

一位瓣膜置換術後病人成功脫離呼吸器之重症護理經驗

黃詩雯、陳春香*、湯婉嫻**

中文摘要

本文描述一位罹患主動脈瓣膜狹窄二度施行瓣膜置換，術後面臨無法脫離呼吸器之護理經驗。照護期間2014年2月20日至3月20日，藉由收集個案相關問題進行整體性護理評估，發現個案有呼吸機戒斷反應功能失常、活動無耐力、潛在危險性感染及無望感之問題。照護過程中，有計畫的呼吸訓練及教導四肢全關節運動運用於生活中，增進心肺功能而成功脫離呼吸器，同時執行傷口管路照護，做好預防感染，建立良好護病關係。藉由宗教力量增加勇氣，學習與疾病共處、增進心肺復健意願，提供符合個別性護理措施，發揮護理專業角色及技巧，使其能正向調適，克服無望感等生心問題，共同面對生命難關。(志為護理，2017; 16:3, 106-115)

關鍵詞：瓣膜置換術、脫離呼吸器、無望感

前言

根據2013年死亡原因統計顯示，心臟病位居國人十大死因第二位，比例逐年上升(衛生福利部統計處，2014)，其中以主動脈瓣狹窄最為常見，其病因為鈣沉積導致退行性鈣化，針對鈣化性主動脈瓣狹窄行瓣膜置換術是目前唯一有效

治療(Cary & Pearce, 2013; Coeytaus, Williams Jr, Gary, & Wang, 2010; Madden & Hill, 2009)。然而術後氣管內管留置、呼吸器脫離成敗因素和個案身心狀態息息相關，潛在性病因沒有解決或合併有其他器官功能缺損及心理問題，造成醫院成本增加、感染率上升、住院天數延長，因此早期拔管及再插管

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院心臟胸腔外科加護病房護理師、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院心臟胸腔外科加護病房護理長*、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：2016年5月12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：886-7-731-7123 分機2842 電子信箱：ellier7@cgmh.org.tw

的預防整體性評估，更助於此類個案儘早脫離呼吸器(郭，2012)。於照護期間個案對醫護人員關心閉眼不理會、冷漠負面情緒表達心中痛苦與絕望，使得陷入身心靈皆不健康的循環裡，故引發筆者對心臟術後患者面對脫離呼吸器訓練過程中生心理探討及介入個別性護理之動機，提供相關心肺功能衛教、心靈層面為需求的臨床照護重點，透過醫療團隊、家屬參與，協助個案面對問題，藉由獨特性護理措施，達成呼吸器脫離之時一併改善活動無耐力之苦，渡過疾病所帶來的衝擊，達到維護健康的目的。希望藉本文可供日後臨床護理同仁在其專業領域照護上之參考。

文獻查證

一、心臟術後脫離呼吸器之護理評估

心臟術後個案脫離呼吸器護理，主要目標為穩定血液動力學及維持適當氧合通氣量，以供全身組織灌注量。護理措施包含：(一)評估血液動力學變化，如：生命徵象、心輸出量、靜脈血氧飽和濃度、輸入輸出平衡及皮膚溫度、顏色等；(二)密切監測相關數據，如：動脈血液氣體分析、血液功能檢驗及X光片報告等；(三)營養、導管照護，如：觀察呼吸器銜接管、各項侵入性導管及傷口周圍皮膚有無紅腫熱痛、分泌物和引流量、顏色、氣味等，一有滲濕確實遵守無菌技術立即與定時換藥或更換管路，固定每日醫師查房時共同討論可否盡早移除不必要的管路或須留取檢體培養送檢。每週評估營養指標，提供適當

熱量及蛋白質攝取，以促進傷口癒合，防止負氮平衡影響呼吸肌；(四)與醫師評估強心劑、利尿劑、抗生素等用藥調整，盡量停止鎮定劑使用，於進行呼吸器脫離前的護理重點，最好在個案充分休息後的早晨，使有能量應付壓力，每兩小時翻身、抽痰，促進痰液排出，減少感染機會(張、劉，2011；賴、施，2009)。

