

一位冠狀動脈疾病繞道手術術後個案的護理經驗

張雯姿、陳玉貞

通訊作者:陳玉貞

職稱:國立台北護理學院護理系講師

電話:(02)28227107-3160

地址:112 台北市北投區明德路 365 號

E-mail:jane@mail1.ntcn.edu.tw

摘要

接受冠狀動脈繞道手術 (CABG) 的病人會產生身、心及社會各方面的不適, 加強對病人術後健康照護需求的了解及照顧, 有助於術後的恢復。本研究之目的主要是探討一位冠狀動脈心臟疾病患者, 在住院期間接受冠狀動脈繞道手術術後的護理經驗。筆者從 92 年 12 月 08 日至 12 月 10 日護理此個案, 護理期間藉由觀察、會談的方式來收集個案相關資料, 並使用改良式適應模式的評估來進行護理評估, 在照護的過程中, 歸納出個案有急性疼痛、心輸出量不足、焦慮... 等健康問題, 藉由照顧此個案的經驗, 期望有助於提升照顧此類患者的護理照護品質, 以增加病患在生活上的舒適感。

關鍵字: 冠狀動脈疾病、冠狀動脈繞道手術、護理

壹、前言

由於台灣經濟情況的改善, 生活飲食習慣西方化, 冠狀動脈阻塞引起的心臟病, 對我國人的健康影響越來越大。心臟疾病是我國十大死因的前三位, 一直高居不下, 其中冠狀動脈阻塞所引起的心臟病佔心臟疾病死亡人數的一半, 是個非常嚴重的課題。譬如 65 至 74 歲男性罹病率約 2.7% 至 3.4%, 而患高血壓年長者罹病率升高至 10.7% 至 12% (施俊哲等人, 2000)。施行心臟手術的病患, 除了手術過程需特別注意外, 術後給予的護理亦佔很重要的地位, 也關係整個手術的成敗, 所以手術後護理是一門重要的課題, 除了能夠在生理上、心理上、社會上的問題協助病患加以改善, 進而增進病患術後的復原及改善生活品質外, 本篇個案報告採用十五項改良式適應模式的評估, 深入去了解及分析個案之生理功能、自我概念、認知感受、角色功能、壓力處理、價值-信念模式等健康問題, 並提供病患個別性、連續性、整體性的護理以期能使病患獲得最好護理品質。

貳、文獻查證

一、冠狀動脈心臟病:

本病係指心肌的氧氣的供給不能滿足心肌氧氣之需求, 導致心肌細胞發生組織學上或生化學上種種變化, 因而引起一連串症狀的總稱 (曾春典, 2002)。症狀: 心絞痛: 天氣寒冷、情緒緊張時、運動後或吃大餐後, 感到前胸有悶痛或壓迫感, 持續數分鐘通常少於 20 分鐘。疼痛可能傳到下顎、左手臂、或上腹部。心肌梗塞: 突發嚴重的胸痛伴有虛弱感、冒冷汗、眩暈, 以及明顯的焦慮不安, 常在半夜或清晨發生。(曾春典, 2002)。心肌梗塞的胸痛醫療處置: 1、內科藥物治療: 硝酸鹽、乙型交感神經阻斷劑、鈣離子阻斷劑、抗凝血劑、抗血小板劑、鈣離子阻斷劑、硝酸鹽類; 急性心肌梗塞: 硝酸鹽類、血栓溶解劑、氧氣吸入; 即時發生以 MONA (Morphine、Oxygen、NTG、Aspirin), 之後以『陳玉貞 ABC』(抗凝血劑、乙型交感神經阻斷劑、鈣離子阻斷劑) 做為處置原則 (曾春典, 2002; 陳玉貞, 2004)。2、介入性治療: 經皮冠狀動脈擴張、血管支架 PTCA (PTCA 有一個大不利之處, 那就是再狹窄機會大, 具報告 PTCA 成功後在狹窄機率 17~47% 之間。3、冠狀動脈繞道手術 (CABG) (曾春典, 2002)。

二、冠狀繞道手術 (CABG)



冠狀動脈移植術 (aortocoronary bypass graft)，此法乃是用一段靜脈 (通常是隱靜脈【saphenous；G. S. V】) 來連接主動脈冠狀動脈與冠狀動脈阻塞部位的後方，有時則將內乳動脈 (internal mammary artery；I. M. A) 直接吻合到冠狀動脈阻塞的遠側 (曾春典，2002)。三條冠狀動脈阻塞的病患，接受冠狀動脈繞道手術比藥物治療有較佳存活優勢，因為 CABG 可有效的減少心絞痛症狀、改善病患活動量、並減少病患使用的藥物量，因此使用 CABG 對冠狀動脈心臟病的治療，具有很強的療效 (施俊哲等人，2000；Chen, C. H. etc, 1991)。此個案是使用隱靜脈及左內乳動脈連接阻塞部位。相關護理措施：(一)、心輸出量減少：定義：心輸出量是每分鐘由左心室打出的血量，及每分鐘心跳速率乘心搏輸出量。是指心臟輸出的血量明顯減少，以致無法滿足身體組織的需要。常見的導因：有機械性 (mechanical)、電學 (electrical)、或結構性的 (structural)。機械因素有前負荷改變、後負荷改變、心肌收縮力的改變。前負荷 (preload) 是壓縮出來的血容量和靜脈血回流至心臟的壓力；前負荷與心臟收縮力有關，心臟收縮力減少，心輸出量就會降低。後負荷 (afterload) 是指左心室射出血液時所遭受的阻力，增加後負荷即會降低心搏輸出量，進而使心輸出量降低。護理措施：(1)促進心臟幫浦功能：a. 監測血液動力學的變化。b. 監測血壓及心跳速率及節律，並注意 EKG 之變化。c. 監測呼吸型態，聽診肺部有無異常的呼吸音。d. 觀察意識狀態，評估皮膚顏色和溫度，觀察週邊水腫。e. 監測實驗室檢驗值。(2)減少心臟工作負荷：a. 給適時的氧流量，採舒適臥位予以抬高床頭 20-45 度，避胸部外展。b. 適時使用軟便劑，避免病患費力排便。d. 控制鈉及水分攝入：量體重、記錄 I/O、教導低鈉飲食的重要性 (周幸生等，2002)。(二)、疼痛：定義是非常主觀的經驗，是表示組織受損其特質與強度會因人而異。手術疼痛是由手術過程產生，是一種急性創傷後產生的急性疼痛 (Hollinworth, 1994)，因內在組織與皮膚表面之痛覺神經末梢直接受到切割性傷害，所導致受傷組織分泌內生性疼痛物質，由脊髓傳至大腦，產生疼痛感受 (Musgrave, 1990)。胸部與上腹部的疼痛等級僅次於燒傷痛跟產痛，所以最好在止痛措施上需使用 NSAID 與脊椎神經阻斷劑 (陳玉貞，2004)。相關措施：一、疼痛控制的技巧：轉移注意力、深呼吸、肌肉按摩等；採舒適臥姿，搖高床頭約 20-45 度，避免胸部有外展之現象；討論吸引病人的有趣話題，如家人；每天早上陪伴病人至外面散步 30 分鐘-1 小時；教導正確咳嗽方式，先深呼吸 2-3 次，將枕頭抱在胸前或直接以手輕壓傷口後再咳嗽，以避免牽扯傷口；教導正確下床方式，下床時先側一邊在用兩手將上半身撐起來，禁止兩手握左右床欄將上半身撐起來，以避免胸口拉扯或胸骨摩擦；說出排除或減輕使疼痛增強或引發的因素，如：降低音量。室溫保持 24-27°C 並維持病房安靜，以利於放鬆心情能好好休息。二、使用疼痛量尺：教導病人使用疼痛量尺，分數為 0-10 分，0 分完全不痛、10 分為最痛，4 分以下表示疼痛可以忍受。三、減少疼痛：依醫囑給予 Demoral 50mg IM Q4H p. r. n. ；手術三天內每四小時評估 PQRST，第四天至一週每班評估一次。四、促進傷口癒合：每班評估手術傷口，觀察有無感染現象，如：紅腫熱痛、分泌物及異味等；多補充維他命 C 水果及高蛋白，以促進傷口癒合，如柳丁、奇異果、葡萄等水果及魚、蛋、大豆等高蛋白之食物 (周幸生等人，2002)。(三)焦慮：定義指一個人因面對心理上的挫折、困難或應激 (stress) 時，所呈現的心情反應，通常以焦慮、不安、緊張等情緒所表現。可以說是沒有實際外在危險物，僅僅針對著內心所預料想像的危險對象，而呈現的心理反應 (陳俊欽 簡錦標，民 91)。一般焦慮的症狀：擔心或害怕有不好的事情發生、感覺發抖、疲倦虛脫、肌肉緊張或心神不定、暈眩或頭痛、心跳加快、呼吸急促、冒冷汗、口乾、反胃或腹瀉、沒有耐心、容易生氣。相關護理措施：a. 開心病人在手術前予以護理指導，能減輕其焦慮及害怕程度。例如：各種治療前、中、後的解釋 (曾令儀、李引玉，1999)。b. 降低焦慮及預防焦慮程度增高，如降低身體的警覺狀態：心跳、血壓、呼吸、肌肉張力降低，給予支持：支持鼓勵幫助他提高情緒恢復信心，任何人在面臨困難時往往會失去原有之適應力，需外在之力量幫助才能順利渡過 (陳俊欽 簡錦標，2002)。在技巧上，護理人員首先要能站在個案的立場，協助他去應付、解決生活中的危機；同時讓個案覺得可以相信護理人員，減少緊張、不安、害怕的心理。傾訴：給他一個機會把不愉快的感覺。例如：氣憤、傷心、煩惱，宣洩出來可以減輕其心理負擔。控制：護理人員幫助個案看到不符合實際行為而加以約束、制止或開導。例如：過分慷慨 (曾令儀、李引玉，1999)。c. 焦慮可由轉移注意力、放鬆技巧以減緩或消除焦慮。d. 將注意力分散於非威脅性之刺激，可蓋過引起焦慮的刺激。e. 音樂、接觸或鬆弛訓練可引發鬆弛反應，這些方法適用於長期治療；冥想法，是一種有效的放鬆技巧，可合併其他或單獨使用，當病人因疲勞或身體有多重合併症而無法使用肌肉放鬆技巧時可使用冥想法 (周幸生等人，2002)。



