

# 照護一位初次罹患 急性心肌梗塞病患之加護經驗

張麗君、胡真珍\*

## 中文摘要

本文描述一位65歲女性，初次罹患急性心肌梗塞併發心因性休克，住進加護病房之護理經驗，筆者於2015年4月9日至2015年4月11日，運用Gordon十一項健康功能型態評估，以觀察、會談、身體評估等方式進行資料收集，確立護理問題有：心輸出量減低、焦慮、知識缺失。護理過程中，經密切監測血液動力學之變化以維持生命徵象穩定，使其成功脫離輔助循環；採主動關懷、陪伴、鼓勵表達並引導個案抒發內心焦慮感受；主動提供疾病相關訊息，運用個別性的護理衛教指導，增進日後自我照護能力。建議對於此類病患，可透過在職教育教導護理人員，藉由簡單的按摩促進舒適概念，並緩解焦慮情緒，希望藉此護理經驗，提供照護此類病患之參考。(志為護理，2018; 17:4, 127-136)

關鍵詞：急性心肌梗塞、主動脈內氣球幫浦、加護經驗

## 前言

根據衛生福利部統計，心血管疾病是第二號殺手，在2014年奪走19,400條寶貴的生命，平均每27分鐘就有1人死於心臟疾病，其中造成死亡主要原因之一是急性心肌梗塞(衛生福利部，2015)，常在毫無預警情形下突然發生，5~10%經歷心因性休克，會造成組

織灌流改變，發生不可逆傷害，死亡率約50~80%；而主動脈內氣球幫浦(intra-aortic ballon pump, IABP)有效改善心輸出量，使全身器官獲得適當血流。病患在面對繁複的檢查及治療當中，易引發疾病對生命的威脅感，而產生焦慮的動作及言語(歐、陳、袁，2011)。本文個案為初次罹患急性心肌梗塞患者，在緊急情況下行心導管檢查，並置入IABP入

花蓮門諾醫院內科加護病房護理師、花蓮門諾醫院外科加護病房副護理長\*

接受刊載：2017年11月02日

通訊作者地址：胡真珍 97002 花蓮縣花蓮市民權路44號

電話：886-3-824-1234 轉1270 電子信箱：luckjojo@mch.org.tw

加護病房觀察；護理過程中，由於個案初次罹患疾病遭受到生命威脅，心理產生的焦慮及無助的情緒也油然而生。觀察本單位成人加護病房一週至少有6~10位病患因急性心肌梗塞需執行心導管檢查，約20%病患引起心因性休克且為初次發病之經驗進而引發筆者進一步想探討之動機。期望醫療團隊能給予維持冠狀動脈血流治療外，採開放性溝通降低疾病帶來的威脅，也利用個別衛教方式，讓個案瞭解急性心肌梗塞之疾病認知與返家後的自我照護，預防再次疾病發生，有效的提升生活品質，亦希望藉此護理經驗分享，提供護理同仁在臨床照護上的參考。

## 文獻查證

### 一、急性心肌梗塞概述

急性心肌梗塞是指供應心肌血液之冠狀動脈，因血栓形成或粥狀動脈硬化導致阻塞、心肌供血量不足以應付氧氣需求，而造成心肌壞死(林，2013)，其危險因子包括：高血壓、高血脂、糖尿病、家族病史。2012世界衛生組織於美國及歐洲心臟學會對急性心肌梗塞的診斷標準予以重新定義，四項要件需符合其中兩項，包括(一)急性缺血性胸痛：強烈的胸悶痛，輻射至手臂、肩頸與背部、血壓降低、呼吸急促、冒冷汗等；(二)心電圖變化：急性期ST段上升或下降、T波倒置及Q波出現；(三)心肌細胞生化標記升高；(四)高階的心臟影像檢查：利用心臟超音波確認心壁之收縮能力，診斷心肌壞死區域(林、呂、徐，2013)。藥物治療包括：抗凝血劑(bokey

