

一位行冠狀動脈 繞道手術患者之加護經驗

朱卉愉、宋怡慇*、戴佳月**

中文摘要

衛福部統計心臟疾病為十大死因的第二位，本文個案因急性心肌梗塞行冠狀動脈繞道手術後之加護經驗。於2014年4月21日至5月01日護理期間，運用Gordon十一項健康功能型態為架構，以身體評估、會談、病歷查閱等方式，確立有心輸出量減少、急性疼痛、高危險性感染、急性混亂等健康問題。過程中密切監測生命徵象、觀察膚色、溫度及尿量；傾聽感受、教導放鬆與適當傷口支托，及調整止痛劑；執行無菌技術換藥、提供適當熱量促進傷口；運用降低噪音及亮度措施促進睡眠品質，病情穩定後轉出加護中心，期望藉此照護經驗分享，能作為臨床護理人員照護此類個案時的參考。(志為護理，2017; 16:3, 127-136)

關鍵詞：冠狀動脈繞道手術、急性心肌梗塞、加護病房

前言

衛福部(2013)統計顯示，心臟疾病為十大死因的第二位。急性心肌梗塞患者(acute myocardial infarction, AMI)是常見之心臟病，80歲以上發病率高達60%，冠狀動脈繞道手術(coronary artery bypass graft, CABG)是AMI有效提升存活率的治

療方法(歐、黃、郭、蔡、陳，2013)，Brummel & Girard (2013)表示高齡病患住於加護病房急性混亂發生率高達60—80%，特別是心臟手術，將導致治療配合度下降，使住院天數及死亡率都增加(楊、詹、溫，2014)。本個案高齡85歲，因AMI放置主動脈氣球幫浦(intra-aortic balloon pump, IABP)，並緊急行

中山醫學大學附設醫院護理師 中山醫學大學附設醫院護理督導暨中山醫學大學護理系兼任講師* 中山醫學大學附設醫院醫品中心醫品員**

接受刊載：2016年8月12日

通訊作者地址：宋怡慇 臺中市南區建國北路一段110號

電話：886-4-2473-9595 轉34974 電子信箱：cshp066@csh.org.tw

CABG手術，進入加護病房，照護期間個案除心臟輸出功能尚未恢復外，還須面對手術帶來感染等身體不適，因突然面臨重大疾病的壓力而引發急性混亂的問題，使其認知功能改變，有躁動不安等行為，無法配合相關治療。筆者藉由每日增加會客次數及每次延長會客時間，家人陪伴減少心中的不安與焦慮，並降低環境噪音及光線，使用眼罩及耳塞幫助睡眠，使急性混亂獲得改善，協助個案渡過疾病帶來的衝擊，故將此照護經驗與大家分享。

文獻查證

將針對文獻整理成急性心肌梗塞與冠狀動脈繞道手術之概述、冠狀動脈繞道手術之術後照護、急性混亂護理三部分介紹。

一、急性心肌梗塞與冠狀動脈繞道手術之概述

AMI是指心肌因缺血導致壞死，常見於80歲以上老年人，發病率高達60%，當血管阻塞數秒內即可造成心肌缺氧，20至40分鐘內即造成心肌受損，CABG為冠狀動脈血管嚴重阻塞二條以上的標準治療，改善心肌灌流(簡、王，2013)。研究顯示，大於80歲老年心臟手術約有58.5%至少有一種合併症的產生，常見為傷口感染、疼痛、譫妄及術後心臟衰竭(楊等，2014；歐等，2013；簡、王，2013；Easo, et al., 2011)。

