

從靜止到重生—— 布魯格達氏症候群病人 植入心臟去顫器之加護經驗

黃琬婷、孫淑萍

中文摘要

本文為49歲男性因布魯格達氏症候群引發心律不整，於家中突發心跳停止，經急救復甦後入住加護病房的護理經驗。住院期間個案接受目標體溫管理以降低腦部損傷風險，並於意識恢復後植入體內心臟去顫器，以預防致命性心律不整再次發生。透過臨床觀察、會談、病歷查閱及整體性評估，確立健康問題包括與到院前心跳停止相關之潛在腦組織灌流不足，以及面對生命威脅終生需與去顫器共存所引發的焦慮。照護重點為穩定生命徵象、提供疾病與裝置相關衛教、運用家屬支持與宗教信仰力量，引導個案情緒調適及心臟去顫器植入後之自我照顧。最終降低其焦慮程度並積極正向面對疾病造成之挑戰。(志為護理，2026; 25:4, 102-110)

關鍵詞：布魯格達氏症候群、目標體溫管理、植入型心臟去顫器、焦慮

前言

布魯格達氏症候群(Brugada syndrome)為一種遺傳性心臟離子通道疾病，患者多無明顯結構性心臟病變，卻可能在日常生活中突發惡性心室性心律不整，進而導致心因性猝死，對病人及家庭造成重大衝擊(Nakano & Shimizu, 2022)。根

據系統性文獻回顧與分析顯示，布魯格達氏症候群在一般成人族群中全球盛行率約為每千人 0.5 人，而亞洲地區盛行率顯著較高，其中東南亞地區可達每千人 3.7 人，顯示明顯的族群與地區差異(Vutthikraivit et al., 2018)。儘管布魯格達氏症候群在一般族群中整體盛行率不高，然其在特定高風險死亡族群中卻具

台南市立醫院護理師

接受刊載：2026 年 3 月 15 日

通訊作者地址：孫淑萍 701台南市東區崇德路670號

電話：886-6-260-9926 電子信箱：jjeccyy0703@gmail.com

有重要臨床意義。國內研究指出，在無明顯結構性心臟病之突然心因性死亡或心律不整性猝死病例中，約有半數最終被歸因於布魯格達氏症候群，且多發生於中壯年男性族群(Wu et al., 2018)。因此，雖然布魯格達氏症候群雖屬罕見疾病，但其在猝死病因中的相對比例與致命性，使其成為臨床照護與不可忽視之疾病。

本文為一位首次被診斷布魯格達氏症候群之患者，於夜間睡眠中突發惡性心律不整而心跳停止，經急救復甦後入住加護病房接受照護，並植入體內心臟去顫器(implantable cardioverter-defibrillator, ICD)。面臨突如其來的生命威脅與瀕死經驗後，個案出現明顯的心理衝擊，加上未來需長期與心臟去顫器共存，使其在疾病認知、心理調適與自我照護上承受很大壓力。文獻指出心因性猝死存活者若缺乏適切支持，常出現焦慮、生活適應困難及自我照護能力不足等問題，進而降低治療依從性並增加再入院與不良事件風險(Agarwal et al., 2022)。因此，在急性照護情境中如何提供兼具生理穩定、心律監測及心理支持之整體性護理，並透過個別化介入增進其疾病認知與提升自我照護能力，為本文探討之動機。

文獻查證

布魯格達氏症候群介紹

布魯格達氏症候群(Brugada syndrome)為罕見遺傳性心臟疾病，其病理機轉與鈉離子通道基因突變造成之離子流異常有關，導致心室電生理失衡並引發惡性

心律不整(Huttelmaier et al., 2024)。典型心電圖的表現為右前胸導程(V1-V3)出現J波上升與ST波段變化，且多無明顯結構性心臟病變(Milman et al., 2018)。好發於中壯年男性，常於睡眠或休息時發生，臨床表現包括昏厥、心室頻脈、心室顫動與心因性猝死(Vutthikraivit et al., 2018)。對於具惡性心律不整或心因性猝死高風險之病人，ICD為目前預防再發致命性心律不整的唯一有效治療方式(Nakano & Shimizu, 2022)。