二、無望感護理

重症單位患者感受到的壓力情境為：多項侵入性管路留置被束縛或約束，在環境的改變、對疾病治療和身體健康恢復訊息不確定感下，倘若又於術後無法短時間內拔管者需仰賴呼吸器維生，使溝通造成障礙，易產生憂鬱、絕望、害怕死亡的負面想法，故多應用同理心主動關懷鼓勵、增加動機，適當的肢體接觸，給予正確訊息、詳細說明及隱密環境下充分時間傾聽瞭解其所需，將可增強自我控制感(嚴，2010)。然而，當心理承受壓力時呼吸肌工作量需求增加，負擔也增加，則易有呼吸困難感，使之回饋至心理壓力產生惡性循環(Chen, Lin, Tzeng & Hsu, 2009)，故於臨床照護上，呼吸器脫離前需評估個案生心理準備程度，詳細解釋呼吸器脫離計畫和過程是艱辛的，予保證個案隨時能決定停止呼吸器脫離，取得其合作後可以增加安全感，同時請家屬提供象徵安全感和信仰宗教相關物品或帶入音樂播放舒緩情緒、轉移注意力，適度讓親人陪伴增加親情系統的支持，營造溫馨舒適生活環境(賴、施，2009)。

三、脫離呼吸器依賴之心肺復健

根據張、邱、高、李(2009)文獻中指出，心肺復健重點應先評估個案健康照護需求，依據其需求由醫師、物理治療師、護理師、呼吸治療師、營養師等多項專業團隊參與合作，告知個案復健重要性，與其共同擬定復健計畫(包含訓練強度、時間、頻率及運動型態種類)以建立實際目標，提供適切的照護。由於呼吸肌無力是造成長期依賴呼吸器主因，故首要以呼吸肌訓練為優先，(一)深呼吸運動，改善肺部功能性容積，(二)咳嗽：慢慢深吸氣達到肺泡最大的擴張，使塌陷的肺泡再擴張而達成將痰液排出的效果；次為肢體訓練，(一)上肢運動：舉臂、擴胸、每次舉約200-500ml水瓶高於雙肩5~10下，(二)下肢運動：抬腿、抬臀，可由平日活動的改變姿勢如翻身、抬高床頭30°-45°配合姿位引流及肺部扣擊，以促進呼吸道分泌物鬆動清除，增加氣體交換、胸廓活動度和個案活動量，復健頻率最好每日兩次，每次十分鐘，並特別注意每次訓練前後的暖身、訓練強度和緩和時間延長，最終可藉由復健改善心肺功能，減少對呼吸機的依賴。(張等，2009；童、白、林、陳、蔡，2012；Moodie, Reeve, Vermeulen, & Elkins, 2011)。

個案簡介

一、基本資料

謝先生，60歲，高職畢，公務員，信仰基督教，慣用國台語交談，無抽煙、喝酒之習慣，已婚，育有三女、一男，

與兒子、三女兒及配偶同住，主要照顧者為妻子。

二、疾病史

個案過去病史有C肝、慢性腎臟病、肺高壓、心房纖維顫動及心衰竭，曾於2007年行主動脈瓣膜及二尖瓣瓣膜置換術。

三、就醫過程

2014年1/11因呼吸困難、雙下肢水腫3~4+、無排尿、全身虛弱不適至急診就醫，經胸部X光及心導管檢查：雙側肺浸潤、心臟肥大、嚴重肺高壓、主動脈瓣膜功能障礙，確立診斷為充血性心臟衰竭及瓣膜功能障礙，住於心臟內科加護病房治療。1/22施行主動脈瓣膜及三尖瓣膜置換術，術後入住心臟外科加護病房，2/10病況穩定轉至普通病房，2/13呼吸淺快、咳嗽能力差、呼吸音呈溼囉音，評估格拉斯哥昏迷指數為E3V2M3，胸部X光呈右肺浸潤，予放置氣管內管後又再次轉入心臟外科加護病房照護。

護理評估

筆者於個案入住心臟外科加護病房後，照護期間為2014年2/20至3/20止，藉由觀察、紙筆溝通、身體評估及家屬會談等技巧，依生理、心理、社會及靈性各層面需求，收集個案健康相關資料進行整體性的護理評估，以確立護理問題，敘述如下：

