

# 運用心臟復健照護一位充血性 心衰竭患者之護理經驗

曾憶美 邱秀娟\* 江錦玲\*\*

## 中文摘要

本文為運用心臟復健照護一位心衰竭患者之護理經驗，護理期間自2010年08月20日至08月31日。以Gordon十一項功能性健康型態為評估工具，經觀察、會談、身體評估及直接照護方式，收集個案資料分析整理後，確立個案的主要問題有「體液容積過多」、「活動無耐力」、「焦慮」等健康問題。護理過程中，以用藥、限制水分、呼吸次數、聲音及四肢水腫情形的評估改善心衰竭；有計畫的執行心臟復健活動，配合飲食及藥物治療，以漸進式方式增進個案心肺功能；用主動關懷及同理的態度，使個案在鼓勵與監督下以緩和方式增進心臟活動耐力及功能。個案於2010年08月31日出院，期望降低病人再住院率。願此次照護經驗，能夠與同儕分享(志為護理，2014; 13:2, 101-110)

關鍵詞：心臟衰竭、活動無耐力、心臟復健

## 前言

心衰竭是一種嚴重且預後不佳的疾病，2009年衛生署國人十大死因統計，心臟疾病佔第二位(行政院衛生署，2010)。由於醫療技術和新藥開發，改善心衰竭存活率，但除一般治療及用藥外，透過非藥物性之運動訓練治療，能幫助病人增加運動耐力、改善生活品質，降低死亡和再住院率(胡、莊、

簡，2010)。美國心臟協會指出規律運動可以增強心肌強度、增加心臟工作的負荷量及改善血液流動，加強周邊組織對氧的利用進而增加活動耐力改善心肺功能，促進生活品質及身心健康狀態，使其死亡率降低約25%(高等，2010)。

本個案自2002年診斷心衰竭即開始規律服藥，卻因心臟收縮、擴張功能不佳及活動無耐力，導致活動時呼吸喘不適多次反覆住院。筆者藉由心臟復健協助

臺北榮民總醫院桃園分院內科病房護理師 臺北榮民總醫院桃園分院內科病房護理長\* 慈濟大學護理學系講師\*\*

接受刊載：2014年1月29日

通訊作者地址：江錦玲 97004花蓮市中央路三段701號

電話：886-3-856-5301#2252 電子信箱：jiinling@mail.tcu.edu.tw

病人提升心臟的活動耐力及耐受度，增強心肺功能，避免其反覆入院，冀此次護理經驗能提供護理同仁在照顧類似個案時之參考。

## 文獻查證

### 一、心衰竭

心衰竭是由於心臟先天性的結構缺損或瓣膜疾病或心肌病變，使心臟無法有效搏出足夠血液供給體內周圍組織進行新陳代謝的需要(Hunt, et al., 2009)，臨床症狀包括衰弱、疲累、焦慮、失眠、運動性呼吸困難及端坐呼吸(錢、邱、李，2006)。Carlson, Riegel和Moser(2001)指出97%的心臟衰竭病人至少有1個身體症狀，而91%則有多種症狀；其中以呼吸困難、疲憊及水腫最為常見(Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005)。

### 二、心衰竭的運動訓練計劃

美國心肺復健學會(American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 簡稱AACVPR, 1990)指出有系統的復健計畫，包括規則運動訓練，衛生教育之實施及病人諮商的過程，可調整病人罹病之危險因子，使其生理、心理及社交各方面均能達到最理想之狀態。執行心臟復健須評估年齡、過去病史、藥物使用、是否有冠狀動脈疾病的危險因子(包括高血脂、高血壓、糖尿病、吸菸、肥胖、早發性家族史、靜態的生活習慣)、詢問運動時是否曾有不適症狀徵候和限制，並且作基本的理學

檢查(李、羅、杜，2009)。依據美國心肺復健學會(簡稱AACVPR, 1990)，心臟復健運動計畫分三期：第一期(住院期)疾病發作到出院，通常持續6~12天，活動量介於1-3.5METs(metabolic equivalents, METs)，此期目標以幫助疾病處理、預防生理功能退化、提供心理支持與護理指導。第二期(門診期)出院後約持續8~12週，活動量至少5METs以上，此期目標以改善生理功能、調整生活型態及危險因子的降低。第三期(維護期)此期承接第二期心臟復健運動計畫，時間約持續半年，為自我監測的運動訓練。而運動時須注意勿超過最大心律(maximal heart rate):(220-年齡)/分。

