

一位急性心肌梗塞 併心因性休克中年病人 撤除維生醫療決策之護理經驗

翁于茜¹、林荷璇¹、趙心瑜²、陳幸眉³、蘇淑貞⁴

中文摘要

本文描述一位急性心肌梗塞併心因性休克的中年重症病人移除維生系統死亡之護理經驗。護理期間於2019年11月12日至11月30日，藉身體評估、病歷查閱、與醫療團隊討論和家屬會談收集資料，確立護理問題：心輸出量減少、預期性哀傷、撤除維生醫療決策。護理措施，在病人方面以維持血液動力學穩定為主要治療目標；在家屬方面，開放彈性會客、引導個別家屬表達情緒、傾聽及照會安寧共同照護團隊，並安排撤除維生醫療家庭會議，家屬最終達成撤除維生醫療的決議。期望此個別性照護經驗，能提供護理人員於未來照護類似病人時之參考。(志為護理，2023; 22:2, 116-128)

關鍵詞：急性心肌梗塞、心因性休克、預期性哀傷、撤除維生醫療

前言

根據2021年衛生福利部統計，心臟病是位居國人十大死因的第二位，急性心肌梗塞現已成為青壯年死因或逐漸失能的重要疾病(衛生福利部，2022)，據統計其發作通常在院外，且約有四成到院前死亡(Josiassen et al., 2020)，若出現心因性休克導致嚴重心臟衰竭，預後通常

不佳，放置體外生命支持 (extracorporeal life support, ECLS) 可增加存活率(陳、吳，2019)。中壯年者常是家庭主要決策者與經濟支柱，上有父母、下有子女，若突發死亡，對家庭往往造成極大的衝擊(根，2018)。本文即是描述一位50歲男性，因胸悶不適自行開車就醫途中自撞電線桿，救護員抵達時確認無外傷但

國立成功大學醫學院附設醫院心臟加護病房護理師¹、國立成功大學醫學院護理所博士候選人²、國立成功大學醫學院護理系教授³、國立成功大學醫學院附設醫院心臟加護病房護理長⁴

接受刊載：2022年12月22日

通訊作者地址：蘇淑貞 704臺南市勝利路138號

電話：886-6-235-3535 #2578 電子信箱：nccu@mail.hosp.ncku.edu.tw

心跳停止，到急診後因急性心肌梗塞併心因性休克，緊急放置葉克膜及心導管介入治療，術後生命徵象不穩定，轉入加護病房治療，並採目標體溫管理。本文作者目睹家屬在加護病房被告知噩耗，案母放聲大哭癱軟於病室、案妻於病室外，因過度悲傷導致過度換氣，其餘家屬不斷哭泣，悲傷與不捨之情緒瀰漫病室，觸發作者想協助家屬度過哀傷的動機。透過關懷、陪伴家屬抒發哀傷的情緒，照會安寧共同照護介入促進病人舒適，並與家屬共同討論後續照護計畫，最終同意撤除維生系統，接受病人死亡，達成心理平安。

文獻查證

一、急性心肌梗塞介紹及其照護

急性心肌梗塞是因為冠狀動脈阻塞，影響心肌供血，造成心肌壞死，緊急醫療處置包括給氧、冠狀動脈血管成形術及藥物治療等(蔡青青，2019)。依血管阻塞嚴重度及其對心肌的影響，可能出現合併症如心因性休克、致死性心律不整及心臟衰竭等，即使進一步的治療不同，但仍有發生猝死的危險 (Josiassen et al., 2020)。此外，低心輸出量易使身體其它器官之血流供應不足，喪失功能，尤其大腦在缺氧與缺血的狀況下，無法有效移除有毒代謝廢物，將造成大腦嚴重損傷，呈現植物人狀態 (Kirkegaard et al., 2019)。

當出現心因性休克時，治療目標是減少心肌損傷與增加心輸出量，使用強心劑 (dobutamine/dopamine)、血管收縮劑 (norepinephrine)、利尿劑 (furosemide)

等，若出現嚴重心臟衰竭，需使用體外生命支持，如主動脈氣球幫浦與葉克膜(陳、吳，2019)。照護重點為：1.監測血液動力學狀態，包括評估生命徵象、皮膚顏色及溫度、遠端肢體脈動；2.維持身體組織灌流：臥床休息，調整強心劑劑量，增加心臟收縮力；3.維持體液容積平衡：評估尿量及顏色，每日測量體重及評估周邊組織水腫程度，採限水、低鈉飲食，靜脈注射或口服利尿劑等；4.確保氣體交換供應正常，協助採半坐臥姿，適時移除分泌物，促進肺部擴張，監測呼吸音、胸部X光、動脈氣體分析、調整氧氣治療如呼吸器；5.確保體外生命支持系統之管路位置與儀器的運作功能正確，在病情穩定下盡快移除，以降低合併症的產生(蔡青青，2019)；6.若病人心跳停止，使用目標體溫管理，將核心體溫降至32-36°C，透過減緩腦部及身體對氧氣的需求，維持PaO₂在80-100 mmHg及PaCO₂在38-45mmHg，避免集中護理以維持腦部灌流穩定及減少傷害 (Kirkegaard et al., 2019)。

