

照顧一位心肌梗塞個案之門診護理經驗

鄭雅婷¹、孫懷德²、白玉玲^{3*}

¹:新營醫院 護理部

^{2,3*}:中華醫事科技大學護理系

摘 要

本文旨在探討一位經歷心肌梗塞初次發作的個案，於門診接受衛教指導增加自我照顧能力之護理經驗。照護期間自 2014 年 10 月 27 日至 2015 年 1 月 18 日，在六次回診中，透過觀察、訪談與病歷查證、電話追蹤等方式收集資料，以 Gordon 十一項健康功能模式評估，確立個案護理問題為低效性健康維護能力、靜態生活型態與焦慮。在低效性健康維護能力方面，提供心肌梗塞疾病相關照護概念，調整生活型態及控制危險因子；在靜態生活型態上，加強個案運動的知識及動機，教導執行心臟復健，提高其活動功能。另以關懷支持增強個案對疾病控制感，並緩解其焦慮。期望藉此護理經驗之分享，做為未來門診照護心肌梗塞個案的參考。

關鍵詞：心肌梗塞、門診、焦慮、低效性健康維護能力改變

The Experience of Out-Patient Department Nursing Care About a Case of Myocardial Infarction

Ya-Ting Cheng¹, Huai-De Sun², Yu-Ling Bai^{3*}

¹:Department of Nursing, Sinying Hospital, Tainan, Taiwan.

^{2 3*}:Department of Nursing, Chung Hwa University of Medical Technology, Tainan, Taiwan.

ABSTRACT

The following paper investigated a specific case of an individual experienced a new type of onset myocardial infarction. Additionally, this work illustrated how the patient elevated the self-care ability of nursing experience during the outpatient-department instructions. During the caring period, we confirmed that the case nursing problems included ineffective health maintaining ability, sedentary lifestyle and anxiety. These problems were displayed through the six visits to the clinic, the interviews and the verification of charts, the follow up telephone calls to collect data and the use of Gordon 11-item Functional Health Pattern Assessment. The ineffective health maintaining ability can be addressed by providing the care information of myocardial infarction disease, adjusting the lifestyle and controlling the risk factors. To improve activity function in patients' static lifestyle, enhancing patients' knowledge and motive of exercise, and instructing patients how to do cardiac rehabilitation by themselves. Providing care, support and individual patient education has the potential to increase self-sense of disease control and to relieve anxiety. We expect that sharing the nursing experience can be used as a reference in order to ascertain out-patient clinic care in the future.

Keywords: myocardial infarction; outpatient department; anxiety; ineffective health maintaining ability

前 言

根據衛生福利部統計處資料顯示，從民國 96 年以來，心血管疾病一直是台灣十大死因之第二位(衛生福利部統計處，2017)，其中以心肌梗塞的死亡率最高(彭、姚、黃、張，2009)，且心肌梗塞的病人有再梗塞與死亡的高風險(Harbman, 2014)，更會衍生失能、心理、家庭與經濟以及長期治療等問題(林等，2012)。對於初次患有心肌梗塞之病人及家屬，因對疾病認知及照護技巧程度不足，可能造成許多合併症及增加再入院率(林等，2012)，彭、姚、黃和張(2009)以回溯法探討東部某區域醫院急性心肌梗塞住院病人，研究結果發現，有併發症者之平均醫療費用高於無併發症者 66,835 元。同時病人產生的焦慮情緒與增加冠狀動脈心臟疾病發病率及死亡率有關(Shibeshi et al, 2007)。Goddard、Hill 和 Morton(2015)提及與病人討論生活方式和行為的改變，可與病人建立夥伴關係，從了解病人的觀點來評估患者是否願意改變，有助於進一步執行合宜之護理措施。因此，若能給予有系統護理指導，將可有效提昇病人對疾病的認知與疾病的控制，促進自我照顧行為(余、胡、葉，2008；林等，2012)。

本文撰寫一位初次罹患心肌梗塞之個案，於門診回診時透露因自我照護經驗不足無法維護自身健康，深怕疾病復發而感到內心焦慮不安，引發筆者介入照護之動機，希望藉由社區與門診整合照護，提供個別護理指導、執行心臟照護的健康行為，加強危險因子控制及辨識症狀與處理方法等自我照護能力，減低復發及再入院風險，進而使身、心、家庭達到安穩，希冀藉此護理經驗提供門診護理同仁照護之參考。