參、基本資料

一、個案簡介：

| | | |
|---------------|------------|-------------|
| 姓名：許XX | 教育程度：國小 | 經濟狀況：小康 |
| 出生日期：38/11/05 | 宗教信仰：無 | 吸煙史：抽煙30多年， |
| 床號：B107-37 | 服務機關及職稱：退休 | 戒煙3個月前 |
| 性別：男 | 醫療保險：健保 | |

二、入院經過：

入院日期：92/11/30 護理期間：92/12/8-92/12/10

入院主訴：92/11/30 看電視感胸痛，在左胸部位會輻射到後背疼痛，疼痛指數3~5分。92/11/30 本院看診，建議入院治療。診斷：CAD with TVD。

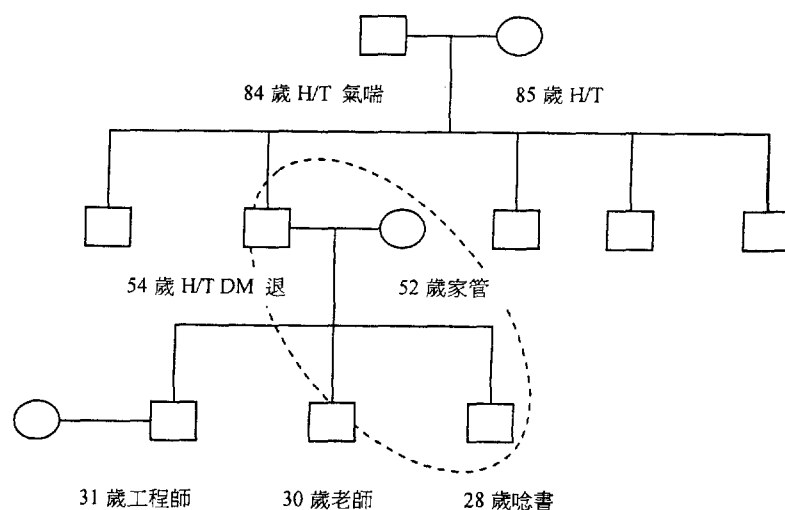
三、過去病史：

約民60年盲腸開刀；民70年也開過疝氣；在5~6年前心絞痛發作，去宜蘭羅東博愛醫院看病，作氣球擴張術，之後就一直服藥物控制，直到這次心絞痛很嚴重，轉診至榮總；糖尿病是這次入院時驗血糖才知道，也未曾發病過，現在藥物控制中。

四、過敏史：無

五、家族史：

育有三子，老大結婚在台北，老二老師基隆教書，與老三一起住。個案父母親健在，無與個案居住。父母親有高血壓，父親合併有氣喘疾病，現在藥物控制。



六、病情進展：

11/30 由於當地醫師建議手術，個案拒轉診至本院。

入院診治至 B068-16；二、EKG 顯示結果：Lead2、3、aVF、V3-V6 出現 Q 波。

12/1 早上心導管檢查：LAD-M 100% occlusion；LCX-D 30% stenosis；RCA-M 70% stenosis；RCA-D 90% stenosis。

下午 15：20 行 CABG 手術：GSV→PDA；LIMA→LAD



- 12/2 移除氣管內管。12/3 移除胸管。12/4 由 CVSU 轉出至 B107-37。拔除 A-line, on O2 N/C 4L/min 及 BIPAP 使用, 胸部傷口縫線存, 美容膠使用, 紗布覆蓋, 右腿傷口縫線存, 紗布覆蓋。12/5 移除尿管。
- 12/8 可在復健師協助下, 下床步行約 150 公尺, SPO2 98-99% 且 Vital signs stable。活動後 RR:24-26 次/分, 在無使用氧的情形下, SPO2 94-95%。Coach 1500 ml。
- 12/9 傷口拆線, 前胸下段約 5x0.5 cm 癒合不佳, 左腿取靜脈處中段約 7~8 cm 微紅腫, 換藥由 qd→bid。
- 12/10 個案可由案妻陪伴在病房走 2 圈, 約 200 公尺; 傷口續換藥中。
- 12/15 個案在住院期間, 手術過後復原情況良好, 醫生在評估後, 准許出院。