心跳停止復甦後目標體溫管理與照護

相關研究顯示當心跳停止超過4至6分鐘後，腦部因缺乏灌流易發生缺氧性腦病變，而在心肺復甦過程中，再灌注亦可能造成額外神經傷害(Duan et al., 2022)。臨床研究指出，於復甦後盡早實施目標體溫管理(targeted temperature management, TTM)，將體溫維持32至36°C至少持續24小時，可提高神經學恢復比例(Lee et al., 2024)。相關指南與專家共識建議，在復溫後48小時內需嚴密監測體溫變化，維持適當血流動力學，收縮壓高於90mmHg、平均動脈壓高於65mmHg，以確保腦部灌流。在TTM執行期間，護理照護需依循指引進行，包括密切監測意識狀態及生命徵象、觀察低溫貼片使用部位是否有凍傷或壓力性損傷，並定時評估血液電解質以降低心律不整風險(Hirsch et al., 2024)。TTM結束後仍須持續監測意識恢復與癲癇發作情形，作為神經學預後評估(Geller et al., 2023)。

經急救復甦後及植入體內心臟去顫器之照護

植入體內心臟去顫器為目前布魯格達氏症候群患者最主要的治療方式，其目的是避免再次發生心律不整造成猝死的風險(Huttelmaier et al., 2024)。但隨著病況改善並回歸日常家庭生活，患者可能因身體變化及體內心臟去顫器不定時放電所造成之電擊不確定性而出現焦慮，進而導致活動受限及情緒不安等心理社會反應(Galo et al., 2024)。此外，患者於加護病房治療期間，因陌生環境、與家屬分離、多項侵入性治療，以及罹患心臟疾病並經歷致命性心律不整所帶來的死亡威脅，更容易產生死亡焦慮。文獻指出，可透過建立信任的護病關係並評估焦慮程度，主動表達關懷與支持；夜間採集中護理，降低警示聲響並調整室內光線刺激；引導患者表達焦慮想法與後續計畫；搭配音樂輔助以促進睡眠；並鼓勵家屬探視以提供心理支持(李、馮，2020)。

個案簡介

一、基本資料

個案為49歲已婚男性，慣用為國臺語，信仰基督教。已婚育有一子，與妻兒同住，從事銀行業務，經濟狀況穩定。無慢性疾病但有糖尿病家族史。

二、入院經過

個案於2023年5月1日夜間休息時突然發出異常呼吸音且叫喚不醒，案妻撥打119求救並執行心肺復甦術。救護人員抵達現場使用自動體外除顫器並啟動電擊，去顫電擊後個案恢復生命徵象並送至急診，進行氣管內插管及呼吸器治療。X光顯示肺部浸潤抗生素使用，血

壓低升壓劑使用。個案出現全身陣攣性抽搐給予抗癲癇藥物後轉入加護病房。急救復甦後格拉斯哥昏迷指數(Glasgow Coma Scale, GCS)E1VEM1進行目標體溫管理。由心電圖變化診斷為布魯格達氏症候群。5月5日移除氣管內管，5月8日植入體內心臟去顫器。5月9日轉至一般病房，5月11日病情穩定出院。

護理評估

2023年5月1日至5月9日護理期間，經由觀察、會談、傾聽、身體評估及查閱病歷等方式收集資料，依生理、心理、靈性及社會層面進行整體性健康照護評估。

一、生理層面評估

(一)氧合與循環：5月1日經急救復甦後GCS E1VEM1，雙眼瞳孔大小3.5mm，對光有反射，四肢肌力0分，末梢溫度冷，呼吸器採壓力控制型通氣模式，給氧濃度30%使用，血氧飽和度100%，呼吸無使用輔助肌，痰液量中黃白稠，體溫36.2℃、心跳102次/分、呼吸21次/分，血壓77/58mmHg，行目標體溫治療期間預防肌肉顫抖給予鎮靜劑及肌肉鬆弛劑使用，心臟超音波檢查顯示左心室射出率為67.7%、輕微二尖瓣及三尖瓣脫垂，5月3日TTM治療完成，調降鎮靜劑及肌肉鬆弛劑使用，四肢末梢溫暖，四肢肌力1-2分，5月4日GCS E4VEM6，體溫36.5℃、心跳103次/分、呼吸17次/分，血壓125/73mmHg，四肢肌力回復至4-5分，綜合以上評估有潛在腦組織灌流失效之健康問題。