、clexane)、升壓劑(dopamin)、止痛劑(morphin)等，而抗凝血劑是預防動脈栓塞及梗塞範圍再擴大；需在發作12小時內緊急進行冠狀動脈氣球擴張術(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)或支架放置術，使心肌及早獲得血流灌注；若併發心因性休克，有心輸出量減少等徵象，包括低血壓、尿量減少、心搏過速、皮膚濕冷等，經藥物治療效果不彰，可裝置IABP以改善心肌缺氧，減少左心室負荷增加心輸出量(Steg et al., 2012)。

### 二、急性心肌梗塞臨床護理

急性心肌梗塞需縝密的加護觀察與照護，包括：監測生命徵象、心輸出量及穩定血液動力學、當胸痛發生時，必要時依醫囑給予止痛藥(morphine)，並追蹤十二導程心電圖及心肌酵素變化；採集中式護理，並提供安靜舒適環境以減少心肌耗氧量、使用抗凝血劑時觀察有無出血徵象，並監測APTT、PTT數值；當病患接受IABP治療，應監測心電圖與IABP波形的正確性、白血球、血小板計數及有無尿量減少等問題；常見之合併症為下肢缺血，需觀察肢體有無疼痛、脈搏強度、末梢血循、膚色、溫度及感覺有無異常等局部缺血徵狀，避免合併症的發生(林，2013，歐、陳、袁，2011)。

焦慮是對未知事件產生預感和恐懼的身、心理狀態等複雜感受交織而成的，有70-80%罹患急性心肌梗塞患者因疾病引發焦慮情形，易引起身體腎上腺素提高促使心跳及呼吸速率增加、血壓上升，嚴重時會冒冷汗、恐慌、譫妄，亦

造成心臟負荷(胡、林, 2012)。因此, 護理人員採取主動關懷, 建立良好治療性人際關係、以不批判的態度鼓勵病患表達內心感受及焦慮原因, 適時教導轉移注意力及放鬆技巧, 如深呼吸與聽音樂等有效降低心跳、呼吸及血壓; 此外, 病患使用IABP需臥床平躺及限制肢體活動引起不適, 為了緩解其不適感, 可協助給予翻身擺位及局部按摩, 促進舒適感進而降低焦慮(胡、林、林、韓, 2013)。

病患日後在疾病的照護上, 會擔心再復發, 故在照護期間應加強疾病認知, 衛教限制高膽固醇、高脂肪及高鈉飲食, 適度的運動, 建議以有氧運動為主, 每週3-7次, 每次30-60分鐘, 分為暖身期、有氧訓練期與緩和期, 規律服藥與定期返診, 以控制心血管疾病再復發, 衛教疾病相關知識確實能夠幫助提升生活品質(Steg et al., 2012)。

## 護理過程

### 一、個案簡介

李女士, 65歲, 163公分, 70公斤, 小學畢業, 喪偶, 育有一女一男, 與兒子同住, 日常生活可自理, 慣用國、臺語, 無宗教信仰, 兒子為經濟支持者, 生活無虞, 家人互動良好。

### 二、過去病史及入院經過

個案有高血壓及糖尿病病史, 於2011年因腰椎狹窄行椎間盤切除術住院。此次於2015年4月9日早上起床時突覺胸悶及頸部痛, 延伸至右手臂, 全身冒冷汗, 稍作休息仍無緩解故至急診就醫; 經檢查診斷疑似心肌梗塞, 緊急施行心

導管發現右冠狀動脈及左前降枝血管阻塞99%, 行PTCA並放置血管支架, 術中血壓88/40mmHg、心跳120次/分、呼吸20次/分, 置入IABP輔助頻率1:1, dopamin 5  $\mu$ g/kg/min滴注使用, 入加護病房密切觀察, 4月10日移除IABP, 4月11日生命徵象穩定轉入普通病房。

### 三、護理評估

照護期間自2015年4月9日至4月11日, 經由直接照護、觀察、會談、身體評估及病歷查閱等方式收集資料, 並運用Gordon十一項健康功能型態評估為架構進行整理分析如下:

(一)健康認知及健康處理型態: 個案自認身體健康還算良好, 無抽菸及喝酒習慣。糖尿病及高血壓約有15年, 定期於診所追蹤治療。入院前半年曾有胸悶胸痛情形, 但休息後可緩解, 故無積極尋求治療; 此次因4/9因胸痛及冒冷汗, 遂由兒子陪同就醫, 並同意執行心導管檢查。4/11主動詢問「我出院後日常生活該注意什麼? 出院後還可以騎腳踏車嗎?」。

(二)營養及代謝型態: 個案表示早、午餐以外食居多, 獨晚餐在家與兒子用餐, 嗜肉食及重口味的食物。身高162公分, 體重70公斤、BMI: 26kg/m<sup>2</sup>, 屬體重過重。皮膚外觀飽滿有彈性, 四肢無水腫, 上、下排為活動性假牙, 口腔黏膜完整。照護期間由醫院供應糖尿病及低膽固醇飲食, 熱量1,600卡/天, 液體攝取量約1,200-1,500cc/天。4/9血液檢查:HbA1C: 8.1%、spot suger: 184mg/dl、Hb: 16.4 mg/dl、TG: 130 mg/dl、cholesterol: 231 mg/dl、LDL:

176mg/d、HDL：36 mg/dl、Na：136.1meq/L、K：3.8 meq/L、albumin：3.5mg/dl。

(三)排泄型態：平日解尿正常，5-6次/天，色黃清澈無異味。兩天解便1次，無便秘情形。照護期間尿量約1,000-1,300C.C/天；4/9實驗室抽血數據BUN：15mg/dl、Cr：1.01 mg/dl。腹部外觀正常聽診腸蠕動約4-7次/分鐘，觸診柔軟無硬塊，叩診微鼓音，依醫囑軟便劑使用，每日約可解一次黃軟便。

(四)運動活動型態：平時休閒活動為騎腳踏車，每次約30~60分鐘，1~2次/週，四肢肌力皆5分，關節活動正常。4/9「今天早上起床時胸悶痛及頸部痛延伸到右手臂，冒冷汗及喘不過氣好像胸口壓著石頭一樣，疼痛指數10分。」於急診時生命徵象：體溫35.9°C，心跳105次/分，呼吸28次/分，血壓188/100mmHg。心肌酵素檢驗：CPK:62、CK-MB:3.8、troponin-I:0.1

，心電圖檢查呈現QT間期延長，ST段上升在V1-V6，Q波出現在III and avf，心臟超音波檢查疑似急性前壁心肌梗塞，EF: 61%，緊急施行心導管檢查。評估意識清楚、皮膚觸摸濕冷，聽診兩側呼吸音清澈，雙下肢足背動脈1+，氧氣鼻導管3L/分使用，SPO2可維持在95-100%。

(五)睡眠與休息型態：平日睡眠6-8小時/天，有午休習慣，生活作息規律，晚上8-9上床睡覺，早上5-6點起床，不需靠藥物幫助睡眠。照護期間經由環境及儀器介紹，可瞭解警報聲響意義，夜間時降低警報音量，提供舒適安靜的環

境，睡眠時數約6小時，白天精神可。

(六)認知感受型態：個案意識清楚，人時地皆能回答正確，評估視、聽、嗅覺與味覺功能正常。4/9心導管術後個案表示胸痛胸悶有改善，疼痛指數1分。右鼠蹊部置入IABP輔助，患肢須保持平直勿彎曲。觀察個案身體扭動想要更換姿勢，眉頭深鎖，生命徵象：心跳120次/分，呼吸28次/分，血壓：136/80mmHg，並詢問：「這個機器及腿上的管子要放多久才會拿掉？腳不能動和彎曲，一直躺在床上腰酸很不舒服，怎麼辦？」。