二、撤除維生醫療的照護

嚴重心臟衰竭經最高強度之內科治療後仍無法改善症狀時，即屬心臟衰竭末期(American Heart Association, 2022)，心臟衰竭末期常使病人及家屬承受身、心及靈性上的痛苦，也降低彼此的生活品質，若預期病人會死亡時，應盡早介入安寧共同照護(Maciver & Ross, 2018)，避免病人處於生存狀態沒有生活品質與減少無效醫療，撤除維生醫療是醫療決策的選擇之一(張等，2017)。

醫療團隊照會安寧共照團隊與家屬討論撤除維生醫療，需三方達成共識，並確認撤除維生醫療是對病人較恰當的選擇。在執行撤除前須注意：1.充分說明讓家屬了解撤除前中後病人可能會出現的狀況；2.決定撤除的日期、時間、項目、臨終的地點與臨終前是否有相關的宗教儀式準備；3.心理支持，肯定醫療選擇；4.簽署同意書等；在撤除維生醫療當日須協助家屬：1.依照病人或家屬意願可先進行宗教儀式；2.引導家屬進行四道人生：道愛、道謝、道歉、道別後撤除維生醫療，病人死亡則依據先前討論的死亡地點辦理相關作業，若仍存活著，需協助安排照護及安置地點(張等，2017)。

三、預期性哀傷照護

非預期性死亡帶給家屬不真實感，即將失去親人的事實易引發預期性哀傷情緒(蔡佩真，2018)，若有未解決的議題，會阻礙哀傷癒合，根據社會心理發展階段理論，中壯年期的發展任務包含負擔家中經濟和生活、培育子女、尊重配偶(林青曉、施，2020)。臨床上，哀傷照護會以整個家庭為中心進行輔導，但中壯年病人死亡，其需要考量的家屬可能擴及其父母、配偶及子女，甚至感情好的手足，失去配偶可能導致家庭經濟突然出現困難、喪親者無法同時應付自己的悲慟及顧及子女的哀傷情緒、失去子女之年長者開始回顧自己生命辛勞的過程而不斷怨懟，使家庭成員的生活失去控制 (American Counseling Association, 2021)。

家屬哀傷照護重點為：1.主動關懷，

同理及接納家屬的想法，鼓勵表達內心的情緒與感受，透過敘述使哀傷被分擔，進而減輕痛苦；2.提供適當的環境或是彈性會客陪伴，與病人的肢體觸摸、交談、念經的方式，向病人道謝、道愛、道歉、道別，以獲得心中的平安與情緒的抒發，使其可以開始認清末期與死亡是事實；3.透過生命回顧、懷舊治療或協助完成未竟事宜，如寫信、錄製語音，讓家屬能與病人產生新的連結，同時也減少內心遺憾；4.鼓勵家屬觸摸病人、參與照護如口腔清潔、擦澡；5.針對病人、家屬宗教，舉辦相關儀式，以獲得心靈慰藉(王等，2019)。

護理評估

基本資料

林先生，50歲，高職畢業，於塑膠射出工廠工作，家境小康，為家中主要決策者及經濟支柱，家族樹，如圖一。

過去病史及就醫經過

無慢性病病史，2019年11月12日因胸悶不適，自行開車就醫途中自撞電線杆，失去意識，路人協助叫救護車，因院外心跳停止，於救護車持續急救至急診。因家屬不願意放棄，急救長達105分鐘，診斷為急性心肌梗塞併心因性休克，緊急放置葉克膜及主動脈氣球幫浦，恢復自發性循環，但未恢復意識，左心室射出率<30%，在接受冠狀動脈血管成形術後轉入加護病房治療。經目標體溫管理(target temperature management, TTM)及強心劑使用，於11月20日及21日陸續脫離葉克膜及主動脈氣球幫浦。但因左心室射出率只回復至40%，加上

意識昏迷，腦波檢查顯示大腦皮質功能嚴重異常，無法脫離呼吸器，醫療團隊評估病人呈植物人狀態，必須長期依賴呼吸器，透過家庭會議與家屬討論治療計畫，家屬同意於11月29日中午撤除維生醫療，使用非再呼吸型氧氣面罩 (non-rebreathing mask, NRM)，呼吸明顯費力，於11月30日下午在家人陪伴下於醫院辭世。