七、治療過程：

(1) 藥物治療：

| | | | | |
|----|--------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|
| 日期 | 12/3-12/15 | 12/3-12/15 | 12/3-12/15 | 12/10-12/15 |
| 藥物 | Bokey 1* po qd | Cavedilol 1*po bid | Amaryl 1*po qd | Cataflam 1*po tid |
| 日期 | 12/3-12/15 | 12/3-12/15 | 12/3-12/15 | 12/14-12/15 |
| 藥物 | Glcophage 1*po tid | Persantin 2*po tid | Norvasc 1*po bid | Teiria T tid |
| 日期 | 12/3-12/15 | 12/5-12/15 | 12/5-12/15 | |
| 藥物 | Tritace 1*po qd | Demeral 1*im q6h&prn | Tramadol 1*po q6h&prn | |

肆、護理評估 依改良式適應模式的評估：

由於篇幅關係在評估方面, 僅呈現有問題的護理評估。

| 主觀資料 | S1. 12/1 我開刀剛開完那幾天都覺得很累、很疲倦。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|------|------|------|--------|----|------|-------|------|------|------|--------|------|-----|------|------|------|-----|
| | S2. 我都不太想說話, 因為說話很累、很不舒服, 但是不會有像之前那樣的胸痛情形。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/8 | S3. 腳都沒什麼力氣, 站都站不穩, 尤其是左腳。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S4. 昨天晚上我要下床走去廁所的時候, 走到病房門口的時候, 我覺得頭好暈, 所以就趕快回來坐下。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -1 | S5. 我昨天頭暈的時候, 叫護士幫我量血壓, 高的那個才 90 幾而已。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S6. 我在洗澡還有走路的時候, 我都會心跳加快、呼吸不順。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2/10 | S7. 今天拆線, 我都不敢吹那個球, 我怕我會傷口裂開, 我希望護士可以教我, 怎麼深呼吸還有吹球。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S8. 我今天可以走護理站兩圈了 (約 200 公尺), 不過好累喔! | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 客觀資料 | S9. 我今天吹球可以吹到 1750ML 了。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基本資料：01. 個案為 54y/o 男性, 現普通飲食, 目前退休狀態, 與妻子、小兒子同住, 平時都待在家臥床休息 y、看電視。高血壓十多年, 11/25 突感胸痛, 由宜蘭轉診至本院。抽煙 31 年：一天約 1/2 包, 但在 3 個月前戒煙；沒有喝酒習慣。無任何的過敏史；痛風的病史, 12/5 UA：6.5；兩個月前發現有糖尿病。診斷：CAD with TVD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身評區： | (1)外觀 12/8：02. 表情顯疲倦, 意識清楚；臉部、四肢皮膚 (左大腿約 7~8 cm 傷口微紅腫)、指甲、黏膜、及唇溫暖且呈粉紅色, 四肢末梢可評估到脈搏為 2+, 四肢末梢溫暖。03. 個案躺姿及坐姿說話皆無呼吸喘的現象, 呼吸次數：16-20 次, 也無出現頸靜脈怒張的現象。(2)呼吸系統 12/8：04. 個案在蒸氣治療及喝水時, 採半坐臥會有咳嗽情形, 聽診個案呼吸音為囉音, 痰量少、白色, 無血絲及惡臭。05. 呼吸時胸腹起伏一致, 胸部有開刀的傷口, 胸廓外形正常。06. 觀察個案若呼吸困難時 (呼吸次數：24~26 次), 會臥床休息, 並且不說話緩和情緒。無夜間陣發性咳嗽及端坐呼吸的情形。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (3)循環系統 12/9：07. HR:70-86 次/分, 規律且脈跳強。BP:個案有血壓十多年, 規則服降壓藥, 血壓控制情形平穩, 都維持在 120-140/70-90mmHg 內。08. 在 CABG 取 Vein 的地方, 左足背有 + 水腫現象。09. 個案手術後胸部傷口偶會有疼痛感, 左肩 12/9 出現輻射痛, 醫師囑 Tramadol 1 po st, 30 分鐘後有緩解情形。010. 個案的毛髮健康, 指甲厚度正常, 無水腫的情形。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 檢查與檢驗值區 | EKG 11/30：NSR；Rate：73 次/分；Lead1、2、avF 出現 Q 波；V3-V6 出現 Q 波—顯示下面, 前、側面出現梗塞情形。心導管檢查 12/1 結果：發現有三條血管阻塞：LCX 30%；RCA-D 90%；RCA-M 50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 胸部 X 光 11/30 顯示兩側肺葉有增大之情形, 右下肺葉有結結性損傷。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部 X 光 | 12/2 顯示無心臟肥大情形；無活動性肺損傷。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CBC/DC 12/4: Hgb 10.2 g/dl Hct 30.2%；Mono 10.2；WBC 8700/cumm。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液氣體分析 | 12/4 值： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>值</th> <th>HCT</th> <th>Hb</th> <th>RBC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td>7.45</td> <td>11/30</td> <td>42.4</td> <td>12/1</td> <td>10.4</td> <td>3.33 萬</td> </tr> <tr> <td>PaO2</td> <td>137</td> <td>12/1</td> <td>29.5</td> <td>12/2</td> <td>9.3</td> <td>3.03 萬</td> </tr> </tbody> </table> | 項目 | 值 | HCT | Hb | RBC | PH | 7.45 | 11/30 | 42.4 | 12/1 | 10.4 | 3.33 萬 | PaO2 | 137 | 12/1 | 29.5 | 12/2 | 9.3 |
