

照護一位細菌性胸主動脈瘤術後併發主動脈食道瘻管個案之護理經驗

陳禕璋、田淑惠*、陳幸姬**

中文摘要

本篇個案報告是敘述一位細菌性胸主動脈瘤術後併發主動脈食道瘻管之61歲男性個案於住院期間引發之生、心理相關健康問題之護理過程。照護期間為2015年2月12日至4月2日，筆者經由直接照護、觀察、會談及查閱病歷等方式收集資料，並運用Gordon十一項健康功能型態進行評估，發現個案有現存性感染、急性疼痛與無望感等健康問題。在護理過程運用多層面之護理措施，更與多科團隊、家屬共同運用關懷、傾聽與同理心，鼓勵並支持個案自我照護，以克服無望感帶來的衝擊。筆者期望藉由照護細菌性胸主動脈瘤術後併發主動脈食道瘻管個案之護理經驗，提供未來護理同仁於臨床照護之參考。(志為護理，2019; 18:2, 97-107)

關鍵詞：細菌性胸主動脈瘤、主動脈食道瘻管、無望感

前言

細菌性主動脈瘤(mycotic aortic aneurysm)發生率佔主動脈瘤2.6%，胸主動脈是最常發生的部位(Lopes, Almeida, Dias, Pinho, & Maciel, 2009)，血管腔內胸主動脈瘤修復手術(thoracic endovascular repair, TEVAR)為主要治療

方式(Setacci, Donato, & Setacci, 2011；范、簡、楊、蔡，2014)。TEVAR術後併發主動脈食道瘻管(aortoesophageal fistula, AEF)極為罕見，發生率0.5%-1.7%，常見於TEVAR後7.4個月發生感染所致(Lee, Song, Kim, Park, & Choi, 2012)，死亡率55.5%，抗生素與手術為主要治療方式(Canaud et al., 2014)。此為

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院心臟胸腔外科專科護理師、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院外科副護理長*、
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院外科護理長**

接受刊載：2018年9月6日

通訊作者地址：田淑惠 花蓮市中央路三段707號

電話：886-3-8561-825 #6632 電子信箱：gin_0610@yahoo.com.tw

細菌性胸主動脈瘤接受TEVAR 術後合併 AEF之61歲男性個案，入院接受抗生素與手術治療，長時間無法由口進食而沮喪、情緒低落、淡漠、在病床與床邊便溺等不適當的因應行為，造成照護上的困難，因而引發探討之動機，希望藉由此護理經驗，提供護理同仁於照護相關個案之參考。

文獻查證

一、細菌性胸主動脈瘤

主動脈感染的危險因子與動脈粥狀硬化、主動脈損傷、先天性主動脈結構異常相關；臨床症狀包括發燒、胸痛、咳血、聲音沙啞等，常見致病微生物為非傷寒沙門桿菌與金黃色葡萄鏈球菌；診斷方式包括病史收集、身體評估，C反應性蛋白 C-reactive protein, (CRP)、血液細菌培養與電腦斷層檢查；治療以抗生素與手術為主，依據血液培養結果，手術前抗生素治療2至4週，術後6至12週直到無感染徵象與血液培養為陰性；手術包含三種方式：解剖外血管架橋(extra anatomic bypass)、原位重建(in situ reconstruction)與血管內支架置放(endovascular stent grafting) (Spelman, 2015; Steverlynck & Van de Walle 2013)。

二、主動脈食道瘻管

TEVAR術後發燒、合併上升的感染指數、咳血，應高度懷疑AEF，電腦斷層與食道、胃、十二指腸內視鏡應儘早安排以早期診斷與治療(Eggebrecht et al., 2009)。一旦發生AEF應立即禁止由口進食、接受抗生素治療後，評估個案整體狀況是否適合手術，左側或右側開胸手術視食道瘻管

位置而定，手術方式有胸主動脈人工血管置換或TEVAR，食道切除與重建，縱膈腔引流與使用網膜瓣(omental flap)修補瘻管(Akashi et al., 2014；Okita et al., 2014)。

三、AEF手術前後之護理

胸腔手術影響呼吸功能可能導致肺部合併症，術後疼痛須藉有效的溝通、術前衛教與多科團隊共同提供個別性處置；術前應告知個案與家屬從麻醉到開胸手術後的過程、加護病房停留的時間、胸管置放、疼痛處置、預估進食時機、可能的併發症、醫護團隊能提供的協助，以降低焦慮；術後目標為增進氣道清除能力、降低疼痛與不適、增加活動度以減少肺部合併症，維持適度水份與營養，增進個案自我照護能力(Hinkle & Cheever 2013; Hiratzka, 2010)。

