

一位急性心肌梗塞復發合併心因性休克個案之急診護理經驗

李芳儀、賴琦琇*

中文摘要

本文描述一位46歲男性長期處於高壓力工作環境，因急性心肌梗塞復發併心因性休克入急診之護理經驗，照護期間為2013年6月10日10：41至2013年6月10日11：20，在有限時間內，首重團隊合作效能的發揮，方能讓筆者運用身體評估、會談、觀察、病歷翻閱等方法，收集主、客觀相關資料，以Gordon健康模式為評估指引，確立主要健康問題為(1)組織灌注改變、(2)急性疼痛、(3)焦慮、(4)知識缺失。根據急性心肌梗塞及經皮冠狀動脈氣球擴張術之學理，配合醫囑進行症狀治療，協助面對生心理上的不適，照護過程中訂立適切可及之護理目標，給予個別性的護理措施，使得個案獲得完善的照護，期盼分享此篇護理經驗，以提供同仁參考。(志為護理，2018; 17:4, 105-116)

關鍵詞：急性心肌梗塞、心因性休克、急診護理經驗

前言

我國十大死因中，心臟疾病於2015年高居第二位，其中以急性心肌梗塞最容易造成生命威脅(衛生福利部，2016)；美國疾病管制局指出菸為心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病、糖尿病等疾病之風險因子，且吸菸者比非吸菸者罹患心血管疾病死亡風險高達2~7倍(Centers

for Disease Control and Prevention, 2017)；現今社會競爭激烈，若要有優渥薪資就必須接受長時間工作與技術快速轉變的工作壓力，根據研究統計，一週工作長達55小時或更久，有其更高的風險罹患心血管疾病(Kivimaki et al., 2015)；英國醫學期刊The Lancet 使用回溯性研究，調查比利時、丹麥、芬蘭、法國、荷蘭、瑞典和英國近20萬人的

國立陽明大學附設醫院急診室護理師、國立陽明大學附設醫院急診室護理長*

接受刊載：2017年7月5日

通訊作者地址：賴琦琇 26058宜蘭縣宜蘭市校舍路169號(急診室)

電話：886-3-932-5192 電子信箱：11209@ymuh.ym.edu.tw

健康資料，分析結果顯示有工作壓力的人，得心臟病的風險是沒有工作壓力的人的1.23倍(Kivimaki et al., 2012)，而急性心肌梗塞治療必須爭取黃金治療時間，第一線的醫護人員，須依據急診醫療照護品質標準，立即評估生命徵象，在10分鐘內完成心電圖的判讀，90分鐘內行冠狀動脈氣球擴張術，則可有效降低死亡率(胡，2012)。本文描述一位因急性心肌梗塞復發而再度入院患者，在生命徵象不穩定且承受疾病致死風險的情況下，簽立冠狀動脈氣球擴張手術同意書及病危通知書，造成生理、心理等調適問題，引發筆者探討的動機；運用護理專業知識，協助醫師處理血液灌注不足問題，以個案為核心提供整體性的醫療照護，期望個案的不適感及焦慮皆能獲得改善，以提升急性心肌梗塞個案在急診之照護品質。

文獻查證

一、急性心肌梗塞之急診室處置

2012年美國心臟學會及歐洲心臟學會重新定義急性心肌梗塞，診斷依據為臨床上出現心肌缺氧的臨床症狀(胸痛、呼吸困難、盜汗)，加上下列五種狀況的其中一樣：血液中心肌受損標記(CK-MB或Troponin-I)的上升或下降、缺血性胸痛(病史)、心電圖變化(新出現ST波段變化或Q波)、影像學顯示新出現的局部心肌運動異常或喪失活性的心肌、經由血管攝影或解剖確認有冠狀動脈內血栓(林、呂、徐，2013；賴、顏，2012)。

急診緊急處置包含：1.確立心肌梗塞的診斷(十分鐘內完成第一張心電圖判

讀、血液檢驗之Troponin-I是否上升)、2.評估血行動力學狀況(確認是否有心因性休克、心臟衰竭、心律不整)、3.立即照會專責心臟內科醫師進行評估、4.從病人至急診掛號後到心導管的90分鐘內予以冠狀動脈氣球擴張術，使其恢復血流供應(胡、許，2016；劉、黃、盧、周，2012；American Heart Association, 2015)。