| 項目 | 值 | HCT | Hb | RBC | | | | | | | | | | | | | | | |
| PH | 7.45 | 11/30 | 42.4 | 12/1 | 10.4 | 3.33 萬 | | | | | | | | | | | | | |
| PaO2 | 137 | 12/1 | 29.5 | 12/2 | 9.3 | 3.03 萬 | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|--|--------------|---------------------|-------------|-------------|------------|------|------|--------|
| | | PCO2 | 31 | | 12/2 | 26.6 | | 12/4 | 10.2 | 3.52 萬 |
| | | CO3 | 21.5 | | 12/4 | 30.2 | | | | |
| | | BE | -1.9 | | | | | | | |
| | | 治療狀況： | | | | | | | | |
| | | 使用日期 | 藥名、劑量 | 途徑、時間 | 使用日期 | 藥名、劑量 | 途徑、時間 | | | |
| | | 12/3-12/15 | Bokey 1* | po qd | 12/3-12/15 | Tritace 1* | po qd | | | |
| | | 12/3-12/15 | Cavedilol 1* | po bid | 12/5-12/15 | Demeral 1* | im q6h&prn | | | |
| | | 12/3-12/15 | Amaryl 1* | po qd | 12/5-12/15 | Tramadol 1* | po q6h&prn | | | |
| | | 12/3-12/15 | Glcophage 1* | po tid | 12/10-12/15 | Cataflam 1* | po tid | | | |
| | | 12/3-12/15 | Persantin 2* | po tid | 12/14-12/15 | Teiria | T tid | | | |
| | | 12/3-12/15 | Norvasc 1* | po bid | | | | | | |
| | | 疼痛項目相關評估：見疼痛項目 | | | | | | | | |
| 學理分析 | | *手術後，平躺造成橫膈向上，造成肺擴張不易，易術後感染肺炎，故鼓勵提早下床。(陳玉貞，民93) *疼痛也會影響肺擴張、咳痰，所以要給予疼痛評估與處理。*rales (囉音) 是連續的聲音，乃由於空氣通過狹窄呼吸道所產生的，囉音顯示呼吸道有分泌物，通常可藉咳嗽或抽痰而清除掉。個案可以自咳出痰液。 *心跳、呼吸、血壓的正常值 | | | | | | | | |
| | | 心跳 | 呼吸 | 血壓 | | | | | | |
| | | 60-100 次/分 | 12-20 次/分 | 130-140 /70-80 mmHg | | | | | | |
| | | *個案由於開刀前呼吸喘，故 11/30X 光顯示有肺葉增大，在開刀後 12/2X 光顯示無任何肺臟損傷。*對於有心臟病的個案，活動耐力可使用紐約心臟協會的功能性和治療性分類系統而分：個案再開刀後是屬於第一級(有心臟病、沒有症狀。日常的身體活動不會導致不適當的疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛)。*開心手術會做 Hemodilution 並且盡量使用 4:1 的 Blood cardioplegia，所以此時個案的血紅素與白蛋白比值的變化仍有待觀察(陳玉貞，2004)。*血液氣體分析m正常值： | | | | | | | | |
| | | 項目 | PaO2 | PCO2 | HCO3 | HB | RBC | | | |
| | | | 80-100 | 35-45 | 22-26 | 12-14 | 4.5-5.5 | | | |
| | | 個案 4/13 的檢驗值 PH 值正常；PaO2 稍高；PCO2 低；HCO3 低；BE 正常。懷疑有鹼中毒，但 HCO3 低，觀察個案呼吸次數正常，沒有使用任何輔助肌，及臉部潮紅現象，所以再觀察即可。 *綜合主客觀資料分析可能有心輸出量減少的護理問題其導因為前負荷增加、後負荷及心肌收縮力改變。 | | | | | | | | |
| 活動與休息 | 主觀資料 12/8 | S1. 我覺得我不常起來活動，是因為走路就會喘，還要吃舌下片，久而久之就不想走。 S2. 說難聽一點，我走一百步就會喘。出門也都騎機車或兒子載。 S3. 在醫院，很多事都必須按照醫院的規定，比較不方便，活動範圍幾乎都只能在病房，有時候，睡著了，還會被護士叫起來做治療，為了自己的身體，也都要配合。 S4. 因為在家常常待在床上，看完電視累了就睡，晚上也都常常睡不著，在家我就都吃安眠劑，大概一天睡超過 12 小時。來到這裡，除環境不適應也是我睡不好的原因。 S5. 我覺得對睡眠的滿意度，非常差，不過那也沒辦法，我的身體還沒開刀前較容易喘。 | | | | | | | | |
| | 客觀資料 | 基本資料 11/30：01.11/30 個案 BH：164cm、BW：75.8 體態中等，12/10 BW：73.70。住院前後體重有下降的變化。02. 個案在住院期間，其案妻陪伴在身旁，日常生活活動需部份依賴他人協助。晚上，兒子與媳婦會來探視，平時，個案的親戚也會來探視。 身評區 12/8：03. 個案在術前日常生活活動自理，會自行下床走動去上廁所，不須依賴他人。其功能性分級為 0 分。術後 Muscle power 四肢各五分，走路步伐稍不穩(因左腿取靜脈處有傷口，還有痛風石存在)，速度慢。個案四肢正常，無萎縮及畸形，術後需協助下床活動，功能性分級為 1 分。 04. 個案無結膜發紅、眼皮浮腫、黑眼圈、精神不集中、打哈欠的情形。 檢驗區 12/8：05. 目前服用 Stilnox 1* po qn 來促進睡眠。06. 記錄單中個案並無夢遊症、夜間尿失禁、說夢話、磨牙、打鼾等情形。疼痛項目相關評估：見疼痛項目 07. 住院期間一天總臥床時間 10-12 小時，下午偶爾會睡 2-3 小時，但熟睡期短，會被護士交談聲中斷睡眠。(晚上睡眠則有 6-8 小時；七點睡至三點醒)。 08. 個案可在家屬陪同下步行 150 公尺，呼吸：24-26 次/分，步行中，個案腳步緩慢、步伐較不穩。 | | | | | | | | |
| | 學理分析 | *個案功能性分級為 0-1 分，部份能自行活動或自我照顧需協助。*肌肉力量分五級：5 分正常肌肉力量，能適當抗阻力。個案為 5 分。*由於氧合降低，因為疾病：CAD with TVD，故個案的心輸出量減少導致供應肌肉的氧量也減少、活動也變差，使其不得不減緩動作。*CABG 後活動量降低，可能加重疲憊感受度，但病患於心臟復健運動實施後疲憊感受度顯著降低，而病患於 CABG 術後，疲憊度越高者對自己身體活動功能信心越低。(孫美華、劉雪娥，2000)。*睡眠：當一個人生病後，休息和睡眠對復原佔著及重要的功能。不適當的休息，導致疲憊易怒、無法做決定及應付壓力。*疼痛會影響活動意願，而且會影響休息。 *故綜合主客觀資料，評估有睡眠型態紊亂/內在因素-傷口疼痛與炎症反應；外在因素-環境改變護理問題出現。 | | | | | | | | |
| 皮膚系 | 主觀資料 | 12/8-9 S1. 我不用肥皂洗，我都是用沐浴乳洗澡，我的皮膚是屬於中性，所以我沒有擦乳液習慣。 S2 現在來到醫院都用擦澡，因為我怕傷口感染，我的頭髮也是用乾洗。 S3. 身上手術的傷口胸部和左大腿有一個，傷口會疼痛，但不會有癢的情形。另外我還有痛風石會痛不會癢。 | | | | | | | | |