胸腔手術依型態不同而有牽涉到不同合併症的風險(Hinkle & Cheever, 2013)，再次手術常導致超長住院、恢復期延長，個案必須承擔較大的身心壓力。再次手術常聯結孤單與無望感。對非計劃性的再次手術，個案會經歷心理、社會等外在的反應如焦慮、悲傷、感覺失望、無望與氣憤。但也可能在健康照護體系中感覺到信任與尊重。健康照護者的行為之所以重要且被察覺，是因為良好的溝通，正確訊息的提供，建立信任且安全的照護，在對於協助個案處理類似的情況是有意義的(Dillström & Bjerså 2017)。

護理過程

一、個案簡介

(一)基本資料

個案為61歲男性，不識字，獨居，主要語言為臺語，信仰道教，未婚，與女友育有一女20歲，女兒與女友住高雄，大哥住醫院附近，二哥與個案家相近，與兄長平時少往來，經濟來源為每月低收入戶補助金及打零工，無積蓄。

(二)入院及治療經過

2014/06/12~06/23	細菌性胸主動脈瘤接受TEVAR手術。
2014/08/02~09/22	發燒，抗生素治療。
2015/01/19~02/04	咳血，抗生素治療。
2015/02/12	咳血、發燒，至外院求診並入院接受抗生素治療，胸部電腦斷層發現胸主動脈支架旁有不正常空氣聚集，疑似感染而轉本院。
2015/02/13	上消化道內視鏡檢查診斷AEF，放置經鼻十二指腸管(Nasoduodenal tube; ND tube)。會診感染科。
2015/02/17	因ND tube 於2/14滑脫，已於2/15重置一次，再於2/16滑脫，考量個案需禁止從口進食，腸道為最佳營養來源，因此安排空腸造口灌食管置放手術。
2015/02/18	空腸造口管灌。
2015/03/03	會診心理師、社工師。
2015/03/17	右側開胸，網膜瓣修補瘻管手術，術後入外科加護病房觀察。
2015/03/18	轉病房。
2015/03/28	由口進食。
2015/04/02	轉感染科繼續抗生素治療。

二、護理評估

筆者於照護期間2015年2月12日至4月2日，應用Gordon十一項健康功能型態評估方式，呈現個案身、心、社會之健康狀態。

(一)健康認知與健康處理型態

未發病前自認健康，每天一包菸、一杯米酒已40年，因接受TEVAR手術戒菸、戒酒半年，高血壓病史20年，未規則服藥，平時頭暈或不適時才會至診所就醫。3月1日案女表示個案認為吃那麼多藥物會造成身體負擔，曾使用藥物導致全身紅疹、皮膚脫屑，故不願按時服藥。

(二)營養與代謝型態

入院身高168公分，體重64.8公斤，身體質量指數(Body Mass Index, BMI)：22.9Kg/m²。住院期間三餐由大嫂準備，喜好醃漬與重口味食物。2月12日診斷AEF即禁食，2月13日置放ND tube但反覆滑脫，2月17日空腸造口灌食管置入手術，2月18日至3月27日接受腸道營養，營養師評估熱量需求為1,800卡/天，3月28日經口喝水，開始漸進式流質與軟質飲食。4月2日體重64.8公斤，BMI:22.9 Kg/m²。

(三)排泄型態

住院前每1-2天解1次黃褐軟便，尿液黃色清澈，無解尿困難。2月17日開始接受空腸造口管灌，偶有便秘情形，軟便劑使用後每天解便一次，於管灌餐與餐間補充350ml的水，共2,500ml-3,000ml/天。

(四)活動與運動型態

入院前生活可自理，偶下田種菜，騎腳踏車出門與朋友聊天、打零工貼補零用錢。2月12日經急診入院，情緒極度低落，鮮少與病友交流。3月17日接受手術，因傷口疼痛害怕下床活動，3月25日拔除右側胸管，活動不需協助，無呼吸費力，四肢肌力5分；呼吸：18次/分、血壓：110/78mmHg、SPO2：98%。