二、冠狀動脈繞道手術之術後照護

CABG術後3-14%會發生低心輸出量，及增加10-17倍死亡率，臨床表徵有低

血壓、少尿、盜汗、四肢冰冷及全身無力等，急性護理主要密切監測生命徵象、膚色及溫度，每小時評估尿量並觀察有無盜汗或頸靜脈怒張情形，追蹤有無電解質不平衡及監測動脈血液氣體分析，矯正血氧過低或酸中毒症狀，呼吸器模式使用輔助控制型呼吸保持充足休息減少心肌耗損，給予氧氣(簡、王，2013)；若裝置IABP常發生下肢缺血、感染、導管移位等合併症，需觀察有無肢體發紺、蒼白、冰冷等症狀；監測有無感染現象；患肢預防出血，依判斷充放氣時間是否正確，床頭抬高不超過15度，髖關節禁止屈曲，觀察傷口有無瘀青或血腫；拔除時直接加壓止血且完全臥床八小時(Lewis, Ward, & Courtney, 2009)。CABG心臟復健需衡量代謝當量數(metabolic equivalent, 簡稱METs)，並採漸進式進行，術後12-24小時後開始肢體活動、翻身、呼吸訓練的計畫，加護期間目標為術後5-7天以1-3.5METs的速度行走(林等，2012)。

CABG會有多種導管留置，應持續監測體溫、血壓，採無菌技術換藥且確實洗手，觀察管路置入處是否有紅、腫、熱、痛等感染徵兆，及引流量、顏色及性質，保持傷口及敷料乾燥，監測血液動力學及白血球計數且抗生素使用；適當的熱量並攝取高蛋白、高維生素及高纖維飲食，促進傷口修復及癒合(歐等，2013；簡、王，2013)。

三、急性混亂護理

急性混亂為多重因素導致，如疾病、缺氧、手術及電解質不平衡，照護上要

監測生化、血液常規變化與動脈血液氣體分析，適度鎮靜藥使用；監測情緒變化，出現視幻覺予澄清，指引返回現實，可談話轉移注意力，固定人員照護，增加會客時間；吊掛時鐘，降低音量措施、關閉收音機及不要在床邊討論，降低光線措施，夜晚營造昏暗燈光及使用眼罩，採集中照護 (楊等，2014；Brummel & Girard, 2013)。

護理過程

一、個案簡介

廖老先生，85歲，國小畢業，信仰佛教，慣用國、臺語。喪偶，育有一子四女均已成家，案子同住，經濟來源為案子從事水電行業。高血壓20年，糖尿病10年，心房顫動2年，皆規則服藥控制，抽煙40年，已戒20年，無喝酒，無開刀史和過敏史。

二、入院經過

2014/4/20主訴胸痛入急診，胸部X光：心臟肥大及肺水腫，心電圖顯示心房顫動，追蹤十二導程心電圖：V1-V4、aVF ST 上升，氧氣面罩FiO₂：6L/min使用，抽血報告：心臟酵素CPK：510 IU/l、CK-MB：81.0ng/mL、troponin I：29.52ng/mL，立即行心導管檢查結果為三條冠狀動脈血管皆阻塞，行經皮冠狀動脈血管成形術失敗，過程中因個案喘，予放置氣管內管7.5號固定22公分，因血壓不穩於右鼠蹊部予放置IABP及升壓劑dopamine 400mg + N/S 250ml keep 6.08ug/kg/min維持心臟收縮力持續滴注，4/21入開刀房行CABG，

取左腳大隱靜脈接右冠狀動脈，取左內乳動脈接左前降枝。二條胸管於心包膜內及胸骨旁，放置導尿管，轉入加護病房，4/22追蹤心臟超音波：左心室射出率42%，4/22移除氣管內管後，予氧氣面罩FiO₂：40%使用，拔除IABP後予停止升壓劑使用，4/25移除二條胸管，5/1轉病房照顧，5/13出院。

三、護理評估

照護期間2014/4/21-5/1，5/5病房訪視，運用身體評估、會談、病歷查閱等技巧及Gordon十一項健康功能型態為架構，進行資料收集。

(一) 健康認知及健康處理型態

規則服用高血壓、糖尿病及心律不整藥物，平常血壓約120-130/70-75mmHg，血糖控制120-130mg/dl，HbA1c:5.2%，有高血壓家族史，父母親皆因中風死亡。自覺健康狀況尚可，年輕時有抽菸，但罹患高血壓後就戒菸。感冒會至診所求治，4/30表示：「回家後，我會多多注意飲食，好好保養身體」。