(七)自我感受與自我認知型態：個性樂觀開朗人際關係良好。4/9個案表示：「因胸悶痛喘不過氣、冒冷汗感覺要死掉了」、「護理師，我腳上的是什麼東西感覺我的疾病好像很嚴重」、「我有朋友因為這種疾病死掉的，那我會好嗎？」4/9當監視儀器警報聲響，詢問筆者聲音代表的意義，神情露出緊張焦慮，心跳：120次/分，呼吸：28次/分，血壓：136/80mmHg，依貝氏焦慮量表評估個案焦慮分數達31分，為重度焦慮。

(八)角色與關係型態：依據Erikson心理社會發展階段為自我統合與絕望，住院中擔心身體健康會不會恢復。個案為媽媽、外婆、病患等角色，目前與兒子同住，家中事皆由個案及兒子共同決定，兒子為主要照顧者；女兒及外孫偶爾會回家團聚相處融洽。會客時兒子、女兒及姊妹必會探望及陪伴，給予言語支持及正向鼓勵，觀察兒女會幫忙給予肢體按摩。

(九)性與生殖型態：個案丈夫已往生

30多年，停經約10年，自50幾歲開始，每兩年定期行子宮抹片檢查，性生殖器官外觀正常無異常分泌物。

(十)因應與壓力耐受型態：日常生活中遇到困難或不順心的事會與家人討論解決。4/10主訴「經過此次突然發病面臨生死交關，害怕自己無法渡過這一關」，兒子及女兒會客時間不時鼓勵：「媽媽放心在醫院好好治療與醫護人員配合，不要想太多，一定會好的」，會客後個案主動提及唯有家人的陪伴與醫護人員的細心照護，心中覺得安心踏實。

(十一)價值與信念型態：本身無宗教信仰，對於人生保持樂觀態度，對於此次生病雖然會擔心害怕，但只要配合醫

療人員，堅信可以早日恢復健康。

### 問題確立

綜合以上護理評估確立個案護理健康問題包括(一)心輸出量減低/與心臟冠狀動脈血流減少有關；(二)急性疼痛/與IABP留置及肢體限制移動有關；(三)焦慮/與初次罹患急性心肌梗塞及威脅生命有關；(四)知識缺失/與初次發病及缺乏心肌梗塞後續照護訊息有關。因版面有限，且「知識缺失」於三項護理計畫中均有部分執行，故將排序前三個護理計畫內容呈現如下。

### 護理計畫

#### (一)心輸出量減低/與冠狀動脈血流減少有關(4/9-4/11)

主觀資料	1.4/9「今天早上起床時感覺到胸悶痛及頸部痛延伸到右手臂，冒冷汗及喘不過氣好像胸口壓著石頭一樣，疼痛指數10分」。
客觀資料	1. 4/9心肌酵素檢驗:CPK:62 CK-MB:3.8 troponin-I:0.1。 2. 4/9心電圖檢查呈現QT間期延長，ST段上升在V1-V6，Q波出現在III and avf，心臟超音波檢查疑似急性前壁心肌梗塞，EF: 61% 3.緊急施行心導管檢查發現：右冠狀動脈及左前降枝血管阻塞99%，行PTCA並放置血管支架，術中血壓88/40mmHg、心跳120次/分、呼吸20次/分，右鼠蹊置入sheath及IABP，合併使用dopamin 5μg/kg/ min。 4.意識清楚、皮膚觸摸濕冷，聽診兩側呼吸音清澈，雙下肢足背動脈1+，氧氣鼻導管3L/分使用，SPO <sub>2</sub> 可維持在95-100%。
護理目標	1. 4/11個案於加護病房在升壓劑使用後收縮壓大於110mmHg、心跳小於90次/分，維持足夠心輸出量，尿量每小時30cc、皮膚溫暖、呼吸音清澈。 2. 4/11移除右鼠蹊IABP前、後無合併症發生。
護理措施	1.每1小時監測並記錄心跳、血壓、呼吸之變化及意識情形。 2.每4小時以聽診器聽診肺部評估呼吸音。 3.護理過程採集中式護理活動，維持安靜舒適使個案得到充分休息。 4.衛教有胸悶胸痛情形應立即告知護理人員，並記錄性質、程度、頻率，必要時依醫囑給予止痛藥(morphin 5mg prn ivp)。記錄有無心輸出量減少之症狀:如血壓低、頸靜脈怒張、冒冷汗、尿量減少等。 5.衛教急性期應絕對臥床休息並協助採舒適臥位，依醫囑給予軟便劑sennoside 2 <sup>#</sup> po hs，維持解便順暢，告知勿用力解便及憋氣，以降低心肌耗氧量及避免刺激迷走神經引發心律不整。