文獻查證

一、心肌梗塞(Acute Myocardial Infarction, AMI)之疾病相關概念

AMI為冠狀動脈發生血栓、粥狀硬化或內皮細胞功能異常等因素而阻礙血流，使心肌缺氧及壞死(林、呂、徐，2013；曾，2008；程，2011；Boon, Colledge, Walker, & Hunter, 2010)，可能突然出現和勞動無關的胸悶、胸痛、沉重感或燒灼感，不舒服範圍有時輻射至頸部、下顎、肩部、左上臂，不會因姿勢不同而緩解，通常持續 20 分鐘或更久，常伴有虛弱感、出汗、噁心、嘔吐、頭暈及明顯的不安(林等，2013；曾，2008；張，2009)，甚至併發心律不整、心臟衰竭、休克、二尖瓣閉鎖不全、心臟破裂而猝死(林等，2013；賴、顏，2013)。在懷疑AMI當下應使用NTG降低心肌氧氣需求後儘速送醫，到院 10 分鐘內完成心電圖檢查及判讀，在 90 分鐘內以心導管執行第一次氣球擴張術，給予血栓溶解劑，若三條以

上冠狀動脈嚴重阻塞者則施行冠狀動脈繞道手術，以減少心臟受損範圍(余等，2008；林等，2013，蔡、程，2011)。

二、AMI 後的健康維護行為與護理指導

調整飲食和生活型態可減少 92% AMI 風險(賴、顏，2013)，故可提供健康的飲食建議：地中海風格，採取較多麵包、水果、蔬菜和魚類、使用植物油製品與減少肉類 (Goddard et al., 2015)。烹調少用油炸可以清蒸或水煮方式料理，用餐的時間固定、溫度及份量適中，控制低鹽 $<6\text{g}/\text{天}$ ，避免滷汁、豬油或菜餚湯汁拌飯(曾、童、魏、張、陳，2011)或醬料及較鹹醃物，減少全脂製品或肉眼可見的脂肪，建議多吃海魚取代紅肉，控制水份 $<2\text{L}/\text{天}$ ，多吃蔬菜及增加纖維質、保持大便通暢(曾，2008；程，2011；賴、顏，2013)。另外，按時回診、正確服藥可降低 46% 心血管罹患率及 22% 死亡率(林，2010)，抽菸會增加血栓及血管收縮，故須戒菸，除此之外，控制體重、控制血壓與血脂、穩定血糖以及注意保暖也是十分重要的(余等，2008；Goddard et al., 2015；Schreier, Moltchanova, Lammi, Karvonen, & Eriksson, 2009)。

AMI 後更建議定期接受醫療監控下的運動介入，執行心臟復健運動(林等，2012; Goddard et al., 2015)。出院返家的 12 週內為心臟復健第二期，活動量約 3-6 METs，居家活動運動包括輕度柔軟操、漸進式行走、游泳等；第三期為長期維持期，建議每天 30 至 60 分鐘的中等強度有氧活動與每週 2 天的阻力訓練，生活化的運動，活動量約 6-8 METs，包括騎腳踏車、慢跑、快走等(林等，2012；張，2009)。運動及飲食控制可降低血脂，規律的運動可控制體重、增加心肺耐力，減少心因性死亡之危險，達到 AMI 次級預防功效(張、謝，2013；賴、顏，2013；程，2011；鍾、江、呂、許、蔡，2008)。運動全程分為暖身期、有氧訓練與緩和期，若活動過程中感胸部不適、疲勞、呼吸困難、頭暈、步態不穩、心跳不規則或大於 120 次/分鐘，需立刻停止運動(林等，2012；張，2009)，休息舒緩、注意安全、監測血壓並正確使用 NTG 藥物，包括：於剛開始發作含一錠於舌下，藥效 1-2 分鐘產生、持續約 30 分鐘，若胸痛未減輕則每 5 分鐘含一顆，最多三顆後即盡快就醫；藥粒呈圓白色，室溫下保持乾燥、瓶蓋扭緊，保存於原褐色瓶內避光且勿分裝，藥量需充足及隨身攜帶，使用期限為開瓶六個月內，可在外瓶放大註明失效的年月；副作用有頭痛、皮膚潮紅、全身溫暖、頭暈、低血壓，坐著或躺姿服藥且避免服藥後運動(李、葉、馬，2012)。

三、心肌梗塞焦慮的護理

在遭受急性致命的胸痛、血壓及心跳不穩定，感受到死亡威脅之情緒及壓力，常會造成病人焦慮不安、憤怒、害怕(王、林、李、陳，2014)。若心理調適

不當，會影響心肌復健與修復進度(董，2008)。因此，護理人員應充分了解病人焦慮的原因，針對其負向行為及情緒給予支持，採開放性溝通態度，主動關懷、傾聽，鼓勵表達內心感受，確認病人對疾病的認知程度，適時給予諮詢。提供專業、有系統整合的衛教，也可利用數位影像衛教影片、圖卡、手冊、團體活動使衛教指導一致化，及電話追蹤加深衛教指導完整性，以了解病人自我照顧的情形，進而減輕其對疾病照護的焦慮(王等，2014；胡、林，2012)。