護理評估

護理期間於2019年11月12日至11月30日，透過身體評估、病歷查閱、與醫療團隊討論和家屬會談加以歸納分析，評估如下：

1. 病人的生理評估

(1) 氧合循環系統：11/12入院後，GCS:E1VEM2，冠狀動脈血管成形術結果右迴旋枝遠端完全阻塞，放置一支血管支架，使用葉克膜轉速2,600rpm、血液流速3.5-3.7L/min、主動脈氣球幫浦Auto EKG 1:1 trigger支持，平均血壓70-88/45-56mmHg，平均動脈壓(mean arterial pressure, MAP)50-60 mmHg，心跳110-130次/分呈竇性心搏過速，心臟超音波檢查結果顯示左心室射出率<30%、下壁及心尖心肌無跳動、乳酸12.8mmol/L、四肢末梢冰冷、發紺、雙腳水腫2價、雙足背動脈脈動需使用杜普勒超音波聽診、中心靜脈壓20-25mmHg，持續調高強心劑 (dobutamine) 及升壓劑 (norepinephrine)，期間出現心室纖維顫動，給予去顫電擊200J兩次，回復竇性心搏過速，心跳110-120次/分，抗心律不整藥物 (xylocaine) 使用。11/12-14每日CXR呈現雙側肺水腫，

濕囉音，痰液多量、粉紅色泡沫狀，creatinine:2.6-3.5mg/dl，BUN: 100mg/dl、利尿劑 (furosemide) 持續使用，每日排尿量1,800-2,500ml；因無法配合呼吸器，FiO₂: 70-100%，使用鎮靜藥物 (midazolam)。經上述評估後，病人因心因性休克導致持續心律不整、低血壓及肺水腫，確認有「心輸出量減少/與心肌受損導致心臟功能持續惡化有關」、「體液容積過量/心肌收縮功能下降有關」之護理問題。

(2) 營養代謝與消化系統：身高170cm，體重77.8kg，身體質量指數：26.9kg/m²，體重為過重。11/12目標體溫管理中，鼻胃管呈咖啡色中量消化液，Hb：15.6 g/dl下降至10.8g/dl，考慮為使用葉克膜及壓力性潰瘍引起，依醫囑禁食並給予nexium 1amp Q12H IVD。11/13 albumin：3.4 g/dl；11/16腸胃道無出血，並開始管灌飲食，由每日熱量300kcal漸增至11/25 1,500kcal加蛋白質40g/天，消化正常、口腔黏膜完整。至11/20使用葉克膜及主動脈氣球幫浦期間，加入鎮靜劑 (midazolam) 及止痛劑 (fentanyl)，因腸蠕動每分鐘1-2次，調降止痛劑並增加sennoside A + B 2tab Q12H口服下2-3日解一次黃色軟便。11/20 Hb: 16.5g/dl、albumin: 3.6 mg/dl。綜觀上述有出血問題，但考量為壓力及裝置維生儀器引起，經藥物控制可維持穩定，暫不需列護理問題。

(3) 心智狀態與神經系統：11/12-16目標體溫管理期間，設定溫度35度，體溫維持34.8-35度，GCS：E1VEM2，瞳孔大小5.0mm、雙眼等大、對光有反射，

四肢肌力0分，腦部電腦斷層檢查無外傷與出血。床邊24小時腦波監測無觀察到癲癇波形，但因意識未恢復，11/21照會神經內科確認有嚴重大腦皮質功能異常，雖對疼痛刺激有反應，四肢肌力2分，但無法配合呼吸器，呼吸次數32-40次/分，需調升鎮靜藥物，11/26嘗試呼吸訓練PS+PEEP mode，過程中呼吸淺促35次/分、使用呼吸輔助肌，血氧下降至88%，心跳110次/分、血壓170/100 mmHg，停止呼吸訓練。經上述評估，因病人呼吸無法配合呼吸器及呼吸訓練，需鎮靜藥物使用，並且因急救時間常與嚴重心因性休克，腦波檢查顯示嚴重大腦皮質功能異常，確認有「自主呼吸換氣失能/與心跳停止急救時間長導致腦部缺氧有關」、「腦組織灌流改變/與心輸出量不足有關」之護理問題。

2. 家屬整體性評估

病人與家人關係佳，11/12家屬進入病室看見病人身上儀器與管路後，情緒哀痛，泣不成聲，案母放聲大哭，癱軟於病室內、案妻於病室外因過度悲傷導致過度換氣、其餘家屬都雙眼通紅十分難過。11/13會客時案妻情緒激動且大聲叫喊：「你趕快起來，這麼突然留我一人，這整個家要怎麼辦？」用力搖晃床欄；案子哭腫雙眼一旁低頭啜泣，雙手顫抖；案母由案女攙扶哭喊：「媽媽來看你了，前一天還好好的怎麼現在這樣！趕快醒來！」；案弟強忍淚水詢問：「昨天說心臟輸出大概20幾，現在多少？」。11/15案子陪伴案妻走出病室，不發一語、眼眶泛淚，案妻不斷哭泣，面容憔悴表示：「我婆婆太難過