護理措施	<p>6. 依醫囑予dopamin 5.0<math>\mu</math>g/kg/ min使用，以維持血液動力學的穩定，並隨時觀察藥物的作用及副作用。</p> <p>7. 依醫囑給予氧氣鼻導管3L/分使用，維持血氧濃度大於95%，以增加心肌供氧量。</p> <p>8. 依醫囑Q12H(9-21)追蹤血中心肌酵素及12導程心電圖變化；依醫囑服用抗凝血及抗血栓藥物 (bokey 1* po qd、clexane 60mg sc q12h)，密切觀察有無出血徵象及依醫囑監測APTT、PTT數值。</p> <p>9. IABP照護護理：</p> <p>(1). 每小時監視心電圖變化及IABP位置、功能是否正常，有無依脈動血壓波形判斷充氣、放氣的時間設定，並觀察患側肢體脈搏強度、末梢血循、膚色、溫度及感覺。</p> <p>(2). 每班評估患肢有無下肢出血、感染、皮膚受損、栓塞、導管移位之合併症。</p> <p>(3). 安排醫師與個案及家屬解釋移除IABP時機，當血壓無使用升壓劑且維持收縮壓大於110mmHg，每2至4小時調整由1：1至1：2，生命徵象穩定即可移除，以增加個案對身上管路之控制感。</p>
護理評估	<p>1.4/10 0600使用升壓劑生命徵象：心跳102次/分、呼吸18次/分、血壓132/80 mmHg，尿量：1,000-1,300cc/24小時，四肢及皮膚溫暖，聽診呼吸音清澈，dopamin於0600已停止輸注。</p> <p>2.4/10插入IABP肢體無出血、感染及缺血等情形。10點30分調整IABP mode 1：2維持 2小時，個案無胸悶、心電圖無異常，於15:00由醫生移除IABP。</p> <p>3.4/11 IABP移除處傷口外觀乾淨無滲液及血腫等感染徵象。</p> <p>4.4/11-4/14無胸悶痛，移除升壓劑後血壓穩定收縮壓維持110-130mmHg。</p> <p>5.後續照護計畫：4/15至病房探視個案，個案表示現在沒有胸痛的發生，觀察個案可在病房裡自行走動，經由病歷呈現收縮壓維持在120-130mmHg、心跳70-90次/分，尿量:1,000-1,200cc/24小時。</p>

(二)焦慮/與初次罹患急性心肌梗塞及威脅生命有關(4/9-4/11)