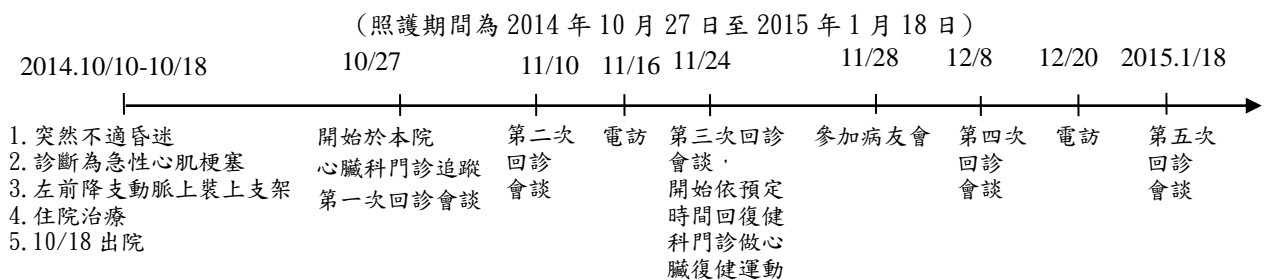
護理過程

一、個案簡介

趙先生 56 歲，國中畢業，諳國台語，從事管理員工作，經濟小康，自有住宅，前庭採光良好，鄰近醫院、學區。夫妻同住，案妻年 54 歲家庭主婦，育有一女一子，屬於小家庭。本身無宗教信仰，無喝酒或嚼檳榔，菸齡廿年，已戒菸兩個月，無家族病史或是過敏史。患有高血壓 15 年，因自覺血壓控制良好所以平時無測量血壓。

二、此次就醫過程

2014 年 10 月 10 日上午在家中打掃，突然心悸、眩暈、呼吸困難，隨即陷入昏迷，當天送至急診施予心肺復甦術，並確認診斷為急性心肌梗塞，即刻將他送往心導管室進行冠狀動脈暢通，並在左前降支動脈上裝上支架。經住院治療在 2014 年 10 月 18 日出院，10 月 27 日起於本院心臟科門診追蹤。目前口服藥物有：Norvasc 5mg 1# po QD 及 Bokey 100mg 1# po QD 及 Lipitor 10mg 1 # po QN 以及 NTG 0.6mg 1# S.L.prn 使用。就醫護理過程如下表。



三、護理評估

照護期間為 2014 年 10 月 27 日至 2015 年 1 月 18 日。護理指導流程為給予個別心肌梗塞相關衛教，透過電話訪談與追蹤給予修正居家照護衛教指導，安排參與團體衛教活動，回診時評估個案自我照護執行情況。以病歷查證、觀察、訪談

與電話追蹤等方式收集資料，運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估模式彙整分析如下：

（一）健康感受與健康處理型態

個案自覺平時身體健康，認為有任何身體不適就應至醫院看診；高血壓於 1999 年開始於衛生所規則服藥，於門診就醫時會關心自己病程，10 月 27 日血壓測得 144/70 mmHg，個案表示：「我沒有吃中藥或成藥，血壓藥一天要吃一次，有時候忘記就沒吃。」、「我兒子新買一台血壓計給我，銷售人員說吃飽飯或運動後不要馬上量，我覺得量血壓很麻煩都沒在量。」、「我還是不知道怎麼會這樣？這是第一次心臟塞住，胸部好像被石頭壓著，還要注意什麼才不會發作呢?!」、「這救心藥要怎麼吃呀?」。

（二）營養與代謝型態

10 月 27 日回診測得個案身高 163 公分，體重 68 公斤，BMI：25.6kg/m²，屬體重過重，腰圍 94 公分。由 2014 年 10 月 10 日抽血檢驗 HDL：32.8 mg/dl、TG：151 mg/dl、LDL：124 mg/dl、白蛋白：3.0 g/dl、血紅素：14 g/dl、鈉：136 meq/L、鉀：3.5 meq/L。上排牙齒完整，下排有活動式假牙，口腔黏膜完整，無吞嚥或咀嚼問題，嘴唇紅潤且指甲平整，皮膚完整無破損無水腫情形；開水攝取約 1000 ml/天。11 月 10 日個案主訴：「我吃飯的時間不一定，很少吃菜，通常配菜湯、魚頭、魚肚或滷筍干就能吃光一碗飯，菜湯約喝一碗左右。」，案妻表示：「三餐由我煮給先生吃，我想我先生吃得下就好，我都用豬油作菜比較天然。」。

（三）排泄型態

個案主訴平日約兩天解一次成形黃色軟便，較少用力解便，10 月 27 日觸診腹部柔軟，聽診腸蠕動約 8-12 次/分；排尿 7-9 次/天，色黃量中，夜間如廁一次，身上乾淨無異味。10 月 16 日檢驗值 BUN：12.0mg/dl、Cr：0.8mg/dl。

（四）活動運動型態

個案從事管理員，工作時間從早上十點至下午六點，大多坐著看監視器，月休六日。平時無運動習慣，假日喜歡下棋、看電視；日常活動可自理無須案妻協助，偶爾呼吸費力，休息後可改善，11 月 24 日回診時，觀察從門口走到候診區沒有呼吸喘情形，個案主訴：「心臟病平常做哪些運動？我都怕怕的不敢動。」。

