

一位主動脈剝離術後病人之重症護理經驗

潘容芬 陳春香* 湯婉嫻**

中文摘要

本文在描述一位診斷A型主動脈剝離病人，術後於陌生環境，而感到生命被迫威脅之護理經驗。照護期間為2013年10月14日至10月16日，藉由觀察、會談、身體評估及直接照護等方式，採用羅氏適應模式進行整體性的護理評估，確立評估病人有急性疼痛、睡眠型態紊亂、焦慮、情境性低自尊等健康問題。在護理過程中，筆者提供符合病人之護理措施，協處理生心理問題，有效促進病人自我調適，協助度過於加護病房術後焦慮的過程，發揮護理的專業角色及技巧，藉由照護過程中以提供護理人員在其專業領域上照護的參考。建議未來重症單位可增設相關影音設備，讓病人與家屬進行通訊增加其安全感。(志為護理，2016; 15:3, 82-91)

關鍵詞：主動脈剝離、急性疼痛、焦慮

前言

主動脈剝離是一種不常見但複雜且致死率高的心血管疾病，好發於40-70歲男性，若主動脈破裂而沒有接受手術的死亡率則接近100%(Hwang, Jeong, Kim, Kim, & Ahn, 2010)。病人因初次面臨突發之A型主動脈剝離並接受緊急手術，引發

術後傷口疼痛而產生生理上的不適，術後身處在陌生的加護病房環境而產生心理上的焦慮，故引發筆者對主動脈剝離術後病人面對生理、心理探討之動機，進而協助病人渡過術後急性期的生理不適及心理上的焦慮，以提昇自我照護專業及技巧，期望藉此護理經驗，提供臨床護理人員日後照護類似病人之參考。

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理師 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理長* 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理部督導**

接受刊載：2015年8月7日

通訊作者地址：陳春香 83301高雄市鳥松區大埤路123號高雄長庚醫院心臟 胸腔外科加護病房

電話：886-7-7317123 分機2842 電子信箱：ellier7@cgmh.org.tw

文獻查證

主動脈剝離臨床典型表現為高血壓、嚴重胸痛轉移至背後、冒冷汗、呼吸急促等(Hwang et al., 2010)。臨床診斷根據剝離之部位，依據Stanford分類，侵犯到上升主動脈稱A型主動脈剝離，侵犯到降主動脈則稱B型主動脈剝離(王等，2009)。治療方法會依剝離的位置而不同，A型目前以外科手術最常見，B型在急性期會嚴格控制血壓和減低心臟之收縮力(Hwang et al., 2010)。以下針對主動脈剝離術後病人、心理等常見問題做深入探討。

一、主動脈剝離術後之生理問題及相關照護

術後主要目標為持續控制血壓(收縮壓為100-120mmHg)和維持心臟功能，並密切監測意識狀態、生命徵象、血流動力學、尿量與電解質等變化，記錄輸出入量、觀察胸腔引流管的引流量及顏色，有無出血合併症等(Weigang et al., 2008)。手術傷口疼痛屬一種急性不舒適，具個別性與主觀的特性(黃、王，2009)。術後疼痛對病人影響是多方面的，因此正確的評估與有效積極的處置，是良好照護品質不可或缺的(明、吳、陶、趙，2009)。臨床上可使用「十分法疼痛評估量表」監測疼痛程度，依據評估結果予適當疼痛處置，並依醫囑善用麻醉性及非麻醉性藥物，同時能運用非藥物疼痛緩解法，如輕柔換藥技術、聽音樂、呼吸放鬆技巧、舒適臥姿、引導想像等分散病人注意力，進而減輕疼痛不適感(林、柯，2011)。此外，配合復健物理治療師及呼吸治療

