

漫談中風復健者的情感支持

◎病友家屬/大學教師/梁右典

根據世界衛生組織（WHO）定義：65歲以上老年人占總人口比率，達到20%即稱為「超高齡社會」。目前台灣已經是「高齡社會」，正往「超高齡社會」前進。同時又伴隨「少子化」的雙重效應下，長照議題日益受到關注。然而，這也透露一項重要訊息：高齡社會失能失智的案例與日俱增，我們應當如何看待這項議題呢？本文是以一位中風家屬作為出發點，對於陪伴中風病人，著重在復健過程中的觀察與省思。我想引起思考的是：對於中風復健者，應當如何看待、照顧與支持，進一步提出我的看法。基本上，是從「情感支持」的角度出發。

為什麼呢？筆者陪伴中風親人，至今已超過一年；當中面臨新冠疫情管控、外籍看護短缺、醫療費用支出、家人溝通互動等等，皆面臨不小壓力。正是因為中風復健的過程，說是一場持久戰——包括經濟上、人際上、生理上、心理上，可謂人生一大考驗，也不算太過誇張的說法。然而，當中還是有些寶貴意義——瞭解長照資源、認識社會公益、熟悉照顧技巧、掌握互動模式、洞察心理情緒等等，皆有許多益處，自然也不在話下。其中，我認為又以「情感支持」最為重要。

之所以如此，因為「情感支持」既最為重要，卻是最容易為人忽略，有必要提及它的重要性所在。以筆者家人中風為例，我們面對的，包括各式各樣的專業照顧、復健指導，也利用長照資源的交通服務，以及外籍看護的相處互動，其實都與其他家庭大同小異。當中有一點值得提出的是：親人中風後，我們應該將其當成病人，要有耐心；也要避免將一般人的思維，以此衡量病人復原程度的好壞，不應該用「懶惰」、「粗心」指責他們。我們強調的「勤勞」、「細心」，在此可能變成是雙方引起不愉快的導火線。



中風是突發性的腦血管疾病，更是心血管疾病中最令人望之生懼的一種，絕大多數需要有人照顧，造成家庭的沉重負擔是可想而知。因而，我們通常將中風病人視為「沉重負擔」，而很難同理他們的感受。再加上中風病人相對處於十分弱勢，總是提出需要的一面，而顯得缺乏貢獻，自然使他們的地位，不僅在社會不被重視，在家庭裡也是如此。

因此，他們既達不到我們設定目標——達不到復健效果、不肯付出相對努力，就更加容易讓家屬與社會貼上標籤。其實，罹患中風、特別是嚴重的腦血管阻塞或腦血管破裂，就本質性原因來說就決定許多事情；不是一句「懶惰」、「粗心」、「不想復健」可以完全指稱。我們必須要有同理心，以「他們的標準為標準」，再從中引導協助。換言之，我們可以「情感支持」，進而在「專業支持」方面，兩者並行才能有更實質的幫助。

感謝 捐款名單

110.3/21~110.6/10

姓名	金額	姓名	金額
吳昭德 先生	3,000	陳俊清 先生	600
吳庭璋 先生	400	善心人士	300
吳淑麗 女士	1,000	蔡怡琪 女士	600
吳翊瑛 女士	1,000	蔡國章 先生	600
周郁慈 女士	3,000	盧婉綾 女士	1,000
孫蔡園 女士	200	賴玉珠 女士	1,000
陳秀戀 女士	1,000	賴昶樺 先生	1,000
總計		\$ 14,700	

※按姓氏筆劃排序

歡迎訂閱本協會電子報

歡迎訂閱本會電子報，掃一下旁邊的QRcode即可進入協會電子報資訊頁面喔！

台灣腦中風病友協會歡迎訂閱電子報：
網址：www.strokecare.org.tw
部落格：strokecare2013.blogspot.tw
手機請點選網路版



劃撥帳戶：19965678



手護之愛

台灣腦中風病友協會會訊

搜尋 <http://www.strokecare.org.tw/>

發行單位：台灣腦中風病友協會
發行人：林永煬 理事長
地址：臺北市北投區石牌路二段201號
中正16樓神經內科
劃撥帳戶：19965678
電話：(02)2871-7416
協會信箱：tsa20060928@gmail.com
創刊日期：96年6月10號

三軍總醫院-腦中風中心

服務特色說明

◎三軍總醫院/神經科部/林鈺凱醫師/李俊泰醫師

01 跨團隊整合，成員包括：神經科部、神經外科部、放射診斷部、復健醫學部、急診醫學部、麻醉部、藥學部、護理部、營養師、社工師、出院個案管師等，訂定本院腦血管疾病治療指引，為病人提供最適合的治療方式。