二、心因性休克相關概念及護理

心因性休克為心臟輸出量供應不足，造成全身組織灌流下降，進而引起休克，此為急性心肌梗塞最常見的死亡原因，診斷心因性休克有以下三個定義：1.收縮壓低於90mmHg超過30分鐘、2.器官血流灌注不足會出現皮膚濕冷、寡尿、Lactate升高及意識改變等臨床症狀、3.肺充血或左心室填充壓力上升(Holger et al., 2015)。護理首重評估是否有心輸出量減少引起休克之症狀並依醫囑給予dobutamine、dopamine等升壓藥物以增加心肌收縮力，觀察並記錄四肢脈搏強度、末梢血循及溫度之改變，其次為幫助病人或家屬了解活動耐受力不佳之原因及症狀，告知若出現臉色蒼白、呼吸困難等情形，應立即停止活動；依醫囑予使用氧氣，以增加心肌供氧量，並隨時監測血氧濃度。護理期間應密切觀察胸悶、胸痛情形，評估心跳次數及節律是否正常，定期追蹤心臟酵素及十二導程心電圖ST段變化，採集中護理，請病人絕對臥床，減少噪音或強光等刺激源(蔡、梁、洪，2013)。

三、疼痛相關概念及護理

急性心肌梗塞是因冠狀動脈血流被

血栓阻塞而造成心肌壞死，臨床表徵為持續性胸痛、胸前有壓迫感，疼痛可能會延伸至背部、左肩、下巴及頸部，疼痛會引發交感神經興奮，造成體溫增高、心悸、瞳孔放大、呼吸速率加快、周邊血管收縮障礙、冒冷汗及胸悶等臨床症狀(胡、許，2016)；臨床上會使用morphine緩解病人疼痛及焦慮問題，初始劑量4到8mg靜脈注射，若症狀未緩解每5到15分鐘可追加2到8mg(O' Gara et al., 2013)。

第一線醫療人員具備的疼痛知識是影響疼痛評估、處置與照護成效的關鍵因素，須即刻判斷並處理疼痛問題，其護理措施是減輕疼痛並預防再次發生，制定疼痛護理目標時，應以病人為中心，提供多項治療疼痛的方式，並於處置後再次評估，如：有無藥物不良反應、疼痛是否緩解等；照護方面護理師應表現自信沉著耐心和瞭解的態度，建立良好的護病關係；接受並尊重病人對疼痛的反應，不以自己的經驗來斷定病人的感受；用病人可了解的語言及方式，向病人解釋疼痛的原因、機轉，介紹減輕疼痛的措施，讓病人有所了解，有助於減輕病人焦慮、恐懼等負性情緒，進而緩解疼痛壓力；配合醫囑給予止痛藥物，並密切觀察給藥後反應及有無合併症(黃、吳、蕭，2016；Rowley-Conwy, 2013)。

四、焦慮相關概念及護理

心肌梗塞是突發且具致命性的疾病，在巨大的疾病壓力源席捲而來的同時，病人執行心導管術前後易產生高度焦慮與強大的不確定感，此兩者有顯著的相

關性，因焦慮造成心肌梗塞病人死亡的風險是沒有焦慮的1.47倍，且焦慮讓心肌梗塞病人產生心臟不良預後的風險高出36% (Roest et al., 2010)。即將面對手術的病人常擔心需面對手術室陌生的環境與儀器設備，焦慮手術是否會成功、手術後存留的管路、傷口照護及癒後情形(蔡、周，2012)，為減輕上述情形，病人經醫師詳細說明後，護理師在術前可提供相片或文字衛教手冊，與病人及家屬討論手術相關疑惑並提供護理指導，可有效降低病人焦慮，提升對護理的滿意度(Gao et al., 2012)；護理師需與病人建立信任的護病關係，鼓勵並傾聽病人表達其感受，注意自己的語言及非語言訊息，讓病人感受到護理師接納之態度，隨時注意病人的狀況，使其選擇目前所能承擔的壓力程度，可減輕焦慮並藉由家屬參與治療過程，共同分擔患者心理的想法，逐一解決問題(Roest et al., 2010)。