## 護理過程

### 一、個案簡介

姜先生76歲，男性，未婚，不識字，慣用國語，退役榮民，經濟來源係支領終生俸，獨居，無主要照顧者，無宗教信仰，無藥物過敏史，有抽菸習慣，三年前已完全戒除，偶爾喝點高粱酒，以一杯約50c.c.為限，每月約2-3次。

### 二、疾病史及發病過程

個案年輕時身體硬朗，無住院經歷。2002年10月診斷心衰竭，陸續住院治療及門診追蹤，2009年因胸悶及呼吸喘等情形反覆住院5次。2010年8月9日開始，活動時輕微胸悶及呼吸喘，休息後緩解，直到8月16日下肢開始有水腫情形，自覺呼吸越來越喘、休息無法緩解再度住院。

## 護理評估

護理期間自2010年08月20日至08月31日，藉由觀察、會談、身體評估等方式收集資料，並運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估。

### 一、健康認知和健康處理型態

8/20個案表示：「年輕時學會抽煙，平均兩天一包」，「知道自己心臟不好，聽了醫生建議戒菸，2008年戒菸成功」，「醫生開的藥都有按時吃，怎麼還會這樣」。個案於住院期間能配合檢查、治療及服藥，對疾病表現高度關心。

### 二、營養代謝狀況

8/21「最近一個月體重增加5公斤，以為變胖了」，「兩隻腳腫起來了，鞋子穿不下，只能穿涼鞋，鞋子脫掉後還有凹痕」，「這一個禮拜一直咳嗽，只要躺下來，就覺得吸不到氣，心跳很快」。8/20觸診壓下腳踝的皮膚5秒後放開水腫皮膚留下一凹陷 $<5-10\text{mm}$ ，伴有小腿及足部腫脹，呈凹陷型水腫(3+)，聽診胸部顯示兩側有囉音，平躺時易咳嗽且呼吸速率淺、快；搖高床頭約45-90度，呼吸才較平順、少咳嗽，此項評估確立問題為「體液容積過多」之護理問題。

### 三、排泄型態

8/21「平時排便規律，1~2天解便1次」，8/21「我有攝腺肥大，有時一直小便，晚上尿比較多」「這一個禮拜小便大約500c.c./天，最近覺得更少」。8/21腸蠕動4-5次/分，叩診呈鼓音，腹部平坦而柔

軟，大便檢查無潛血反應或寄生蟲感染。

### 四、活動-運動型態

8/21「我平常沒在運動，有時走一走呼吸就會喘，休息後呼吸才比較順」，「現在坐起來覺得頭暈、沒力氣，沒辦法下床！」「覺得這次住院比以前還要虛弱」。8/20~8/21協助個案翻身後呼吸喘30~32次/分，個案皺眉，呼吸淺快且費力。8/25個案第一次下床走動約2分鐘左右，即出現頭暈、站不穩的情形，經由活動前後之生命徵象的比較，發現活動後心跳加快，約101次/分；呼吸淺快，約24次/分；血壓上升，為150/90mmHg，主訴頭重感、全身無力，此項評估確立問題為「活動無耐力」之護理問題。

### 五、睡眠-休息型態

8/20「我在家晚上約9點就寢，除了起來1-2次上廁所，早上4-5點起床」，「在家沒吃過安眠藥」。8/21住院後，因身體不適且擔心自己的病情，難以入眠且易中斷，按醫囑給予安眠藥(stilnox 1顆QN)，協助抬高床頭30-45度使用氧氣3L/MIN入眠，並集中護理及心臟復健運動時間，維持住院前相同的睡眠習慣。住院中個案睡眠時間皆能維持約8-9小時，無睡眠不足及中斷之情形。