(二) 營養與代謝型態

身高173公分，住院前體重62公斤，入住時增加到68公斤，理想體重59.2～72.4 kg，身體質量指數(body mass index, BMI)：22.7kg/m²，屬正常，在家三餐定時，無特殊偏好。入院後基本攝取卡路里1,860仟卡。4/22移除氣管內管後，三餐訂醫院伙食，攝取約1,800～2,000仟卡/天，會客時家屬會自備餐點，咀嚼及吞嚥功能正常，上下排牙齒為固定假牙。4/21術後右鼠蹊部IABP存，傷口

有滲血情形，胸管引流性質紅稀，胸骨處傷口20公分，左大腿傷口5公分2處，左小腿手術傷口約30公分，有輕微滲血及微紅腫情形，雙上肢水腫2+，雙下肢水腫3+，皮膚乾燥、無破皮情形，外觀臉色蒼白，髮量稀疏呈白色。4/21術後抗生素CEFA(1gm)1vial Q8H靜脈滴注。4/22體溫38℃，主訴：「傷口怎麼那麼大？我怎麼覺得身體熱熱的！」，4/21Hb:11.4mg/dl、albumine:3.0mg/dl、WBC:10,450/mm³，4/22 WBC 11,250/mm³、CRP:4.75mg/dl、Na:138mEq/L、K:4.0 mEq/L、Ca:8.5mg/dl。經評估確定有「高危險性感染／手術傷口及侵入性管路留置有關」之健康問題。

（三）排泄功能型態

住院前每天排黃軟便一次，無使用軟便劑，排尿色黃約5-6次/天。照護期間腹部鬆軟無腹脹，腸蠕動10～13次/分，為避免便秘，給予軟便劑sennapur(12.5mg)2顆睡前服用，約2天解一次量中黃褐軟便。4/21尿量約100～120 ml/hr，4/22之後尿量每日約1,500～1,800ml，4/21點滴量2,000ml，4/24改為500ml，輸出入量約負500～800ml，4/25移除尿管後，自解順暢，無沉澱物情形。4/22 lasix (40mg) 1顆早晚口服。4/21～4/25BUN:12～13.5mg/dl，Cr.:0.8～1 mg/dl。

（四）活動與運動型態

平時每日下午會到公園散步。4/21術後氣管內管接呼吸器，模式為輔助控制型呼吸，設定呼吸次數12次/分，氧氣濃度50%使用，週邊血氧濃度100%，IABP輔助比率1：2使用，心跳83次/

分，呼吸12次/分，血壓95/64mmHg，心電圖正常竇性節律，雙腳足背動脈脈搏均1+，末稍溫度較冰冷略蒼白。指(趾)甲呈圓弧狀、外觀光滑，4/21術後予雙手及右腳保護性約束，4/22解除約束；4/22 7AM呼吸器改為壓力支持模式10cmH₂O，氧氣濃度35%並IABP輔助比率1：3，周邊血氧濃度100%，心跳85次/分，呼吸18次/分，血壓115/76 mmHg，醫師移除氣管內管及IABP，4/22胸部X光雙側肺浸潤。4/21 dopamine升壓劑持續滴注，4/22停止使用。經評估確定有「心輸出量減少／與心肌壞死及術後心臟功能尚未恢復有關」之健康問題。

（五）睡眠與休息型態

平常睡眠時間約8小時，無使用安眠藥物之習慣，夜間睡覺時習慣關燈且安靜之環境。4/23評估連續夜眠最長0.5-1小時，且斷斷續續入睡，4/23主訴：「我想離開這裡，這裡晚上很吵，很多機器一直在響，很多人走來走去，且燈一直亮著無法睡覺」。4/24觀察白天無精打采、有頻打哈欠之情形。經評估有睡眠障礙的問題，將此部分合併納入急性混亂之健康問題。

（六）認知與感受型態

住院前意識清楚，視聽味觸嗅功能正常。4/21翻身活動時，表情痛苦皺眉，點頭表示傷口很痛，評估疼痛指數約8分。4/21翻身時心跳130次/分，血壓172/72mmHg。4/22觀察皺眉雙眼緊閉、說話有氣無力且精神顯疲憊。4/22換藥時，呼吸次數會由12次/分增加到35次/分，節律呈急促且不規則，評估疼

