

照護一位主動脈剝離術後患者之護理經驗

A Nursing Experience of a Patient after Aortic Dissection Surgery

前言

急性主動脈剝離造成假腔(False lumen)的形成使器官灌流受損，其發生迅速且能造成致死性併發症的出現，如：心包填塞、中風、主動脈破裂等，研究顯示隨症狀起始時間起算每一小時疾病死亡率便攀升 1~2%(Black & Burke, 2021)，是病況危急的外科重症。經歷長時間主動脈剝離術後，延遲拔管發生率可高達 48.5%，除了影響住院死亡率，延遲拔管者所耗費的醫療成本相較順利拔管者可達 18 倍之多 (Maisat et al., 2020; Nicolotti et al., 2023)。在病程發展急速下，迫使病人須在極短的時間內決策接受手術與否，近三成的病人於術後面臨沮喪及焦慮，甚至對身體的復原產生不信任感，除了造成往後生活型態巨變，更影響生活品質的下降，研究指出術後即刻的衛教與心理建設是嚴防復原下坡的關鍵時刻，除了生理層面的照護，更應同時顧及心理、社會層面的照護 (Meinlschmidt et al., 2020)。

本文記載一位 A 型主動脈剝離患者於術後至恢復之過程，並藉由護理評估整合出呼吸機戒斷反應功能失常、組織灌流改變及焦慮等健康問題，於照護過程中個案透露大手術後帶來的不適及整個事發突然讓他感到惶恐，同時感受到個案迫切希望能夠盡快恢復並重返職場的強烈意願，故引發筆者動機，透過深度訪談逐一分析個案面對疾病

的心境，家庭背景對於她面對事件的影響，從中察覺個案對父親的崇拜、照顧母親的責任及對工作的憧憬為其生活的動力，協助鼓勵與建立目標使其能夠對於復原產生信心及動力，以此呈現病人不適緩解並從疾病復原過程中成長的歷程，加以紀錄期望能推及往後照護之用。

文獻查證

概述 A 型主動脈剝離(Type A Aortic Dissection)

A 型主動脈剝離意指當主動脈內層剝離範圍觸及升主動脈時而為之，其中以劇烈胸、背痛為最常見之症狀，主要透過電腦斷層進行診斷(Black & Burke, 2021)。Evangelista 等(2018)分析「國際急性主動脈剝離登錄系統」(The International Registry of Acute Aortic Dissection, IRAD)過去 20 年超過數千筆資料指出 A 型主動脈剝離好發年齡約為 60 歲，患者多具有高血壓、糖尿病等病史，並以男性為多。當主動脈剝離發生時需即時給予復甦、疼痛控制及抗脈動治療(anti-impulse therapy)，且多須即時介入外科手術修復受損血管並維持器官灌流，術後照護重點包含持續性的抗脈動治療以降低主動脈壁之負荷，目標血壓至少低於 120/80 mmHg、密切的評估以及影像學監測以了解病程變化(Black & Burke, 2021)。McGinagle 等(2022) 整合主動脈手術周術期的照護共識，建議適當的呼吸器設定避免肺部併發症，適當的輸液供穩定生命徵象，透過多樣模式及適量嗎啡類藥物緩解疼痛，及早開始由口進食維持充足營養，及早活動並適時介入物理治療及安排活

動計畫，以及應提供充分的衛教排除危險因子及協助康復。

主動脈剝離術後呼吸器戒斷困難之照護

當病人撐過手術後，緊接著面臨術後的各項考驗，穩定生命徵象之餘，延遲拔管發生率危險因子包含出血再次開胸探查、血管於心肺機使用下經鉗合等(Maisat et al., 2020)。當病人無法自在、舒適地在首次透過壓力輔助通氣或是 T 型管進行半小時到 2 小時不等的自發性呼吸訓練時即屬訓練失敗，即為困難戒斷，而須接回呼吸器使用，需在此刻鑑別導因為心血管相關、氣道通氣相關、心理層面或是營養相關導因 (Nicolotti et al., 2023)。在呼吸訓練的過程中除了生命徵象的監測，最重要的護理評估包含病人是否可以自咳痰已排出分泌物以及評估呼吸肌力是否充足，以提升拔管成功率；透過早期腸道營養，監測白蛋白數值以矯正營養不足，同時，適當的衛教，包含咳嗽、改變坐臥姿勢、配合呼吸器循環等皆為因應的策略等，並透過溝通提供正向鼓勵給予情緒支持(莊，2017; Nicolotti et al., 2023; Rose, 2015)