護理經驗

護理期間為2013年6月10日10:41至2013年06月10日11:20，透過直接照護及觀察，採用Gordon健康功能模式為指引，進行整體性評估及資料收集。

一、個案簡介及就醫治療經過

黃先生46歲大學畢業，已婚育有一子一女，為家中獨子與父母及妻小同住，信奉道教可以國、臺語溝通。職業為電腦工程師，是家中主要決策者也是主要經濟來源。家族病史有心臟疾病及高血壓，無藥物過敏史。

2011年診斷急性心肌梗塞，曾行經

皮冠狀動脈氣球擴張術治療，日後定期在外院門診追蹤與服藥控制。2013年6月10日10：41由救護車推車入急診，同事表示個案感覺胸口悶痛約1小時，沒服藥也沒理會又繼續工作，後來發現他胸悶痛加劇，甚至全身盜汗、喘不過氣、皮膚冰涼，才叫救護車送醫院。個案入院意識程度：E3V5M5、血壓：77/54 mmHg、心跳：129次/分、呼吸：28次/分、周邊血氧濃度：93%(RA)、四肢脈搏強度微弱：1+、抽血檢驗值troponin-I：17.78ng/ml、CK：359U/L、CK-MB：40U/L、十二導程心電圖呈現：ST elevation in lead V2 to V5，診斷急性心肌梗塞，依醫囑予鼻導管氧氣3L/min、NTG 0.6mg舌下含服、bokey 300mg口服、plavix 300mg口服、heparin 5000u靜脈注射、dopamine 5 μ g/kg/min靜脈滴注及morphine 5mg靜脈注射，於11：20入心導管室。

二、護理評估

(一)、健康認知及健康處理型態

身體狀況一向健康，如果有不舒服不亂服成藥，會到家中附近診所或醫院就診，大部分的症狀都能獲得改善。自2011年因急性心肌梗塞接受治療後，更注意身體健康也會定期回診，也想要戒掉已抽20多年的香菸但未成功。平常沒有喝酒的習慣，只有和朋友或家人聚餐才會小酌。可能最近工作繁忙、加上房貸壓力大，才忽略身體不適的症狀而延誤就醫。此次就診醫師病情說明時，才驚覺膽固醇、三酸甘油酯等也與心肌梗塞有直接關係。同事表示未曾見個案將舌下含片藥物帶在身上過。故確立個案

有「知識缺失」之健康問題。

(二)、營養與代謝型態

三餐定時定量，食用油以橄欖油為主，無特別愛好或討厭的食物，無服用健康食品，偶爾公司聚餐或應酬時飲食才會較無節制，每天約攝取2,000~2,500ml的水份。評估個案皮膚彈性佳、無破皮水腫，口腔黏膜完整、無牙齦發炎，身高177公分、體重69公斤，身體質量指數(body mass index, BMI)為22在理想範圍內。此次入院血液檢驗值為血紅素：13mg/dl、鈉：135meq/L、鉀：3.85meq/L、白蛋白：3.2mg/dl、膽固醇：310mg/dl、三酸甘油酯：190mg/dl，低密度脂蛋白：475mg/dl。

(三)、排泄功能型態

平時排便正常，無服用軟便劑，每日排便約1~2次，為黃褐色成形便；無排尿困難情形，每日排尿約7~8次。聽診腸蠕動音10~12次/分、觸診腹部柔軟無壓痛感。

(四)、活動與運動型態

平日生活自理，工作性質屬輕度到中度活動量，固定每月慢跑三次，每次路程約五公里，運動過程中需要休息五到六次才能到達目的地。今天因胸悶痛、全身盜汗、喘不過氣才叫救護車送醫，那時候感覺一動呼吸就會不順暢，現在心臟好像被什麼東西壓著一樣，壓到我喘不過氣，全身盜汗無力，只覺得胸口痛成這樣，還會痛到背部。急診留觀期間顯躁動不安、臉色蒼白、唇色微發紺、四肢末梢皮膚冰涼，翻身、如廁需旁人協助。根據求診及上述資料確立個

案有「組織灌流改變」之健康問題。

(五)、睡眠及休息型態

雖然沒有午休習慣，但平時工作忙碌回家倒頭就睡，不需服用鎮靜安眠藥，起床後感覺體力、精神都很好，可應付整天的活動，平均睡眠時間約7~8小時。視診個案外觀無明顯黑眼圈，會談時因胸口悶痛不適，而出現皺眉或閉眼休息之情形。