02 急性缺血性腦中風治療結合本院神經內外科、放射科、急診醫學部共同組成堅強團隊，提升急性腦中風及腦/頸部血管狹窄/堵塞之治療及照護品質，全天候24小時有神經科醫師輪值，疑似急性缺血性中風患者進入急診處置，包含電腦斷層、血液檢測、核磁共振造影，發病4.5小時內除提供靜脈血栓溶解劑治療，並可藉由經動脈機械取栓治療，延長救治黃金期至6~24小時，目前有三科(神經科、神經放射科、神經外科)輪值，提供腦中風病人全天候動脈機械取栓服務。



圖說：針對急性腦中風抽菸病人參與戒菸競賽，榮獲108年戒菸轉介王金獎、戒菸成功王銀獎、戒菸服務王銅獎

03 虛擬實境技術應用於急性腦中風復健：三軍總醫院神經科部偕同龍骨王復健系統開發團隊，共同設計以虛擬實境為架構的復健互動設備，讓腦中風急性期患者在病房端，就能簡單進行復健訓練，並整合併入三軍總醫院院內標準化流程中的快捷五動復健計畫：躺、坐、站、動、走，在患者能夠坐立的階段時，就引導其接受新式虛擬實境復健系統的運動訓練。



04

針對急性腦中風抽菸病患神經科部組成戒菸跨領域團隊：團隊成員包含十位戒菸專科醫師、戒菸高階衛教師、個案管理師、住院專科護理師，我們希望腦中風的病人，在住院期間開始接受戒菸衛教、戒菸治療，以及婉拒敬菸的技巧。能有機會成功戒菸，減少再次中風的機會，參與戒菸競賽榮獲108年戒菸轉介王金獎、戒菸成功王銀獎、戒菸服務王銅獎。

通過腦中風疾病品質認證

本中心遵循以「病人為中心」的照護模式，組成醫療照護團隊合作，設計出完善腦中風照護流程且能提高附加價值的服務系統，同時據以執行，發揮團隊最大效益，有效提升腦中風疾病之醫療照護品質及成

效，使團隊的發展能夠可長可久，進而達到「急性腦中風醫療品質提昇」之目標。

每季舉行腦中風會議，藉由固定的團隊會議，檢討診療腦中風病患照護狀況且將建立的品質指標數據提出異常數據檢討及即時修正，檢討品質指標及改善方針，以確保病人受到良好的整合性照護。

此次疾病品質認證，凝聚照護團隊的共識、發揮團隊的效能、提升整體醫療品質。落實「以病人為中心」及「病人安全」之團隊照護模式，降低腦中風病人死亡率、減少併發症的發生，以及提升其病人生活品質。



吞嚥困難飲食指導



◎三軍總醫院/營養部/營養師/王韻婷

腦中風病人常因為吞嚥困難、意識受損等原因導致營養不良和脫水的情形，這些營養狀況可能導致病人傷口癒合差、感染率增加等問題。當吞嚥困難發生時，調整食品質地及改變液態食物的稠度可減少窒息和誤吸的風險。



如何選擇食物的濃度與質地

在吞嚥困難發生時，建議先由語言治療師評估吞嚥困難層級，營養師依此給予飲食質地與食物製備建議。

衛生福利部國民健康署在2018年於網站公告「臺灣飲食質地製備指引」草案，依照咀嚼及吞嚥狀況將食物分成七種質地等級，如下表。

分級	適用對象	尺寸建議/性狀	特性	叉子測試	湯匙測試	針筒測試	舉例	
第1級 低濃稠流動食	喝白開水時會產生嗆咳，但喝其他液體不會嗆咳	流動性高的液體	比水稍微濃稠	不適用	液體從湯匙上流下速度快速會馬上流光	液體經過針筒流速10秒後剩餘0~4c.c.	低稠豆漿	
第2級 微濃稠流動食	喝所有稀薄液體時會產生嗆咳	些微稠度的液體	吸取時，需要花一點力氣	不適用	液體從湯匙上流下速度快速呈柱狀流動	液體經過針筒流速10秒後剩餘4.1~8c.c.	微稠豆漿	
第3級 高濃稠流動食	吃高含水量的食物時會產生嗆咳	流動性差、不易滴落的液體	滑順、沒有結塊，可以杯子或湯匙食用	不適用	液體從湯匙上緩慢滴下不會附著在湯匙上	液體經過針筒流速10秒後剩餘8.1~10c.c.	濃稠豆漿	
第4級	均質化糊狀食	吃細碎食物時會產生嗆咳	糊狀食物	流動性差、緩慢流動不太需要咀嚼即可吞	不適用	糊狀食從湯匙上會整塊滑落	液體經過針筒流速10秒後仍剩餘10c.c.且無液體流出	
	不需咬細泥食	無牙齒可碎食，舌頭功能差者	泥狀，或無需咀嚼之型態（適口大小）	在表面留下明顯痕跡	傾倒時整塊掉落		豆花	