（五）睡眠休息型態

個案每日睡眠約八小時，晚上九點入睡，起身如廁一次，再入睡至早上六點起床，通常躺床即能入睡，未曾要求醫師開安眠藥，回診時觀察精神狀況良

好，無閉目休息、倦怠、打瞌睡情形。

(六) 認知感覺型態

個案慣用國、台語，意識清楚，聽力、嗅覺及味覺皆無異常，10 月 27 日個案主訴：「我有老花眼，看衛教單張比較慢、怕記不住，護士有播放光碟給我看，我會比較清楚。」，在思考、語言表達及定向感正常。

(七) 自我感受和自我概念型態

個案談到自己生活平順，是個順其自然的人，平時常與孩子或親戚朋友以電話方式聯絡，互動皆和睦。11 月 10 日個案主訴：「我好擔心要是常常發作怎麼辦？」、「我還沒六十歲，很怕就像要報廢的機器一樣。」。

(八) 角色關係型態

個案 56 歲，與案妻同住，工作固定。兒女年約三十歲，皆未婚在外地就業，定時聚會相處融洽。目前第一角色為壯年期的男性，第二角色為父親、丈夫、弟弟，第三角色為病人。住院期間主要照顧者為案妻，互動良好，子女和案兄會前往探視關心，返診時亦有子女或案妻陪伴。

(九) 性與生殖功能型態

婚後與案妻育有兩名子女，生殖器外觀無水腫及異常發現，個案表示與案妻目前過得自在，無提到性功能障礙或困擾。

(十) 壓力因應處理型態

個案自述生活中有事會與案妻或子女溝通討論並共同決策，案妻與家人的陪伴與支持是復原的動力。11 月 10 日會談時個案眉頭深鎖表示：「我擔心會不會常發作？像我叔叔因為心臟病很早就去世，我走了那我太太該怎麼辦？」，表示很想知道怎麼照顧自己以免疾病復發，會儘量配合醫師。

(十一) 價值與信念型態

個案無特殊宗教信仰，但覺得自己心地善良，不曾做壞事，老天爺會照顧他，相信一定會康復，而案妻信仰道教，也會至廟裡燒香祈求丈夫身體健康。

四、問題確立與護理措施

綜合以上評估確立個案在護理期間有：(一)低效性健康維護能力/與初次心肌梗塞發病及缺少維護健康的相關知識有關；(二)、靜態生活型態/與缺乏心肌梗塞居家運動知識有關；(三)焦慮/與健康狀態改變及缺乏照護相關知識有關，茲將說明如下：

(一)低效性健康維護能力/與初次心肌梗塞發病及缺少維護健康的相關知識有關

(2014 年 10 月/27 日~2014 年 11 月 24 日)

主觀資料	<p>1. 10/27 個案主訴:「我還是不知道怎麼會這樣?這是第一次心臟塞住。」、「血壓藥一天要吃 1 次,有時候忘記就沒吃。」、「我兒子新買一台血壓計給我,銷售人員說吃飽飯或運動後不要馬上量,我覺得量血壓很麻煩都沒在量。」、「這救心藥要怎麼吃呀?」。</p> <p>2. 11/10 個案主訴:「我吃飯的時間不一定,很少吃菜,通常配菜湯、魚頭、魚肚或滷筍干就能吃光一碗飯,菜湯約喝一碗左右,開水一天大約喝 1000 cc。」。案妻訴:「三餐我在煮,不知道該給我先生吃什麼,我想我先生吃的下就好,用豬油炒菜比較天然。」</p>
客觀資料	<p>1. 個案過去病史有高血壓、高血脂,菸齡 20 年剛戒菸 2 個月,口服藥物包括 Norvasc 5 mg 1# po QD 及 Bokey100mg1# po QD 及 Lipitor 10mg 1# po QN 以及 NTG 1# S.L. prn。</p> <p>2. 2014 年 10 月 10 日,確認診斷為急性心肌梗塞做心導管進行冠狀動脈暢通,並在左前降支動脈上裝上支架。</p> <p>3. 10/27 血壓:144/70mmHg,檢驗值 LDL:124 mg/dl、TC: 191mg/dl。</p> <p>4. 腰圍 94 公分,身高 163 公分,體重 68 公斤,BMI: 25.6kg/m²,屬體重過重。</p> <p>5. 評估個案飲食中有較多油脂攝取、三餐不定時及少吃蔬菜。</p> <p>6. 個案初次發病及未瞭解 AMI 疾病相關概念及 NTG 之使用方式,並未執行關於按時服藥、監控血壓、血脂或飲食控制等 AMI 後的照護行為。</p>
護理目標	<p>1. 10/27 個案及案妻可說出「心肌梗塞成因、症狀及嚴重性」共至少 4 項。</p> <p>2. 10/27 個案及案妻可說出「心肌梗塞的及發作時的處理」至少 4 項,及「使用 NTG 需注意事項」至少 3 項。</p> <p>3. 11/10 個案可說出「居家照護注意事項及照顧技巧」至少 5 項。</p> <p>4. 11/24 個案及案妻可說出「飲食原則」至少 5 項。</p>
護理措施	<p>1. 向個案及案妻解釋心肌梗塞成因、症狀等疾病相關概念,增進對心肌梗塞疾病之認知:</p> <p>(1) 播放本院「心肌梗塞之認識與照護」光碟,向個案及案妻說明心肌梗塞是因冠狀動脈的血流阻礙使心臟缺氧、壞死而引起。</p> <p>(2) 利用圖卡與衛教手冊向個案說明心肌梗塞發作的症狀除了像先前發作時「被石頭壓住」的感覺,突然有像燒灼感、悶痛,可能頸部、下顎、肩部、左上臂也會有不舒服,通常時間持續 20 分鐘以上,不會因休息或姿勢改變而緩解。</p>

