學雜誌社P48。
15. 李引玉等合譯：(民國78)精神科護理診斷。華杏出版公司。