師，教導使用呼吸訓練器做深呼吸訓練，促進有效性的深呼吸咳嗽、拍痰及肢體活動等(王等，2009)。

二、主動脈剝離術後之心理問題及相關照護

主動脈剝離術後之病人通常需於加護病房進行觀察，病人在加護期間，身心遭受多方面之壓力與威脅，包含身體、心理、及社會壓力，病人在加護病房之經驗感受差異性很大，需要醫護人員針對個別性提供支持及照護(嚴，2010)。然而醫護人員在面對重症患者時，常著重於生命徵象維持與疾病控制，易忽略病人心理感受及需求(Lima, De Araujo, Serafim, & Custodio, 2010)。加護病房是隔絕外界的環境，心臟術後病人因使用多項儀器加上身上很多侵入性管路、面對陌生的醫護人員及疾病不確定感等，易引發重症患者出現壓力及混亂，若是護理人員多陪伴病人，加上醫師充分時間主動說明解釋，會讓病人比較有安心感覺(Bruno & Warren, 2010；Page & Gough, 2010)。病人若出現焦慮情形可陪伴在病人身旁，適時運用傾聽的技巧，鼓勵表達內心感覺，亦可運用轉移注意力技巧，同時使用肌肉放鬆法、想像及音樂療法等方式，來降低焦慮所引發生理的不適感，鼓勵家屬提供象徵安全感物品(如家中擺飾物品、玩偶)之陪伴或家屬親自陪伴以提供親情支持系統，可降低因加護病房的環境與治療所產生的害怕和焦慮；適時評估及依醫囑予使用抗焦慮及鎮靜藥物，隨時與醫師聯繫病人病情發展及服用藥物的藥效反應(王等，2009；徐、陳，2008)。

三、情境性低自尊之照護

情境性低自尊是指對現存情境之反應，形成負面的自我價值感受(NANDA, 2012/2012)。國內詹、周、詹和張(2010)提出低自尊行為有脆弱無助、自暴自棄、負面自我評價及認為自己無能等表現；因此，為減少病人低自尊產生，可採漸進方式建立開放及信任關係，鼓勵表達與抒發感受及接受自己，適時予情緒支持以減輕焦慮，讓病人將疾病經驗整合入自我概念，以自我肯定訓練維持或增強自尊為主要調適技巧。

護理評估

一、病人簡介

鄭女士，54歲，已婚，國中畢業，家庭主婦，宗教信仰道教，育有二男，與兒子及配偶同住，主要照顧者為先生。

二、疾病史及就醫過程

病人於2009年因左側中央腦動脈阻塞住院治療，診斷第二型糖尿病及高血壓，之後開始規則服藥控制。病人在2013年10月14日由急診入院，主訴上午外出欲回家時，突然感覺胸悶不適，反射痛輻射至背部，立即由救護車送至本院急診求治，經檢查胸部電腦斷層掃描，確立診斷為A型主動脈剝離，故緊急進行手術治療，術後入住加護病房密切照護觀察。

三、護理評估

筆者於病人入住加護病房後，照護期間為2013年10月14日至10月16日止，經由觀察、會談、身體評估及直接照護等方式收集資料，採用羅氏適應模式進行

整體性的護理評估，收集資料如下：

(一)生理適應模式

1. 氧氣與循環：10月14日術後住加護病房，體溫36.6度、血壓127/68mmHg、心跳次數100-105次/分，末梢脈搏強度2-3+。裝置氣管內管併呼吸器使用，胸部X光顯示雙下肺葉擴張不全，呼吸音呈溼囉音，呼吸型態稍淺快、費力，呼吸速率20-30次/分，氧氣飽和度92-96%，自咳能力稍差，痰液量中白稠，詢問病人是否會喘或不舒服時，病人以搖頭和紙筆寫說：「不會喘」；「我一咳嗽傷口就痛，痰咳不太出來」，10月14日動脈血液氣體分析檢驗值如下：PH：7.329、PaO₂：67mmHg、PaCO₂：40.5mmHg。評估此項為不適應，有低效性呼吸型態的健康問題。

2. 營養：病人身高160公分，體重59公斤，理想體重為50.7-61.9公斤，平常三餐胃口正常，無特殊偏好，於住院期間，10月14日手術當天禁食，鼻胃管放置減壓。10月15日移除氣管內管及鼻胃管後開始由口進食，每日可攝取1,500-1,800卡的熱量，有第二型糖尿病，規則服藥，血糖控制在150-180mg/dL，10月15日抽血報告albumin：3.0g/dl，Hb：12.4g/dl。此項評估為適應。

3. 排泄：平日大小便正常，每1-2天解一次成形黃軟便，住院期間於10月14日手術時放置導尿管，一天總尿量1,500-2,000ml，尿液外觀呈淡黃色清澈，無異味，照護期間每日排便一次，呈黃軟成形便，大便約100克/次，腸蠕動6-13次/分，無腹脹情形。此項評估為適應。