(六)、認知及感受型態

早上感覺胸口悶、痛約1小時，沒理會繼續工作，後來因情況越來越嚴重，甚至全身盜汗、喘不過氣，才叫救護車送醫。平時以國、臺語溝通且表達順暢，雙耳聽力正常，意識清楚，對人時地能正確回答，近、遠期記憶力正常；評估個案視、聽、味、觸及嗅覺功能正常。以PQRST評估痛覺P：突然胸口悶痛、Q：悶痛、R：胸口悶痛以外，還會痛到背部、S：自覺10分量表(numerical scale)疼痛指數約10分、T：大約持續1小時，根據上述資料確立個案有「急性疼痛」之健康問題。

(七)、自我感受及自我認知型態

自己是求好心切、急性子的人，遇到工作不順遂偶爾會發脾氣，但願意幫助他人，對於自己份內工作會全力以赴完成。「這次心肌梗塞復發，又一次面臨生死關頭，才驚覺自己真的沒照顧好身體，又讓家人操心」，「不知道這次手術會不會像上次一樣順利？上次手術不是在這家醫院做，你們的醫療處置都一樣嗎？現在血壓多少？還有多久才要去做心導管？現在還需要做什麼嗎？還在等甚麼？我手術後恢復情形會跟上次

一樣嗎？會不會再復發？」觀察個案雙眼左右觀望，緊盯醫護人員舉動、雙眉緊皺、情緒焦躁、表情緊繃、身體躁動不安且不斷搓揉雙手且偶有手掌握拳的情形，因生命徵象不穩定承受疾病致死風險，而簽下冠狀動脈氣球擴張術手術同意書及病危通知書，造成生理、心理等調適問題，故確立個案有「焦慮」之健康問題。

(八)、角色與關係型態

與父母、妻小同住，關係互動良好。太太表示：「我先生很有正義感、做事態度認真負責任。」，觀察個案對於此次治療態度表現焦慮但態度正向積極，能主動詢問術後如何保健身體避免再次復發。在急診護理期間陸續有朋友、同事來訪並在旁陪伴，相處過程氣氛融洽。

(九)、性與生殖型態

結婚約有20年育有一子一女，和太太互動良好，予術前皮膚準備時評估生殖器外觀無異常。

(十)、因應與壓力耐受型態

最近五年來除了健康問題外無發生重大事件。「因為工作壓力大，常藉由抽菸來舒緩壓力，一天大約半包，雖然太太及子女多次勸導，也被診斷急性心肌梗塞，就只有戒菸沒有成功，沒想到心肌梗塞會再次發生，這次手術成功後一定把菸戒掉。」

(十一)、價值與信念型態

信奉道教為主，為了安心及祈求全家平安，每日早晚在家都會拜拜，遇特殊節日或不順遂時會前往廟宇祈願。人生短短數十年，應該把握當下、及時行樂，對於未來生活與目標沒有重大計