一、生理層面

(一)氧合作用：個案2/13放置口內氣管內管至2/19訓練拔除，期間因咳嗽功能不佳，呼吸音溼囉音，於2/22呼吸型

態開始淺快、費力，末梢血氧濃度90%-95%，動脈血液氣體分析 PH：7.49、PCO₂：48.9、PO₂：72.5、HCO₃：36.8、BE：13.5、SAT：95.5，X光檢查為雙肺浸潤，經醫師評估予裝置氣管內管銜接呼吸器持續性陽壓式呼吸(continuous positive pressure ventilation, CPPV)模組使用。2/25移除氣管內管，卞德里式面罩(Ventri-Mask)50%使用約15分鐘後，個案顯得嗜睡，呼吸淺快、費力，末梢血氧濃度由99%下降至90%，醫師立即給予重置氣管內管銜接呼吸器使用。因多次重置氣管內管及呼吸器訓練失敗，經胸腔科醫師及主治醫師評估後於3/5行氣切內管置放術。3/8訓練呼吸器調整同步間歇強迫式呼吸(synchronous intermittent mandatory ventilation, SIMV)，過程中痰液量變多，色黃黏稠，個案無法將痰液咳至氣切內管外，約每10-15分鐘抽痰一次，有不安、疲憊、臉色蒼白、大量冒汗、身體溫熱及吸氣時使用呼吸輔助肌(胸鎖乳突肌、斜方肌、斜角肌、腹肌)、吐氣時使用腹部肌肉、呈翹翹板式呼吸，觀察呼吸次數從12-18次/分快至25-35次/分，心跳由64-80次/分快至98-106次/分，心電圖呈現心房纖維顫動，血壓由103/46mmHg上升至130-140/59-65mmHg，末梢血氧濃度由98%掉至92%，呼吸音呈溼囉音，詢問個案是否感到不舒服，個案點頭回應和手指顫抖筆述：「我好難過！很喘、吸不到氣、氧氣可以開大一點嗎？」、「我好累、沒力氣再撐了！想接回機器休息」，胸部X光：雙側肺擴張不全、浸潤及塌

陷，日後3/9三次、3/10兩次行呼吸器脫離訓練亦因相同原因而失敗，此項評估有「呼吸機戒斷反應功能失常」的健康問題。

(二)營養需求：個案身高163cm，體重55Kg，理想體重60Kg，BMI：20.7Kg/m²，屬於標準體重，照護期間評估腹部柔軟、腸蠕動 \geq 6次/分，因反覆置放氣管內管而無法由口進食，故留有鼻胃管，2/22管灌牛奶消化延遲，經醫師與營養師評估營養需求後依建議管灌牛奶1500卡/天，每次灌食約150-200ml及增加oliclinomel 1,500ml/910kcal /day滴注，2/24抽血Hb：12g/dL、Hct：41%、albumine：3.5g/dL、prealbumine：20mg/dL，此評估為適應。

(三)排泄：住院前每天解一次成形黃軟便，無便秘或解尿困難。術後需密切監測尿量變化，故導尿管留置，平均每日引流出黃色清澈尿液1,100~1,300ml，並自解一到兩次黃色成形軟便，此評估為適應。

(四)體液電解質：四肢末梢溫暖、無發紺，皮膚些微脫屑，略顯乾燥，照護期間輸出入量 \pm 500-1,000ml/day，監測中心靜脈壓值15-18mmHg，2/28抽血Ca：9mg/dl，Na：138mg/dl，K：4.4mg/dl，電解質均在正常範圍，此評估為適應。

(五)活動與休息：個案平日有慢跑習慣，術後因管路眾多為預防自拔管路予雙手約束及臥床休息，使活動受限制，需每兩小時鬆綁活動關節，評估四肢肌力皆3分，協助其翻身、擦澡時可輕微

配合抬高四肢及臀部，3/10物理治療師予解釋物理治療時個案會假裝入睡或眼神淡漠，對周遭環境缺乏注意力，家屬於會客時間協助肢體關節運動及嘗試讓其主動運動，個案在被動強迫下抬高四肢約3-4次後便開始肌肉顫抖無力、臉色蒼白、冒汗、頭及肩膀下垂情形，雙手揮開他人表示：「沒力了」、「做不到！我不想做了」，且呼吸開始急促及不規律，從15-20次/分增加至28-30次/分。休息方面：住院前每日睡眠約5-6小時，有午休習慣，照護期間未使用鎮靜安眠藥物，晚上持續睡眠時間約4-5小時，白天會小睡1-2小時，其他時間常皺眉閉眼沉思或雙眼凝視前方發呆，此項評估有「活動無耐力」的健康問題。