(五)睡眠與休息型態

在家晚上9點就寢，早上6點左右起床，活動多時可睡到早上8點，平均睡眠時間10小時，睡眠品質佳、少中斷。住院期間晚上9點入睡，早上7點醒來，可維持9-10小時的睡眠時間，未使用安眠藥；3月16日凌晨2點探視，個案平躺直視，眼神空洞，面無表情，表達關心時即轉身不回應；3月20日術後傷口疼痛，疼痛指數7-8分。

(六)認知感受型態

意識清醒，沈默寡言，小學未畢業，臺語溝通，無聽力及視力障礙，可清楚表達想法並理解他人意思，平時少有外傷或病痛，自覺對疼痛耐受力很高，只要忍耐一下就過了，無服用成藥。3月18日接受手術，右側胸管留置，表情痛苦，皺眉，身體持續呈同一姿勢，手緊握床欄，呼吸淺快，體溫：36.9°C，脈搏：108次/分，呼吸：24次/分，血壓：138/80mmHg。3月20日主訴「動的時候會痛！會拉到管子，」、「用力咳嗽會很痛，都不敢用力咳嗽」，3月22日「不要碰！管子那裡會痛，一陣陣的抽痛，不要動就不會痛了」，自訴疼痛指數約7-8分，使用止痛藥後疼痛可緩解2-3分，3月23日觀察右背部墊翻身枕；咳嗽時，會以雙手環抱右胸處，使用枕頭壓住胸前傷口以減輕疼痛，漸進式下床，避免胸管拉扯。

(七)自我感受與自我認知型態

2月24日醫師向個案與女兒解釋病情，個案表情顯得沮喪落寞，低頭不語。2月26日案女「爸爸一直生氣因為不想打點滴」、「爸爸一直對我生氣」，予關

懷時低頭不語、皺眉，手不斷摳注射處敷料。3月1日主訴「管子拔掉就不用打點滴了，也不用醫了」且哭泣。3月2日主訴「我要把管子拔掉然後跑走，一直打針沒用，不會好」，「得了這個病人生已無目標」，「原本想陪她(女友)回診，自己也生病住院」，語氣充滿無奈。施打抗生素時，手藏棉被裡或大力揮動拒絕治療，自覺人生無目標，沒有希望，常無故哭泣、易怒、淡漠，拒絕治療並隨地便溺。

(八)角色與關係型態

身兼父親、弟弟、情人及病人的角色，平時生活由二哥協助；女兒此次辭去高雄的工作到醫院照顧個案，常不在病房，少與個案互動；大哥住醫院附近，住院期間需做重大決策如手術，女兒會找大伯討論後決定。

(九)性與生殖型態

未婚，與女友育有一女，生殖系統外觀無異常。

(十)適應與壓力耐受型態

住院期間常低頭或直視前方，少正視醫護人員，回答問題以單字、點頭、搖頭及聳肩回應。3月3日照會心理師及社工師訪談，個案表示壓力源為工作收入少、無法陪伴生病的女友及要應付疾病，覺得害怕，不是故意為難醫護人員。3月22日協助中心靜脈導管護理時，個案淚訴「我會好嗎？會死嗎？」，「如果不會好，也沒有希望，乾脆死，我也不知道要幹什麼！」。

(十一)價值與信念型態

家中供奉神明，偶參加社區宗教活動，遇到不順遂的事會到廟裡求神明指

示，生病後認為健康最重要。

問題確立

綜合上述護理評估，彙整並確立個案健康問題與導因如下：

- 一、現存性感染／細菌性胸主動脈瘤、手術後傷口、中心靜脈導管、胸管與導尿管；
- 二、急性疼痛／與手術後傷口、胸管置放有關；
- 三、無望感／因疾病反覆入院，對未來沒有希望。

護理問題一：

現存性感染／細菌性胸主動脈瘤、手術後傷口、中心靜脈導管、胸管與導尿管(2015年02月12日-2015年04月02日)

主觀資料：

- 1.2/12 :在家會發冷，一陣一陣的。
- 2.2/12:家裡沒有溫度計，在家的時候會覺得身體熱熱的。

客觀資料：

- 1.體溫與檢驗值變化(如下表)
- 2.2/12 急診血液培養: *staphylococcus saprophyticus* 與 *pseudomonas aeruginosa*。
- 3.3/17接受右側開胸AEF修補手術，右胸傷口長15公分，無紅腫或滲出液。