畫，只希望一家大小平安就好。

個案有因心因性休克引發全身灌流不足造成組織灌流改變、心肌缺氧導致急性胸痛、焦慮及知識缺失的健康問題。

三、問題確立與介入措施

綜合以上護理評估的結果後，歸納出

健康問題一、組織灌流改變／與心因性休克造成全身灌流不足有關

主客觀資料	<p>S1：「今天因胸悶痛、全身盜汗、喘不過氣才叫救護車送醫。」</p> <p>S2：「那時候感覺一動呼吸就會不順暢，現在心臟好像被什麼東西壓著一樣，壓到我喘不過氣，全身盜汗無力。」</p> <p>S3：「除了胸口悶痛以外，還會痛到背部。」</p> <p>O1：留觀期間觀察個案顯得躁動不安、臉色蒼白、唇色微發紺、全身盜汗、四肢末梢皮膚冰涼。</p> <p>O2：四肢脈搏強度：1+、血壓：77/54mmHg、心跳：129次/分、呼吸：28次/分、周邊血氧濃度：93%(RA)。</p> <p>O3：血液檢驗值troponin-I：17.78ng/ml、CK：359U/L、CK-MB：40U/L。</p> <p>O4：十二導程心電圖呈現：ST elevation in lead V2 to V5。</p>
護理目標	<p>1.入心導管室前收縮壓>90mmHg，以維持心肺系統有足夠的組織灌流。</p> <p>2.入心導管室前周邊血氧濃度>95%(O2 N/C 3L/min use)。</p>
護理措施	<p>1.協助採絕對半坐臥姿勢，將枕頭置於背後，以維持舒適之臥位。</p> <p>2.採集中護理措施，將個案安排於急救區邊床，準備好所有檢查及治療用物再去個案單位，以維持安靜舒適環境，使其獲得足夠休息。</p> <p>3.將生理監視器警示音調降為3，以不吵鬧個案並達到警示為原則，特囑咐家屬若個案有任何不適立即告知。</p> <p>4.每10分鐘監測生命徵象及心電圖之變化，觀察四肢末梢有無發紺及全身皮膚有無濕冷情形，若異常立即告知醫師。</p> <p>5.衛教若胸悶痛情形加劇，應立即以呼叫鈴告知醫護人員。</p> <p>6.協助照會心臟內科醫師並予術前準備。</p> <p>7.依醫囑給予鼻導管3L/min使用，維持足夠氧氣濃度，增加心肌供氧量。</p> <p>8.依醫囑給予morphine 5mg靜脈注射以控制疼痛，避免因此增加耗氧量，於五分鐘後觀察給藥之反應。</p> <p>9.依醫囑給予dopamine 5 μg/kg/min 靜脈滴注、NTG 0.6mg舌下含服、bokey 300mg口服plavix 300mg口服、heparin 5,000u靜脈注射，於五分鐘後評估給藥後的反應(如：噁心、嘔吐、心跳過快、出血或過敏反應等)。</p>
評值	<p>11：00評估生命徵象血壓：110/64mmHg、心跳：105次/分、呼吸：22次/分、周邊血氧濃度98%(O2 N/C 3L/min use)，外觀臉部表情放鬆、唇色紅潤、無皺眉或盜汗情形。</p>

健康問題二、急性疼痛／與心肌缺氧造成胸痛有關

主客觀資料	<p>S1：「現在心臟好像被什麼東西壓著一樣，壓到我喘不過氣，全身盜汗無力。」</p> <p>S2：「我怎麼胸口痛成這樣，還會痛到背部。」，疼痛指數約10分。</p> <p>O1：留觀期間觀察個案面部表情多呈現皺眉狀似忍耐，顯得躁動不安、全身盜汗。</p> <p>O2：血壓：77/54mmHg、心跳：129次/分、呼吸：28次/分。</p>
護理目標	<p>入心導管室前疼痛指數能降至5-6分。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助個案採絕對臥床休息及日常活動之執行，以減少心肌之耗氧量。 2.將個案安排於急救區邊床，準備好所有檢查及治療用物再去個案單位，並將生理監視器警示音調降為3，以不吵鬧個案並達到警示為原則，特囑咐家屬若個案有任何不適立即告知，採集中式護理並維持安靜舒適環境，使其獲得足夠休息。 3.鼓勵個案表達並接受個案對疼痛的感受，避免因忍受疼痛而增加壓力。 4.教導個案放鬆心情、運用轉移注意力技巧(如深呼吸、按摩等)，協助個案採舒適臥位，以轉移個案對疼痛的注意力。 5.每10分鐘監測生命徵象之變化，每30分鐘以PQRST持續觀察疼痛性質、強度及持續時間，並衛教個案以10分量表自述疼痛指數，若胸痛情形加劇立即以呼叫鈴告知醫護人員。 6.依醫囑給予鼻導管3L/min使用，維持足夠氧氣濃度，增加心肌供氧量。 7.依醫囑給予morphine 5mg靜脈注射以控制疼痛，避免因此增加耗氧量，於五分鐘後注意給藥後之反應。
評值	<p>11：00個案表示胸口悶痛情形稍緩解，現疼痛指數約4分，評估生命徵象血壓：110/64mmHg、心跳：105次/分、呼吸：22次/分，外觀臉部表情放鬆、唇色紅潤、無皺眉或盜汗情形。</p>