了，每次來看他都快要暈倒，今天先讓她在家休息，但全家人討論過了，雖然希望他能好起來，但那天在急診看他被機器一直壓，很不忍心，後續如果還要急救壓胸就不要了，我不想增加他的痛苦了」。11/17案母及案妹來訪在病人床旁不斷念佛號，將從廟宇求來的平安水塗抹於病人嘴唇，請護理師協助將祭拜過的衣服擺放在病人身上，祈求早日康復，案妻總是緊握病人雙手給予鼓勵，11/19案妻頻頻拭淚，望著病人向護理師傾訴說：「他是家中長子，家裡面大、小事情都他決定，我公公一年前過世後，他撐起整個家，這樣一個刻苦耐勞的人，怎麼會發生這樣的事情？」；案弟幫病人按摩表示：「大哥不論家中事務或工作都十分負責，三個兄弟姊妹之間感情也很好，會互相幫忙」；案妹表示：「我想放佛經給哥哥聽，這樣對他比較好」。11/20案女哭紅雙眼詢問：「為什麼要給我爸爸聽佛經？我爸爸才不喜歡，平常在家他都是看政論節目」；案母哭泣：「一年前家人因為我先生過世，都聽神明的改過名字改運氣了，怎麼還發生這樣的事？才幾歲的人，我真的不甘心啦！」。11/23案妻哽咽詢問：「他會一直需要呼吸器嗎？葉克膜不是拿掉了？之前不是有打強心針嗎？只要對他好什麼都可以！」。11/24案妹表示：「有什麼藥物可以幫忙？很希望在爸爸之後不要又再失去哥哥！」。11/25因病人持續E2VEM2，經醫療團隊評估並與家屬討論後，於11/26進行呼吸訓練，但因失敗，醫師告知急性心肌梗塞後隨時有猝死風險，家屬需

討論是否可以接受長期呼吸器依賴或是撤除維生醫療，案妻哽咽表示：「我是很希望他活下來，但拔管的事情目前我不知道要怎麼回應」、案母表示：「醫師的意思是沒有機器他就不會呼吸了嗎？那如果決定管子拔掉，我不就是兇手嗎？不可能！我不可能做！」。上述評估，家屬因對於病人突然發病感到錯愕，疾病與預後不佳，但又不捨病人苟延殘喘受折磨有「預期性哀傷/面臨喪親」、「撤除維生醫療決策/與病人無法脫離呼吸器有關」之護理問題。

問題確立

綜合以上評估，確立病人有心輸出量減少、體液容積過量、自主呼吸換氣失能、腦組織灌流改變、預期性哀傷、撤除維生醫療決策等護理問題。因篇幅限制，本文列出最重要的三個問題：心輸出量減少、預期性哀傷、撤除維生醫療決策。

護理過程

(一)心輸出量減少/與心肌受損導致心臟功能持續惡化有關(11/12-11/21)

1.維持血液動力學穩定

因11/12-11/13因頻繁出現致死性心律不整，生命徵象不穩，調升葉克膜轉速並隨時與醫療團隊討論藥物之劑量，維持每兩小時監測葉克膜及主動脈氣球幫浦管路面板設定、確認肢體末梢脈動、溫度，確定周邊末梢循環足夠，當病人血液流速增加或減少時，立即告知醫師。11/14開始，在可維持醫囑MAP>80mmHg狀況下，每小時調

降norepinephrine 1ml/hr，以防周邊因藥物副作用發生血管收縮問題。11/15追蹤床邊心臟超音波，心肌開始有恢復跳動，與醫療團隊討論每日調降葉克膜轉速100rpm，葉克膜流速維持2.5-3L/min，乳酸：2.5-2.8mmol/L，肢體末梢觸摸溫暖，每兩小時尿量100ml，MAP 75-80mmHg，維持dobutamine 6mcg/kg/min，且於會客時間主動向家屬解釋病情進展及維生儀器數值意義、身體器官灌流變化。11/20調整IABP Auto 1：2 trigger並密切追蹤乳酸值，組織器官循環穩定於隔日移除IABP後持續以強心劑(dobutamine)維持各組織循環，追蹤心臟超音波顯示左心室射率由小於30%恢復至40%。

2.維持體液容積平衡

11/15-11/16因肺部積水，使用利尿劑(furosemide)持續滴注，監測尿量變化及隨時評估與記錄輸出入量，並與醫師、營養師討論後，協助病人飲食限制水量900ml/天，盡量將藥物集中給予，減少不必要的水分攝取。11/16 CXR顯示肺積水改善，痰液少量、白色、黏稠，調整呼吸器FiO₂：50%並維持至移除葉克膜。

(二)撤除維生醫療決策/與病人無法脫離呼吸器有關(11/25-11/30)

1.做出後續照護計畫決策

照會安寧共同照護團隊，幫助家屬理解病人心臟衰竭不可恢復生理狀況，共同進行醫療決策，陪同醫療團隊向家屬說明提供「醫病共享決策表單-呼吸衰竭拔管失敗後，我的選擇是什麼？」並安排安寧共同照護護理師、護理師和醫