痛指數7分，咳嗽時表情痛苦，評估疼痛指數9分；4/21以溝通板手寫表示：「傷口很痛！」，4/22主訴：「可以不要換藥嗎？我的傷口很痛。」。4/23上午偶有喃喃自語：「旁邊有很多人在看我。」。4/24有下床舉動及拉扯管路的情形發生，協助進食時則閉眼不理會，協助翻身時情緒高亢、易怒，大吼大叫。4/24主訴：「有小朋友一直在看我！一直有人在叫我！」、「你要做甚麼！？你要下藥害我對不對!!」、「我要下床尿尿，讓我下床。」。經評估後確立有「急性疼痛/與翻身、換藥、咳嗽牽扯傷口有關」之健康問題，以及「急性混亂/與環境改變及重大手術壓力有關」之健康問題。

（七）自我感受型態

自覺是固執的人，做事獨立，決定權在於自己，行為舉止能自我約束。4/29主訴：「我想趕快回家，希望開刀後可以跟之前一樣出去散步跟朋友聊天。」。

（八）角色與關係型態

屬老年期階段。第一角色85歲老年期男性。第二角色父親、爺爺，家人互動關係良好。案子為主要支持者，其次為女兒，會客時彼此互相關心，案子及案女輪流探視，決策者為案子。第三角色住院病人，經由鼓勵才會表達心中想法。

（九）性與生殖功能型態

無性病及前列腺肥大病史。協助導尿管護理時評估生殖器官外觀正常，喪偶後無性生活。

（十）壓力應付與耐受型態

若感到有壓力的事情都放寬心或和人聊天宣洩情緒，4/22主訴：「小姐，平常感覺身體很好，突然跟我說要開刀，而且當我睜開眼睛發現都不能動的時候感覺很可怕，我想說乾脆死一死算了。」、「住院要住多久？什麼時候才可以出院？身邊又一堆沒看過的儀器，一聽到機器的聲音，心裡就覺得害怕」，4/24主訴：「這裡是哪裡？我要回家，我好害怕這裡只有我一個人而已」。經評估後將此部分納入急性混亂之健康問題。

（十一）價值與信念型態

個案宗教信仰為佛教，表示待人要誠心，現階段只希望身體快點恢復，不要造成家人的負擔。

問題確立

綜合評估，確立健康問題，因篇幅限制故不探討急性疼痛健康問題，依嚴重程度分述如下：

一、心輸出量減少/與心肌壞死及術後心臟功能尚未恢復有關(4/21訂)

二、高危險性感染/手術傷口及侵入性管路留置有關(4/21訂)

三、急性混亂/與環境改變及重大手術壓力有關(4/23訂)

一、心輸出量減少/與心肌壞死及術後心臟功能尚未恢復有關(4/21訂)