健康問題三、焦慮 / 與疾病再復發及擔心疾病預後有關

主客觀資料	<p>S1：「這次心肌梗塞復發，又一次面臨生死關頭，才驚覺自己真的很不應該，沒照顧好身體，又讓家人為我操心。」</p> <p>S2：「不知道這次的手術會不會像上次一樣順利？」</p> <p>S3：「上次的手術不是在這家醫院做的，你們的醫療處置都一樣嗎？」</p> <p>S4：「現在血壓多少？還有多久才要去做心導管？現在還需要做什麼嗎？還在等甚麼？」</p> <p>S5：「我手術後恢復的情形會跟上次一樣好嗎？會不會再復發？」</p> <p>O1：觀察個案雙眉緊皺、情緒焦躁、表情緊繃、身體躁動不安且不斷搓揉雙手且偶有手掌握拳的情形。</p> <p>O2：個案雙眼左右觀望，緊盯醫護人員舉動。</p> <p>O3：面對不知手術成敗且直接影響生命存歿的威脅。</p>
護理目標	<p>在入心導管室前能辨別自身焦慮來源，並說出減輕焦慮方法至少一項。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.主動自我介紹，建立信任的護病關係。 2.主動告知個案目前身體狀況訊息，如心跳、血壓數值，、心肌酵素數值等，以增加個案安全感。 3.以平順鎮定的語氣說明欲執行的護理活動，鼓勵親友陪伴及討論病情。 4.以溫和堅定的態度鼓勵個案正面思考，引導個案回想上次手術成功的經驗。 5.主動關懷並鼓勵參與病情討論，以增加個案的控制感，減少不確定感。 6.鼓勵個案表達心理感受，根據個案對於手術之疑慮，以冠狀動脈氣球擴張術衛教單張給予個別護理指導及說明。 7.請醫師針對個案模糊或不確定做更進一步的說明(如：醫療處置過程、術後醫療處置)。
評值	<p>11：05個案能配合執行術前準備，表示其實也不是不了解做心導管的目的，只是沒想到突然胸痛又要做心導管，真的會擔心手術的成功率，說出來終於覺得舒服一點，而且看了指導單張加上醫護人員說明，有比較放心一點。</p>

健康問題四、知識缺失 / 與心肌梗塞照護及預防相關知識缺乏有關

主客觀資料	<p>S1：「職業為電腦工程師，工作性質屬輕度到中度活動量，固定每月慢跑三次，每次路程約五公里，運動過程中需要休息五到六次才能到達目的地。」</p> <p>S2：「工作壓力大，常藉由抽菸來舒緩壓力，一天大約半包，想要戒掉已抽20多年的香菸但未成功。」</p> <p>S3：「最近工作繁忙、加上房貸壓力大，才忽略身體不適的症狀而延誤就醫。」</p> <p>S4：「此次就診醫師病情說明時，才驚覺膽固醇、三酸甘油酯等也與心肌梗塞有直接關係。」</p> <p>S5：同事表示個案感覺胸口悶痛約1小時，沒服藥也沒理會又繼續工作，後來發現他胸悶、痛加劇，甚至全身盜汗、喘不過氣、皮膚冰涼，才叫救護車送醫院。</p> <p>S6：同事表示未曾見個案將舌下含片藥物帶在身上過。</p> <p>S7：2011年因急性心肌梗塞接受PTCA治療。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 1.個案能說出與心肌梗塞相關危險因子至少三項。 2.能認識心肌梗塞的照護及預防至少三項。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.主動給予心肌梗塞相關衛教單張，再次幫助個案及家屬了解心肌梗塞發作時的臨床症狀(如:呼吸困難、胸痛劇烈且延伸至左肩、冒冷汗)，避免延誤治療的黃金時間。 2.以藥物指導單張教導個案應隨身攜帶三硝酸甘油(舌下含片)藥物，且需置於避光處。 3.以心肌梗塞相關衛教單張向個案及家屬強調引起心肌梗塞的危險因子有：飲食不當、年齡、性別及吸菸等。 4.以心肌梗塞相關衛教單張教導個案及家屬平時照護及預後相關注意事項，如：戒菸、避免高膽固醇，高脂肪飲食、告知定期心臟內科複診之重要性。 5.以心肌梗塞衛教影片指導運動原則：避免閉氣用力的活動(如：提重物)、建議運動時間為飯後2小時、循序漸進的運動模式，不要突然做劇烈運動，可與復健師討論增進心肺功能的運動。 6.請個案規律返診追蹤異常檢驗數值並提供正常檢驗數據，如:膽固醇<200mg/dl、三酸甘油酯<150mg/dl、低密度脂蛋白<130mg/dl。
評值	<p>11：05個案可說出心肌梗塞的危險因子有抽菸、年齡、男性、缺乏運動、高血酯症；觀察個案對於此次治療態度正向積極，能主動詢問術後如何保健身體避免再次復發，這次手術成功後一定把菸戒掉、避免過度工作、規律運動。</p>