(六)皮膚完整性：個案皮膚溫暖，嘴唇呈粉紅色，口腔黏膜完整濕潤。2/28評估胸部正中手術傷口約20公分，傷口乾淨、無紅腫分泌物，右頸部中心靜脈導管、右手橈動脈導管、雙側胸管及心包膜腔引流管留置，每日引流量約50-100ml，管路周圍有少量紅色滲液，抽血WBC：9,000/mm³、Hb：11.6g/dL、CRP：3mg/L。因術後治療及監測必要以致多項管路留置，因此有「潛在危險性感染」的健康問題。

二、心理層面

個案此次因重返加護病房，後續又有重置氣管內管及呼吸訓練屢次失敗紀錄，3/1觀察其表情淡漠，常不回應，有拒絕抽吸情形，大部分時間面容愁苦、皺眉閉眼沉思或兩眼發呆，當日會客時向家屬筆述「自己被約束在這像個

廢人」、「做關節運動也沒用，不可能恢復到像從前一樣了」、「哀…每次呼吸訓練沒多久就失敗，身上管子這麼多，我看也拔不了管」，給予鼓勵個案總是態度消極，常閉眼搖頭、雙手揮開他人拒絕回應及食指來回彎曲表示自己會死，此項評估有「無望感」的健康問題。

三、社會層面

自我概念：個案自覺是個有責任心、樂觀開朗的人，所有事務都能獨當一面做決策，遇到意見不合也會和他人溝通妥協。人際關係：與親朋好友相處融洽。角色功能：目前有丈夫、父親、阿公、病人的角色，會客時間親友輪流探視個案，相處良好。支持系統：住院期間主要決策者為妻子及兒女們共同與個案討論決定，家屬對於相關治療皆可積極參與配合，經評估後無社交人際問題。

四、靈性層面

個案住院前週日會至教會做禮拜，住院後家屬則於會客時間偕同教友一起祝禱，並自備收音機播放詩歌，經評估後無靈性宗教問題。

健康問題與護理計畫

經評估確立個案主要健康問題有：呼吸機戒斷反應功能失常、潛在危險性感染、無望感及活動無耐力，針對以上問題依急迫性優先考量，呈現前三項做為護理計畫探討，請見表一~表三：

表一 呼吸機戒斷反應功能失常／與拔管失敗經驗及呼吸肌疲憊有關

主客觀資料	<p>主觀資料： 1.3/8訓練SIMV，個案手指顫抖筆述：「我好難過！吸不到氣、氧氣可以開大一點嗎？」、「我覺得好累！想接回呼吸器休息」。 2.3/9訓練SIMV，個案表示感到疲憊、呼吸喘、困難。</p> <p>客觀資料： 1.2/13 X光檢查為肺浸潤，呼吸音呈溼囉音。 2.3/8訓練SIMV，痰液量變多，色黃黏稠，無法將痰液咳至氣切內管外，有不安、疲憊、臉色蒼白、冒汗、身體溫熱及吸氣時使用呼吸輔助肌、吐氣時使用腹部肌肉，呈翹翹板式呼吸之情形，呼吸次數從12-18次/分快至25-35次/分，心跳由64-80次上升至98-106次/分，心電圖呈現心房纖維顫動，血壓103/46 mm Hg高至130-140 /59-65mmHg，末梢血氧濃度由98%下降至92%，呼吸音呈溼囉音。 3.3/8胸部X光顯示雙側肺擴張不全、浸潤及塌陷。 4.3/9三次、3/10兩次行漸進式呼吸器脫離訓練SIMV，個案有全身冒汗、呼吸費力，使用呼吸輔助肌，亦因相同原因而失敗。</p>
護理目標	<p>1.近程目標：3/16個案能行主動運動，肌肉力量增加至4~5分，使之延長呼吸器訓練時數可達24小時。 2.遠程目標：3/20前個案可順利脫離呼吸器使用。</p>
護理措施	<p>1.2/26每日白班與醫師、胸腔科醫師、呼吸治療師、物理治療師討論呼吸器脫離訓練計畫。 2.3/10由物理治療師每日至病室為個案施行復建計畫，增加呼吸肌耐力，指導床上被動運動(上下肢的運動)；主動運動，上肢運動(舉臂、舉500ml點滴袋、擴胸)、下肢抬腿、抬臀、深呼吸等運動，每日一~兩次，每次五~十下，運動時間約10-15分鐘，視個案心跳、呼吸速率增加時間與次數，來進行脫離訓練。 3.3/11鼓勵主動運動，每日翻身、擦澡時由個案先自行雙手拉住床欄、雙腳屈曲移動肢體、使用濕紙巾清潔擦拭身體，再由護理人員協助完成其他動作，以訓練肌肉力量。 4.3/11每日協助床頭搖高30°~45°，坐著約10-20分鐘，訓練腹部肌力。 5.3/13執行呼吸器脫離訓練時，向個案充份說明漸進式訓練方式：第一階段為加強個案呼吸的力量，慢慢減少每分鐘呼吸器輔助呼吸的次數，直到個案能自行呼吸為止，再往第二個階段提供氧氣和潮濕度，每天慢慢拉長自發性呼吸訓練的時間。 6.3/13衛教個案漸進式呼吸訓練期間會依心跳、呼吸變化的實際狀況調整訓練時間，予逐漸延長時間及次數，並密切監測心律、動脈血氧濃度值。</p>
評值	<p>1.3/15個案在物理治療師、護理師、家人的指導陪同下，能夠於床上主動翻身動作及執行舉臂、抬腳運動，一天三次，每次十下，四肢肌力皆達五分。 2.3/18醫師評估予以脫離呼吸器氧氣罩40%使用，3/20轉普通病房。 3.3/22筆者至病房探視個案，個案呼吸平順，下床活動其精神狀況頗佳。</p>