4. 體液電解質：手術後四肢無水腫，皮膚飽滿有彈性，10月14日至10月16

日輸入排出量±500ml/日之間，CVP值10-15mmHg，10月15日抽血報告Ca：8.1mg/dl，Na：139mg/dl，K：4.0mg/dl，等電解質均在正常範圍。此項評估為適應。

5.活動與休息：病人本身為家庭主婦，平常少有時間作規律的運動，在活動方面：四肢肢體肌力4-5分，住院期間皆為臥床休息，手術後能夠配合復健師做全關節運動，家人於會客時間可協助肢體關節運動。休息方面：住院前每日睡眠時數約6-7小時，平常睡眠品質可，未服用安眠藥。住院期間10月14日~10月15日，夜間無法熟睡及約1-2小時便醒來，10月15日早上病人顯疲倦、打哈欠頻繁、眼睛無神及雙眼有血絲，手指氣管內管書寫：「什麼時候可以拔掉？每次抽痰都會醒來，很難睡」、「燈太亮難睡」、「傷口痛到睡不好」、「電腦機器吵，半夜醒來很多次，不能安心入睡，睡不夠」，觀察呼吸器或生理監視器的警告聲響起病人便醒來。此項評估為不適應，有睡眠型態紊亂的健康問題。

6.皮膚完整性：四肢無水腫，皮膚光滑溫暖粉紅，口腔黏膜完整濕潤。胸部正中手術傷口約25公分，傷口潔淨，無異味、發紅、腫等炎症反應，胸部兩條心包膜引流管留置，引流量約50-100ml/日。右頸部雙腔中心靜脈導管與左手橈動脈導管留置，導尿管留置尿量正常約0.5-1ml/kg/hr。此項評估為不適應，有潛在危險性感染的健康問題。

7.感覺與神經：意識清楚，聽力、觸覺、味覺、嗅覺均正常。10月14日與病人筆談時每15-20分鐘書寫「幫我翻

身」、「傷口痛」、「我要回家」，胸部正中手術傷口約25公分及侵入性管路多，協助翻身時雙手不時地拉扯身上管路，翻身完畢則馬上自行更換姿勢，不時地做仰臥起坐動作試圖爬起來，詢問為何有上述動作，病人寫述「管子很多、怕管子掉了，如果拉到管子就完了」；「胸部管子壓迫和咳嗽會導致傷口痛、自己無法控制行為」，疼痛評估指數7分，出現眉頭深鎖，憂鬱，躁動不安，疲勞軟弱，情緒焦躁時呼吸型態淺快，次數約20-40次/分，表情慌張，四處張望、臉部冒汗嚴重，不時地拉扯身上管路及爬起靠在床欄。10月15日觀察加護病房內機器警告聲響起病人會感到緊張不已、四處張望，表示「怎麼一直有機器的聲音，是不是我的機器在叫，快幫我看一下」。此項評估為不適應，有急性疼痛、焦慮的健康問題。

8.內分泌系統：病人有第二型糖尿病史，無其他家族史，四肢無水腫，身體各部位比例正常，住院期間糖尿病藥物使用中，血糖控制於150-180mg/dL之間。此項評估為適應。

9.性功能：與先生感情很好，會客時間與先生時常有撫摸臉部、雙手緊握等親密動作。此項評估為適應。

(二)自我概念模式

病人自覺是個明理有責任心的人，平時都能自己當決策者，此次突如其來的胸痛，由家屬決定緊急手術，10月15日頻嘆氣，情緒低落，口述「開刀住院覺得無奈與無助」；「住院讓家人擔心及都要麻煩別人照顧，什麼事都要別人幫忙覺得自己沒用」；「開完刀不知道多久才會好，自己幫不上忙」；及「擔

心兒子還沒結婚和先生一人在家中的生活起居」。術前由急診緊急入開刀房手術，術後住加護病房，沒有做詳細的環境介紹及說明手術後身上會有的侵入性管路，術後病人意識清醒發現嘴巴有個管子，講不出話，只能手寫表達，全身插滿管子不舒服，且陌生的環境下雙手被約束不能行動，10月14日寫述「陌生環境覺得害怕，生命被迫威脅」，害怕會死亡而焦慮不安。此項評估為不適應，有焦慮、情境性低自尊的健康問題。

(三)角色功能模式

病人第一角色是中年女性，第二角色為妻子及母親，和家人互動情形良好。住院期間先生及兒子每天皆來探視病人，關係良好，自覺是個好媽媽，主要照顧者為先生；第三角色為病人，住院期間可配合各項治療，與醫護人員互動良好。此項評估為適應。