(二)排泄與體液電解質：個案平日排尿

順暢，排便一天一次，無腹瀉或便秘之情形，急救後為監測尿液放置尿管引流，24小時尿量約1,430-2,150ml，腸蠕動5-10次/分，腹部軟，扣診呈鼓音。

(三)營養：身高175公分，體重68.2公斤，身體質量指數為 22.3 kg/m^2 ，血清白蛋白 4.2 gm/dl 。案妻表示個案平時工作忙碌經常外食，對食材無禁忌，沒有食物過敏，每日固定食用綜合維他命。口腔黏膜完整，牙齒無缺損；5月3日起經鼻胃管灌食1,000卡/天，每餐消化吸收良好；5月6日拔除鼻胃管後能由口進食，每餐可吃300-350gm稀飯。

(四)皮膚：5月9日左鎖骨下植入體內心臟去顫器之傷口約5公分，傷口以紗布及布膠覆蓋，外觀乾淨，無出血及血腫情形，其餘皮膚完整無損傷。

(五)睡眠休息與活動運動型態：個案平日生活自理，無午休習慣，夜眠時數約6-8小時。TTM治療期間曾使用鎮靜劑，於5月3日回溫後即停止使用。5月4日GCS E4VEM6，個案用筆談詢問：「為什麼會在醫院？」，護理人員向其解釋原因後表示：「我會不會睡著睡著又再次發生心跳亂跳？然後就死了！」、「我一直想著如果心跳又亂跳，來不及交代事情怎麼辦？」，5月4日筆談表示：「擔心自己的疾病狀況，入睡困難，夜間多次醒來，感覺好累」。綜合以上評估有焦慮相關的健康問題。

二、心理層面評估

5月4日個案可用紙筆溝通表示：「對於入院過程無記憶，最後記憶只停留於家中入睡前」。清醒後可見其雙手緊握、上半身略呈僵硬姿勢。當醫療設備

警示聲響起時，個案立即抬頭張望，呼吸變得急促，雙手緊抓床欄，並反覆拍打床架。5月4日個案以紙筆寫下：「雖然自己住院治療，但這已讓家人頻繁奔波，他對於後續生活是否能回到生病前的狀態感到不確定與憂心。」5月5日個案擔憂詢問：「如果不放置去顫器，未來是否還會再次像這次一樣徘徊在生死邊緣？」、個案低聲感嘆：「如今才明白死亡是如此接近」、「想到自己才將近五十歲，卻必須終身與去顫器共同生活，甚至可能需要再次接受手術更換電池，這讓我感到焦慮不安」、「若去顫器突然沒電，是否就表示著生命結束？」、「如果不接受植入，如果再次發生心律不整，是否會重演這次緊急送醫的情況？我以後還能安心睡覺嗎？會不會就此一覺不醒？」依據貝克焦慮量表評估，個案得分為26分，屬於重度焦慮。綜合上述觀察與評估，顯示有焦慮健康問題。

三、社會層面評估

案妻：「先生住院前個性開朗且獨立自主，交友廣闊人緣佳，平時雖銀行工作業務繁忙，確樂此不疲」、「平日與家人、同事相處融洽，忙碌之餘亦常利用假日期間與家人同事相約出遊」；5月5日個案表示「很擔心自己因病不能工作，擔憂裝置去顫器前，如果再次突發倒地，或裝置去顫器後，突然電擊造成身體不適而影響到工作」、「面對這突如其來的狀況不知道該怎麼辦？」。

四、靈性層面評估

個案與妻兒同住，家庭關係和諧，是其主要的情緒與社會支持來源。住院

期間，家屬探視時會播放手機內的聖歌並一同禱告，個案表示在禱告時能獲得片刻的平靜及讓自己內心能感到安定。插管期間能透過紙筆與家屬進行溝通，相互表達彼此的思念與關懷。由此可觀察到個案能從信仰與家屬陪伴中獲得安慰，但在家屬離開後，仍多次表達對「再次面臨死亡」的擔憂，顯示其對生命意義感與未來不確定性的焦慮仍未完全緩解。

問題確立

根據上述護理評估，歸納個案健康問題包括：潛在腦組織灌流失效及焦慮，針對上述問題擬定護理計劃。

護理措施及結果評估

一、潛在腦組織灌流失效/與到院前心跳停止有關(2023年05月01日－05月09日)

(一) 主觀資料：05月01日案妻主訴「凌晨發現個案有異常鼾聲、叫喊沒有反應，當下立即給於心肺復甦並請其他家人撥打119叫救護車前來」。

(二) 客觀資料：5月1日心電圖顯示為心室纖維顫動，經自動電擊一次後心律恢復，急救過程共經歷23分鐘。個案送抵醫院後，意識狀況(E1VEM1)仍未恢復，瞳孔大小為2.0/2.0 mm，對光反射存在，體溫36.2℃，心跳102次/分，呼吸21次/分，血壓77/58 mmHg，皮膚觸感濕冷。因無法自主呼吸而放置氣管內管，呼吸器設定為壓力控制模式，給予30%氧氣濃度，血氧飽和度維持在100%。