### 六、認知-感受型態

8/21「我的記憶力還不錯，只有老花眼，跟心臟不好，現在只擔心自己的病情，可不可以出院」。8/21個案意識清楚，在思考、語言表達及決策能力上皆正常。長短期記憶力亦無減退情形，無視、聽、觸、痛覺障礙，對疾病相關的

護理指導能了解，並能清楚表達下床活動後不適之感受。

### 七、自我感受-自我認知型態

8/20「能不要住院就不要住院，住院後每天打針、量血壓的日子，真是度日如年！」，「真怕自己出不了院啊！整天躺在床上」。住院初期因呼吸不順暢，日常活動須由他人協助，對不了解之事物會一直重複詢問，當護理人員給予治療時，個案會提高警覺，一直注視護理人員反覆質問，做復健運動時，一定等護理人員攙扶才肯下床執行。會談時常會有皺眉及嘆氣情形，經此項評估，確立問題為「焦慮」之護理問題。

### 八、角色與關係型態

8/21「這些鄰居認識超過20年了」「我沒小孩，鄰居小孩都叫我爺爺」「他們只要一段時間沒看到我，就會來我家敲門」。個案屬老年期階段，目前獨居，住院期間與護理人員互動關係良好，每天朋友前來探視。

### 九、性-生殖型態

8/22「年輕時想要發洩時都會到酒家」，「現在年紀大了已經不會再想了」。8/20個案生殖器官外觀正常，無異常分泌物及腫塊。

### 十、適應-壓力耐受型態

8/22「我現在最怕的就是沒辦法出院」、「聽你們給我鼓勵，比較有信心了」。8/22個案能表達自己的感受及緊張的情緒，談話時可與護理人員眼神對

焦，注意力集中，會以點頭回應並積極配合給予的治療及護理活動。

### 十一、價值-信念型態

8/22「到這個年紀，只要開心就好」、「沒什麼宗教信仰，看到廟會雙手合十拜一下」。天性樂觀開朗，對於醫療處置皆能信任配合。

## 問題確立

綜合評估，確立個案有：一.體液容積過量/因心臟血管供血障礙、心輸出量降低致體液的滯留；二.活動無耐力/因心肌功能受損、氧氣供需不平衡所致；三.焦慮/與疾病威脅有關(8/21~8/29)，三個為主要健康問題。

## 討論與結論

臨床中發現病人臥床時間越長，所產生活動無耐力的症狀越明顯，相對的合併症就越多，由於心排出量的不足，導致心臟含氧血輸出時不足以供應身體組織之所需，造成攝氧量下降，患者會感覺到疲倦、軟弱無力、運動無耐力等現象(吳，2009; Scott & Edward, 2001)。本個案因心衰竭活動無耐力而多次入院，住院期間除了藥物治療及飲食控制外，透過醫療團隊合作及病人參與共同設計心臟復健運動計畫，以漸進式運動來增加活動量，進而達到強化個案心肺功能，增加其活動耐力，提升個案日常生活品質。此外，在治療期間主動提供治療計畫說明、陪伴及支持個案渡過低潮期，也是協助病患達適應狀態不可忽視的重點。