(四)相互依賴

病人平時不喜歡依賴他人，自己事情自己決定，若遇到重大事情會與先生及兩個兒子討論，平時可自行回門診追蹤檢查且規則服藥。身為家庭主婦，住院前管理家裡的大小事情，主要決策者是兒子，會客時間家人可給予肢體按摩及翻身拍背，病人與家屬互動頻繁。此項評估為適應。

問題確立

經由以上護理評估，第一層次評估後再將不適應的模式進行第二層次評估，確立病人健康問題有：低效性呼吸型態、潛在危險性感染、急性疼痛、睡眠型態紊亂、焦慮及情境性低自尊，以下針對病人主要的健康問題進行護理計畫的探討，如表一～表四。

護理計畫與結果評估

表一 急性疼痛／與手術傷口及導管置放有關(10/14-10/16)

相關資料	<p>(一)行為評估—第一層次：</p> <p>1.主觀資料：10/14日病人筆談表示「傷口痛」。10/15日表示「傷口痛到睡不好」。協助翻身完畢則馬上自行換姿勢，不時地試圖爬起來，詢問為何有上述動作，病人表示管子很多、怕管子掉了、胸部管子壓迫及咳嗽會導致傷口痛。</p> <p>2.客觀資料：胸部正中手術傷口約25公分、胸部兩條心包膜引流管置。10/14日疼痛評估指數7分。病人眉頭深鎖、憂鬱不安及軟弱疲勞。情緒焦躁時呼吸型態淺快，次數約20-40次/分，表情慌張。</p> <p>(二)影響因素行為評估—第二層次：</p> <p>1.主要刺激為胸部手術傷口約25公分。</p> <p>2.相關刺激為胸部兩條心包膜引流管壓迫及咳嗽牽扯導致。</p>
護理目標	<p>1.10/15能執行減輕疼痛的方式至少2項。</p> <p>2.10/16主訴傷口疼痛降至3分以下。</p>
護理措施	<p>1.主動傾聽鼓勵說出對疼痛的感受，適時予觸摸肩膀和背部以安撫情緒。</p> <p>2.每小時依疼痛十分量表確實評估病人的疼痛強度，主動觀察疼痛徵狀。</p> <p>3.教導翻身活動或咳嗽時可以用枕頭支托或雙手抱胸輕壓固定胸部手術傷口，避免過度拉扯傷口或管路。</p> <p>4.隨時主動探視，在時間許可下陪伴以及討論病人有興趣的話題，以轉移注意力。</p>

護理措施	5.教導重覆的做緩慢深吸氣及吐氣來放鬆全身肌肉。 6.維持舒適臥位，協助將床頭抬高30-45度，並將引流管以井字型膠帶固定於胸腹部，減少牽扯導致疼痛。 7.評估疼痛情形與醫師討論，依醫囑給予morphine 2mg肌肉注射，視情況調整止痛藥的劑量並評估藥後的療效。
評值	1.10/15日執行換藥時病人調整家屬準備的收音機，調整喜歡的電臺聆聽音樂轉移注意力並緩慢執行深呼吸動作數次。 2.10/16日夜間止痛劑morphine 2mg肌肉注射後表示較為舒適，疼痛指數為3分。

表二 睡眠型態紊亂／與疼痛及加護單位環境有關(10/14-10/16)