結論與討論

隨著時代變遷，人們生活作息隨之改變，長期處於緊張、高壓環境下及飲食逐漸西化的影響，急性心肌梗塞發生率有日漸升高的趨勢，且罹患年齡越來越低。本文能在有限時間內收集相關資料，首重團隊合作效能的發揮，方能讓筆者於治療期間進行護理評估確認健康問題。此個案胸悶、胸痛厲害，確實有心因性休克之病徵，為了緩解胸悶症狀，經醫師評估後仍給予NTG 0.6mg舌下含服，隨後立即掛上dopamine 5 μ g/kg/min 靜脈滴注治療，再透過與個案會談及傾聽，使個案在入心導管室前稍有緩解心理及生理之不適；追蹤此個案於術後轉至加護病房行後續照護治療，轉病房後於2013年6月24日在醫師許可下出院。唯急診醫療受限應以穩定個案的生命徵象、執行急性處置為優先，對於個案長期處於高壓力工作環境及戒菸失敗的原因無法詳盡評估，只能藉由護理期間教導個案一些放鬆技巧，針對疾病復發危險因子加強說明，使個案有基本的正確觀念，期望個案確實執行出院後居家的自我保健方法，進而降低疾病復發率。

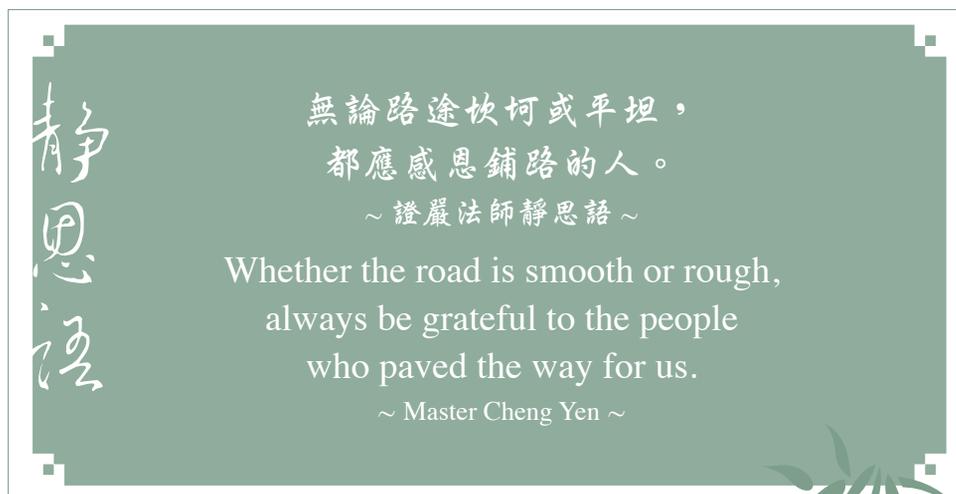
大多數至急診求診的病人及陪同的家屬，不僅會因為身體的不適，甚至對陌生的醫療環境加上疾病的恐懼，心理上自然是格外的焦躁不安；建議護理師在面對此類疾病個案及執行醫囑或護理措施的同時，隨時保持冷靜、客觀而理性的態度，用平穩、溫和及肯定的語氣，予鼓勵、說明、陪伴或安撫情緒等，依