表二 潛在危險性感染／與侵入性治療管路留置有關

主客觀資料	<p>主觀資料： 1.2/20女兒：「我爸爸生命徵象、傷口狀況、抽血指數都正常嗎？」。 2.3/1個案：「身上管子這麼多，我看也拔不了管」。</p> <p>客觀資料： 1.2/20鼻胃管及導尿管留置，呈中量黃色清澈液。 2.2/28右頸部中心靜脈導管、右手橈動脈導管、雙側胸管及心包膜腔引流管留置，每日引流量約50~100ml，管路周圍會有少量紅色滲液。 3.2/28 WBC：9,000/mm³、CRP：3mg/L。 4.3/8氣切內管留置，訓練呼吸器調整，過程中痰液量變多，色黃黏稠。</p>
-------	---

護理目標	1.3/10能移除個案身上部分不必要之侵入性管路。 2.3/20前個案的侵入性導管傷口無紅腫熱痛感染之徵象。
護理措施	1.2/20每次接觸個案及執行侵入性治療前後，正確執行洗手五時機，於會客時間，協助衛教家屬執行正確洗手。 2.2/20每日身體清潔一次及每八小時協助口腔清潔和氣切護理。 3.2/20每小時常規巡視時給予擠壓管路，確認位置、功能、引流量多寡、有無異味、顏色性質，並防止管路逆流、滑脫及觀察傷口之情形。 4.2/20協助個案每兩小時加強翻身、抬高床頭30°~45°配合姿位引流及肺部扣擊，以促進痰液排出，每兩小時及必要時協助抽痰，以維持呼吸道通暢，並觀察痰液量、顏色、性質於護理紀錄呈現。 5.2/21每日白班與醫師討論定期追蹤抽血數據，經醫師評估協助每週一、四抽血監測個案血液及各項感染相關檢驗值。 6.2/22經營養師每週兩日評估依建議管灌低油飲食1,500卡/天及oliclinomel N4-550E emulsion 1,500ml/910kcal/day滴注，給予足夠熱量。 7.2/28每4小時監測體溫之變化，因侵入性治療管路眾多，故經會診感染科醫師評估後，依醫囑協助給予抗生素。
評值	1.2/28移除右頸部中心靜脈導管，並留取靜脈導管培養，傷口無感染之現象；3/10移除雙側胸腔引流管及心包膜腔引流管，並留取引流液檢體送檢，皆無長菌，傷口無感染現象。 2.3/12個案WBC：5,500/mm ³ 、CRP：1mg/L、Band：0%。