2. 衛教個案及案妻心肌梗塞的處置，及當懷疑有急性心肌梗塞的症狀應使用 NTG 藥物，其注意事項包括：
 - (1) 衛教個案在不舒服時可先休息、注意安全、瞭解血壓變化以及使用 NTG，倘若不適的症狀發生時，將一顆舌下含服、含服時有灼辣感，每 5 分鐘含一顆最多三顆，若仍無改善應即刻送往急診。
 - (2) 衛教個案瞭解 NTG 為圓白色藥丸，存放原褐色瓶裝勿分裝、應避光、室溫保存，將藥物要隨身攜帶注意溫度。若需執行可能耗發心肌梗塞的活動，例如爬山時，可先預防性使用。NTG 保存期限為開瓶六個月內，可在瓶身以麥克筆標記到期日期，到期的藥物應丟棄不要混用。
 - (3) 向個案說明 NTG 副作用有：頭痛、皮膚潮紅、全身溫暖、頭暈、低血壓等，應採坐姿或半坐臥姿服藥並且避免服藥後立即運動。
3. 衛教個案及案妻心肌梗塞之疾病控制的重要，說明心肌梗塞嚴重性，有因心律不整、心臟衰竭、休克、心臟破裂而猝死，每年發生心肌梗塞中，屬於復發的個案就佔一半，若能學習自我照顧技巧，加強自我照護能力、調整生活型態、以及控制危險因子，可以控制發病或再度入院的機會，其居家注意事項包括：
 - (1) 向個案說明規則服藥可降低心血管發生率及死亡風險，目前用藥包括降血壓藥及降血脂藥，對心肌梗塞尤其重要，與個案及案妻一同討論該如何避免忘記服藥，也可依照個案的建議，用手機定提醒鬧鐘來注意服藥時間。
 - (2) 肯定個案已戒菸兩個月之成效，鼓勵持續維持，向個案說明抽菸的壞處會增加血栓及血管收縮故應戒菸。
 - (3) 由於案子新購入一台臂式電子血壓計，向個案及案妻說明規則監測血壓的重要，個案能回覆練習並能通過使用考核，也知道飯後或運動後不可立即測量，補充說明血壓監測，注意將壓脈帶綁在上臂距手肘兩指幅的位置，早晚定時量血壓，量血壓前休息十分鐘，量血壓時要連續量三次，中間間隔一分鐘，以及將測得知血壓依日期寫在本院提供之血壓紀錄本，返診時將紀錄本帶來參考。
 - (4) 在個案每次看診後，協助預約下次回診以及給予預約回診單，並在每次預定回診之前 2-3 日以電話提醒個案回診時間。