相關資料	(一)行為評估—第一層次： 1.主觀資料：10/15日早上病人手指氣管內管書寫「什麼時候可以拔掉?每次抽痰都會醒來，很難睡」、「燈太亮難睡」、「電腦機器吵，半夜醒來很多次，不能安心入睡，睡不夠」。 2.客觀資料：10/14~10/15日，夜間無法熟睡及約1-2小時便醒來。10/15日早上病人顯疲倦、打哈欠頻繁、眼睛無神有血絲。病人於加護病房密閉空間，24小時燈光明亮，難以分辨白天或夜晚。 (二)影響因素行為評估—第二層次： 1.主要刺激為10/15日表示「傷口痛到睡不好」。 2.相關刺激為呼吸器或生理監視器警告聲響病人便醒來。
護理目標	10/16夜間睡眠連續超過5小時，並說出睡眠充足。
護理措施	1.夜裡給予提供睡前背部按摩(按摩每15分鐘休息5分鐘)來促進入睡。 2.必要時請家屬入內陪伴增加其安全感幫助睡眠。 3.鼓勵病人可藉由收音機聽音樂方式、提供耳塞以幫助睡眠，減少聽到其他床位之呼吸器與生理監視器警告聲響。 4.協助採舒適的睡眠姿勢。 5.晚上執行護理治療活動時，盡量採取集中式護理，例如：翻身活動及抽痰時盡可能選同一時間點，以減少喚醒病人次數。 6.執行護理治療活動完畢後關閉不必要燈光以利睡眠。 7.維持隱密及舒適的空間，並圍上床簾。 8.加護病房內有警告聲音響起馬上前往處理，減少其噪音。 9.疼痛改善措施參考表一。 10.視夜眠情形，與醫師討論必要時給予安眠藥物以幫助睡眠。
評值	10/16日夜裡睡眠時數超過5小時，白天精神佳，主訴「有睡飽的感覺」。

表三 焦慮／與治療管路很多及陌生環境有關(10/14-10/16)

相關資料	(一)行為評估—第一層次： 1.主觀資料：10/14日病人筆談書寫「管子很多、怕管子掉了，如果拉到管子就完了」。10/14日情緒顯焦慮不安寫述「陌生環境覺得害怕，生命被迫威脅」。10/15日表示「怎麼一直有機器的聲音，是不是我的機器在叫，快幫我看一下」。 2.客觀資料：10/14日病人緊急入開刀房行手術，術後身上管路多。10/14夜間每15-20分鐘醒來，常眉頭深鎖，情緒顯憂鬱不安，情緒焦躁時呼吸型態淺快，呼吸次數約20-40次/分，表情慌張，四處張望、臉部冒汗嚴重，不時地拉扯身上管路及爬起靠在床欄，且不斷地說想回家。害怕會死亡而顯得焦慮不安。
------	---

相關資料	(二)影響因素行為評估—第二層次： 1.主要刺激為10/14日術後身上管路有氣管內管、鼻胃管、頸部中心靜脈導管、動脈導管，胸部兩條心包膜引流管及導尿管放置。 2.相關刺激為10/14日表示「陌生環境覺得害怕，生命被迫威脅」。剩餘刺激為10/15日加護病房內機器警告聲響起病人會感到緊張不已、四處張望並詢問護理人員發生什麼事。
護理目標	1.10/15口述表達機器聲響的原因。 2.10/15可說出身上管路置放的目的及重要性。 3.10/16正確運用2項減輕焦慮的技巧。
護理措施	1.運用開放性問題的溝通技巧「您在想些什麼？」來鼓勵病人表達對疾病、治療的擔心害怕。 2.建立互信的人際關係，採主動陪伴，提供紙筆溝通表達其內心感受，叫人鈴放置雙手可及處，促進其安全感，並告知有任何需求可提供協助。 3.告知手術成功目前於加護病房觀察，向病人及家屬說明介紹術後所有身上管路放置目的及移除條件與時機，例如：氣管內管接著呼吸器是幫助呼吸的管子，呼吸訓練後待醫師評估才可移除氣管內管；鼻胃管是幫助引流，以免胃部脹氣；胸部的引流管是引流血水的管子，醫師每天會評估引流量及顏色，必要時予拔除。 4.儘量安排相同的護理人員照護，增加熟悉度以減少焦慮不安。 5.執行護理措施前，告知目的以減輕其焦慮，並增加參與感及被尊重感，例如：協助翻身時請病人配合自行稍做出力、整理身上管路及衣物時請病人自行抬臀部，當動作完成時給予鼓勵表示做的很好。 6.加護病房內有警告聲音響起馬上前往處理，主動向病人解釋原因減輕焦慮感。 7.鼓勵家屬可帶收音機、報章雜誌進來供病人聆聽閱讀，轉移其注意力紓解不安的情緒。 8.評估病人信仰為道教，請家屬帶入宗教信仰或有意義的物品，如病人最常去的寺廟之平安符、佛珠、家人的照片等。 9.與復健師共同教導放鬆的技巧，如腹式呼吸、雙手雙腳等張及等長運動，並配合深呼吸放鬆技巧動作。 10.必要時請家屬入內陪伴增加其安全感，適時地延長會客時間。
評值	1.10/15日移除氣管內管後表示「偶聽到機器的聲音還是會緊張，會檢查自己身上的心電圖或血氧監測器有沒有掉了，而且妳們會馬上來處理我就比較放心了」。 2.10/15日表示「胸部兩條引流管是幫助引流術後傷口的血水，且顏色漸漸變淡，覺得變比較好了」。10/16日清晨於病床執行雙手開合動作及練習腹式呼吸法，表示「稍微做簡單的運動跟慢慢呼吸後感覺人比較輕鬆，可以減少緊張焦慮感」。