主觀資料	<p>1. 4/9 「因胸悶、胸痛喘不過氣、冒冷汗感覺要死掉了。」</p> <p>2. 4/9 「護理師，我腳上的是什麼東西感覺我的疾病好像很嚴重。」</p> <p>3. 4/9 「我有朋友因為這種疾病死掉的，那我會好嗎？」</p> <p>4. 4/9個案表示「這個機器及腿上的管子要放多久才會拿掉？腳不能動和彎曲，一直躺在床上腰酸很不舒服，怎麼辦？」</p> <p>5. 4/10 「經過此次突然發病面臨生死交關，害怕自己無法渡過這一關。」</p>
客觀資料	<p>1. 4/9當監視儀器警報聲響，詢問筆者聲音代表的意義，神情露出緊張焦慮，心跳: 120次/分，呼吸:28次/分，血壓: 136/80mmHg。</p> <p>2. 依貝氏焦慮量表評估個案焦慮分數達31分，為重度焦慮。</p>
護理目標	<p>1. 4/10個案能應用兩種放鬆技巧改善焦慮情形。</p> <p>2. 4/11 於轉出加護病房前能說出焦慮減輕，貝氏焦慮量表降至16分。</p>
護理措施	<p>1. 向個案自我介紹，建立互信人際關係，以主動關懷給予陪伴，使用非語言動作如安撫、拍背等，讓個案有重視的感覺。</p> <p>2. 至少每小時探視個案一次，並提供叫人鈴使用，告知加護病房24小時都會有護理人員密切觀察病情變化，請個案放心。</p> <p>3. 向個案及家屬環境介紹，包括連接身上所有儀器的功能、作用，減低對身上管路過度的焦慮，當發生警報聲響所代表的意義。</p> <p>4. 提供衛教單張用口述併圖示方式解釋「心血管介入性治療前、中、後護理、主動脈內氣球幫浦放置後護理」，增進疾病治療過程及加強健康照護知識。</p> <p>5. 執行護理活動時主動說明過程與目的，鼓勵引導說出心中疑惑並取得配合，以降低不確定感及焦慮害怕，並利用貝氏量表評估焦慮程度。</p>

護理措施	6.視病人需要給予熱敷及按摩腰間肌肉5~10分鐘，促進放鬆。 7.白天播放個案喜愛之CD及飛碟廣播電臺。建議選擇古典音樂或者慢節奏的水晶音樂，每次撥放40~60分鐘，採放鬆姿勢，並佩戴耳機，專注聆聽。 8.家屬及親友來探視時可彈性調整會客時間。教導若感到焦躁時可利用深呼吸、閉目等放鬆技巧來緩解緊張情緒。 9.請醫生每天主動向個案及家屬說明並解釋病情進展，以降低對疾病危及生命之焦慮。 10.提供靈性照護，轉介院內牧師，給予專業關懷及輔導，並分享成功案例，使個案增加對自己疾病治療的信心。
護理評估	1.4/10個案會主動要求聽廣播電臺和水晶音樂，也會利用深呼吸放鬆緊張情緒，監視儀器警報聲響，心跳99次/分，呼吸:12次/分，血壓:110/78mmHg。 2.4/11個案會主動向護理人員表達現在身體感覺好多了，當醫師說出可轉普通病房時，臉上也露出笑容，並點點頭謝謝醫護人員，依貝氏焦慮量表分數降至13分為輕度焦慮。 3.後續照護追蹤:4/15至病房探視個案，坐在床上和家人聊天有說有笑，看到筆者來到病房關心，會主動向家屬介紹筆者，感謝加護病房的每一位醫療團隊的幫忙。觀察到個案現在的心情感覺輕鬆自在，臉上多了笑容。