主客觀資料	S1：4/20「我心臟好痛!!!很像有東西壓著。」 O1：高血壓20年，糖尿病10年，心房顫動2年，皆有規則服藥控制，抽煙史40年，已戒20年。 O2：4/20到院時心電圖顯示心房顫動，胸部X光：肺水腫，十二導程心電圖：V1-V4、aVF ST上升、抽血報告：心臟酵素CPK：510 IU/l、CK-MB81.0ng/mL、troponin I：29.52ng/mL，心導管結果為左前降枝90%、右冠狀動脈100%阻塞，左迴旋枝60%阻塞。 O3：4/20行心導管過程中因病人喘，予放置氣管內管7.5號固定22公分，血壓不穩於右鼠蹊部置IABP及升壓劑dopamine(200mg)2amp + N/S 250ml keep 10 ml/hr(6.08ug/kg/min)持續滴注。 O4：4/21行CABG，術後氣管內管接呼吸器，模式為輔助控制型呼吸，氧氣濃度50%使用，IABP輔助比率1：2使用，心跳83次/分，呼吸12次/分，血壓95/64mmHg，心電圖正常竇性節律，雙上肢水腫2+，雙下肢水腫3+，雙腳足背動脈脈搏均1+，末梢溫度較冰冷略蒼白。 O5：4/22心臟超音波檢查左心室射出率42%。 O6：住院前體重62公斤，入住時突然增加到68公斤。
目標	4/22個案拔除IABP，收縮壓維持110mmHg，無相關合併症。 4/25個案胸部X光無肺水腫情形，且低濃度氧氣使用下可維持週邊血氧濃度達95%以上。 5/1個案在轉出加護病房時，體重回到62公斤。
護理措施	4/21-5/1使用生理監視器持續性監測心跳速率、節律、動脈血壓變化及週邊血壓變化，並每小時紀錄及監測尿液排出量並加以紀錄及觀察嘴唇及指甲床顏色，並密切觀察有無出現盜汗及頸靜脈怒張情形，了解個案是否有心律不整及心收縮力變化、心輸出量是否足夠及有無缺氧的情形。 4/21-5/1採取集中護理措施，使個案獲得足夠的休息，減少心肌耗損。 4/21-4/22每小時檢查IABP設定，依動脈血壓波形判斷充放氣時間是否正確，保持床頭抬高小於15度並予右腳保護性約束防止導管移位，每小時觀察右腳肢體脈搏強度、末梢血循、膚色、溫度程度。 4/22移除IABP時直接加壓止血且完全臥床八小時並觀察有無瘀青或血腫情形。 4/21-4/22每小時評估升壓劑劑量是否維持收縮壓大於110mmHg，並了解藥物反應並進一步調整藥物劑量。 4/21依醫囑給予呼吸器使用，觀察痰液及呼吸型態，並協同呼吸治療師選擇輔助控制型呼吸，4/22改為壓力支持模式，減少呼吸做功，並提供足夠的氧合，並每日及必要時進行動脈血液氣體分析。 4/22衛教個案勿用力解便，4/22-5/1依醫囑給予軟便劑sennapur (12.5mg)2[#]睡前口服使用，預防便秘降低心肌耗氧量。 4/22衛教個案心肺復健之重要性，如能增進心臟血管功能，達到控制血壓及減少心臟工作量，可改善心肺功能，預防疾病再次發生等。 4/22物理治療師共同評估及確認狀況，設計適合運動計畫，術後第1天臥床休息，翻身輔助，4/23-4/25協助個案坐姿為主，4/26-4/28協助原地站立。
護理評估	4/22移除IABP後，無dopamine使用，血壓113/75mmHg，無下肢缺血、感染等合併症，每小時尿量約70ml，心電圖正常竇性心律。 4/25胸部X光為無肺水腫情形，鼻導管3L/min使用，呼吸次數16-22次/分，呼吸平順無費力，週邊血氧濃度96-97%。 5/1測量體重：61.6kg。 整體評估：5/5病房訪視個案能於床上自行翻身且呼吸不費力，在案子陪同下由床邊走至護理站，活動後呼吸約20-22次/分，血壓：125/78mmHg。

二、高危險性感染/與手術傷口及侵入性管路留置有關(4/21訂)

主客觀資料	S1：4/22「傷口怎麼那麼大?我怎麼覺得身體熱熱的!」。 O1：糖尿病史，血糖控制在120-130mg/dl，HbA1c：5.2%。 O2：4/21行CABG二條胸管於心包膜內及胸骨旁，及放置導尿管。 O3：4/21術後右鼠蹊部IABP存，傷口有滲血情形，胸管二條留置，引流性質紅稀，胸骨處傷口20公分，左大腿傷口5公分2處，左小腿傷口約30公分，有輕微滲血及微紅腫情形。 O4：Hb:11.4mg/dl、albumine:3.0mg/dl、WBC:10450/mm³，4/22 WBC 11250/mm³、CRP:4.75mg/dl、Na:138mEq/L、K:4.0 mEq/L、Ca:8.5mg/dl。 O5：4/22體溫為38°C。
目標	4/24個案體溫保持36-37°C之間。 4/25前傷口乾燥，無分泌物。 5/1個案抽WBC小於10,000/mm³及CRP小於1 mg/dl。
護理措施	4/21-5/1評估個案傷口是否有紅腫熱痛等感染現象，每次接觸個案前後及執行技術前後應確實洗手及落實感控原則，以降低院內及交互感染機率。 4/21-5/1依無菌原則使用消毒溶液消毒傷口並同時檢測傷口周圍皮膚有無紅腫熱情形，以了解傷口癒合情形及傷口變化。 4/21-4/25每小時觀察引流管之量、顏色及性質，加以紀錄且8小時計算總量並告知醫師，以了解引流管通暢及有無異常情形。 4/22-5/1依醫囑監測WBC及每3小時監測體溫，以了解個案是否有感染情形。 4/21-5/1協同營養師並調整熱量攝取1,800-2,100卡，以提供足夠的營養，以促進傷口癒合。 4/22-4/25依醫囑予抗生素cefazoline 1g IVD Q6H，以維持藥物血液濃度，並記錄藥物使用效果。 4/22-4/26與醫師討論如血液動力學穩定及管路引流量<50ml/天，應盡早拔除胸管。 4/22給予衛教單張，告知炎症反應為紅腫熱痛，並教導個案及案子接觸傷口前後確實洗手、保持傷口乾燥，如傷口敷料滲濕須立即告知護理人員予以更換、多攝取高蛋白、高維生素及高纖維飲食，如魚、蛋及蔬菜水果等。
護理評價	4/24個案體溫36.4-36.7°C。 4/25於傷口換藥時，傷口無滲血滲液情形，傷口周圍及管路置入處周圍無紅腫熱等感染現象；因胸管引流量<50ml移除雙側胸管。 5/1 WBC7860/mm³及CRP0.14 mg/dl。 整體評估：5/5病房訪視，傷口癒合佳，移除胸管縫合處已拆線。