(三) 護理目標：5月3日前個案的意識反應能呈現進步跡象，由深度昏迷逐漸回

復對聲音或疼痛刺激的反應。5月5日前血壓維持在90-120/50-70 mmHg之間、血氧飽和度保持在90%以上，以確保腦部組織灌流不再惡化。5月9日前意識狀況能恢復至依指令進行肢體主動活動。

(四) 護理措施：在照護期間，持續觀察患者的意識狀況、瞳孔大小、光反射反應、肌肉力量、皮膚溫度與顏色，並留意是否出現痙攣。5月1日依醫囑開始執行TTM治療，將體溫設定為33℃並維持24小時。5月2日上午7點起依治療計畫以每小時0.25℃緩慢回溫至36℃。5月1-3日TTM治療期間，護理團隊持續監測生命徵象、血氧、是否出現肌肉顫抖或抽搐。於體溫回溫階段每6小時檢驗血清電解質與血糖，並持續監測心率。每2小時翻身與更換姿勢時，同時檢查降溫貼片黏貼處是否有水泡、壓力性損傷或皮下出血，並確認管路通暢及設備運作正常。5月4日個案意識恢復後，安排進行心臟去顫器植入手術，以降低再次發生致命性心律不整風險。術後5月4-6日進行去顫器植入後的衛教與護理。術後第一天以砂袋加壓傷口預防出血與腫脹，並指導避免上舉患側手臂以防導線移位。每日會客時間中指導個案與家屬進行30分鐘被動關節運動，由手指開合至手腕，每次維持5-10秒、重複10-15次。術後第3天開始手臂爬牆運動，避免過度伸展、高舉過肩及碰撞；術後4-6週避免劇烈肩部運動，第6週後可逐步恢復中度運動及一般生活(含性生活)，駕車則建議6個月後再恢復。出院後提醒避免穿著緊身衣物，可逐漸恢復日常活動，如出現不適應立即停止。若出現頭暈、胸

悶、胸痛或活動後呼吸困難，應測量並記錄心跳與血壓，若異常需立即聯繫醫療人員，出院者應迅速就醫由醫師評估後續處置。

(五)護理評值：5月3日個案意識恢復至E4VEM6，能依指令進行肢體主動活動，顯示腦部血流供應已改善。5月5日血壓112/75 mmHg，脈搏85次/分，呼吸18次/分，體溫36.3℃，氣管內管移除後血氧飽和度保持90%以上，沒有出現痙攣或血壓下降等情況。5月9日完成植入型心臟去顫器手術後，已能衛教內容之回覆示教，並能主動提問。5月10日，在一般病房可於病室內下床活動無不適，生命徵象仍維持穩定。

二、焦慮/與擔心再次發生心律不整及適應心臟去顫器生活有關 (2023年05月04日－05月09日)

(一)主觀資料：5月4日個案以紙筆寫下「雖然自己住院治療，但這已讓家人頻繁奔波，他對於後續生活是否能回到生病前的狀態感到不確定與憂心」。5月5日個案擔憂詢問「如果不放置去顫器，未來是否還會再次像這次一樣徘徊在生死邊緣？」、「想到自己才將近五十歲，卻必須終身與去顫器共同生活，甚至可能需要再次接受手術更換電池，這讓我感到焦慮不安」、「若去顫器突然沒電，是否就表示著生命結束？」、「如果不接受植入，如果再次發生心律不整，是否會重演這次緊急送醫的情況？我以後還能安心睡覺嗎？會不會就此一覺不醒？」。

(二)客觀資料：5月4日個案神情緊張、焦慮不安、緊皺眉頭，醫療設備警告鈴

響，表情更是眼神惶恐、驚慌擔憂，甚至緊急拍打床架。5月5日，依據貝克焦慮量表進行評估得分為26分，顯示其為重度焦慮程度。

(三)護理目標：5月6日前個案能以語言表達對疾病及治療相關的焦慮與不安感受，並主動提出心中疑問，藉此釐清其焦慮來源。5月7日前個案能夠說明護理人員提供的相關衛教資訊中至少兩項有關心律不整與去顫器植入後日常生活的重點。5月9日前個案表達焦慮程度有減輕，且貝克焦慮量表呈現分數下降至少5分。