	<p>4.指導個案及案妻心肌梗塞的健康飲食型態：</p> <p>(1)建議案妻選用時須減少全脂製品或肉眼可見的脂肪，烹調時減少烹調用油的量，減少油炸、改以清蒸或水煮代替，且將烹調用油改以多元不飽和脂肪如大豆油、玉米油、紅花油，取代飽和脂肪如椰子油、棕櫚油、可可油。</p> <p>(2)建議個案及案妻說明可多吃海魚取代紅肉，減少豬油等動物性脂肪，如選用魚肉，油脂含量高的部位如魚頭、魚肚或內臟應少吃，要固定時間用餐、固定份量，可增加蔬菜的份量、增加纖維質。</p> <p>(3)衛教個案及案妻心肌梗塞應採低鹽<6g/天：由案妻測量後可知個案家裡鹽罐的湯匙大約可裝 5 克的鹽量，以一尖匙的鹽分成三等份，就是料理一餐可放的鹽量，配合依照營養師建議案妻做菜時不添加鹽，可準備一餐可加的鹽巴放小碟子讓個案自己添加，這樣鹽分可以固定，也要避免滷汁、豬油或菜餚湯汁拌飯、醃漬品或醬料所提供額外的鹽份。</p> <p>(4)與個案及案妻討論平時液體攝取總量，衛教心肌梗塞水份控制<2L/天，2 公升約 4 瓶 500ml 礦泉水量，如有進食液體或水份多的食物，可減少開水的飲用量。</p> <p>5.鼓勵個案及案妻參與「顧心病友會」，與醫護人員及病友藉提問解答及共同討論照護經驗。</p>
護理 評 值	<p>1. 10/27 個案及案妻說出 4 項「心肌梗塞疾病相關內容」，如：血流阻塞使心臟缺血、會突然悶痛或不舒服或是全身無力，且會持續超過 30 分鐘、可能手臂下巴都連帶牽引的症狀、併發症心跳不規則或可能昏迷。</p> <p>2. 10/27 個案及案妻可說出 4 項「心肌梗塞及處理重點」，如：發作時要先停下工作休息、量血壓、使用 NTG、送急診處理，個案及案妻可說出「使用 NTG 需注意事項」3 項，包括：舌下含服、注意室溫保存、隨身攜帶、採坐姿或半坐臥姿服藥並避免服藥後立即運動。</p> <p>3. 11/10 個案與案妻可說出 5 項「居家照護注意事項」有：注意保暖、按時服藥及定時回診、心情保持放鬆、並能正確使用血壓計及記錄，紀錄 10/28-11/17 血壓紀錄:上午十點血壓約 130/75 mmHg，下午四點血壓約 133/78 mmHg。</p> <p>4. 11/24 身高 163 公分，體重 67 公斤，腰圍 92 公分，案妻表示目前改用大豆油，已不用豬油炒菜。個案可說出「飲食原則」5 項內容如：多吃蔬菜、要定時定量、清淡新鮮、飲食溫度要剛好、要控制鹽份及水份。</p> <p>5. 11/24 個案及案妻一同參與顧心病友會活動，互動分享照護知識及技巧。</p>

(二)靜態生活型態/與缺乏心肌梗塞居家運動知識有關(2014 年 10 月 27 日~2014 年 12 月 16 日)

主觀資料	<p>1. 10/27 個案主訴：「我沒有運動習慣，假日喜歡下棋、看電視；心臟病平常可以做哪些運動？我都不敢動。」。</p> <p>2. 個案主訴：「我的工作從早上十點工作至下午六點，大多是坐著看監視器，本來就沒有運動習慣，現在也因生病後更不敢動。」。</p>
客觀資料	<p>1. 個案身高 163 公分，體重 68 公斤，BMI：25.6kg/m²，屬體重過重，檢驗值 LDL:124 mg/dl、HDL:32.8 mg/dl、TC: 191mg/dl。</p> <p>2. 個案出院返家已兩個月，是心臟復健第二期，活動量 3-6METs。</p> <p>3. 會談中可知個案居住環境自宅有前庭，鄰近醫院、學區。</p>
護理目標	<p>1. 11/16 前個案可說出活動運動的好處至少 3 項。</p> <p>2. 11/16 前個案可說出活動運動的注意事項至少 5 項。</p> <p>3. 11/20 前個案在體力及身體狀況許可下，可養成每週 150 分鐘的運動目標。</p> <p>4. 12/16 前個案可依預定時間回診執行心臟復健運動。</p>
護理措施	<p>1. 加強個案執行規律運動的意願，說明規律的運動可預防心肌梗塞復發的重要，在體力及身體狀況許可下維持每週 5 天、每天累計 30 分鐘的運動。</p> <p>2. 與個案及案妻討論生活化的運動種類，一起找出平常可做的較緩和及可執行的運動項目有哪些，並鼓勵案妻陪伴個案一起運動。</p> <p>3. 向個案及案妻說明「活動運動時的注意事項」，如：注意保暖、補充水分、規則服藥或監測血壓、並將 NTG 隨身攜帶，運動全程分為：暖身期、有氧訓練期與緩和期，若胸部不適、疲勞、呼吸困難、頭暈、步態不穩、心跳不規則或大於 120 次/分鐘，需立刻停止運動。</p> <p>4. 衛教個案可常規在復健科醫師、復健師的指引以及醫療監測下執行心臟復健運動，並協助預約居家接駁車往來本院，配合復健時間執行心臟復健運動。</p>
護理評估	<p>1. 11/16 前個案可說出「活動運動的好處」，例如：運動可以減少心肌梗塞復發、控制體重、增加體力等 3 項衛教內容。</p> <p>2. 11/16 前個案可說出「活動運動的注意事項」，例如：注意保暖、補充水分、若血壓或心跳不規則或大於 120 次/分鐘不能運動，隨身攜帶 NTG、運動前要先暖身等 5 項衛教內容。</p> <p>3. 11/20 個案主訴：「我一週有去校園快走 3 天，前幾次蠻累的，不過沒有胸悶或呼吸困難情形，可以越走越久三十分鐘沒問題，有時在前院做柔軟操或散步，每天上午騎腳踏車陪太太去市場購物。」</p> <p>4. 12/16 前個案可依預定時間回復健科門診 (週一、週三、週五上午八點-九點)，執行一週 3 次心臟復健運動，每次時間 1 小時。</p>