主動脈剝離病人的心理需求

主動脈剝離的發生迅速且危險，使病人措手不及，Meinlschmidt 等(2020)指出儘管醫療人員多聚焦於術後運動介入及如何協助病人恢復往常生活，病人於病發後最在意的話題包含「日常的變動」、「焦慮」、「不確定感」、「緊張/壓力」、「要相信身體」、「保險議題」等，同時指出家人的陪伴、焦慮治療、以及保險或相關議題的協助和了解

如何共存最為病人所需要，透過情緒支持、鼓勵、訊息提供、諮商、輔助等方式，這樣的心理社會支持也被認為能夠使病人從中獲益，此外，研究亦指出住院復健期為最佳的時間介入點。同時在互動的過程中為病人維護舒適的環境、傾聽他的想法、允許其感受的表達、並維持親和的禮儀都是重要的護理技巧(Munir et al., 2022)。而在溝通之餘，深度訪談能夠真正了解個案內心，透過傾聽大於論斷的方式，經分析經濟、環境等外在條件以及內在條件了解個案言語動作的意涵、衝擊並產生個案專屬的解決之道(萬，2004)。

護理評估

個案簡介

53 歲邱女士，教育程度為高中，現職為街頭藝人，有高血壓及糖尿病但未規則服藥，無菸、酒使用，10 多年前與前夫離異，育有一子，與三位妹妹關係友好，現在與母親同住，2022/06/11 傍晚出現呼吸不順、冒冷汗、胸悶、胸痛輻射至後背等症狀來院求治，胸腔 X 光顯示右肺浸潤；12 導程心電圖為竇性心律，胸部電腦斷層顯示 A 型主動脈剝離，緊急行主動脈弓置換手術，術後未關胸返加護病房，6/14 行前胸傷口出血探查及閉合胸骨，6/24 病況穩定轉往病房。

整體性評估

筆者於 2022/6/12~6/24 透過直接照護、會談等方式進行生理、心理、社會及靈性層面之評估並整合健康問題，提供照護及評值成效。

生理層面

個案於 6/12 術後未關胸敞開之胸壁於術中覆蓋無菌鹽水袋及無菌 OP-site，敷料乾癢無膨起，可見心臟搏動，術後胸管放置於胸骨下及心包內引流暗紅血水，術後當班 4 小時引流暗紅血水量 300mL 及 350mL，CVP 為 7mmHg，抽血 Hb: 9.0g/dL，Hct: 27.1%，體溫：35.2°C，血壓：94/54mmHg、心電圖呈現竇性心律，心跳：84bpm。6/13 nicardipine 使用下醫囑維持收縮壓小於 120mmHg，心電圖呈現竇性心律，心跳：87~105bpm，雙手脈動 2+、雙下肢脈動 1+，6/14 胸腔 X 光顯示：左下肺葉浸潤、雙側肺充血，雙側肺葉聽診呈現濕囉音，抽痰成黃白色稀水痰液，呼吸器 FiO₂：80%使用下，SpO₂：90%，動脈血 PaO₂: 68.7mmHg，因氧合不佳，鎮靜藥物持續使用至 6/15 清晨，停藥後於 6/15 上午意識恢復清楚，但時常露出疑惑、驚恐神情，偶情緒激動頻繁甩頭，氣管內管外接呼吸器使用下，呼吸淺快，與呼吸機不協調，呼吸速率：25~35cpm，SpO₂: 94%，面紅、冒冷汗、聳肩，潮氣容積下降至 370mL/min，筆談：「喘、吸無（不到氣）。」；6/15 下午個案氣管內管仍留置，可依指令配合，情緒顯極度不安，多次頻繁敲打床欄，筆談「要改快出院、要趕快回家、要把錢藏好，怕被媽媽賭博賭掉。」呼吸速率：30~38cpm，SpO₂: 94%。

個案身高 160 公分、體重 90 公斤，BMI: 35.2，6/12 血糖：103mg/dL，白蛋白數值：3.8g/dL，抽血 CPK: 3161IU/L，Lactate:

3.0mmol/L，初估無術前營養不良的徵象，但因主動脈剝離之故造成心肌酵素攀升及組織灌流受損後呈無氧代謝。6/12 雙上肢水腫 1+，觀察皮膚飽滿、無脫屑，但觀察個案膚色及趾甲床顯蒼白，四肢脈動偏弱(1+)。個案表示平日多外食，偶自行煮飯，喜歡麵食，沒有在坐血糖控制，6/14 起始鼻胃管灌食，提供管灌配方 1000 卡/天，鼻胃管反抽 20~30mL 半消化奶，6/17 可由口進食，院內餐點 1600 卡/天，能完食 2/3 份治療餐點，腸道飲食後血糖可維持 180~230mg/dL 之間，視需要提供胰島素針劑注射。6/14~6/16 尿量達 1500~2800mL/天，腹部圓軟，腸蠕動 15~20 次/分，每日軟便劑使用下，每天解黃軟便 1 次。術後縫線傷口分別於前胸 24 公分、右鎖骨 5 公分、右鼠蹊 5 公分，傷口縫線外觀乾淨，無紅腫、無滲液等感染徵象。

個案認知功能無異常，無聽覺及視覺障礙，6/16 四肢肌力 2~3 分，協助個案翻身時，面部糾結，閉氣，發出「啊斯」呻吟，傷口疼痛評估 VAS：5 分，6/16 觀察個案夜間易因護理人員進入睜開雙眼，淺眠多會在外有聲響睜眼，並且面目憂愁，翻身牽扯胸管時會因此停頓翻身動作，並表示：「外面（護理站）太亮、傷口不舒服、我都怕拉到(管子)，不敢動」，夜間入睡時間僅 3 小時；觀察日間協助坐於床邊五分鐘便需躺臥回床上。6/17 坐於床旁時時常皺眉，表示：「這個（胸管）太多條，傷口咳嗽會痛，坐不久。」

心理層面及社會層面

(1)疾病發生時的恐慌與擔憂

個案對待人友善，願意主動分享自己的感受，首先提出面對疾病當下的心境是恐懼，6/20 表示：「我這次這樣（主動脈剝離），太突然，我很怕，他（醫師）那時候要我馬上決定開不開刀。」，並接著闡述害怕的原因是重大手術以及對於家人還有責任在身，表示：

「這是大手術耶！我還有家人（媽媽）要顧、有工作，我要怎麼馬上決定（開刀）？」，而開刀與否決定了工作的停擺及可能面臨死亡的威脅，「我害怕，如果我沒醒過來（死亡）媽媽要誰養？」；觀察個案描述時神情皺眉，雖說「我其實不怕死」但對於「死亡」兩字會以迴避的方式呈現，進一步詢問表示害怕說了「死」好像就可能發生一樣。「但我還是開了，我要勇敢。」面對疾病雖感到惶恐，卻發現個案對於生存的重心在媽媽身上，為媽媽而工作、為照顧媽媽，對於疾病之於自我反而是坦然地認為「如果時候到了，就這樣吧」。

(2)家庭關係對於個案看待事情及生命責任的影響

個案十多年前因前夫外遇及試圖縱火而離異，兩人育有一子 23 歲，現於北部擔任廚師，關係良好，個案與另有三位妹妹相處融洽，現與 70 歲母親租屋同住，有健保但無醫療保險，自己有存款尚可負擔住院費用，但母親個性好賭，敗盡家產，勸解無效，而家父性情溫和因此事困擾多年，三年前因此上吊身亡，6/20 表示：「我爸這麼好的人，你說（母親）要有多過分才會把他逼死，真的是把他逼死了。」逐漸願意談及

父親後表示「我爸很有才華，我像他。」把自己成為捏麵人的成就與父親有才華加以連結，是自己人生的導師，「他教我樂觀，我很愛他。」雖然姊妹感情融洽，在照顧母親上也都有付出，在父親過世後獨攬大姊一職，因此即使對母親賭博有怨言，但卻表示：「我媽就是講不聽。」、「她畢竟還是媽媽，我還是會照顧她，但我會把錢收好。」、「爸爸不在了，我要把家顧好。」會客時間可見姊妹及母親探視尚能融洽互動，可見個案看重血緣關係、親情以及責任，有身為長姐的壓力，並表示這個拉攏家人的感覺才有「家」的感受，可見個案看重「家」及對於家人之間的連結比擬家的穩固。