表三 無望感／與重置氣管內管及呼吸訓練屢次失敗有關

主客觀資料	主觀資料： 1.3/1個案覺得無奈與無助，向家屬筆述「自己被約束在這像個廢人」、「做關節運動也沒用，不可能恢復到像從前一樣了」、「哀…呼吸訓練沒多久就失敗，而且身上管子這麼多，我看也拔不了管」。 2.3/10教導肢體復健運動時，個案做沒幾下表示「無法做到、不想做了」。 3.照護期間個案常以食指來回彎曲表示自己會死。 客觀資料： 1.2/20個案因管路受限，需臥床及雙手約束，使活動受限制，神情低落。 2.3/1個案表情淡漠，常不回應，有拒絕抽吸之情形。 3.3/10物理治療師給予解釋物理治療時個案會假裝入睡或眼神淡漠，對周遭環境缺乏注意力，不予理會。 4.3/10家屬於會客時間協助肢體關節運動及嘗試讓其主動運動，個案於被動強迫下活動。 5.照護期間個案大部分面容愁苦、皺眉閉眼沉思或雙眼凝視前方發呆。
護理目標	1.3/13個案能藉由紙筆表達內心想法、對未來期許，並感到心靈的平靜。 2.3/17個案能主動參與、配合醫護治療、與他人雙向互動，以上至少兩項。
護理措施	1-1鼓勵個案及給予足夠的時間表達情緒，藉由紙筆溝通了解其需求。 1-2會客時間增加家屬與個案獨處的空間，讓個案能安心在家人面前抒發情緒。 1-3當個案陳述感到消極、負向、不正確性，適時給予澄清和修正，且態度正向、有希望，並請醫師每日查房時解釋目前的治療情況及病程進展，讓個案瞭解病況，使其感受到被尊重及安全感。 1-4請家屬準備錄音帶(錄製孫子及家人鼓勵安撫的話語)或收音機，每晚睡前給個案聽約30~40分鐘，依喜好選擇輕音樂、詩歌及廣播電台聆聽。 1-5個案為基督教徒，讓家屬在個案身旁放置祈福物(卡片、照片、聖經、十字架)，使個案內心感到平靜和溫暖，營造安全舒適及安靜的環境。

護理措施	<p>2-1每日主動問候個案，來表達對個案的關懷和希望，同時根據其疾病本身、預後，給予個別化衛教與解釋，提供增進有關疾病之認知。</p> <p>2-2每次治療前安撫個案情緒及充分解釋說明，讓其能瞭解治療之目的，待瞭解整個過程及接受後再給予治療。</p> <p>2-3鼓勵家屬與個案有拍肩、牽手、觸摸等多項肢體接觸，增加雙方互動，協助個案行漸進式肢體運動，使其參與復健活動，給予支持和信心。</p>
評值	<p>1.3/13個案能運用紙筆表達需求和感受、雙手禱告手勢表示感恩，開心地筆述：「我要加油！朝拔管及轉病房的目標前進！不能讓大家擔心」。</p> <p>2.3/16會客時間個案與家屬互動密切，也可配合翻身、擦澡，且會主動要求想先行做舉點滴袋及抬腿運動，之後也能配合物理治療師給予肢體活動指導時運動。</p> <p>3.4/16個案出院後首次回門診，予探視表示現在活動無問題，亦會去教會找教友聊天，並將於5/1返工作崗位。</p>

結論及討論

根據國外研究資料指出，主動脈瓣置換術佔中老年人瓣膜手術中60-70% (Cary & Pearce, 2013)。儘早介入術後護理及心肺復健照護，使個案維持理想的生、心理、社會及正向情緒穩定，以脫離呼吸器做準備，減少合併症及延長住院天數經濟負擔的發生，促使個案提早返回生活，是臨床醫療團隊面臨的重要挑戰與職責(賴、施，2009)。筆者於照護期間以監測血液動力學、傷口與管路感染評估、維持輸出入量平衡、協助呼吸訓練及肢體活動，並利用會客時段與家屬、物理治療師共同施行心肺復健運動計畫，進而改善健康問題，過程中陪伴個案傾聽心聲、瞭解需求，建立良好護病關係，使其對疾病由無望感轉為正向行為表現，以利病程進展是護理之成效，也驗證文獻中以整體性照護心臟術後脫離呼吸器個案之護理相雷同，不僅改善在重症時期的生理健康需求，也能透過主動關懷，肯定生命意義與價值，提供生心靈層面的照護，協助個案走出生命中的幽谷。於照護期間筆者最大困難與限制是礙於個案身上管路眾多、護