師，與案母、案妻、案弟、案妹、案子和案女於11/28召開家庭會議；家庭會議中案母表示：「本來他們跟我說要把嘴巴的管子拿掉，我死也不肯，這樣不是白白讓我一個兒子走嗎？雖然真的不甘，醫生講這樣我有理解，他心臟跟腦的問題最後他還是會走，只是我這樣一個兒子(啜泣)，讓他不要那麼痛苦吧！我們把管子拔掉」，案妻表示：「我們這幾天都有好好想一想，一直這樣下去也只是增加他的痛苦，他現在這樣一定很不舒服」，於家庭會議後，護理師協助案母用毛巾幫病人擦拭臉部，過程中不斷哭泣：「我都知道了，你辛苦了，管子拔掉之後如果累了，就讓觀世音菩薩帶你走，但要記得再來當媽媽的孩子！」。

2. 家屬能夠心中無罪惡感，向病人完成四道人生

11/25於會客後，案母哭泣著向護理師訴說：「我先生一年前因為欠債，後來自殺，留下我一人努力，現在好不容易一家人過的不錯的日子，平平安安的，怎麼會突然發生這種事情，我到底要怎麼辦？」。11/26案弟表示：「昨天醫生給的單子(醫病共享決策表單)，我們有討論了一下，是很捨不得他那麼痛苦，但是媽媽不太能接受哥哥突然變成這樣子」。11/29於撤除維生醫療前，家屬輪流入病室，案母與病人相約來世再見、案妻訴說著共同打拼的艱辛，並會把他的愛繼續放在心裡、案子承諾會撐起家裡並照顧妹妹、案女說著我愛您、案弟與案妹向病人鞠躬後於病室外等候，病室內撥放佛經，於12:26醫師向病人說明：「林先生，因為目前

無法脫離呼吸器，無生活品質，預計拔除氣管內管」。維生醫療撤除後，家屬進入病室，呼叫病人姓名，泣不成聲。GCS: E1V1M1，心跳101次/分、血壓88/61mmHg、呼吸34次/分，使用NRM下SPO2：88%。家屬在說明後已有心理準備病人在拔管後可能出現的狀況與徵象，並聯絡殯葬業者，預計病人往生後送往殯儀館。經拔管觀察1小時之心跳96次/分、血壓89/55 mmHg、呼吸35次/分，繼續留在加護病房觀察。11/30病人心跳及血壓下降，聯絡家屬們到院，所有家人均到院陪伴在病人身邊。病人於14:50辭世，離院時，案母向醫療團隊握手及鞠躬表示感謝。

(三)預期性哀傷/面臨喪親(11/12-11/30)

1. 協助家屬透過「為病人做些什麼」增加內心的平安

主動向家屬自我介紹，與其建立信任的治療性人際關係，與主治醫師討論，於非治療時間提供家屬彈性會客，增加輪流陪伴病人時間，並提供家屬座椅，將窗簾放下、關上病室的門，提供安靜隱密的環境，讓家屬抒發哀傷的情緒。11/20向案妹及案女澄清撥放佛經的原因，建議家屬可將想和病人說的話製成錄音檔，讓家屬們覺得有一直都陪在病人身旁，並協助家屬帶可讓他們各自覺得對病人有幫助的物品，如平安符、佛經、祭拜過的衣服等，增加其內心的平安。

2. 減輕家屬即將失去病人的失落

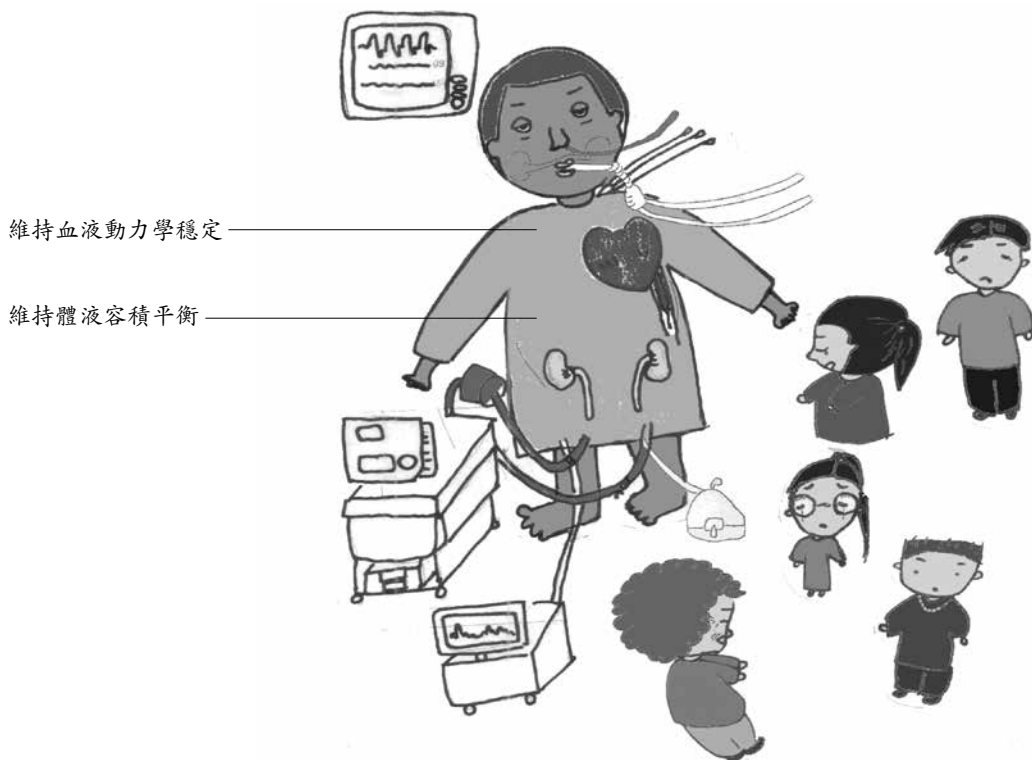
醫療團隊說明病情進展時，陪伴家屬，並引導述說內心的情緒及想法，製造裝向溝通，同理及接納其哀傷反應，