問題一：體液容積過量/因心臟血管供血障礙、心輸出量降低致體液的滯留 (8/20~8/28)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>8/22 S:1.「我上個月看門診量體重才50公斤，這次住院增加了5公斤」。</p> <p>2.「我每次小便都只有一點點已經一個禮拜，兩隻腳腫起來了，鞋子穿不下」。</p> <p>8/23 S:1.「醫生說我的X光看起來心臟比較大，還有肺部有一點積水」。</p> <p>8/21 O:1.聽診雙肺葉呈濕囉音，心跳不規則。</p> <p>2.雙下肢皮膚光亮、小腿及足踝處出現凹陷型水腫3價。</p> <p>8/24 O：1.生命徵象心跳70至86次/分，呼吸速率淺快22至26次/分。</p> <p>2.8/21-8/23體重均維持53至55公斤。</p>	<p>1.8/24個案能呼吸喘及下肢水腫情形改善，體重無上升情形。</p> <p>2.8/26個案能正確記錄每日輸出、輸入量，並能執行限鹽及限水措施。</p> <p>3.8/27能執行評估腿部水腫的方法並正確執行水腫皮膚的護理方式。</p>	<p>一、評估體液容積過量之護理措施：</p> <p>(1)監測生命徵象Qid+prn，並注意EKG之變化。</p> <p>(2)監測呼吸速率及型態，聽診肺部呼吸音；依醫囑給予氧氣，以增加心肌供氧。</p> <p>(3)每天固定時間及磅秤、著輕便衣服測量體重，以每天減少0.5-1公斤為限。</p> <p>(4)依醫囑給予利尿劑治療，並監測個案對利尿劑的反應及電解質不平衡的副作用。飲食上，可補充含鉀質的東西，如香蕉、柳丁等水果。</p> <p>二、教導個案低鹽飲食措施：</p> <p>(1)先了解個案平日烹飪習慣及喜好食物，教導避免食用罐頭、加工食品等，烹調時可用植物油、加蔥或蒜調味，以增加口感。</p> <p>三、依個案可了解的情況，指導個案評估下肢水腫的方法—先壓住水腫部位5秒後放開，水腫皮膚會留下一凹陷痕跡稱凹陷型水腫，分級如下：</p> <p>0：沒有水腫。</p> <p>1價：壓足背幾乎無法看見凹陷，似正常的足部外觀。</p> <p>2價：壓足背會出現些微凹陷，足部外觀部分正常。</p> <p>3價：壓足背會出現明顯凹陷，腿及足部腫脹。</p> <p>4價：壓足背會出現明顯凹陷，腿及足部嚴重腫脹緊繃。</p> <p>四、與個案討論限水措施：</p> <p>(1)針對個案病情，與醫師討論合理之限水量為每日1500ml至1800ml。</p> <p>(2)教導使用有刻度之水杯，確實記錄喝水量，三餐飯盒及水果食用前後皆須秤重並記錄。</p> <p>(3)教導尿壺刻度之觀測法並記錄。</p> <p>五、指導個案護理下肢水腫的方法：</p> <p>(1)教導不要穿過緊的衣物，特別是束口褲子及襪子。</p> <p>(2)不要久坐或久站，容易造成下半身血液回流受阻，引起下肢的浮腫，睡前將小腿抬高。</p>	<p>1.8/27下肢水腫1價，體重由55公斤降為49.2Kg。</p> <p>2.8/28CXR顯示無肺水腫，口頭表示已無胸悶及呼吸喘情形。</p> <p>3.8/28個案可說出評估下肢水腫的方法及正確回示教，個案亦可注意穿褲子束口不要太緊，皮膚能保持乾淨，亦無抓破皮膚的情形。</p>