表四 情境性低自尊／與自我照顧能力降低導致負向的自我價值感有關(10/14-10/16)

相關資料	(一)行為評估—第一層次： 1.主觀資料：10/15日口述「開刀住院覺得無奈與無助，住院讓家人擔心及都要麻煩別人照顧，什麼事都要別人幫忙覺得自己沒用」，「開完刀不知道多久才會好，自己幫不上忙」。 2.客觀資料：10/15日頰嘆氣，情緒低落。擔心自己對生病住院幫不上忙，造成家人的負擔，對疾病進展過程不瞭解。 (二)影響因素行為評估—第二層次： 主要刺激為10/14日術後於加護病房臥床觀察，身上管路多，日常生活起居皆須護理人員及家屬協助。
護理目標	1.10/15對疾病的照護有主動且正向的行為表現。 2.10/16能對自我價值有正向看法。

護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.每日主動向病人自我介紹，告知目前時間、日期及照護時段，以閒談方式化解陌生感，建立護病良好互動關係。 2.以開放式問話引導病人表達對自我及疾病的感受，並適時地提供疾病相關資訊。 3.病人說出心中感受時，主動安靜陪伴傾聽，並同理失落及無助的心情。 4.提供病情穩定、生命徵象穩定及每日皆有進步的話語，使其產生信心及正向的思考與期待。 5.協助完成自我照顧行為，翻身臥位或床上擦澡時，請病人自己慢慢移動身體，協助病人的手握住床欄以利翻身；用餐時間協助利用床上桌，鼓勵病人自行進食，自行完成時給予支持與正向鼓勵，增加其信心。 6.鼓勵家屬說出病人對家庭的貢獻與重要性，透過他人的肯定來強化其存在價值。
評值	<ol style="list-style-type: none"> 1.10/15日床上擦澡時，可主動自行擦拭上半身及雙手，並自動翻身臥位，且表情微笑點頭向護理人員致謝，口頭表示「終於覺得自己在病床上可以幫得上忙，擦完身體很舒適，滿意自己的表現」。 2.10/16日會客時間病人表示「自己很幸運挽回這條命，還能看到先生和兩個兒子，我要快點好起來恢復之前的正常生活，還有很多事情要做」。

結論及討論

主動脈剝離的典型症狀為突然高血壓與嚴重的疼痛，依動脈剝離的部位不同而出現多樣性的臨床表徵，除了照顧病人生理層面外，也應面對心理問題，目前護理人員在照護病人時多偏重生理層面，心理層面易被忽略，焦慮便是明顯的例子，印證了嚴(2010)提到醫護人員容易將其誤認為是生理不適，殊不知是心理層面所導致的生理變化，面對突發疾病與手術，使得病人感受到疾病的威脅、手術後身體的改變、加護病房陌生環境、不停的機器聲作響及術後諸多的不適，而產生焦慮感，除維持生理舒適外，亦應培養敏銳的觀察力，深入瞭解病人的心理問題，適時提供情緒宣洩的機會，提供正確的訊息及認知，有效促進病人自我調適，協助度過焦慮的過程，發揮護理的專業角色及技巧。

在照護期間，筆者最大的限制是加護病房僅三個會客時間，其餘時間因執行護理治療活動，無法持續讓家屬入內陪伴病人，加護病房因屬密閉空間、一些

特殊治療加上儀器及管路多，容易使病人感到心裡有壓力及壓迫感，而出現焦慮、躁動，甚至是恐慌，建議未來加護病房內各病室可增設視訊、電視、播放電影等影音設備，使病人藉由影音設備分散其注意力，亦能與家屬通視訊、聊天等來增進安全感、緩解其心理壓力，避免過於焦躁不安，進而提高治療成效及增進病人生活品質。由於個案於10月17日後轉病房後無法協助照護，轉病房時與病房護理師交班相關照護護理問題由病房同仁持續提供照護。筆者藉由本文照護過程中，提供護理人員在其專業領域上照護的參考，期許未來的持續教育課程中，加入有關焦慮的護理處置及評估技能訓練，以提升護理人員的專業能力。