傾聽其感受，在會客期間，鼓勵家屬觸摸病人，協助家屬握住病人雙手，向病人述說自己的擔憂與期盼。11/18-19家屬十分哀慟，引導家屬進行與病人的生命回顧之後，案妻邊流淚邊說出：「他是一個刻苦的老實人，工作也認真，對我和家裡的人都很好，我們一起辛苦這麼多年，怎麼一下子生病就這麼嚴重」；案母不斷流淚表示：「志明，你不要阿母喔！我不甘你離開，我不甘你受苦」；案子哭泣於床邊：「爸！我會堅強，照顧媽媽跟妹妹，趕快好起來」、11/22案妻眼眶泛紅遞上一袋衣物給護理師，表示「這是今年父親節女兒給的父親節禮

物，全新的他一次都沒穿過，萬一他真的不行了，希望可以穿這一件衣服，不想讓女兒遺憾」，給與家屬正向回饋，鼓勵於病室黏貼照片或手寫卡片，寫下想對病人說的話，幫病人加油打氣。11/25與安寧共同照護護理師共同引導案母，向病人說出後續治療的決定，給予肯定做決定的勇氣，並分享其他案例，分擔做決定的壓力，並給予擁抱，再約定下次會客時共同幫病人按摩。期間家屬不斷陪伴病人，11/30病人辭世後，讓家屬與護理師共同替病人換上女兒送的父親節衣服。