問題二：活動無耐力/因心肌功能受損、氧氣供需不平衡所致(8/20~8/31)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>8/21 S：1.「我自從得到心臟病後，只要發病下床活動就會覺得胸部不舒服、全身都沒力氣！」。2.「護士小姐，我想多休息，我怕我的心臟病又復發！」。</p> <p>8/22 S：照服員：「他每天都一直躺在床上睡覺，體力好像越來越差了！都不喜歡動」。</p>	<p>1.8/23個案能瞭解運動重要性並主動表示願意參與運動計劃。</p> <p>2.8/29個案可自行在院區內散步，無呼吸困難的現象，並能說出運動後對身體的好處。</p>	<p>一、增強個案對心臟復健運動的認知及動機：</p> <p>(1)協同醫師計畫心臟復健時間表，告知個案復健計畫，加強個案對執行運動的參與感。</p> <p>(2)使用氧氣緩解呼吸困難之症狀、改善生理上之不適，增強下床活動之意願。</p> <p>(3)鼓勵床上時常翻身，增加四肢的活動。集中治療與護理，以不增加個案心肺症狀為主，避免干擾個案休息，促進良好的睡眠品質，以增進體力。</p> <p>(4)強化運動的動機，可利用書面資料及實例之分享，使個案了解運動的重要性，加強信心，願意參與運動計劃之設計。</p> <p>二、協同醫師與個案共同訂定心臟復健運動計劃表，共分為五階段，由1.5METs開始，每日增加0.5METs，最高達4.0METs或以上，執行時間為每日早上十點至十點半，由護理人員及照服員陪同。運動前先做暖身運動，過程中以心跳、呼吸、自覺費力程度來加以評估：</p> <p>(1)第一階段1.5-2.0METs：下床坐有椅背的椅子15-30分鐘，每天2-3次，並可自行床旁盥洗、床旁馬桶使用。</p> <p>(2)第二階段2.0-2.5METs：病室內步行15-30公尺(約25-50步)，可自行坐在床旁椅上進食，並站在水槽旁漱洗，可自行步行至洗手間如廁。</p> <p>(3)第三階段2.5-3.0METs：病室內步行&gt;30公尺(約50步以上)，走下一至兩層樓，可自行至浴室內洗澡。</p> <p>(4)第四階段3.0-4.0METs：在協助下走上兩層樓，再走下兩層樓，可自行在病房區散步。</p> <p>(5)第五階段4.0METs以上：可自行走上、下兩層樓，在院區內散步。</p>	<p>1-1.8/23個案主動表示願意試著下床活動，並自行移位至床旁椅休息。</p> <p>1-2.8/24個案主訴：「這幾天打針後，感覺呼吸比較順暢，今天精神也好多了」。</p> <p>2-1.8/25個案可自行下床坐在椅子上及自行床旁盥洗。心跳：86次/分，呼吸：20次/分，無呼吸困難、胸悶情形。</p> <p>2-2.8/26個案可自行步行至洗手間如廁，不需扶持，步態穩，無跌倒情形。心跳：92次/分，呼吸：22次/分，無呼吸困難、胸悶情形，但主訴有點累。</p> <p>2-3.8/27個案可自行至浴室內洗澡，並走下兩層樓梯。心跳：101次/分，呼吸：24次/分，無呼吸困難、胸悶情形，並主訴走樓梯很累，走下半層樓梯，就要先休息一下。</p>

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>8/23 O：個案可坐於床上自行進食，下床如廁及盥洗需人協助扶持，無呼吸困難、胸悶之主訴，因疲倦，不願下床至病室外活動，活動量少，多臥床休息。</p> <p>8/23 O：個案休息時心跳約70次/分，呼吸速率約20次/分，因只願意在病床上做抬腿運動，故活動後心跳皆維持在75至85次/分之間(未達最大心跳速率85至115次/分)、呼吸速率約21至22次/分，並表示這樣的活動不會費力，為可接受的運動量。</p>	<p>3.8/29個案能正確執行自我監測脈搏1分鐘，並說出活動時應注意事項。</p>	<p>三. 教導個案自我監測脈搏的方法：</p> <p>(1)教導個案測量橈動脈，計算一分鐘心跳數，並協助多次練習。</p> <p>(2)運動時給予帶上心跳及血氧濃度測定儀，保持心跳在86-115次/分，以達最佳心肺功能，但請個案仍須注意是否有呼吸喘及胸部不適等情形。</p> <p>四. 教導個案應停止活動之症狀及注意事項：</p> <p>(1)當出現自覺心跳不規則、胸悶、冒冷汗、呼吸困難、頭暈、步態不穩等症狀時，應立即停止活動，並儘速就醫。</p> <p>(2)若運動前心跳大於100次/分或小於50次/分時，不宜運動。</p> <p>(3)運動前應執行暖身運動5-10分鐘，深呼吸運動三次、肩及肘關節伸展及屈曲各兩次、髖及膝關節伸展及屈曲各兩次、腰部的側彎與扭轉各四次。</p> <p>(4)運動後應執行緩和運動5-10分鐘，運動的最後2分鐘逐漸減緩速度。避免造成意外傷害或因為突然剎車急停引發心律不整及其他心臟方面的問題。</p> <p>五. 與醫師討論會診復健科為病人出院持續復健做準備。</p>	<p>2-4. 8/28個案可在照服員及護理人員攙扶下，往上走兩層樓梯，並自行於病房區散步，心跳：111次/分，呼吸：24次/分，無呼吸困難、胸悶情形，個案主訴：「爬樓梯非常累，一定要扶著欄杆才行，至日光室看新聞，與其他病人聊聊天，感覺自己身體沒有以前容易疲倦了！」。</p> <p>2-5. 8/29個案可在照服員陪同下，可自行走上、下兩層樓，並可自行在院區內散步。心跳：114次/分，呼吸：24次/分，無呼吸困難、胸悶情形，個案主訴：「爬樓梯雖然很累，但是能走出去透透氣，逛一逛院區，感覺真的不錯，心情也變很好」。</p> <p>3. 8/30個案可正確執行自我監測脈搏1分鐘，並能說出心跳有無異常的情形。</p> <p>4-1. 8/30個案可正確說出六種應停止活動的症狀，並能於運動前、後正確執行暖身、冷卻運動。</p> <p>4-2. 8/30個案病況穩定，預定8/31出院，教導個案持續進行復健運動之重要性，平均每日兩次，每次1小時，進而增強活動之耐力。</p> <p>5.9/8電訪病人表示每個星期有三天都搭醫院巴士到醫院做復健。</p>