### (三)知識缺失/與初次發病及缺乏心肌梗塞後續照護訊息有關(4/9-4/11)

主觀資料	1.4/11主動詢問「我出院後日常生活該注意什麼？出院後還可以騎腳踏車嗎？」 2.4/9住院前對食物好吃重鹹及肉。
客觀資料	1.4/9疾病診斷為急性心肌梗塞。 2.4/11當護理人員執行護理治療時，常會提問疾病術後照護及返家後如何自我照護等注意事項。
護理目標	1.4/11個案能說出發生急性心肌梗塞之症狀至少三項。 2.4/11個案能說出日後返家自我照護飲食、運動、藥物、日常生活注意事項每項至少3項。
護理措施	1.藉由院內心肌梗塞術後衛教單張，以開放式的溝通出院後的衛教，並採用提問式了解疾病認知程度。 2.衛教檢查後予觀察傷口內、外、上、下側有無出血及血腫瘀青。傷口處的結痂請勿剝除，有分泌物、發燒、腫大立刻返院。 3.利用講述法教導個案及家屬有關心血管疾病之注意事項，若個案能說出正確的認知與行為時，立即口頭回饋及讚美，內容如下： 4.飲食：(1)避免高膽固醇及高脂肪:如雞皮、豬皮、肥肉、油炸食物、動物內臟、蛋黃。避免過多的鹽分:罐頭及醃製品。減少精緻糖類的攝取:甜食、糕餅及水果罐頭等。多攝取高纖維的蔬菜水果等食物；(2)減少宵夜進食；(3)可多攝取雞肉、魚肉等白肉。 4-1運動：心導管術後3-6週，宜採漸進式(如散步、騎腳踏車)進行，依照醫生的建議每週3-7次，每次30-60分鐘，為暖身期5-10分鐘、有氧訓練期30-40分鐘、緩和期5-10分鐘。運動後有噁心、嘔吐、胸悶、盜汗、眩暈情形時，即表示心臟無法承受此活動應立即停止，並做充份的休息，休息後未有改善應立即就醫治療。 4-2藥物：4-2-1須按時服藥勿自行調整藥物及停藥。術後會長期使用抗血小板製劑，如解有黑便、牙齦出血、血尿等，應立即就醫。 4-2-2如有胸痛胸悶呼吸不順等心絞痛徵狀，應立即舌下服用硝酸甘油一顆，如未改善每隔5分鐘再含一顆，連續三次，無法減輕症狀或是與這次胸痛相似的狀況應立即就醫。 4-3日常生活須知：天氣太冷應注意保暖。勿喝酒及熬夜，保持情緒穩定放慢腳步，定期門診追蹤治療。

護理措施	5.本院設有營養諮詢室開放時間：星期一至五，早上0900-1200；下午1400-1700，可提供病患及家屬尋求有關心肌梗塞後及糖尿病之飲食衛教。
護理評值	<p>1.4/10轉出加護病房時傷口乾燥、無紅腫，無分泌物，紗布覆蓋；能說出術後避免憋氣或用力動作如用力解便、左手六個月內勿提重物、勿突然蹲下等動作。</p> <p>2.4/11個案能未經思考指出胸痛常見位置如：右手臂延伸至背部；並能說出當有胸悶、冒冷汗和呼吸不適時立即服用硝酸甘油或者及早就醫。</p> <p>3.4/11以回覆示教方式，個案可說出飲食採低鹽，減少高膽固醇及高脂肪飲食，多食用蔬菜水果；開始散步行走，每週至少3-5次，每次30-60分鐘；注意天氣的預報，保暖很重要等…按時服藥物自行減藥或停藥。</p> <p>4.後續照護計畫：4/30電訪個案，表示正在操場散步運動，已經維持1個禮拜3次，每次30-40分鐘；飲食也親手烹煮，少油少鹽；有固定回診這次4/25也準時回診評估用藥，為了健康我會繼續維持的。</p>

### 討論與結論

本文描述一位65歲女性初次罹患心肌梗塞個案於加護病房期間經歷冠狀動脈血流減少併發「心輸出量減少」置入IABP；對疾病威脅生命感到緊張「焦慮」；針對缺乏疾病後續照護訊息而有「知識缺失」等護理問題。護理過程中，經由醫療團隊緊急心臟復甦置入IABP後穩定血液動力學，減輕心臟負荷，維持生命徵象穩定，於4/11成功脫離管路；藉由改變臥位和局部按摩舒緩背部痠痛，增加舒適感；鼓勵正向溝通，清楚表達心中的疑問及內心感受，適時的讓家屬陪伴給予心理支持，降低心理產生的焦慮情緒；主動提供飲食、運動、藥物及日常生活須知等護理衛教指導，預防疾病再次復發。本個案護理經驗限制在於，雖主動提供疾病相關衛教及返家後之日常照護知識，但難追蹤得知個案返家後自我照顧的結果，觀察本人所屬之成人加護病房一週至少有6~10位病因急性心肌梗塞執行心導管檢查，研究指出第一期心臟復健回診率