| 統 | 料 | S4. 我身上的傷口早上會有醫生每天來換藥。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|---|-------------|-------------------------|--------------|-------|-------|------------|----------------------|-------|------------|-------------------------|--------------|------------|------------------------|-------|-------------|--------|--------|------------|-------------------------|--------------|--|--|--|--|
| 客 | 觀 | <p>基本資料區診斷：CAD with TVD</p> <p>身體評估區 12/8:01. 皮膚溫暖呈粉紅色，飽滿度佳，對知覺（觸覺、痛覺）有反應。胸部、左腿二處有縫線，紗布覆蓋，身上無任何明顯的疤痕且皮膚無水腫及脫屑的情形。02. 頭髮無頭皮屑，髮量適中，指甲乾淨且修剪平整。指甲床無發紺，無水腫及傷口。03. 因平常大都臥床休息，排汗量少，背部因臥床而有少量的汗液。04. 口腔黏膜狀況完整無任何破損，濕潤呈粉紅色。05. 個案穿著病人服，穿個人外套、床褥平整。06. 個案意識清楚。07. 無感覺異常的情形。08. 個案訂院內伙食，但由案妻吃，案妻會到院外買湯麵，個案皆可吃完。營養狀況良好，且 BMI=27.4018，有過重的情形。09. 12/8 個案已經下床活動，不需人扶持，也可以單獨走到男側上廁所。010. 排泄方面大小便正常，無失禁、腹瀉的情形。011. 無任何皮膚病、末梢血管疾病、神經肌肉疾病、骨折及感染發炎等情形</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學 | 理 | <p>*對於開完 CABG 的病人，在胸部、大腿都有著傷口，都提高了感染的機會。*傷口癒合：炎症期：血管收縮期、血管放鬆期、白血球游移期；增生期：肉芽組織出現、傷口縮合、表皮增生；成熟期：血管的萎縮、膠原蛋白的重組。</p> <p>*綜合以上主客觀資料顯示，有潛在高危險性感染/第一道防線不完整（皮膚破損）侵入性治療及皮膚完整性受損/機械因素等護理問題。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼 | 痛 | <p>S1. 我在 11/30 看電視的時候突然感到胸痛不能呼吸，很不舒服，左肩很痛，就是那種悶悶痛、壓迫痛。</p> <p>S2. 在血壓高的時候才會頭痛，還有突然心絞痛，有時候我不聽醫生的話偷吃豆類，那晚上就會痛到睡不著。</p> <p>S3. 我覺得緩解疼痛的方法是忍到不能忍的時候，就要吃些止痛劑。</p> <p>S4. 會造成我傷口疼痛加劇的原因大部份是我咳嗽，還有我去牽扯到；當我不聽醫生吃豆類，痛風就會發作。</p> <p>S5. 疼痛會讓我覺得情緒變得很不穩定且很不舒服，睡覺也睡不好，脾氣變得不好。</p> <p>S6. P：我的傷口牽扯會痛，痛風地方也在痛。Q：感覺就像皮膚被撕開一樣，痛風形容不出來。R：都是在胸口的地方，左膝外側。T：不動就比較沒有什麼感覺，痛風要吃止痛藥。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 客 | 觀 | <p>身體評估區 12/10:01. 個案傷口疼痛時，會出現皺眉的表情，頻頻叫案妻幫他按摩左背後。02. 疼痛時，血壓上升 (138/94mmHg)，心跳比平常上升 5-10 次/分，呼吸增加 2-3 次/分，警戒心高、躁動不安。03. 疼痛強度評估：不會按時評估，不過大概 QID 量血壓時，會詢問哪裡不舒服，假如疼痛則進一步評估。04. 個案疼痛視覺等級量表 (VAS) 其表示最痛有 10 分。</p> <p>基本資料區 診斷 CAD with TVD:05. 造成個案疼痛的因素為冠狀動脈繞道手術後的傷口及痛風石。06. 個案 12/5 開立處方有 Demeral 50mg IM prn & q6h。在護理期間，並未要求打過止痛針。還有開立 Tramadol 1[#] po q6h & prn 使用，在護理個案期間 12/9 12:40 及夜晚 12:00 曾使用。07. 藥物 Cataflam 1[#] po tid 及 Colochicine 1[#] po bid 使用，在護理個案期間，有使用過。治療狀況：</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>使用日期</th> <th>藥名、劑量</th> <th>途徑、時間</th> <th>使用日期</th> <th>藥名、劑量</th> <th>途徑、時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12/3-12/15</td> <td>Bokey 1[#]</td> <td>po qd</td> <td>12/5-12/15</td> <td>Cataflam 1[#]</td> <td>po q6h & prn</td> </tr> <tr> <td>12/3-12/15</td> <td>Demeral 1[#]</td> <td>po qd</td> <td>12/10-12/15</td> <td>Teiria</td> <td>po tid</td> </tr> <tr> <td>12/5-12/15</td> <td>Tramadol 1[#]</td> <td>im q6h & prn</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | 使用日期 | 藥名、劑量 | 途徑、時間 | 使用日期 | 藥名、劑量 | 途徑、時間 | 12/3-12/15 | Bokey 1 [#] | po qd | 12/5-12/15 | Cataflam 1 [#] | po q6h & prn | 12/3-12/15 | Demeral 1 [#] | po qd | 12/10-12/15 | Teiria | po tid | 12/5-12/15 | Tramadol 1 [#] | im q6h & prn | | | | <p>*疼痛是一種個人的經驗，每個人感受經驗皆不同但一個人感到痛，就是痛（包括語言或非語言上行行為表現。*疼痛類型分為急性、急慢性、慢性疼痛，個案的疼痛為術後傷口的疼痛屬於一急性疼痛，定義：發作快速，<6 個月，將導因去除能快速減緩疼痛。*個案在經歷疼痛，臉上的表情及非語言的表情是可以反映他疼痛的程度，個案疼痛的表情通常是眉頭深鎖。*個案疼痛的問題並非都是心臟的問題造成，而是術後胸腹部疼痛引起及過去病史的痛風，與尿酸過高相關。</p> <p>*經由主客觀資料分析，個案在術後曾要求打止痛針，在照顧期間，12/9 要求給予止痛藥，30 分鐘後追蹤，皆是無緩解情形。在 12/10 醫師又開立止痛藥使用，才有緩解情形。所以，此項目個案有疼痛護理問題。</p> |
| 使用日期 | 藥名、劑量 | 途徑、時間 | 使用日期 | 藥名、劑量 | 途徑、時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/3-12/15 | Bokey 1 [#] | po qd | 12/5-12/15 | Cataflam 1 [#] | po q6h & prn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/3-12/15 | Demeral 1 [#] | po qd | 12/10-12/15 | Teiria | po tid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/5-12/15 | Tramadol 1 [#] | im q6h & prn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 壓 | 力 | <p>12/10 S1. 我這次住院要進來開刀有和家人都已經商量過的，如果有重大事情，都是叫回來一起做決定，而且這一次開刀是聽我弟弟說這裡醫生好。</p> <p>S2. 我有壓力時我會先想辦理自己解決，我也會跟我老婆說，因為兩個人來想總是比一人想來得快。</p> <p>S3. 我紓解壓力的方法，跟我太太說說、看看電視。</p> <p>S4. 我現在最煩惱是什麼時候可以回家，我的傷口好不好？</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 客 | 觀 | <p>12/10 :01. 評估產生壓力的情境，是因為還不能出院，個案傷口預合不佳所導致。02. 個案在壓力生理反應上無任何特別改變：心跳 70-85 次/分；呼吸 16-20 次/分；血壓 110-130/75-85mmHg。03. 評估個案遇到任何治療問題，都會向其案妻反應及討論，兒子出現時，也會和其討論。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學 | 理 | <p>1. Selyeu 一般適應症候群： (1)警戒期：個案的壓力於手術的傷口健康狀態感受到威脅起了變化。 (2)抵抗期：個案現處於壓力抵抗期。 (3)耗竭期</p> <p>2. 壓力是任何會干擾人體適應狀態或體內恆定狀態的生理性或心理性刺激，壓力會影響到身體所有的系統，並會破壞身體內在環境微妙的平衡關係。</p> <p>---綜合以上之結論發現個案有焦慮/1. 對身體健康的威脅；2. 對事件缺乏控制感；3. 手術後傷口之護理問題，因為無法滿足個人對健康的需求。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