問題三：焦慮/與疾病威脅有關(8/21~8/29)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>8/22 S：「醫生說我的心臟功能變差了，是不是要開刀呢？我只怕自己出不了院！」。 8/23 S：「現在的我只能躺在床上，不知道以後出院該怎麼辦！」 8/22 O：個案不安、面部緊繃，說話速度快，且聲音大，注意力集中在自己身上。 8/23 O：個案會對各項治療重複詢問，並詢問不同的護理人員，每當提起疾病時，則會出現擔心的眼神及表情愁苦，不主動與人交談。</p>	<p>1.8/23個案能主動說出焦慮及擔心的事情，經說明後能接受治療。 2.8/25個案能採取因應措施，並能自述焦慮減低。 3.8/27個案能了解疾病過程中身體和情緒之改變。</p>	<p>一.建立良好護病關係，協助了解治療計劃： (1)說明各項檢查、治療的程序及可能情況。 (2)治療時予以自主選擇權，適當的讓病人選擇治療程序，增加其自我控制及信心。 二.協助個案解決焦慮之醫療措施： (1)交班時提出個案焦慮情形及注意個案之安全，請照服員24小時在旁陪伴。 (2)予照會社工師，協助解決病患情緒的問題。 三.協助個案表達焦慮，並教導降低焦慮之因應措施： (1)每天利用30分鐘陪伴，傾聽、並鼓勵說出心中的疑問與害怕，主動與個案討論其所關心的事、並給予解答，減少不安與不確定感，表現出接受的態度。 (2)鼓勵個案將心中的不安及擔心表達出來，接受個案情緒反應，並陪伴一起度過。 (3)教導個案放鬆技巧(例如：深呼吸、冥想等)，以降低已存在之焦慮程度。 (4)與個案朋友溝通，希望朋友多予支持及陪伴。 四.協助個案了解疾病過程可能所需的改變： (1)了解個案在疾病上對他的影響，包括個案的功能是否因疾病而受限，而醫護人員亦盡全力提供所需的協助。 (2)介紹病房中相同疾病之病人與個案認識，藉由真實例子，增加對自己病情及治療的信心，並增加持續運動維持最佳功能之信念。 (3)與個案共同討論疾病治療、日常生活注意事項、居家心臟復健之活動量等，使其由被動轉為主動，使個案能正視自己所處的環境，決定日後照顧計劃，並能積極面對疾病。</p>	<p>1.8/23個案表示護理人員解釋很詳細，所以能安心接受並配合治療及檢查，且未再產生質疑的口吻。 2.8/24個案能主動說出自己擔心的事情，如：是否可平安出院及否再返家看到鄰居朋友。 3.8/25個案面露微笑，對護理人員親切、和善的態度，表達感謝，並表示對未來的看法:與其難過的過生活不如樂觀的面對，好好的生活下去。 4.8/27個案表示自己一定要勇敢，肯定自己年輕時的生活經歷，這次不會被疾病所擊敗，也對治療及復健計畫的態度更加配合。 5.8/29個案表示：「醫生和護士小姐都這麼關心我，所以我一定要加油！也不要讓朋友為我擔心，這段時間我朋友每天都來看我，很不好意思，謝謝大家啦！」。</p>