(三)焦慮/與健康狀態改變及缺乏照護相關知識有關(2014 年 10 月 27 日~2015 年 1 月 18 日)

主觀資料	<p>1.10/27 個案主訴：「我好擔心要是常常發作怎麼辦?」、「我還沒六十歲，很怕就像是要報廢的機器一樣。」。</p> <p>2.11/16 個案主訴：「我擔心會不會常發作?要是像我叔叔心臟病很早就去世，我走了那我太太該怎麼辦?」。</p>
客觀資料	<p>1. 11/16 個案電訪時顯得眉頭緊鎖、鬱鬱寡歡。</p> <p>2.個案初次心肌梗塞發作，缺乏疾病知識及照護技巧，擔心疾病復發與死亡。</p> <p>3.會談中可瞭解個案親人有罹患心臟病過世之經驗也害怕有相同結局，對自己的形容是：「我就像是要報廢的機器一樣。」。</p>
護理目標	<p>1.12/20 前個案能以語言描述焦慮改善。</p> <p>2.於 2015/1/18 前個案能說出因心肌梗塞造成的焦慮程度緩解。</p>
護理措施	<p>1.主動向個案及案妻自我介紹及心臟科門診醫護成員，建立信任的護病關係，鼓勵案妻給予個案家庭支持，增強自我照顧信心。</p> <p>2. 向個案及案妻藉由模型、圖解手冊解說心肌梗塞成因、症狀等疾病相關概念，配合心肌梗塞生活衛教單張說明心肌梗塞的處置及其注意事項、幫助瞭解心肌梗塞疾病之認知及心肌梗塞之疾病控制的重要，並且指導個案及案妻心肌梗塞的健康飲食型態。</p> <p>3. 與個案及案妻討論疾病與日後工作或活動時身體會遇到的狀況及解決方法，針對問題給予指導說明，例如個案主訴：「心臟病平常做哪些運動？我都怕怕的不敢動。」時，給予說明活動運動時的注意事項，若胸部不適、疲勞、呼吸困難、頭暈、步態不穩、心跳不規則或大於 120 次/分鐘，需立刻停止運動、休息舒緩、注意安全、監測血壓、正確使用 NTG 藥物。</p> <p>4. 運用傾聽、同理心等技巧，引導個案說出心中的疑惑與感受並給予心理支持，例如在個案主訴：「我好擔心要是常常發作怎麼辦?我還沒六十歲心很怕就像要報廢的機器一樣。」，在傾聽個案抒發後，表示能感同身受，說明疾病的成因及疾病控制的重要，協助建立正向自我觀念。</p> <p>5. 鼓勵個案及案妻共同參與病友會或團體衛教，分享照護經驗，建立護病諮詢的途徑，澄清疾病的疑慮，提供心肌梗塞正確訊息與護理、增強對疾病控制感。</p> <p>6. 給予個案及案妻正向表現，給予支持與肯定。</p>

護理 評 值	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10/27 個案及案妻回診時情緒平穩，在個案完成「血壓自我監測、開始安排常規肢體活動，開始改變飲食型態，以及隨身攜帶 NTG 藥物」等正向表現，筆者給予肯定與鼓勵時，露出笑容。 2. 11/24 回診時經由會談可瞭解個案焦慮的原因是來自於初次心肌梗塞發作的疾病威脅，以及返家後對居家自我照顧的不確定感及認知不清楚，但因案妻的關懷，使得個案內心感到溫暖，因此想要努力去維持自己健康。 3. 12/20 電訪個案心情穩定的向筆者表示：「明天上午會回診，現在比較懂得如何照顧自己了，所以比較不擔心了」。 4. 1/18 個案回診時主訴疾病衛教有助於增加疾病認知，與剛發病時相比已能接受患病的事實，更願意配合醫師的治療，也使內心焦慮程度獲得減少。
--------------	---

討論與結論

本報告之心肌梗塞個案，有低效性健康維護能力、靜態生活型態以及焦慮等健康問題，在 2014 年 10 月 27 日至 2015 年 1 月 18 日的護理期間，給予增加心肌梗塞的認知及監控危險因子，提供參加顧心臟病友會，執行衛教措施，解決低效性健康維護能力之護理問題(林、呂、徐，2013；曾，2008；程，2011)；靜態生活型態之健康問題中，參照林等(2012)及鍾、江、呂、許和蔡(2008)之建議，引導個案規律生活化運動及執行心臟復健，調整健康飲食型態，提昇健康維護能力。透過電話追蹤，了解心臟復健進度，諮詢時予提醒、鼓勵，促使個案恢復生理、心理、健康行為功能，提升整體生活品質；在協助個案面對焦慮，筆者參考王、林、李、陳(2014)及胡、林(2012)文獻，以傾聽、主動關懷，也多次電訪鼓勵個案及家屬共同參與，增加治療的信心與行動力。經介入健康照護後，個案增加心肌梗塞居家照護認知，修正不適當的健康行為，增加病後自我照顧、調整飲食並配合心臟復健運動、避免再復發，焦慮程度與剛發病時相比內心獲得減輕。這整個照護過程也是與國民健康署所提倡「打造在地健康周全性健康需求評估與照護管理」的理念相謀。