評估發現下列護理問題：(下列依優先順序先處理前三個護理診斷，並作分析)

1. 心輸出量減少/前負荷增加、後負荷改變、心肌收縮力改變。
2. 急性疼痛/手術傷口炎症反應、焦慮。
3. 焦慮/對身體健康的威脅、對事件缺乏控制感。
4. 睡眠型態紊亂/內在因素-傷口疼痛與炎症反應；外在因素-環境改變。
5. 皮膚完整性受損/機械因素。
6. 潛在危險性感染-/傷口/第一道防線不完整(皮膚破損)；(2)痰增多不易咳出、體力尚未恢復

伍、護理診斷

一、心輸出量減少

| 主觀資料 | 客觀資料 | 護理診斷/ 導因 | 護理目標 | 護理措施 | 評值 |
|--|---|--|--|--|---|
| 12/8 S1：還沒手術之前，我只要一緊張我就喘。 S2：說難聽一點，還沒來這裡，在家走一百步都不到。 S3：發作的時候我都是吃藥比較多。 12/9 S4：平常我都不會去運動，出門就是騎機車。 S5：每天都是待在家，看看電視或者打打麻將。 S6：現在住院了，都有復健師來叫我去運動，今天走了150公尺(約護理站一圈半)，我就受不了。 12/10 S7：自從5-6年前發現有心肌梗塞後，我就比較喜歡吃麵，因為比較軟。也吃比較淡的飲食 S8：平常我都在床上看電視，喝水都是在旁邊，用500 cc 杯子裝水，不一定喝多少，大概2-3杯吧！ S9：我今天可以走病房兩圈了(約 | 01.11/30 入院診斷：CAD with TVD。 02.於12/1施行CABG手術。 03.12/1經由內視鏡取左腿大隱靜脈，所以左腿有>20 cm傷口，縫線存，紗布覆蓋。 04.相關檢驗值 12/1-12/4 PH 7.30-7.45 PO ₂ 80-142 PCO ₂ 31-38 HCO ₃ 18.7-21.5↓ NA 131.6-134.8↓ K 3.33-4.08 CA 7.1-8.0↓ 血紅素值： 日期 HCT 11/30 42.4 12/1 29.5↓ 12/2 26.6↓ 12/4 30.2↓ 05.12/8-12/10 評估個案頸靜脈無怒張情形。 06.12/8-12/10 個案四肢末梢溫暖，足背、脛後、膝臑動脈脈搏2+。 07.12/8-12/10 血壓 110-130/70-85 mm Hg。 08.12/8-12/10 呼吸速率 16-20 次/分。 09.12/8-12/9 肺臟叩診反響音，呼吸聽診有囉音，可以自咳痰。 010.11/30 12/9 入院體重 75.8 kg w。 日期 BW 12/5 79.6↑ | 心輸出量減少/ E1.前負荷增加： S1、 S2、 S3、 S4、 S5、 06、 07、 08、 09、 012 E2.後負荷改變： S2、 S4、 S6、 S9、 06、 012、 013 E3.心肌收縮力改變： S4、 S5、 | 短程 1: 12/8 個案的電解質能維持正常平衡 體重變化少於 0.5 公斤。NA: 135-148mEq/L K: 3.5-5.3 mEq/L 中程 2: 個案在 12/9 前可採漸進式活動下床活動時，氧合情形正常。 3: 個案在 12/10 時，能說出三種能減輕心臟工作量的方法。 4. 個案在出院前生命徵象穩定 (BT<37.5 °C ; HR:60-100 次/分 ; RR:18-24 | 1-1 每日 (QD; 6AM) 監測體重。 1-2 每日 9-1-5-9 監測生命徵象改變。 1-3 鼓勵病人遵從低鈉飲食。 2-1 安排安靜舒適的環境，協助個案採半坐臥或舒適臥位。 2-2 教導個案採漸進式增加活動量，若有感到頭暈、呼吸困難、胸痛表示運動過量，此刻需立即休息。 2-4 評估血氧濃度正常後，協助個案在病房內練習走路每天三次三至四圈或練習走樓梯一層每天 2-3 次。(10-3-8) 3-1 教導個案採適度的休息和活動：減少身體活動，待恢復時再逐漸增加活動量。 3-2 教導個案盡量保持身心愉快，適度限制訪客並維持安靜的環境以促進休息，避免過多的壓力和焦慮。 3-3 監測個案使用 Stilnox 1# QN(9) PO 以促進睡眠情形。 3-4 教導個案維持排便通暢，不可閉氣用力解便，以免造成 vasalva 效應。 | 短程 1. 個案每日體重仍有下降趨勢，但已能逐漸減緩速率，且個案的體重超過標準體重，故繼續觀察。未見個案有胸前悶痛或肌肉抽筋主訴。 中程： 12/9 2. 協助個案下床活動，範圍在護理站在班內個案且個案也能在案妻陪伴下自行下床活動，SpO ₂ 95-99% 且無呼吸急促及發紺的情形。 3. 個案 12/10 可說出三種減輕心臟工作量的方法(如：採舒適臥位、不開氣用力解便、保持心情愉快)。 4. 個案 12/8-12/10 生命徵象穩定。四肢末梢溫暖呈粉紅色無水腫情形，脈搏也正常，右腳四處傷口，縫線未拆， |



| | | | | | |
|--|---|---------------------|---|--|---|
| 200 公尺)。 S10: 我五~6 年前發現梗塞的時候, 去宜蘭羅東博愛醫院看病, 它有幫我做氣球擴張術, 剛通好時, 感覺比較不會那麼喘, 但之後就又开始。 S11: 這次住院是因看電視時左肩疼痛, 吃藥沒效, 到那裡看病說要手術, 我就說要出院, 要到大的醫院手術。 S12: 這次住院才發現我有糖尿病, 之前沒有發現, 也沒有發作, 不舒服的情況。 S13: 排便還好順順的。 | 12/6 76.52 ↓ 12/7 74.54 ↓ 12/8 74.02 ↓ 12/10 73.70 ↓ 011. 12/8-12/10 SpO2 : 98 %-100%。 012. 12/5-12/12 相關藥物: *Cavedilol 1# po bid *Persantin 2# po tid *Norvasc 1# po bid *Tritace 1# po qd Amaryll# po qd Glcophage 1# po tid Stilnox 1# QN(9) PO 013. 12/8 情緒除疼痛外尚穩定, 12/10 因傷口疼痛醫師囑 Cataflam 1# po tid。 014. 測量心尖脈 12/8-12/10 心跳速率 75-80 次/分, 無雜音。觸診心尖脈無震顫的情形。 | S6、 S7、 S9、04 | 次/分; BP:90-140 /60-90mmHg。 5:12/12 教導個案及家屬冠狀動脈繞道手術術後應注意的事項及予以衛教後, 病人可以了解並實地執行。 | 4-1 qid (9-1-5-9) 觀察個案 vital signs 的變化, 四肢末梢的血循及脈搏強弱。監測並記錄個案對心跳緩慢及心跳過速的反應, (例如、低血壓、蒼白、盜汗、呼吸困難、不正常的呼吸音或心音)。 5-1 教導個案及家屬保持傷口乾燥並且告訴個案, 醫生會幫忙傷口每天換藥。 5-2 教導個案術後有關高血壓及開心手術應避免食用高膽固醇及刺激性食物 (如: 動物內臟及高鹽高鈉的食物、煙、酒)。 5-3 教導個案避免外食的機會, 若無法避免, 教導其將過油的食物先過水後, 再食用。 5-4 教導個案及家屬在居家生活中應注意的事項及傷口的照護, 若有異常的情形, 如傷口裂開, 嚴重胸痛... 等等情形時, 應儘速返回門診治療。 | 無滲血及分泌物。 12/10 因傷口疼痛 醫師囑 Cataflam 1# po tid, 30 分鐘後 蹤疼痛情形, 可 由疼痛指數 1 分降至 5 分 5.12/15 個案 解傷口照護 注意事項, 並可 說出三項應注 意事項。 *故中程目標 已達到。 |
|--|---|---------------------|---|--|---|