理工作忙碌及物理治療師一人負擔多床位工作職責，因此給予心肺復健運動種類、時間、頻率有限，建議往後可訓練心臟專科人員以成立心臟手術專責照護體系小組、心肺復健部門，培育出最具專業性、技術性團隊，不僅能使術後個案有更多資源來支持後續照護，亦能帶給心臟科醫護人員更大成就。

參考資料

- 張美玉、劉慧玲(2011)·心臟手術病人術後之護理·實用重症護理學(二版，317-429頁)·台北：五南。
- 張惠如、邱月秋、高本蓉、李玉秀(2009)·提升病患成功脫離呼吸器之專案改善·*長庚護理*，20(4)，471-484。
- 郭斐如(2012)·冠狀動脈繞道手術病人早期拔除氣管插管之探討·*高雄護理雜誌*，29(3)，81-88。
- 童惠芳、白玉珠、林柏瑤、陳美娟、蔡雅琪(2012)·分析手臂運動訓練對病人脫離呼吸器之成效·*護理暨健康照護研究*，8(2)，138-148。doi:10.6225/JNHR.08.2.138
- 衛生福利部統計處(2014·6月)·民國102年度死因統計·取自[http:// www.mohw.gov.tw/cht/DOS/DisplayStatisticFile](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/DisplayStatisticFile)。

aspx?d=45346

賴怡樺、施富金(2009)·成功脫離呼吸器之影響因素與護理·*榮總護理*·26(4)·382-387。doi: 10.6142/VGHN.26.4.382

嚴月悅(2010)·心臟手術病患於加護病房照護需求·*品質月刊*·46(9)·39-42。

Coeytaux, R. R., Williams Jr, J. W., Gary, R. N., & Wang, A. (2010). Percutaneous heart valve replacement for aortic stenosis: Status of the evidence. *Annals of Internal Medicine*, 153(5), 314-324.

Cary, Tl., & Pearce, J. (2013). Aortic stenosis: Pathophysiology, diagnosis, and medical management of nonsurgical patients. *Critical Care Nurse*, 33(2), 58-72.

Chen, C. J., Lin, C. J., Tzeng, Y. L., & Hsu, L. N. (2009). Successful mechanical ventilation weaning experiences at respiratory care centers. *Journal of Nursing Research*, 17(2), 93-101. doi:10.1097/JNR.0b013e3181a6a601

Madden, S., & Hill, J. (2009). Treatment of older patients with aortic valve stenosis. *Nursing Standard*, 24(12), 42-48. doi:10.7748/ns2009.11.24.12.42.c7398

Moodie, L. H., Reeve, J. C., Vermeulen, N., & Elkins, M. R. (2011). Inspiratory muscle training to facilitate weaning from mechanical ventilation: Protocol for a systematic review. *BioMed Central Research Notes*, 11(4), 283-283.

靜
思
語

莫讓批評的話
讓我們失去信心。
~ 證嚴法師靜思語 ~

Do not let criticism
dampen our motivation.
~ Master Cheng Yen ~



A Critical Nursing Experiences of Weaning a Heart Valve Replacement Patient from a Ventilator After Surgery

Shih-Wen Huang, Chun-Hsiang Chen*, Wan-Lan Tang**

ABSTRACT

The paper describes the nursing experience of an aortic valve stenosis patient who could not wean from a ventilator after receiving his second valve replacement. The nursing period lasted from Feb. 20th to Mar. 20th, 2014. Data were collected for holistic nursing assessment. After analysis, it was found that the patient suffered from dysfunctional ventilatory weaning response, activity intolerance, risk of infection, and hopelessness. During the nursing period, planned breathing exercise and upper and lower limb joint exercise were taught to the patient to successfully wean from the ventilator by strengthening cardiopulmonary function; wound and tube care was performed to ensure infection prevention and to establish positive patient-nurse relationship. The patient was encouraged to coexist with the disease, and to willingly engage in cardiopulmonary rehabilitation, through the introduction of religion. Individualized nursing interventions were provided, utilizing the professional role and skills of the nurses, to facilitate positive coping, overcome hopelessness, and to face current predicament. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:3, 106-115)

Keywords: hopelessness, valve replacement, ventilator weaning

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

Accepted: May 12, 2016

Address correspondence to: Chun-Hsiang Chen Kaohsiung Municipal Hsiaokang Hospital No.482, Shanming Rd.,Siaogang Dist.,Kaohsiung City 812, Taiwan.

Tel: 886-7-731-7123 #2842 ; E-mail: ellier7@cgmh.org.tw