心臟復健的成功需要個案強烈動機持之以恆進行，而目前心臟復健於住院中只能做到第一階段，返家後是否能持續的復健訓練、執行健康維護行為，以及心臟復健運動對心衰竭患者的長期成效為何，是筆者無法評估到的，亦是臨床護理照護中感到不足之處，出院返家後8-12週(第二階段)病人是否能持續至門診復健及於家中進行第三階段復健是筆者期盼的。因此本個案藉由轉介公衛地段護士追蹤及居家訪視，持續給予個案護理指導及關心其生活型態，使個案維持自我照顧及復健，達到持續性的照護，以降低個案死亡和再住院率。

### 參考資料

- 行政院衛生署(2010, 6月03日)·九十八年度死因統計·取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
- 李薇萱、羅于韻、杜俊毅(2009)·老年人的運動處方·*社區醫學*, 24(1), 8-13。
- 胡國琦、莊曜嘉、簡國龍(2010)·慢性心臟衰竭病人接受運動訓練的臨床效益與安全性·*內科學誌*, 21(3), 165-171。
- 高家雲、謝育整、蔡森蔚、陳彥文、于幸澄、丁紀台(2010)·運用心臟復建計畫改善心肌梗塞患者生活品質·*醫療品質誌*, 4(2), 87-92。
- 錢怡文、邱春吉、李炳鈺(2006)·實症醫學之臨床治療—心衰竭·*藥學雜誌*, 22(2), 103-115。
- 吳英黛(2009)·*呼吸循環系統物理治療*·臺北: 金名。
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation(1990). *Guideline for Cardiac Rehabilitation Program*. Retrieved from <https://www.aacvpr.org/about/aboutcardiacpulmonaryrehab/tabid/560/default.aspx>
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. K. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung, 30*(5), 351-359.
- Hunt, S. A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., ... Yancy, C. W. (2009). 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines developed in collaboration with the international society for heart and lung transplantation. *Journal of the American College of Cardiology, 53*(15), 1-90.
- Scott, K. P., & Edward, T. H. (2001). *Exercise physiology: Theory and application to fitness and performance*(4th). New York: McGraw-Hall.
- Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*(3), 198-206.

# A Nursing Experience of Providing Cardiac Rehabilitation Care for a Heart Failure Patient

I-Mei, Tseng, Jiin-Ling Jiang\*, Hsiu-Chuan, Chiu\*\*

## ABSTRACT

This report described a nursing experience of providing cardiac rehabilitation care for a patient with congestive heart failure. The nursing period lasted from August 20 to August 31, 2010. With Gordon's functional health patterns as an evaluation tool, data were collected through observation, interview, physical assessment and direct care, and the analysis confirmed the following major health problems: Excess body fluid accumulation, lack of physical endurance and anxiety. During the nursing process, medication, meetings, fluid intake limitation, evaluation of breathing frequency, sound and peripheral edema were used as indicators to assess the improvement heart failure symptoms. Systematic execution of cardiac rehabilitation activities in conjunction with dietary and medicinal therapy was applied to progressively enhance the patient's cardiopulmonary functions. We also provided active care with empathy, together with encouragement and supervision, to facilitate a gentle improvement of the patient's cardiac endurance and function. The patient was discharged on August 31, 2010 with an expectation of reduced readmission rate. We wish to share the nursing experience as a reference for peers when facing similar cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:2, 101-110)

Keywords: cardiac rehabilitation, heart failure, lack of physical endurance

---

RN, Taipei Veterans General Hospital, Taoyuan Branch; Head Nurse, Taipei Veterans General Hospital, Taoyuan Branch\*; Lecturer, department of Nursing, Tzu Chi University\*\*

Accepted: January 29, 2014

Address correspondence to: Jiin-Ling Jiang No. 701, Zhongyang Rd., Sec. 3., Hualien, 97004, Taiwan

Tel: 886-3-856-5301#2252; E-mail: jiinling@mail.tcu.edu.tw