(四)護理措施：5月4日調整病室光線僅保留床頭燈，使環境柔和舒適；並將生理監視器警示值設定於安全範圍內，以減少不必要的警報聲。5月5日個案出現情緒不安擔憂時，鼓勵個案表達對疾病及心臟去顫器置放的恐懼與疑問，並指導深慢呼吸以協助放鬆，同時觀察其情緒與呼吸節奏變化。5月6日提供布魯格達氏症候群與體內去顫器作用之衛教，確認個案理解並回應疑問；提供平板電腦播放布魯格達氏症候群及心臟去顫器功能解說影片，使個案獲得視覺與聽覺上的教育支持，增進對治療計畫的理解；依個案信仰需求，協助將家屬帶來之聖經擺放於床頭，並於每日早晨播放聖歌以增加熟悉與安定感。5月7日早上會客時間於個案同意下安排神父探視，拉上病簾提供安靜私密空間，以利祈禱與靈性支持。5月8日分享已成功適應ICD生活之病友或公眾人物案例，協助建立正向期待。5月9日提供ICD病友社群「ICD 雷電俠聯誼會」等後續照護資

源，使其建立長期支持網絡，逐步恢復社會生活並減輕未來焦慮。

(五)護理評估：5月5日個案透過語言方式表達對治療的不安情緒與焦慮來源。5月6日個案能主動談論自身的恐懼，並主動提出疑問「擔憂日後再度發生心律不整或植入裝置後生活受限」。5月7日個案能夠回覆說明衛教內容，包括心臟去顫器的作用以及日常生活中需注意避免強力碰撞胸口與需定期回診檢查裝置功能。透過平板電腦播放的專業解說影片與醫療團隊的解釋，個案表示對疾病與治療的理解更加清楚，並且能複述重點。此外，在聖歌播放與祈禱陪伴下，個案情緒逐漸平穩。5月9日，個案在護理人員引導下能透過深呼吸與放鬆訓練調整情緒。貝克焦慮量表評估分數下降至10分。

討論與結論

本文描述一位布魯格達氏症候群的男性個案，其突發心室顫動與心跳驟停經急救復甦後，於加護病房接受目標體溫管理以降低缺氧性腦損傷風險，並ICD以預防心律不整再發生。在整個護理期間，個案未再出現心室顫動，順利轉出加護病房並恢復正常生活。此案例驗證了復甦後使用TTM對提升神經功能恢復的重要性，同時突顯ICD在布魯格達氏症候群患者中的重要角色(Lee et al., 2024)。然而，個案面臨對再次心律不整發作的恐懼，以及需與ICD終生共存所帶來的心理焦慮。護理團隊透過同理傾聽、家屬陪伴、宗教支持及分享病友經驗，使其理解相關生活照護，逐步適

應植入去顫器帶來的生活改變。布魯格達氏症候群患者進行ICD 植入後照護目前仍以急性住院期為主，後續個案在出院後之生活適應狀況無法再進一步追蹤，為此次照護之限制。因此建議未來可設立ICD專責個案管理制度，以提供長期追蹤、教育、心理支持與生活適應指導。此外，有鑑於布魯格達氏症候群之遺傳性特徵，且亞洲人發生率顯著較高，建議醫療體系建立國內族群資料庫與遺傳諮詢制度，並納入高風險家屬之基因檢測與臨床追蹤，以促進早期辨識及預防突發性心因性死亡(Krahn et al., 2022)。

參考資料

- 李佳純、馮翠霞(2020)．急重症病人之焦慮、憂鬱與創傷後壓力症候群．*護理雜誌*，67(3)，23-29。https://doi.org.rpa.lib.cjcu.edu.tw:8443/10.6224/JN.202006_67(3).04
- Agarwal, S., Sharma, V., Caldwell, J., Rehwinkel, J., & Adoberg, B. (2022). Psychological distress after sudden cardiac arrest and its impact on long-term health: A cohort study. *Resuscitation*, 174(1), 65-72. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.04.003
- Duan, J., Zhai, Q., Shi, Y., Ge, H., Zheng, K., Du, L., Duan, B., Yu, J., & Ma, Q. (2022). Optimal time of collapse to return of spontaneous circulation to apply targeted temperature management for cardiac arrest: A Bayesian network meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8, 784-917. https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.784917
- Galo, J., Feroze, R., Almas, T., Morera, J., & Sahadevan, J. (2024). Understanding phantom shocks in implantable cardioverter