分級	適用對象	尺寸建議/性狀	特性	叉子測試	湯匙測試	針筒測試	舉例
第5級	舌頭壓碎軟食	無牙齒可碎食，舌頭功能正常或尚可或差者。	0.4立方公分	叉子壓碎食物，大拇指不反白	傾倒時食物輕易滑落少殘留		嫩豆腐
第6級	牙齦碎軟質食	有部分牙齒可碎食，舌頭功能差；	1.5立方公分	叉子壓碎食物，大拇指會反白	按壓食物，會變形不恢復原狀	不適用	板豆腐
第7級	容易咬普通食	有部分牙齒可碎食，舌頭功能正常或尚可	3立方公分	用力仍無法將食物分成小塊	按壓食物會變形，但移開湯匙後會恢復原狀	不適用	切塊大黑豆干

食物的質地、溫度和味道可以改善吞嚥的效果。通常食物勾欠或煮軟爛較佳，可減少舌頭的負擔；溫度較低的食物比熱食更易吞嚥；酸性的食物可提升口感。但食物質地太過乾燥與酥脆的則不適合，像是餅乾類等。

調配食物時應注意哪些事項

1. 食材種類應包含六大類並注意要多元化，同時也要注意新鮮與衛生，攝取充足且均衡的營養，個案才有足夠的體力進食並進行吞嚥訓練。



圖片來源：衛生福利部國民健康署每日飲食指南

2. 少量多餐為原則，可有助進食總量增加以達到需要量，也可避免一次吃太大量食物。
3. 應注意纖維質攝取需足夠，避免便秘發生。纖維含量高的食物往往被吞嚥困難病人拒絕，可以利用打汁、打成泥，若稠度不夠再加上『食物增稠劑』（詳述如後），減輕病人攝食的負擔。
4. 水分攝取仍需足夠，建議至少每公斤體重30毫升的水分攝取。可使用『食物增稠劑』調整適合飲用的濃度。

何謂食物增稠劑

因應不同程度的吞嚥困難需調整食物的濃稠度以符合病人的需要。可利用：

天然食物如馬鈴薯、地瓜、芋頭、山藥、麥片、藕粉等澱粉類食材的黏稠性或使用麵粉、太白粉、地瓜粉、芡增加食物的濃稠度，也可直接使用商業產品的食物增稠劑。

示範食譜：玉米濃湯(蜂蜜狀)

材料

玉米醬212.5公克(半罐)
雞蛋55公克(一個)
高蛋白粉末7公克
無鹽奶油5公克
植物油5公克
玉米粉25公克
鹽1公克
無油高湯30毫升

做法

- (1) 玉米醬先用果汁機攪拌後過濾備用。
 - (2) 將過濾之玉米醬及高湯放入鍋中煮沸，隨即加入奶油、蛋、鹽、油，再以玉米粉水勾芡。
 - (3) 將煮好之玉米湯倒入果汁杯中，再加高蛋白粉攪拌均勻即可。
- 注意：玉米醬因品牌之稠度不同，製作完成可視需要加水調整濃稠度。

是否需補充市售營養配方

針對進食狀況佳者，以天然食物為主即可，避免過度攝食導致體重增加，進食量較少者，則可以商業營養品做為飲食補充，但仍需注意濃稠度的調整。

飲食攝取不足的警訊

衡量吞嚥困難者熱量攝取是否足夠，可以用最簡單的方法就是定期監測體重。當一個月內體重降低超過5%，即有營養不良的危險，建議立即利用營養諮詢門診或申請居家營養師照護服務，由營養師為您進一步評估，以避免營養不良的狀況加重。

鼻胃管灌食者

針對鼻胃管灌食的病人，提醒如全部使用一般商業配方灌食，其所含的鈉量往往低於每日建議量2400毫克，因此，若未有額外的鹽補充，長期灌食時常導致病人有低血鈉的情形，建議應定期回醫院營養諮詢門診，由營養師為個案進行配方與成分調整，確保營養均衡與足夠。