疾病的需求提供個別性的照護，方能提高護理滿意度及醫療照護品質。

參考文獻

- 林世崇、呂炎原、徐漢仲(2013)·心肌梗塞之重新定義及臨床分類·*內科學誌*，24(1)，1-11。
- 胡勝川(2012)·評鑑對急診醫療品質的影響·*醫療品質雜誌*，6(2)，96-100。
- 胡勝川、許智偉(2016)·急性冠狀動脈症候群·於胡勝川總校閱·*ACLS精華*(五版，103-118頁)·臺北市：金名。
- 黃玉琪、吳碧雲、蕭思美(2016)·疼痛病人之護理·於胡月娟總校閱·*內外科護理學*(五版，89-146頁)·臺北：華杏。
- 劉華年、黃燕琴、盧素蠻、周繡玲(2012)·縮短急診急性心肌梗塞病人到達心導管室時間·*新臺北護理期刊*，14(2)，41-51。
- 蔡仁貞、梁穎、洪美英(2013)·心臟疾病之護理·於劉雪娥總校閱·*成人內外科護理學*(五版，665-675頁)·臺北：華杏。
- 蔡曉婷、周汎濤(2012)·多媒體護理指導緩解冠狀動脈成形術後心肌梗塞病人焦慮及疾病不確定感之成效·*護理雜誌*，59(4)，43-53。
- 衛生福利部(2016)·104年度死因統計表·取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=6201
- 賴文源、顏兆熊(2012)·急性心肌梗塞·*當代醫學*，39(3)，221-229。
- O' Gara P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D.E. Chung, M. K. delemes, J A. ... Zhao, D. X. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-Elevation myocardial infarction: Executive summary: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Catheter*

- Cardiovascular Intervention*, 82(1), E1-E27. doi:10.1002/ccd.24776
- American Heart Association (2015). Highlights of the 2015 American heart association guidelines update for CPR and ECC. Dallas, TX: American Heart Association.
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). Smoking & tobacco use, Retrieved from <https://www.cdc.gov/tobacco/>.
- Gao, P., East, L., & Arthur, A. (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 129-137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008.
- Holger Thiele, E.Magnus Ohman, Steffen Desch, Ingo Eitel, Suzanne de Waha. (2015). Management of cardiogenic shock. *European Heart Journal*, 27(4), 160-170.
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G.D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., ... Theorell, T. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380(9852), 1491-1497. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5.
- Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Fransson, E. I., Alfredsson, L., ... Virtanen, M. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603838 individuals. *The Lancet*, 386(10005), 1739-1746. doi: 10.1016/s0140-6736(15)60295-1
- Roest, A.M., Martens, E.J., & Johan, D. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac event: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 563-569. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbff97
- Rowley-Conwy, G. (2013). Management of burns in intensive and acute care. *Nursing Standard*, 27(45), 63-68. doi:10.7748/ns2013.07.27.45.63.e7537



Emergency Care Experience in a Patient with Recurrent Acute Myocardial Infarction Complicated by Cardiogenic Shock

Fang-Yi Li, Chi-Hsiu Lai*

ABSTRACT

This article describes a nursing experience of a 46 years old male patient who had worked in a high-stress working environment over a prolonged period of time and was admitted due to recurrent AMI complicated by cardiogenic shock. The caring period is from 10:41 a.m. to 11:20 a.m., June 10th, 2013. Within a limited timeframe, the effective team work allowed the author to collect relevant subjective and objective data via physical assessment, interviews, observation, and record review, and with Gordon's functional health patterns as an assessment framework, established the following main health issues: 1) ineffective tissue perfusion; 2) acute pain; 3) anxiety; and 4) knowledge deficit. Based on the theories of acute myocardial infarction (AMI) and percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA), treatment was performed in accordance with the doctor's diagnosis to assist the patient in adjusting to the physical and psychological discomfort. For the patient to receive the best care, appropriate nursing goals were set during the nursing period to provide individualized care. We hope to share this nursing experience as a reference for other nursing staff to enhance nursing quality when facing similar situation. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:4, 105-116)

Keywords: AMI, cardiogenic shock, emergency care experience

RN, Department of Nursing, National Yang-Ming University Hospital; HN, Department of Nursing, National Yang-Ming University Hospital*

Accepted: July 5, 2017

Address correspondence to: Chi-Hsiu Lai No.169, Xiaoshe Rd., Yilan City, Yilan County 260, Taiwan

Tel: 886-3-932-5192 #11500 ; E-mail: 11209@ymuh.ym.edu.tw