筆者在臨床中發現因門診護理人員執行護理指導受限於接觸病人時間較短，為使衛教內容一致化，建議候診區規劃視聽空間，配合播放國台語多媒體衛教影片，或能將影音光碟帶回，可使衛教不清楚的地方在返家後觀看複習。經此心肌梗塞的門診護理經驗中，筆者深感門診不僅是提供病人看診的管道，應該設立為一個護理指導諮詢站，透過整合周全性的衛教，促進個案居家自我照顧，更能加深社區醫療與護理服務的完整。

參考文獻

- 王郁菁、林翠娟、李妙粉、陳淑媛(2014)．初次罹患急性心肌梗塞併發心律不整個案之急診護理經驗．*北市醫學雜誌*，11(1)，112-120。
doi:10.6200/TCMJ.2014.11.1.12
- 余季芹、胡瑞桃、葉集孝(2008)．冠狀動脈繞道手術後病患之自我效能、社會支持與自我照顧行為之相關探討．*長庚護理*，19(1)，41-52。
- 李秀現、葉忍莉、馬先芝(2012)．探討個案使用硝酸甘油舌下片現況與用藥知識．*榮總護理*，29(1)，10-18。doi:10.6142/VGHN.29.1.10
- 林美嫻(2010)．Clopidogrel 及 Aspirin 用於急性冠狀動脈心臟病之劑量比較．*嘉基藥訊*，89(9)，1-3。
- 林世崇、呂炎原、徐漢仲(2013)．心肌梗塞之重新定義與臨床分類．*內科醫誌*，24(1)，1-11。doi：10.6314/JIMT.2013.24(1).01
- 林郁珊、蔡美文、殷偉賢、黃心怡、許青翎、魏崢、莊義成(2012)．急性心肌梗塞後之運動訓練．*重症醫學雜誌*，13(3)，138-147。
- 胡倩青、林夷真(2012)．心肌梗塞個案之焦慮改善專案．*寶建醫護與管理雜誌*，10(1)，34-44。
- 張宏亮(2009)．預防心肌梗塞的運動方法．*健康世界*，277，51-54。
- 張祐華、謝錦城(2013)．運動對心血管疾病的影響．*交大體育學刊*，5，61-69。
- 程俊傑(2011)．臨床成效指標該怎麼用？—以急性心肌梗塞個案照護為例．*醫療品質雜誌*，5(3)，37-41。
- 曾維功(2008)．正確認識心肌梗塞．*義大醫訊*，4(3)，7-10。
- 曾麗華、童恒新、魏崢、張忠毅、陳韻佳(2011)．曾經接受冠狀動脈繞道手術的代謝症候群病患飲食型態之探討．*護理雜誌*，58(3)，64-73。
doi:10.6224/JN.58.3.64
- 彭奕欣、姚敏瓊、黃秋宗、張永源(2009)．急性心肌梗塞醫療品質與費用的探討．*安泰醫護雜誌*，15(2)，97-110。
- 衛生福利部(2015，1月)．何謂急性梗塞．取自
<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?Type=AMI&List=1>
- 衛生福利部(2015，1月)．血壓控制好健康少煩惱 預防高血壓就現從在開始．取自
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1275
- 衛生福利部統計處(2017，6月)．105年度死因統計．
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1776-113.html>

- 蔡適吉、程俊傑(2011)．掌握急性心肌梗塞個案再灌流「黃金 90 鐘」- 12 家
心導管中心D2B推動經驗．*醫療品質雜誌*，5(1)，86-89。
- 賴文源、顏兆熊(2013)．飲食、血脂異常與心血管疾病．*當代醫學*，475，
369-376。
- 鍾維勵、江昶勳、呂昭賢、許妙如、蔡美文(2008)．有氧運動訓練對急性心肌梗
塞後患者心率變異度之效果：統合分析．*物理治療雜誌*，33(2)，109-120。
- Boon, N. A., Colledge, N. R., Walker, B. R., & Hunter, J.A. A. (2010). *Davidson's
principles and practice of medicine* (21st ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Goddard, L., Hill, M. C., & Morton, A. (2015). Caring for patients after myocardial
infarction. *Practice Nursing*, 26(6), 288-294.
- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary
prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A
prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12),
1542-56.
- Schreier, N. K., Moltchanova, E.V., Lammi, N. M., Karvonen, M.L., & Eriksson, J.G.
(2009). Temporal variation in case fatality of Acute myocardial infarction in
Finland. *Annals of Medicine*, 41(1), 73-80. doi: 10.1080/07853890802392511.
- Wang, W., & Kamala, D. M. (2010). Impact of acute myocardial infarction on a
patient's physical and psychological status: A discussion paper. *Singapore Nursing
Journal*, 39(4), 30-35.