1.體溫與檢驗值變化

日期	2/12	2/24	3/2	/18	3/19	3/23
顛溫(°C)	37	36.6	36.1	37.2	38 ↑	36.
白血球103	13.2 ↑	9.92	6.79	10.49 ↑	7.95	7.01
Band(%)	.5	0	0	9	1.0	0
CRPmg/dl	27.74 ↑	1.3 ↑	0.8	-	-	3.32 ↑

4.3/17術後右側胸管與右頸中心靜脈導管留置，置入處無發紅、無滲液。

5.3/17術後16Fr導尿管置放，尿液色淡黃、清澈。

護理目標：

- 1.照護期間顛溫不超過37.8 oC。
- 2.手術縫線傷口於照護期間無紅、腫、熱、痛、或異常分泌物等感染徵象。
- 3.侵入性管路(中心靜脈導管、胸管與導尿管)移除前後無紅、腫、熱、痛、或異常分泌物感染徵象。
- 4.個案與女兒能說出二種感染徵象與減少感染的注意事項。

護理措施：

- 1-1.與醫師、營養師討論以提供足夠水份與熱量的攝取。
- 1-2.持續監測生命徵象及早發現感染徵象。
- 1-3.依醫囑給予doripenam 250mg IVD Q12H、metronidazole 500mg IVD Q6H。
- 2-1.執行傷口及管路照護時，觀察傷口與周圍皮膚有無紅、腫、熱、痛或異常分泌物。
- 2-2.與營養師討論管灌期間提供足夠的熱量以利傷口癒合。
- 2-3.當個案開始由口進食，即教導個案及

家屬可依喜好，食用富含高蛋白及維他命的飲食(如: 蔬菜、水果、魚、肉、蛋、奶及豆類) 以促傷口癒合。

3.管路照護：

- (1)以無菌技術執行導管護理，消毒方式由中心往外，大於覆蓋敷料範圍。
- (2)執行導管護理，觀察置入處是否紅、腫、熱、痛或異常分泌物。
- (3)教導個案胸瓶應低於胸管置放處；尿袋低於膀胱。
- (4)每日協助執行身體清潔。
- (5)教導個案與家屬傷口及管路感染之徵象。
- (6)與醫師討論及早移除中心靜脈導管與導尿管。

4.衛教個案及家屬返家後若有發燒寒顫可能是感染徵象，應儘速就醫。

結果評值：

- 1-1.4/2轉感染科前顛溫均低於37 oC。
- 1-2.3/31 顛溫:36.40C，白血球:5.24*10³/uL，band:1.5%，CRP:1.29 mg/dl ↑。
- 2.3/31右胸手術傷口縫線拆除，無紅、腫、熱、痛、或異常分泌物等感染徵象。
- 3-1.侵入性管路(中心靜脈導管、胸管與導尿管)無感染徵象。
- 3-2.3/20移除導尿管，個案可下床如廁，無解尿困難、頻尿等症狀。
- 3-3.3/25移除胸管，移除處無紅腫。
- 3-4.3/28移除中心靜脈導管，移除處無紅腫。
- 4.3/31 個案與女兒能說出感染徵象:發燒與寒顫；減少感染注意事項為: 多攝取水果、蛋白質食物等。

護理問題二：

急性疼痛／與手術後傷口、胸管置放有關(2015年03月18日-2015月03月25日)。

主觀資料：

- 1.3/18「動的時候會痛！會拉到管子，」、「用力咳嗽會很痛，都不敢用力咳嗽」。
- 2.3/22「不要碰！管子那裡會痛，一陣陣抽痛，不要動就不會痛了，7-8分痛」。

客觀資料：

- 1.3/19拒絕下床，表情皺眉愁苦，左側臥且維持相同姿勢，手緊握床欄，呼吸淺快，體溫:36.9oC，脈搏：108次/分↑，呼吸：24次/分，血壓：138/80mmHg，疼痛指數7-8分。
- 2.3/19執行右側胸管管路照護時，表情皺眉，肌肉緊繃，觸碰管路時身體會退縮。
- 3.3/23起身下床動作緩慢，皺眉，手摸患處。

護理目標：

- 1.3/22止痛劑使用後自訴疼痛指數可由7-8分降至2-3分。
- 2.3/23個案能正確使用至少兩種，非藥物性減輕疼痛不適的方法。
- 3.3/25疼痛緩解後可下床活動30分鐘。