問題一：

心輸出量減少/與心肌受損導致心臟功能持續惡化有關

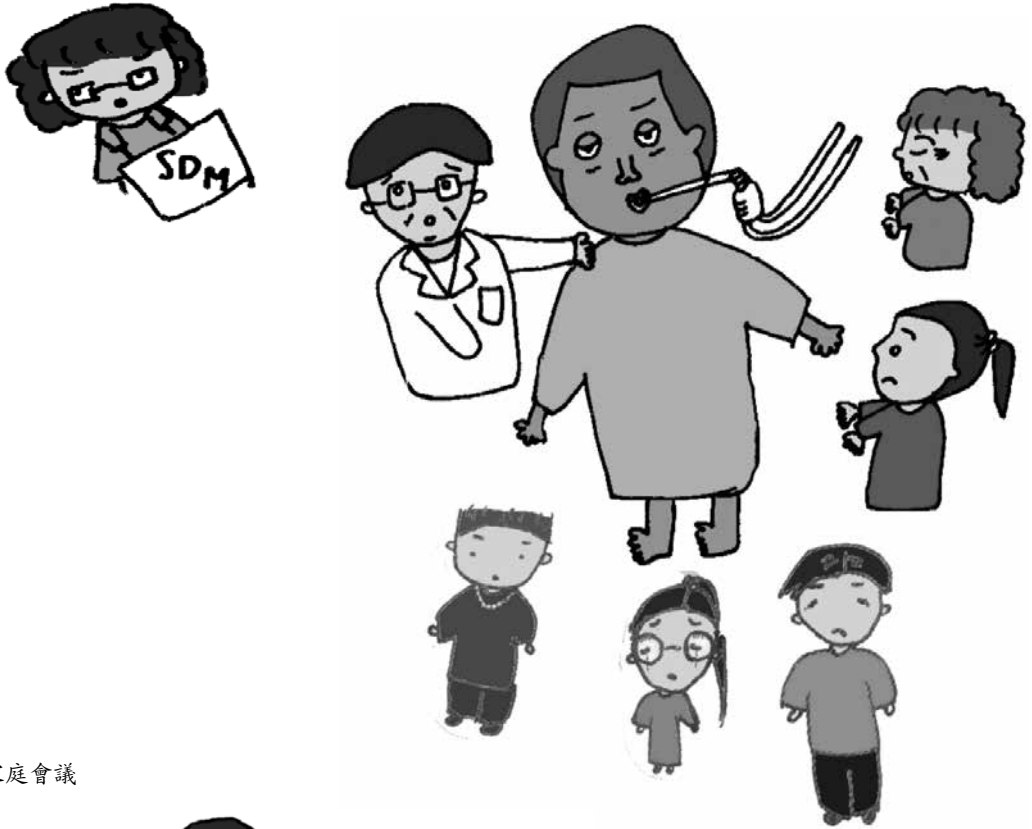


問題二：

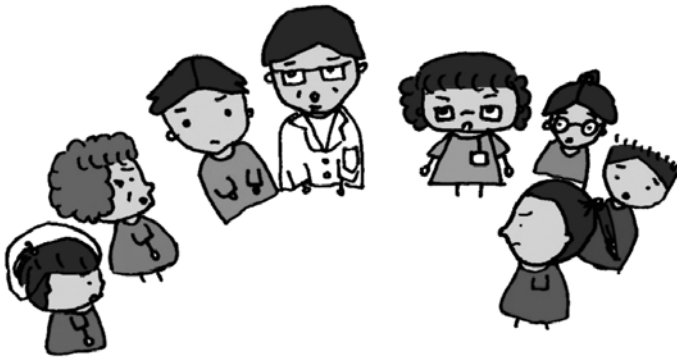
撤除維生醫療決策/與病人無法脫離呼吸器有關 (11/25-11/30)

照會安寧共同照護團隊，幫提供「醫病共享決策表單-呼吸衰竭拔管失敗後，我的選擇是什麼？」

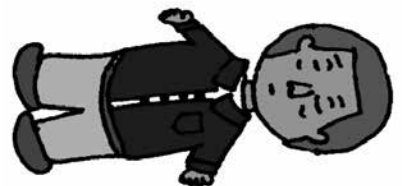
由醫師詳細說明拔管流程，並向病人說明：「林先生，因為目前無法脫離呼吸器，無生活品質，預計拔除氣管內管」



開立家庭會議



病人臨終前，陪伴家屬於耳邊說出內心的愛與感謝、哀痛及再見，病人辭世，協助家屬更衣



問題三：
預期性哀傷/面臨喪親 (11/12 - 11/20)



討論與結論

醫療進步，延長許多瀕死病人的存活時間，本文之中年病人因急性心肌梗塞發作於院外心跳停止入院，經急救後未恢復意識，使用葉克膜與主動脈氣球幫浦後終於恢復自發性循環，但呈現植物人狀態，家屬無法承受突如其來的噩耗，因此本病人照護重點除仍盡力挽救其生命外，面對無法回復維生功能的事

實，照護目標在延長存活的時間中，輔導家屬面對即將失去病人的哀傷及對未來治療做出醫療決策。如同案母所言「如果決定管子拔掉，我不就是兇手嗎？不可能！我不可能做！」她必須面對即將失去兒子，但又得成為決定停止兒子生命的母親。同樣的，案妻由情緒崩潰至承擔病人的醫療決策，家屬們從無法面對到最後不想增加病人痛苦而決定撤除其維生系統的轉折過程，經歷許

多煎熬，在此病人，延長生命或許拖延其痛苦，但也提供了家屬機會，準備病人將永遠缺席往後生活的一段緩衝期(林耀盛、高，2018)。

急性哀傷通常不需介入，原有的社會支持系統即可處理，但病人家庭在一年內失去二位親人，可能會增加長期哀傷的隱憂，因此需評估親屬可能出現繼發性疾病如：憂鬱、創傷後症候群等之可能性 (Shear et al., 2022)。在家屬尚未準備好時，適時照會安寧共同照護團隊介入，同理家屬撫平即將喪親的悲傷使病人達到身體平安、家屬達到思想與心靈的平安。然而返家後睹物思情，真正失去親人的痛苦或許才開始，可以藉由讓家庭成員參與臨終討論減輕失去親人的痛，並向意識不清的病人說明病況，但後續對家屬的關懷是此次病人照護較忽略之處。喪親後的自殺率、罹患憂鬱症機率高出一般人約20% (Shear et al., 2022)，故建議依據家庭適應程度，透過心理諮商師、社工、宗教師等專業介入，在離院後協助家屬處理親人死亡的哀傷情緒，並縮短其哀傷的時間(林秋蘭等，2018)。

此個案照護為作者第一次參與家屬由否認到最後陪伴病人平安死亡的心路歷程，過程中，雖已盡力撥出時間陪伴與撫慰家屬，但因臨床工作繁忙或下班後無法配合家屬來訪時間等種種因素，無法把握每一次家屬的來訪。此外，因時間與人力，無法在病人過世後仍持續提供家屬哀傷撫慰，也未再追蹤家屬狀況，為本照護中較可惜之處。然而，透過此次的照護經驗分享，臨床醫護人員