(3)生存下來的希望 6/20 表示「會正向面對(治療、復健)，畢竟遇到了。」、沮喪的表情表示：「但我現在體力差很多。」提及自己的工作以及兒子會顯得格外愉悅，並會表示：「我趕快好起來就可以去擺攤了，我喜歡我的工作。」情緒多穩定，唯有提及父母時可見個案情緒明顯低落，出現沮喪或是難過的情緒，並且對於復健活動意願大幅下降，但隨著鼓勵個案描述故卻經歷的過程，可見個案提及父親的「好」以及提及她在工作上得到的肯定時，其神情帶有光彩，且有意願活動，即使方有低落情緒在休息時間會利用手機播放音樂又可以在病室內開心地哼唱歌曲，觀察得個案會透過音樂及肯定的話語得到活力，在住院期間最大的顧忌是經濟收入以及母親的照顧，喜歡工作帶來了成就感，也是她出院的最大盼望，同時也擔心體力是否能負荷。

靈性層面

平時會向神明祈求，並認為過去生活困難都有受到神明的幫助得到緩解。住院期間家屬攜帶祈求得平安符來院，6/20 與個案會談時表示：「我平常會去關聖帝廟拜拜。」、「拜拜之後我就覺得心情獲得平靜，祂會幫助我。」相信神的力量，且能透過這份相信帶來生活上的動力以及心理上的平靜，覺得自己與神之間是有聯結、被看顧的。

健康問題確立

整合上述評估確立健康問題其中組織完整性受損及急性疼痛在常規照護下以得改善，故將呼吸機戒斷反應功能失常、組織灌流改變及焦慮等健康問題於下呈現。

呼吸機戒斷反應功能失常/與不安情緒、肺部浸潤氧合不佳有關(6/14~6/16)	
主 客 觀 資 料	1. 6/14 胸腔 X 光顯示：左下肺葉浸潤、雙側肺充血。 2. 6/14 雙側肺葉聽診呈現濕囉音，抽痰成黃白色稀水痰液，呼吸器 FiO ₂ ：80%使用下，SpO ₂ : 90%，動脈血 PaO ₂ : 68.7mmHg。 3. 6/15 意識清楚，但時常露出疑惑、驚恐神情，偶情緒激動頻繁甩頭。 4. 6/15 氣管內管接呼吸器使用，與呼吸機不協調，呼吸速率：25~35cpm，SpO ₂ : 94%，面紅、冒冷汗、聳肩，潮氣容積下降至 370mL/min。 6/15 筆談：「喘、吸無（不到氣）。」
護 理 目 標	1. 呼吸器使用時個案能情緒穩定，配合呼吸器使用，維持充足潮氣容積。 2. 6/15 能維持血氧濃度 SpO ₂ > 95%，且無吸不到氣主訴。 3. 6/16 能夠成功脫離呼吸器。
護 理 措 施	1. 6/14 依醫囑 QD 追蹤胸腔 X 光，觀察每天肺部浸潤變化；QD 追蹤 ABG 評估氧合狀態。 2. 6/14~6/15 依醫囑維持每日輸入輸出量維持-500mL/天，以減少體液蓄積，並每班持續評估血氧濃度變化、呼吸型態、呼吸音，Q2H 協助抽痰並評估痰液性質。 3. 6/14 見胸腔 X 光結果後主動與醫療團隊討論，告知評估之呼吸型態、痰液變化，討論後由呼吸治療師調整呼吸器條件並上調吐氣末期正壓至

	<p>+8cmH₂O 使用，維持肺泡張力避免塌陷，以促進氧合。</p> <p>4. 6/14 Q2H 運用大枕協助個案側臥引流痰液，並予以震顫器協助拍痰，以利痰液排出。</p> <p>5. 6/15 呼吸訓練期間提供正向鼓勵，如：「加油，半小時就訓練完成了。」、「很好，現在的呼吸速度可以，配合得很棒！」</p> <p>6. 6/15 於個案意識恢復後進行安撫，主動告知已完成手術，並衛教氣管內管是開刀過程中幫助她呼吸的管子，以及比喻如同含著吸管呼吸，並陪伴於側教導如何搭配呼吸器一吸一吐。</p> <p>7. 6/15 提供紙筆協助筆談，了解無法配合呼吸器之原因，同時提供安撫，告知當下血氧條件以充足，並告知如何於氣管內管使用下吸足氣，同時衛教呼吸器會如何輔助呼吸之進行。</p> <p>8. 6/15 呼吸訓練期間協助搖高床頭 45 度，透過由躺臥更改至坐臥的過程使呼吸做功降低，減少費力情形。</p> <p>9. 6/16 依醫囑進行呼吸訓練 venturi T-piece 50% 10L/min 使用，以協助脫離呼吸器。</p>
<p>評 值</p>	<p>6/15 安撫下情緒能和緩，SpO₂ 多可以維持 94~95%，偶仍會因緊張而呼吸淺快，但潮氣容積可維持 460mL/min 以上；輸入輸出-300mL，痰液呈稀水，故醫囑 ST rasitol 1amp IVP。6/16 胸腔 X 光顯示左側肺浸潤改善；呼吸訓練期間 SpO₂:93~94%，呼吸速率稍快 23~25cpm，但無呼吸輔助肌使用，成功脫離呼吸器改以 venturi mask 50% 10L/min 使用，SpO₂: 95%。 後續照護計畫：6/18 觀察個案氧氣條件下調至氧氣鼻導管 3L/min 使用，SpO₂: 98%，活動後偶有微喘情形，但休息可緩解，整體無呼吸不順等感受。</p>