二、疼痛

| 主觀資料 | 客觀資料 | 護理診斷/導因 | 護理目標 | 護理措施 | 評值 |
|--|--|---|---|---|--|
| 12/9 S1: 小姐, 我的開刀傷口好痛, 痛到我都睡不好。 S2: 疼痛指數自評 10 分 (滿分為 10 分) S3: 痛起來好像有針在刺的感覺。 S4: 疼痛部位侷限於左胸傷口, 還有左肩背部; 疼痛性質為牽扯痛; 時間為持續性的。 | 12/9 基本資料: 01: 面部表情皺眉, 眼睛緊閉 02: 右手時常撫摸左肩, 並發出呻吟聲。 03: 多臥床休息, 不太敢扭轉脖子。 04: 與病人交談需重複 2-3 次才有反應 身體評估區 05: 左胸傷口微紅、腫。 06: 左胸有一處 8-9 公分長的手術傷口。 實驗數據 07: BP 110-130/70-85mmHg; HR 70-90 次; 呼吸次數 16-20 次 08: WBC: 12/2: 11300 12/4: 8700 12/10 | 急性疼痛 / 手術傷口、焦慮 S1、 S3、 S4、 S6、 S8、 S9、 03、 05、 06、 010、 011、 012。 | 短程 12/10 認知: 個案能說出疼痛的來源。 情意: 個案願意配合護理人員作放鬆動作。 技能: 個案及家屬能在護理人員衛教後, 回覆示教傷口照護方式。 | 1-1 傾聽並引導說出疼痛來源, 例如利用 PQRST 評估, 評估時間 9-1-5-9。 1-2 教導控制疼痛之技巧, 如: 轉移注意力、熱敷足背、深呼吸, 呼吸時使用枕頭壓住傷口、肌肉按摩及下床採漸進緩慢方式等。 1-3 多討論吸引病人的有趣話題, 如家人 1-4 每天早上陪伴病人坐輪椅至外面散步 30 分鐘-1 小時。 1-5 每日早上由醫師更換敷料並由護士每班評估傷口外觀敷料有無滲濕, 若有滲濕時立即更換, 並衛教病患、家屬保持傷口清潔、乾燥之重要性。鼓勵病人於換藥時, 看自己的傷口, 並鼓勵提出問題, 以更加了解自己的傷口。 1-6 予個案解說術後傷口應注意的事項與照護原則、衛教手冊及止痛藥物衛教。 1-7 護理人員口頭教家屬、病患如何 | 12/10 能在護理人員引導下說出兩項疼痛來源, 也院亦配合放鬆動作, (例如: 與案妻交談轉移注意力、熱敷背部、深呼吸、按摩) 控制之技巧, 但自覺無效, 能需藥物控制, 自評疼痛分數為 8 分, 故於早上 12 點 40 分依醫囑 Tramadol 1# po q6h&prn。個案能在護理人員指導下, 說出要使用優碘由上往下擦, 不可重複使用, 每日依到兩次。 12/10 因傷口疼痛 |



| <p>樣? S6:痛起來好像有針一直在刺的感覺。 S7 疼痛指數自評 8 分(滿分為 10 分) S8: 疼痛部位侷限於左胸傷口,還有左肩背部;疼痛性質為牽扯痛;時間為持續性的。 S9:我的傷口怎麼還是那麼有點紅紅、腫腫。 S10. 別人和我是一樣的嗎?</p> | <p>基本資料 09:與病人交談需重複 4-5 次才有反應 010:多臥床休息,脖子不敢亂動,保持一個睡姿。 身體評估區 011:左胸有一處 8-9 公分長的手術傷口。 012:左胸有一處 8-9 公分長的手術傷口。 實驗數據 013 BP 128/80mmHg;HR 70 次;呼吸次數 20 次</p> <table border="1" data-bbox="389 692 707 894"> <tr> <th>藥名劑量</th> <th>途徑、時間</th> </tr> <tr> <td>Bokey 1*</td> <td>po qd</td> </tr> <tr> <td>Demeral 1*</td> <td>po qd</td> </tr> <tr> <td>Tramadol 1*</td> <td>im q6h&prn</td> </tr> <tr> <td>Cataflam 1*</td> <td>po q6h&prn</td> </tr> <tr> <td>Teiria</td> <td>po tid</td> </tr> </table> <p>12/10 因傷口疼痛醫師囑 Cataflam 1*po tid。</p> | 藥名劑量 | 途徑、時間 | Bokey 1* | po qd | Demeral 1* | po qd | Tramadol 1* | im q6h&prn | Cataflam 1* | po q6h&prn | Teiria | po tid | <p>中程: 12/15 認知:個案可說出減輕疼痛二個的方法。 情意:個案可在住院期間願意持續配合放鬆技巧之執行。 技能:在住院期間個案可每日評估傷口。</p> | <p>觀察感染徵象及換藥方式;再由家屬、病患回覆示教換藥方式及注意事項。 2-1 說出排除或減輕使疼痛增強或引發的因素,如:降低音量,衣著寬鬆,室內溫度適中等。 2-2 採抬高床頭 20-45 度舒適臥姿,避胸部外展,室溫保持 24-27°C 並維持病房安靜,以利於放鬆心情能好好休息,給予集中護理。 2-3 教導控制疼痛之技巧,如:轉移注意力,熱敷足背,深呼吸,肌肉按摩等。 2-4 12/2 依醫囑給予 Scanal 1# tid 及 Demerol 50mg Q4H p.r.n。 2-5 手術三天內每四小時評估 PQRST, 第四天至一週每班評估一次。 2-6 每班評估手術傷口之情形,觀察有無感染之現象,如:紅腫熱痛,分泌物及異味等。 3-4 多補充維他命 C 水果及高蛋白的食物,以促進傷口癒合,如柳丁,奇異果,葡萄等水果及魚,蛋,大豆等蛋白質之食物。</p> | <p>醫師囑 Cataflam 1*po tid, 30 分鐘追蹤疼痛情形,可由疼痛指數 10 分降至 5 分 12/15 個案由於病情穩定,經醫師視診允許出院,出院前可說出三個減輕疼痛方法,轉移注意力、深呼吸。在住院期間也可配合放鬆技巧,出院前,沒再使用止痛劑,且疼痛指數也可由 10 降至 2 分。出院前,也都可自行評估有無紅腫、分泌物情形。</p> |
|---|--|------|-------|----------|-------|------------|-------|-------------|------------|-------------|------------|--------|--------|--|--|---|
| 藥名劑量 | 途徑、時間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bokey 1* | po qd | | | | | | | | | | | | | | | |
| Demeral 1* | po qd | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tramadol 1* | im q6h&prn | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cataflam 1* | po q6h&prn | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teiria | po tid | | | | | | | | | | | | | | | |