達95%，接受第二期心臟復健運動僅占15%；另指出發現第二期心臟復健可以改善心肌梗塞病患的心肺耐力及肌力，建議出院時醫師能及時開立轉介至復健科門診陸續追蹤(Nibaure, et al., 2014)；對於未來實務具體建議，本單位因久臥病患甚多，易腰酸背痛引發疼痛及焦慮等不適感，臨床可規劃幾場在職教育，學習及體驗指壓、精油按摩，並學以致用於病患，以達到舒適護理(comfort care)。未來在照護此類似個案能藉由整合醫療團隊合作，促進個案生理、心理健康，給予最完整的照顧，提升整體醫療照護品質。

### 參考文獻

- 林世宗、呂炎原、徐漢仲(2013)·心肌梗塞之重新定義與臨床分類·*內科學誌*，24 (1)，1-11。doi：10.6314/JIMT.2013.24(1).01
- 林瑞英(2013)·一位急性心肌梗塞病併發因心性休克病人之護理經驗·*馬偕護理雜誌*，7 (1)，94-102。
- 胡倩青、林夷真(2012)·心肌梗塞之焦慮改善專案·*寶建醫護與管理雜誌*，10 (1)，34-44。

胡倩青、林夷真、林明正、韓若平(2013)·音樂治療對心肌梗塞病患之焦慮程度及生理反應之成效·*長庚護理*，24 (4)，357-364。

衛生福利部(2015，9月22日)·*死因統計*·取自 <http://www.mohw.gov.tw/news/531652300>

歐羽珊、陳淑媚、袁玉萍(2011)·一位心因性休克和併使用主動脈內氣球幫浦病人之加護經驗·*源遠護理*，5(2)，63-71。doi：10.6530/YYN.2011.5(2).09

Steg, P. G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Blomstrom-Lundqvist, C., Borger, M. A.,...

Zahger, D. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33(20), 2569-2619. doi:10.1093/eurheartj/ehs215

Niebauer, J., Mayr, K., Harpf, H., Hofmann, P., Muller, E., Wonisch, M., ...Benzer, W. (2014). Long-term effects of outpatient cardiac rehabilitation in Austria: A nationwide registry. *Wien Klin Wochenschr*, 126(5-6), 148-155. doi:10.1007/s00508-014-0527-3

靜  
思  
語

莫輕視小錢，積少成多能大用；  
勿養成揮霍，固本樸實顧元氣。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Do not belittle small amounts of money,  
for their sum can serve a great purpose.  
Do not develop a habit of lavish spending,  
for a thrifty and simple living  
is the key to abundance..

~ Master Cheng Yen ~

# An Intensive Care Nursing Experience of an Acute Myocardial Infarction Patient

Li-Jun Jang, Jen-Jen Hu\*

## ABSTRACT

This article described an intensive care nursing experience of a 65-year-old female patient with myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. The nursing period lasted from April 9<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup>, 2015. Gordon's eleven functional health patterns were applied to assess the data collected via observation, interview, and physical evaluation, and the following nursing issues were established: cardiac output reduction, anxiety, and knowledge deficit. During the nursing period, hemodynamic monitoring was performed to keep the patient's vitals stable, and allowed the patient to successfully weaned from assisted circulation. Through active care and companionship, the patient was encouraged to express her inner anxiety. To enhance the patient's self-care ability after discharge, the author actively provided disease related information and organized individualized health education. When faced with patients with similar conditions, nursing staff can acquire simple massage ability through continuing education to relieve the patients' anxiety. We hope that this nursing experience can serve as a reference when facing patients with similar conditions. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:4, 127-136)

**Keywords:** acute myocardial infarction, intra-aortic balloon pump, nursing experience

---

RN, Department of Nursing, Mennonite Christian General Hospital; Assistant HN, Department of Nursing, Mennonite Christian General Hospital\*

Accepted: November 02, 2017

Address correspondence to: Jen-Jen, Hu No. 44, Min-Cyuan Rd., Hualien City 97063, Taiwan

Tel: 886-3-824-1234 #1270 ; E-mail: luckjojo@mch.org.tw