護理措施：

- 1-1.依醫囑給予ultracet 1tab po Q6H，按時給藥，維持藥物的血中濃度，避免止痛效果不足與副作用的產生，如噁心、嘔吐、頭暈、便秘。
- 1-2.給藥一小時後探視、關懷、傾聽個案疼痛感受及疼痛引起之情緒反應，詢問：「哪裡不舒服？」或「還會痛

嗎？」。

1-3.給予口服止痛藥後，疼痛評估若個案自訴5-6分，依醫囑給予pethidine 40mg IM prn Q4H，於30分鐘後再評估疼痛緩解情形，紀錄疼痛減輕程度及副作用。

1-4.換藥前主動給予止痛劑，依醫囑給予pethidine 40mg IM prn Q4H，減輕換藥時疼痛感，促進舒適度。

2.指導運用非止痛藥緩解疼痛的方法：

- (1)安排舒適臥位，提供翻身枕於右背處，避免壓迫胸管引起疼痛。
- (2)翻身時以枕頭固定於胸前，避免肌肉牽扯引起疼痛。
- (3)轉移注意力-教導案女及志工陪伴個案聊天、觀看電視放鬆其心情。
- (4)教導下床活動時循序漸進，將床頭抬高，再以單手或雙手環抱固定右胸傷口，避免傷口及管路拉扯引起疼痛。
- (5)教導用力咳嗽或深呼吸時，使用雙手固定傷口及管路。
- (6)協助身體清潔增加舒適感。
- (7)胸管處以舒適膠布加強固定，避免管路拉扯引起疼痛。
- (8)使用胸瓶置放架，避免胸瓶傾倒而拉扯管路。

3-1.換藥時動作輕柔，膠帶平整貼於皮膚，撕除膠帶時一手固定皮膚，膠帶由傷口邊緣向中心順毛撕除，減輕換藥時疼痛。

3-2.疼痛緩解後，陪伴在病室走動，並觀察疼痛情形。

結果評估：

1.3/22依醫囑予pethidine 40mg IM prn Q4H後，個案主動說出疼痛緩解，主

訴「打完沒那麼痛了，2分痛而已」，表情平順，呼吸平穩規律，體溫：36.9 oC，脈搏：98下/分，呼吸：18次/分，血壓：124/81mmHg，疼痛指數1-2分；觀察個案並未因注射pethidine產生眩暈、鎮靜、噁心、嘔吐、流汗等副作用。

2.3/23-25觀察個案臥床翻身移位時，先以枕頭固定於胸前；下床前先將床頭抬高，再以單手或雙手環抱固定右胸傷口，減輕傷口疼痛，直到3/25移除胸管。

3.3/23-25給予非藥物止痛之護理措施後，疼痛指數皆維持在2分以下，可下床活動30分鐘。

護理問題三：

無望感／因疾病反覆入院，對未來沒有希望(2015年03月01日-2015年04月02日)

主觀資料：

1.3/1「住院跟開刀那麼多次，都不會好」「管子拔掉就不用打點滴了，也不用醫了」。

2.3/2「我要把管子拔掉然後跑走，一直打針也沒用，打針也不會好」。

3.3/22「我會好嗎，會死嗎」「如果不會好，也沒有希望，乾脆死，我也不知道要幹什麼」。

客觀資料：

1.2/14 103年6月TEVAR術後反覆入院。

2.ND tube於2/14滑脫，已於2/15重置一次，再於2/16滑脫，2/17接受空腸造口灌食管置放手術。

3.3/1低頭哭泣，表情淡漠、皺眉。

4.3/2嘴角下垂，哭泣，手藏在棉被裡，大力揮動手表示拒絕治療，管路差點滑脫。

5.3/2-3/5直接於病床上解便，尿於地上及褲中，不願沖洗，眼神空洞，站著不發一語。

6.3/3主治醫師告知個案繼續抗生素治療時，表情淡漠，未正視主治醫師，面無表情。

7.3/2-3/21常哭泣，易怒、對問話無反應，鬱鬱寡歡，少眼神接觸，給予關懷總是沒有回應，拒絕治療，對外界事物不感興趣。

護理目標：

1.3/16個案可以了解疾病進展及治療方向，願意配合治療。

2.3/23個案能表達心中感受，表現出正向情緒。

3.3/28個案能自理日常生活。

護理措施：

1-1.當出現情緒低落或擔心時，不批評其想法與反應，用心陪伴個案15分鐘，透過陪伴及真誠傾聽了解並鼓勵說出心中感受，澄清擔心的問題，建立信任感及互動式治療性關係。