<p>組織灌流改變/與心臟手術後胸壁未關閉、胸管引流量多有關(6/12~6/14)</p>	
<p>主 客 觀 資 料</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6/12 術後未關胸敞開之胸壁於術中覆蓋無菌鹽水袋及無菌 OP-site，敷料乾癢，可見心臟搏動，無膨起等心包填塞徵象。 6/12 4 小時胸管引流暗紅血水量 300mL 及 350mL。 6/12 抽血 Hb: 9.0g/dL，Hct: 27.1%，雙上肢水腫 1+，觀察皮膚飽滿、無脫屑，但觀察個案色及趾甲床顯蒼白。 6/12 體溫：35.2°C，血壓：94/54mmHg、竇性心律，心跳：84bpm。 6/12 抽血白蛋白數值: 3.8g/dL，CVP: 7mmHg。 6/12 抽血 CPK: 3161IU/L，Lactate: 3.0mmol/L。
<p>護 理 目 標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 關胸前維持前胸傷口敷料無染污、血水滲出之情形。 關胸前監測生命徵象變化及無菌敷料覆蓋處無膨起等心包填塞徵象。 6/12 依醫囑維持收縮壓小於 100mmHg。 6/12 維持體溫 36~37.5°C 之間。 6/14 無器官灌流不足等徵象。

護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因前胸未關，每班密切監視未關胸之傷口上覆蓋之含碘 OP-site 緊密貼合度，6/12 查見 1 處滲血以無菌紗布維持整潔後貼以無菌 op-site 維持密合；未關胸前每小時密切評估敷料是否有突起、胸管引流是否順暢，避免心包填塞的出現。 2. 6/12 依醫囑輸注紅血球濃厚液 4 單位及新鮮冷凍血漿 2 單位，以維持體液容積平衡以及血液滲透壓平衡。 3. 6/12 NTG 幫浦 30mL/hr 及 nicardipine 幫浦 2mL/hr 使用，以維持醫囑控制收縮壓小於 100mmHg，避免引流血水量因血壓控制不當而增加。 4. 6/12 密切監測心律、血壓變化，每小時監測 CVP 數值、胸管引流量以及每天監測 Hb、Hct、ABG 數值，以透過參數監測血液動力學變化；6/14 關胸後調整每 2 小時監測 CVP 變化。 5. 6/12 前胸未關閉下在無菌敷料外覆蓋無菌中單，凹折薄被包覆前臂，以厚被包覆下肢並提供烤燈使用，同時每小時監測體溫變化，避免失血造成失溫且避免低體溫影響凝血功能變化；直到體溫>36°C 後再更改體溫監測頻次為四小時一次，並適時移除烤燈使用。 6. 6/12~6/13 Q6H 監測心肌酵素變化，直到數值過高峰值後改為 QD 監測；依醫囑 QD 監測 Lactate，確保組織灌流避免無氧代謝的情形。 7. 依醫囑給予抗生素 ceftazidime 1vial Q8H IVD、teicoplanin 1vial Q12H IVD，避免感染徵象。 8. 每週一抽血監測白蛋白數值，以維持血液內滲透壓，避免造成血液外滲至組織間隙。
評值	<p>6/12 貼以 op-site 滲漏情形改善，周圍偶有滲血情形則頻繁跟換周圍滲濕之紗布，前胸無血塊膨起維持乾癢，無心包填塞徵象；血品輸畢後，CVP 可維持 12-13mmHg，收縮壓偶有高於 100mmHg 情形，針劑幫浦續用。6/13 醫囑維持收縮壓小於 120mmHg，nicardipine 幫浦使用中，體溫多可維持 36.8~37.4°C，關閉烤燈使用。6/13 抽血 CPK: 4200 IU/L 達高峰值，Lactate: 1.0mmol/L，顯示組織灌流適當。</p> <p>後續照護計畫：7/3 電訪個案已於家中購置血壓機，且現每天早晨會量血壓、用藥，目前不會如術前忘記吃藥，沒有服藥遵從不佳的問題，預計下週回心外門診。</p>