可學習到病人非預期死亡與隨之而來之預期性哀傷的個別性護理，並提供在遇到撤除維生醫療病人時之照護參考。

參考資料

- 王憶萍、高綺吟、卓季璇、孫婉娜(2019)·運用安寧理念照護一位急救後恢復自發性心跳之病人與家屬預期性哀傷之護理經驗·*長庚護理*，30(4)，548-557。https://doi.org/10.6386/CGN.201912_30(4).0011
- 林素妃、林秋蘭、蔡佳容(2018)·安寧療護喪親家屬之哀傷輔導服務·*北市醫學雜誌*，13(3)，1-9。https://doi.org/10.6200/TCMJ.201809_15(3).0001
- 林青曉、施慈峰(2020)·成年中期·於陳玉枝總校閱，*人類發展學*(七版，10-3-10-20頁)·華格納。
- 根秀欽(2018)·悲傷關懷與心理陪伴·許黃汶、黃裕文、高碧月、高以信、根秀欽，*安寧緩和療護*(二版，193-224頁)·華杏。
- 高舒、林耀盛(2018)·哀悼時刻：照顧者從臨床陪伴到「後臨終」情感現象的心理轉化經驗·*中華心理衛生學刊*，31(3)，215-301。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.201807_14(2).0008
- 張曉婷、林明慧、陳曾基、黃信彰(2017)·淺談不予和撤除維生醫療-倫理、法律、決策與病人照護·*臨床醫學月刊*，79(2)，106-111。https://doi.org/10.6666/ClinMed.2017.79.2.020
- 陳素貞、吳道正(2019)·左心室收縮功能減退之心臟衰竭的治療·*臨床醫學月刊*，83(5)，319-324。https://doi.org/10.6666/ClinMed.201905_83(5).0056
- 蔡青青(2019)·心臟血管系統疾病病人的護理·於廖張京棣、蔡秀巒總校閱，*最新實用內外科護理*(下)(六版，105-136頁)·永大。
- 蔡佩真(2018)·臨終生理與社會需求·王別玄、

王春雅、李豐楙、林綺雲、邱鈺雯、張苑珍、許禮安、陳武宗、劉清虔、蔡佩真、釋慧開，*臨終與生死關懷*(二版，49-61頁)·華都文化。

衛生福利部統計處(2022，6月30日)·*110年死因統計年報*·取自<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-70314-1.html>

American Counseling Association. (2021). *Grief reactions over the life span*. https://www.counseling.org/docs/trauma-disaster/factsheet-12---grief-reactions-over-the-life-span.pdf?sfvrsn=215e928c_2

American Heart Association. (2022) .2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. <https://ppt.cc/f1GuNx>

Josiassen, J., Lerche Helgestad, O. K., Møller, J. E., Kjaergaard, J., Hoejgaard, H. F., Schmidt, H., Jensen, L. O., Holmvang, L., Ravn, H. B., & Hassager, C. (2020). Hemodynamic and metabolic recovery in acute myocardial

infarction-related cardiogenic shock is more rapid among patients presenting with out-of-hospital cardiac arrest. *PLOS ONE*, *15*(12), e0244294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244294>

Kirkegaard, H., Taccone, F. S., Skrifvars, M., & Søreide, E. (2019). Postresuscitation care after out-of-hospital cardiac arrest. *Anesthesiology*, *131*(1), 186-208. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002700>

Maciver, J., & Ross, H. J. (2018). A palliative approach for heart failure end-of-life care. *Current Opinion in Cardiology*, *33*(2), 202-207. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000484>

Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N. M., & Zisook, S. (2022) Bereavement and grief in adults: Management. Up To Date. Retrieved June 2022 from <https://ppt.cc/fcba1x>

靜
思
語

心如鏡。雖外在景物不斷轉變，
鏡面卻不會轉動，此即境轉而心不轉。
~ 證嚴法師靜思語 ~

Let our mind, be like a mirror,
while the images reflected, are constantly changing,
the mirror itself, remains unchanged.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Experience of Withdrawing Life Support from a Middle-Aged Patient with Cardiogenic Shock

Yu-Chien Weng¹, Ho-Hsuan Lin², Hsin-Yu Chao³, Hsing-Mei Chen⁴, Shu-Chen Su⁵

ABSTRACT

This article describes the author's experience of providing nursing care for a middle-aged critically ill patient with acute myocardial infarction and cardiogenic shock who died after his life support was removed. The nursing care was provided from November 11th to 30th, 2019. Data was collected using physical assessments, chart reviews, discussions with the medical team, and interviews with the family. Three health problems were identified: low cardiac output, anticipatory grieving, and decision-making on withdrawing life-sustaining treatment. The nursing intervention included two parts: for the patient, maintaining hemodynamic stability was the main outcome of the treatment; and for the families, the nursing intervention included providing flexible visiting hours, encouraging the expression of emotions, listening to their worries and concerns, and consulting the palliative care team and arranging a family meeting to discuss the withdrawal of life-sustaining treatment. Finally, the decision of withdrawing life-support was made by the family. This nursing care experience can provide a reference for nurses' caring for patients and their families who are facing unexpected death and anticipatory grieving in the future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:2, 116-128)

Keywords: anticipatory grieving, cardiogenic shock, myocardial infarction, withdrawal of life-sustaining treatment

RN, National Cheng Kung University Hospital¹; Doctoral Candidate, Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University²; Professor, Department of Nursing, College of Medicine³; Head Nurse, National Cheng Kung University Hospital⁴

Accepted: December 22, 2022

Address correspondence to: Shu-Chen Su No.138, Sheng Li Road, Tainan, Taiwan 704

Tel: 886-3-527-8999 #8121 E-mail: yuchienbee@gmail.com