1-2.會診心理師、社工師進行會談，評估心靈狀態，澄清內心的想法。

1-3.觀察情緒反應，鼓勵女兒增加陪伴時間並給予個案鼓勵，協助女兒每天幫個案身體清潔，過程中引導個案說出不適之處。

2-1.運用另類溝通，引導個案主動參與治療與自我照顧，如「你今天認識一顆藥我就唱歌給你聽！」「打完點滴我就做很醜的鬼臉，看你會不會

笑！」。

2-2.協同主治醫師於3/3、3/20、3/29、3/31與個案、大哥及女兒解釋病程進展、治療方式及預後，減輕個案與家屬的擔憂。

2-3.請志工協助理髮，每日陪伴外出活動至少一小時。

2-4.因個案家中供奉神明，告知個案病房區設有佛堂，請女兒陪伴走至佛堂，期待個案的活動區域能擴展至病室外。

3-1.當個案配合治療或主動參與自我照顧時，立即給予讚美激勵其正向行為表現，女兒：「你做的很好哦！媽媽在高雄等你！你對媽媽很重要」。

3-2.幫助個案確認其女兒及女友在生命中持續扮演重要角色，「你女兒跟你女朋友都希望你好起來，在臺東一起生活」。

結果評值：

1.3/3經由心理師及社工師訪談後，個案能主動說出心中感受，表達「不是故意要為難護理師，只是覺得要應付這個病，覺得很怕，生活沒有希望」。

2.3/2-3/10使用輕鬆、活潑且親切的方式執行護理衛教時，個案能接受治療，3/10個案主訴「你這樣很醜很好笑耶！」「每天看到你很开心」開心的面帶笑容，與個案對話時可正視護理師，能以完整字句回應。

3.3/20-3/27觀察個案從不願走出病室、由女兒陪伴、進一步獨自走出病房活動，主動與護理師點頭招呼，面帶靦腆微笑，顯示壓力源減輕，負向情緒減少。

4.3/21個案在女兒陪伴下走到浴室盥洗、上廁所，也能走出病室到佛堂。

5.3/27醫師告知可由口進食，個案表情愉悅。

結論

本篇描述細菌性胸主動脈瘤術後併發AEF個案之護理經驗，筆者運用Gordon十一項健康功能型態進行評估，個案因接受抗生素與手術治療，忍受長期禁食、術後傷口疼痛、無法陪伴女友的焦慮、疾病復原的不確定感，產生淡漠、表示不願治療及隨地便溺等不適當的壓力因應行為，筆者藉由同理傾聽、真誠的態度關懷個案，心理師及社工師訪談、志工陪伴等團隊照護，協助其了解目前身體狀況以增加控制感。個案於4月2日轉至感染科繼續抗生素治療時，眼角泛淚：「護理師，我可以在這裡打抗生素就好了嗎？我想留在這裡」，離開病房前面帶笑容說：「謝謝妳喔！我好很多了！」緊握筆者雙手，離開時向病房護理師揮手表達感恩之意。個案於4月15日出院，返家後由社工師協調當地社區志工前往住所關懷，提供必要的協助。電話聯絡案女表示個案返家後情緒穩定，且按時回感染科門診追蹤。

經由此個案的護理經驗得以運用與文獻相符之處置提供細菌性胸主動脈瘤術後併發AEF之醫療及護理照護；唯臨床護理人員常因忙碌而忽略個案內心真正的想法，面對長時間住院治療的個案，建議除了解決病患生理問題之外，心理層面的照護亦不能忽略，當護理評估發現個案有不適應的