- defibrillator recipients. *Cureus*, 16(1), e53161. <https://doi.org/10.7759/cureus.53161>
- Geller, B. J., Maciel, C. B., May, T. L., & Jentzer, J. C. (2023). Sedation and shivering management after cardiac arrest. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 12(8), 518-524. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuad087>
- Huttelmaier, M. T., & Fischer, T. H. (2024). Kardiale kanalopathien im kontext hereditärer arrhythmiesyndrome [Cardiac channelopathies in the context of hereditary arrhythmia syndromes]. *Innere Medizin (Heidelberg, Germany)*, 65(8), 787-797. <https://doi.org/10.1007/s00108-024-01751-x>
- Hirsch, K. G., Abella, B. S., Amorim, E., Bader, M. K., Barletta, J. F., Berg, K., Callaway, C. W., Friberg, H., Gilmore, E. J., Greer, D. M., Kern, K. B., Livesay, S., May, T. L., Neumar, R. W., Nolan, J. P., Oddo, M., Peberdy, M. A., Poloyac, S. M., Seder, D., ... American Heart Association and Neurocritical Care Society (2024). Critical care management of patients after cardiac arrest: A scientific statement from the American heart association and neurocritical care society. *Circulation*, 149(2), 168-200. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001163>
- Krahn, A. D., Behr, E. R., Hamilton, R., Probst, V., Laksman, Z., & Han, H. C. (2022). Brugada syndrome. *JACC: Clinical electrophysiology*, 8(3), 386-405. <https://doi.org/10.1016/j.jacep.2021.12.001>
- Lee, J. S., Bang, H. J., Youn, C. S., Kim, S. H., Park, S., Kim, H. J., Park, K. N., & Oh, S. H. (2024). Prognostic performance of initial clinical examination in predicting good neurological outcome in cardiac arrest patients treated with targeted temperature management. *Therapeutic Hypothermia and Temperature Management*, 14(1), 24-30. <https://doi.org/10.1089/ther.2023.0002>
- Milman, A., Gourraud, J.-B., Andorin, A., Sacher, F., Mabo, P., & Probst, V. (2018). Gender differences in patients with Brugada syndrome and arrhythmic events: Data from a survey on arrhythmic events in 678 patients. *Heart Rhythm*, 15(10), 1457-1465. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2018.05.026>
- Nakano, Y., & Shimizu, W. (2022). Brugada syndrome as a major cause of sudden cardiac death in Asians. *JACC: Asia*, 2(4), 412-421. <https://doi.org/10.1016/j.jacasi.2022.03.011>
- Vutthikraivit, W., Rattanawong, P., Putthapiban, P., Sukhumthammarat, W., Vathesatogkit, P., Ngarmukos, T., & Thakkestian, A. (2018). Worldwide prevalence of Brugada syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Acta Cardiologica Sinica*, 34(3), 267-277. [https://doi.org/10.6515/ACS.201805_34\(3\).20180302B](https://doi.org/10.6515/ACS.201805_34(3).20180302B)
- Wu, C.-K., Juang, J.-M. J., Chiang, J.-Y., Li, Y.-H., Tsai, C.-T., & Chiang, F.-T. (2018). The Taiwan heart registries: Its influence on cardiovascular patient care. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(11), 1273-1283. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.006>

From Stillness to Rebirth: Intensive Care Experience of a Brugada Syndrome Patient Undergoing Implantable Cardioverter-Defibrillator Placement

Wan-Ting Huang¹, Shu-Ping Sun²

ABSTRACT

This report presents a 49-year-old male with Brugada syndrome who suffered sudden cardiac arrest at home, was resuscitated, and admitted to the ICU. Targeted temperature management reduced hypoxic brain injury risk, and an implantable cardioverter-defibrillator was placed after consciousness recovery to prevent recurrent arrhythmias. Comprehensive assessment revealed potential cerebral hypoperfusion and anxiety from prehospital arrest and lifelong ICD concerns. Nursing care focused on hemodynamic stabilization, education, family and spiritual support, and relaxation techniques, which reduced anxiety. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 102-110)

Keywords: Brugada syndrome, targeted temperature management, implantable cardioverter-defibrillator, anxiety

RN, Tainan Municipal Hospital¹

Accepted: March 15, 2026

Address correspondence to: Shu-Ping Sun No. 670, Chongde Road, East District, Tainan City

Tel: 886-6-260-9926 E-mail: jjeecyy0703@gmail.com