三、急性混亂/與環境改變及重大手術

主客觀資料	S1：4/23「我想離開這裡，這裡晚上很吵，很多機器一直在響，很多人走來走去，且燈一直亮著無法睡覺。」。 S2：4/23「旁邊有很多人在看我。」。 S3：4/24「有小朋友一直在看我！一直有人在叫我！」、「你要做甚麼！？你要下藥害我對不對!!」、「我要下床尿尿，讓我下床。」、「這裡是哪裡？我要回家，我好害怕這裡只有我一個人而已」。 O1：4/23評估連續夜眠最長0.5-1小時，且斷斷續續入睡。 O2：4/24觀察白天無精打采、有頻打哈欠之情形。 O3：4/24有下床舉動及拉扯管路的情形發生，協助進食時則閉眼不理會，協助翻身時情緒高亢、易怒，大吼大叫。
目標	4/26睡眠時間達6小時不中斷，個案自覺有睡飽。 4/28情緒穩定無大吼大叫情形並配合治療。 5/1轉出加護病房前個案人、時、地、物能清楚並認知功能正常。
護理措施	4/23夜間減少生理監視器或醫療儀器發出不必要的聲音並將警告音量調至最小聲，當出現警告音時，安撫個案情緒並解釋發生原因。 4/23夜間將燈光調暗，圍上部份隔簾及關閉天花板主燈，維持燈光昏暗，照護時使用上方床頭燈，維持正常作息時間，請案子準備眼罩及耳塞，夜眠時幫個案戴上眼罩及耳塞。 4/23監控睡眠狀態，配合每六個小時、八個小時的給藥時間，採集中式治療與護理，以不干擾休息與睡眠為原則，提供翻身枕協助採舒適臥位。 4/23夜間以低頻率聲音，與個案交談時音調勿高亢，減少環境噪音刺激。 4/24-5/1每小時持續評估意識變化與觀察監測血液常規與生化檢驗數值，以排除為感染、代謝功能異常等因素而出現的急性混亂。 4/24安排固定人員照護；採友善與尊重的態度，主動自我介紹，以取得信任。 4/24-5/1增加家屬會客次數，由1日2次改為1日3~5次；每次會客時間延長15~20分鐘，藉家人陪伴以減少不安與焦慮。 4/24案子放置熟悉物品如收音機，勿將常用物品更動位置並於床尾放置時鐘，重建認知功能，並給予音樂、按摩或其他有助於放鬆的措施。 4/24當發生視聽幻覺時，應婉轉澄清，避免沉浸視聽幻覺中，但不可與其爭執，指引個案返回現實。
護理評估	4/26夜眠由22:30至05:00，總時數達6小時，無中斷並主訴昨晚有睡飽。 4/28情緒平穩無大吼大叫情形，治療前經由護理人員簡要說明後可配合治療。 5/1個案主訴：「我因為心肌梗塞開刀，現在在加護病房，今天5/1。」。認知功能正常，對於人、時、地、物能適切回答。 整體評估：5/5至病房探視個案，自述昨晚夜眠良好，據病房護理師交班個案夜眠可達8小時不中斷。