參考資料

- 王桂芸、邱周萍、李惠玲、李玉秀、谷幼雄、周桂如、楊木蘭等(2009)·*新編內外科護理學*(三版)·臺北市：永大。
- 林雅慧、柯薰貴(2011)·*照顧一位口腔癌患者皮瓣重建術後之護理經驗·腫瘤護理雜誌*，11(2)，37-48。

- 明金蓮、吳貞慧、陶春蘭、趙瑩惠(2009)·手術後病人使用自控式止痛之效果與護理人員照護之認知·*榮總護理*，26(2)，127-135。doi:10.6142/VGHN.26.2.127
- 徐苑雲、陳筱瑀(2008)·焦慮的概念分析·*志為護理-慈濟護理雜誌*，7(3)，65-70。
- 黃盈菁、王桂芸(2009)·照顧一位口腔癌病患接受口顎重建手術後之護理經驗·*腫瘤護理雜誌*，9(2)，49-59。
- 詹茹琄、周佳諦、詹雅琦、張玲華(2010)·照顧一位住院中二次腦中風病患之護理經驗·*安泰醫護雜誌*，16(2)，105-120。
- 嚴月悅(2010)·心臟手術病人於加護病房照護需求·*品質月刊*，46(9)，39-42。
- North American Nursing Diagnosis and Classification. (2012). *NANDA International 護理診斷：定義與分類2012~2014六版*(高紀惠、曾詩雯、莊琬荃譯)·臺北市：華杏。(原著出版於2012)
- Bruno, J. J., & Warren, M. L. (2010). Intensive care unit delirium. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(2), 161-178.
- Hwang, H. Y., Jeong, D. S., Kim, K. H., Kim, K. B., & Ahn, H. (2010). Iatrogenic type A aortic dissection during cardiac surgery. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 10(6), 896-899. doi: 10.1510/icvts.2009.231001.
- Lima, F. E., De Araujo, T. L., Serafim, E. C., & Custodio, I. L. (2010). Nursing consultation protocol for patients after myocardial revascularization: Influence on anxiety and depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 331-338.
- Page, V., & Gough, K. (2010). Management of delirium in the intensive care unit. *British Journal of Hospital Medicine*, 71(7), 372-376.
- Weigang, E., Nienaber, C. A., Rehders, T. C., Ince, H., Vahl, C. F., & Beyersdorf, F. (2008). Management of patients with aortic dissection. *Deutsches Arzteblatt International*, 105(38), 639-645. doi: 10.3238/arztebl.2008.0639

靜
思
語

不要讓環境影響我們的心，
心要能控制境界，這就是「定力」。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Let us not be led by external influences,
but be the master of our mind,
where we can transcend our conditions and
circumstances. That is samadhi.

~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of an Aortic Dissection Patient in an Intensive Care Unit After Surgery

Jung-Fen Pan, Chun-Hsiang Chen*, Wan-Lan Tang**

ABSTRACT

This article described a nursing experience of a patient, diagnosed with aortic dissection type A, who felt life threatening when being placed in ICU, an unfamiliar environment, after surgery. The nursing period lasted from Oct. 14 to 16, 2013. The author applied Roy's Adaptation Model and conducted a comprehensive nursing assessment via observation, interview, physical evaluation and direct nursing. The following health issues were identified: acute pain, sleep pattern disturbance, anxiety and situational low self-esteem. During the nursing period, the author provided nursing measures appropriate for the patient, assisted her with physiological and psychological issues, facilitated self-adaptation, accompanied her to overcome postoperative anxiety while in ICU, and offered professional nursing advices. It is recommended to set up audio-video equipment in trauma unit to allowing patients and families to communicate via video conference, and therefore increase patients' sense of security. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:3, 82-91)

Keywords: acute pain, anxiety, aortic dissection

RN, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital; Head Nurse, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital*; Supervisor, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital**

Accepted: August 7, 2015

Address correspondence to: Chun-Hsiang Chen No.123, Ta-Pei Rd., Niasong Dist., Kaohsiung City 83301, Taiwan

Tel: 886-7-7317123 #2842; E-mail: ellier7@cgmh.org.tw