心理問題時，護理人員能運用傾聽技巧、多一份耐心與關懷，了解個案內心深層的糾結，與跨團隊照護的即早介入，必能提供個案完整及持續性的照護，促進病患的預後。

參考文獻

- 范雅芬、簡禎彥、楊惠媛、蔡榮美(2014)·血管腔內主動脈瘤修復手術(EVAR)的護理·*護理雜誌*，61(2)，95-100。doi:10.6224/JN.61.2.95
- Akashi, H., Kawamoto, S., Saiki, Y., Sakamoto, T., Sawa, Y., Tsukube, T., ...Fujita, H. (2014). Therapeutic strategy for treating aorto-esophageal fistulas. *General Thoracic Cardiovascular Surgery*. 62:573-580. doi :10.1007/s11748-014-0452-4
- Canaud, L., Ozdemir, B. A., Bee, W. W., Bahia, S., Holt, P., & Thompson, M. (2014). Thoracic endovascular aortic repair in management of aorto-esophageal fistula. *Journal of Vascular Surgery*, 59, 248-54
- Dillström, M., & Bjerså, K. (2017). Patients' experience of acute unplanned surgical reoperation. *Journal of Surgical Research*, 209, 199-205.
- Eggebrecht, H., Mehta, R. H., Dechene, A., Tsagakis, K., Kühl, H., Huptas, S., ...Erbel, R. (2009). Aorto-esophageal fistula after thoracic aortic stent-graft placement. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 2(6), 570-586. doi:10.1016/j.jcin.2009.03.010
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2013). Respiratory care modalities. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (13th ed., pp. 522-537). Lippincott Williams & Wilkins.

- Hiratzka, L. F., Bakris, G. L., Beckman, J. A., Bersin, R. M., Carr, V. F., Casey, D. E., ... & Kouchoukos, N. T. (2010). 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. *Circulation*, *121*(13), e266-e369. doi: 10.1161/ CIR.0b013e3181d4739e
- Lee, S. H., Song, P. S., Kim, W. S., Park, K. B., & Choi, S. H. (2012). A case of stent graft infection coupled with aorto-esophageal fistula following thoracic endovascular aortic repair in a complex patient. *Korean Circulation Journal*, *42*, 366-368.
- Lopes, R. J., Almeida, J., Dias, P. J., Pinho, P., & Maciel, M. J. (2009). Infectious thoracic aortitis: A literature review. *Clinical Cardiology*, *32*, 488-490. doi:10.1002/ clc.20578
- Okita, Y., Yamanaka, K., Okada, K., Matsumori, M., Inoue, T., Fukase, K., ...Ohara, T. (2014). Strategies for the treatment of aorto-oesophageal fistula. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, *46*(5), 894-900. doi:10.1093/ejcts/ezu094
- Setacci, C., Donato, G., & Setacci, F. (2011). Endografts for the treatment of aortic infection. *Seminars in Vascular Surgery*, *24*, 242-249
- Spelman, D.(2015). *Overview of infected (mycotic) arterial aneurysm*. Retrieved from <http://www.uptodate.com.hls.w.tzuchi.com>.
- Steverlynck, L., & Van de Walle, S. (2013). Mycotic thoracic aortic aneurysm: Review of the diagnostic and therapeutic options. *Acta Clinica Belgica*. *68*(3), 193-8

靜
思
語

能付出的人生最快樂也最踏實。

~ 證嚴法師靜思語 ~

The happiest and also most practical way of life
is to render our dedication.

~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of a Patient with Mycotic Thoracic Aortic Aneurysm Complicated by Aorto-esophageal Fistula

Yi-Wei Chen, Shu-Hui Tian*, Hsin-Chi Chen**

ABSTRACT

The case report described the nursing experience of a 61-year-old male patient with mycotic thoracic aortic aneurysm complicated by aorto-esophageal fistula and the physiological and psychological health issues that occurred during hospitalization. Data was collected using intensive observation, individual interviews and chart review during the nursing period between February 12th and April 2nd, 2016. The major health problems identified using Gordon 11-item functional health pattern assessment were existing infection, acute pain, and hopelessness. During the nursing process, the authors utilized multilevel nursing interventions, combined with a collaborative effort with a multidisciplinary team and the patient's family using caring, listening and empathy to encourage and support the patient in self-care and in overcoming the adverse impact of hopelessness. The authors hope to provide this nursing experience of a patient with mycotic thoracic aortic aneurysm complicated by aorto-esophageal fistula as a clinical reference for nursing staff when receiving similar patients in the future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2019; 18:2, 97-107)

Keywords: aorto-esophageal fistula, hopelessness, mycotic thoracic aortic aneurysm

Nurse Practitioner, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation; Assistant HN, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation*; Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation**

Accepted: September 6, 2018

Address correspondence to: Shu-Hui Tian 707, Sec. 3, Zhong-Yang Rd., Hualien, Taiwan, 97004

Tel: 886-3-8561-825 #6632 E-mail: gin_0610@yahoo.com.tw