討論與結論

此個案為因高齡AMI而緊急行CABG，過程中發現有「心輸出量減少」、「急性疼痛」、「高危險性感染」及「急性混亂」等健康問題，在急性期監測血流動力學，避免IABP的合併症，並偕同復健師擬定復健計畫使心臟功能逐漸恢復，採無菌技術換藥預防感染發生，因混亂產生的躁動及無法配合治療，原本預計3-5天便可轉出加護病房，家屬表示病房自行照顧有所顧慮，故與醫師討論後，計畫在改善其認知狀態後再轉出，而導致延長住院天數是照護此個案限制，照護過程中運用文獻提及降低噪音及光線措施，幫助個案渡過混亂期，建議未來應採主動關懷態度讓病人了解治療計畫與措施，才能達到降低安全感及預防急性混亂發生。

參考資料

- 林郁珊、蔡美文、殷偉賢、黃心怡、許青翎、魏崢、莊義成(2012)．急性心肌梗塞後之運動訓練．*重症醫學雜誌*，13(3)，138-147。
- 楊鎮嘉、詹鼎正、溫瓊容(2014)．老人手術後譫妄症．*臺北市醫師公會會刊*，58(3)，35-39。
- 衛生福利部(2014，6月)．102年度死因統計年報．取自http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747。
- 歐乃欣、黃姿蓓、郭雯芳、蔡旻璇、陳佳慧(2013)．老年病患心臟術後的預後．*臺灣老年醫學暨老年學雜誌*，8(2)，135-145。
- 簡禎彥、王水深(2013)．高齡患者之冠狀動脈繞道手術．*臺北市醫學公會會刊*，57(8)，28-35。
- Brummel, N. E., & Girard, T. D. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 29(1), 51-65. doi: 10.1016/j.ccc.2016.01.001.
- Easo, J., Hölzl, P. P., Horst, M., Dikov, V., Litmathe, J., & Dapunt, O. (2011). Cardiac surgery in nonagenarians: Pushing the boundary one further decade. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 229-232. doi.org/10.1007/s11357-006-9024-6
- Lewis, P. A., Ward, D. A., & Courtney, M. D. (2009). The intra-aortic balloon pump in heart failure management: Implications for nursing practice. *Australian Critical Care*, 22(3), 125-131. doi: 10.1016/j.aucc.2014.10.044.

An Intensive Care Nursing Experience of a Coronary Artery Bypass Surgery Patient

Hui-Yu Chu, Yi-Hui Sung*, Chia-Yueh Tai**

ABSTRACT

According to statistics published by the Ministry of Health and Welfare, cardiac diseases is the second leading cause of death nationwide. The article described a nursing experience of a patient who received coronary artery bypass graft surgery, and the nursing period was from Apr. 21st to May 1st, 2014. By collecting data through physical assessment, interviews, and medical records and using Gordon's functional health patterns as an assessment framework, the patient was confirmed to have decreased cardiac output, acute pain, high-risk for infection, and acute confusion. The nursing interventions included listening, teaching relaxation skills, providing proper wound support, and adjusting analgesics, implementing aseptic dressing technique, providing adequate calories, and minimizing voice and brightness to enhance sleep quality, and close monitoring of vital signs, skin color, temperature, and urine output during the process. The patient was transferred out of ICU once stabilized. We wish that this nursing experience could serve as a reference for other clinical nurses when facing similar cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:3, 127-136)

Keywords: acute myocardial infarction, coronary artery bypass graft, intensive care unit

RN, Chung Shan Medical University Hospital; Supervisor, Chung Shan Medical University Hospital & lecturer, Department of Nursing, Chung Shan Medical University*; Healthcare Quality Staff, Center for Quality Promotion, Chung Shan Medical University Hospital**

Accepted: August 12, 2016

Address correspondence to: Yi-Hui Sung No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd, Taichung City, Taiwan, 40201

Tel: 886-4-2473-9595 #34974; E-mail: cshp066@csh.org.tw