三、焦慮

| 主觀資料 | 客觀資料 | 護理診斷/導因 | 護理目標 | 護理措施 | 評估 |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>12/8 S1. 今天醫生給我換藥,傷口都紅紅腫腫的。 S2. 本來要出院,現在我的傷口又這樣,什麼時候可以出院。 S3. 我住院什麼都不煩惱,最煩惱傷口不會好。 S4. 這樣的傷口可以回去嗎? S5. 今天我的傷口有點黃黃,好像發炎,但是醫生告訴我,那個不是,因為我又沒發燒。 S6. 如果不好,回去要怎麼照顧? S7. 12/9 現在剛拆線,我都不敢動,因為我怕傷口會裂開。</p> | <p>01. 個案於 12/1 開 CABGx2 的手術、 02. 手術傷口 Sterum 有 5x0.5 cm 癒合不佳,有紅腫現象。 03. 不管做任何治療,病人都會提及或把焦點放在傷口癒合不好。 04. 談及有關傷口,個案會有皺眉傾向。 05. Lopilexin 1*po qid 原本 DC 掉,今日又續用。 06. 個案已</p> | <p>焦慮/ E1. 對身體健康的威脅: S1、 S3、 S5、 S7、 01、 02、 E2. 對事件缺乏控制感: S2、 S4、 03、 06。 E3. 手術後傷口: S1、 S2、 S3、 S4、 S5、 S6、</p> | <p>12/8 短程: 認知目標:個案能說出焦慮的來源。 情意目標:個案願意配合護理人員作放鬆動作。 技能目標:個案及家屬能在護理人員衛教後,回覆示教傷口照護方式。 12/15 中程: 認知目標:個案可說出減輕三個焦慮的方法。 情意目標:個案可在住院期間願意持續配合放鬆技巧之執行。 技能目標:在住院期間個案可每日評估傷口。 12/30 長程: 認知目標:個案可說出焦慮情形有改善;出現明顯放鬆之徵象、生理警覺狀態減</p> | <p>1. 鼓勵個案表達內心感受及給予心理支持,並適時運用傾聽和同理心的技巧。 2. 教導使用轉移注意力技巧(例:看電視、報紙、冥想...等技巧)。 3. 教導個案練習肌肉放鬆技巧。 4. 減少對個案的刺激,鼓勵家屬陪伴個案。 5. 鼓勵並協助採舒適臥位。 6. 每日早上由醫師更換敷料並由護士每班評估傷口外觀敷料有無滲濕情形,若有滲濕時立即予以更換,並衛教病患、家屬保持傷口的清潔、乾燥之重要性。鼓勵病人於換藥時,能看看自己的傷口,並鼓勵提出問題,以更加了解自己的傷口。 7. 給予個案解說術後傷口應注意的事項與照護原則及衛教手冊。 8. 由護理人員口頭教導家屬、病患如何觀察感染徵象及換藥方式;再由家屬、病患由回覆示教換藥方式及注意事項。</p> | <p>*因為給予個案足夠時間表達其內心的焦慮,並與以傾聽,故在 12/8 個案可說出自己擔心傷口照護及癒合情形。也可利用轉移注意力(例如:與案妻交談、採舒適臥位。)來移轉自己焦點。也可口頭說明傷口照護情形(會口頭說出傷口一天可 1-2 次換藥,使用優碘去擦)。 故短程目標可完成。 *個案可於 12/9 配合放鬆技巧,也可在每日醫師換藥自行評估自己傷口有微紅腫現象。 個案可於 12/9-12/10 無呼吸過速情形(16-20 次</p> |



| | | | | |
|--------------|--|--|---|---|
| <p>超期住院。</p> | <p>S7、 01、 02、 03、 04、 05。</p> | <p>少。 情意目標：個案可願意在常生活中持續配合放鬆技巧之執行。 認知目標：個案能在護理人員衛教後，能夠在日常生活中執行正確傷口照護方式。</p> | <p>9. 鼓勵個案參加行冠狀動脈繞道手術術後的衛教活動。 10. 告知個案術後深呼吸咳嗽的重要性並繼續教導練習coach，以預防術後合併症。 11. 給予有關術後的治療及復健活動等明確的解釋。</p> | <p>(分)，也無出現皺眉情形。由於不知道出院後期傷口照護情形，故此項目待評。</p> |
|--------------|--|--|---|---|

陸、結論與討論

社會變遷，國人生活型態改變，對健康影響也越來越大。吳燕惠、許淑蓮(2002)研究近年，國人罹患心臟疾病逐日遽增，而 CABG 佔成人心臟病手術七成。接受 CABG 手術後，將引起身、心、社會各方面不適，是值得護理人員去重視，加強病患術後於住院期間健康照護需求的了解與照護，有助病患手術後疾病的恢復。筆者照顧的是一位冠狀動脈疾病施行冠狀繞道手術，施行 CABG 可以解決目前因疾病所帶來的不適，但術後若不改變原有生活型態，仍可再次發生，反觀思考，在還沒有發生疾病前預先預防，國人發生心臟血管疾病就會大大減少。要如何去預防？從飲食去減少鹽份及高膽固醇的攝取、避免緊張的情緒起伏、持續性運動，這樣患病率就會減少。個案住院期間護理人員可以監控，護理措施來預防手術後的合併症，增進病患術後的手術復原及改善病患的生活品質，出院後護理人員並無法得知其情況。雖是如此，給健康觀念的灌輸、預防方法的教導，卻是護理人員的重大責任。限制：由於實習每週只有三天，無法連續性護理，隨著實習結束，無法去追蹤其出院後情形，而達到一個很完整的護理。最後非常感謝單位的學姐，教導我在照護此個案時，應該注意的事項及老師詳細的在作業上予指導，使我能在短時間內獲得如此珍貴的護理經驗。

柒、參考資料

- 吳燕惠、許淑蓮(2002)·冠狀動脈繞道手術住院病人之健康照護需求·台灣醫學·6(3), p288-301。
- 周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁蕙(2002)·新臨床護理診斷·台北市：華杏。
- 施俊哲、黃正雄、賴曉亭、游棠振、翁仁崇、王志軒、袁明琦(2000)·冠狀動脈繞道手術適應症之探討·臨床醫學·45(2), p82-87。
- 陳玉貞(2004)·陳玉貞講義·台北：國立台北護理學院。
- 陳敏麗(主編)(1999)·最新內外科護理學·台北：永大。
- 孫美華、劉雪娥(2000)·多重慢性病患於冠狀動脈繞道手術後之疲憊現象及護理經驗·長庚護理·11(4), p54-58。
- 陳俊欽、簡錦標(2002)·走出恐慌，不再憂慮--怎樣克服焦慮？健康世界·198=318, p63-68+71-86+89-95。
- 曾春典(2002)·冠狀動脈病的治療·臺北市醫師公會會刊·46(10), p59-67。
- 曾令儀、李引玉(1999)·放鬆治療在護理上的應用·護理雜誌·46(5), p68-74
- 劉秉彥、陳志鴻(2002)·冠狀動脈疾病·科學發展·352, p48-53。
- 臺灣地區十大死因別統計(2001)·行政院：衛生署。
- Chen, C.H., Chen, P.H., Chiou, H.C., Liu, C.Z., Lo, H.S. & Chen, C.M. (1991)· The Incidence of Coronary Artery Disease in Patients with Valvular Heart Disease. Acta Cardiol Sin,7(6),125-129.
- Hollinworth, H. (1994). No gain? Nursing Time,90(1),24-27.
- Musgrave, C. F. (1990). Acute postoperative pain:The cause and the care. Journal of Post Anesthesia Nursing. 5(5),329-337.