焦慮/與傷口及胸管留置、掛念家人與工作、身處陌生環境有關(6/15~6/21)	
主客觀資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6/15 筆談「要趕快出院回家、要把錢藏好，怕被媽媽賭博賭掉。」 2. 6/15 個案於氣管內管仍留置期間意識清醒，可依指令配合，多次情緒顯極度不安，頻繁敲打床欄。 3. 6/16 觀察個案夜間易因護理人員進入睜開雙眼，並且面目憂愁，翻身牽扯胸管時會因此停頓翻身動作，並表示：「外面（護理站）太亮、傷口不舒服、我怕拉到(管子)，不敢動。」

	<ol style="list-style-type: none"> 4. 6/20 表示：「我這次這樣（主動脈剝離），太突然，我很怕，他（醫師）那時候要我馬上決定開不開刀。」、「這是大手術耶！我還有家人要顧、有工作，我要怎麼馬上決定（開刀）？」、「我害怕，如果我沒醒過來（死亡）媽媽要誰養？」、「但我還是開了，我要勇敢。」、沮喪的表情表示：「但我現在體力差很多。」 5. 6/20 沮喪的表情表示：「但我現在體力差很多。」 6. 6/20 會談時表示：「我平常會去關聖帝廟拜拜。」
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6/16 個案能不因擔憂母親把錢拿走而情緒激動。 2. 6/17 身體不適以及環境不舒適能改善，使個案感到活動舒服、自在。 3. 6/20 個案能說出此是生病、家人、工作、神明之於她的意義。轉出加護病房前協助其找尋生活動力以輔佐治療及復健，例如：想回家、想工作、想向神明還願。 4. 6/21 能主動參與安排的復健計畫，能說出主動參與的心境及目的。
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6/15 主動提供個案定向感並告知自己為主護建立醫護關係，並詢問、安撫個案情緒，提供紙板以書寫其焦躁不安的原因。 2. 於治療時主動詢問個案感受、需求，以溫柔、耐心的態度陪伴。 3. 6/16 見個案無法入睡，主動提前擦澡時間，提供溫水拭浴，並將因汗水滲濕之床單、被套更換乾爽，折棉被成月亮枕狀以協助側臥抱於胸前及夾於大腿間並避免凹折胸管；協助關閉夜燈，下拉羅馬簾，開啟通風扇改善室內室溫及光線。 4. 6/16 於新冠疫情政策下彈性開放母親會客，並陪伴個案與母親溝通。 5. 考量肌力、疼痛情形，協助規劃漸進式活動計畫：6/16 床上坐臥、6/17 床邊坐臥 15~30 分鐘、6/18 延長床邊坐臥時間>30 分及協助以助行器站立踏步。 6. 6/17 坐臥時提供多顆枕頭作支撐，減少個案身體負擔並於改變姿位不適時協助臥床躺臥，以棉被捲成圓筒狀雙側套上枕套製作便利長型翻身枕協助側臥，提供小方枕抱於胸前，並衛教如何在咳嗽或翻身時改變姿位。 7. 6/20 協助用手機撥放她喜歡的曲目，建構舒適環境；鼓勵其哼唱。 8. 6/20 鼓勵個案分享如何面對主動脈剝離發生時的經過以及感受，同時鼓勵個案表達手術後至今的感想。 9. 察覺個案對於提到工作時談話意願提升，讚賞個案在工作上的成就，鼓勵其分享考取街頭藝人的過程，關心新冠疫情及疾病治療導致工作停擺對其影響，藉此順勢評估是否需要社會福利的介入救助。 10. 6/20 鼓勵個案分享其父親、母親、兒子、姊妹及前夫對於她的關係，了解其重要家人及家庭角色功能。 11. 6/20 當個案陷入情緒低潮時，選擇陪伴，允許負面情緒的展現；協助半拉羅馬簾，給予個案單獨消化情緒的空間。

	<p>12. 6/20 鼓勵分享神明如何成為其生活上的寄託，並衛教如何在病室內祈禱，主動將平安符黏貼於病室內個案可見之處。</p> <p>13. 6/20 鼓勵個案闡述此次疾病的看法與感受，並且以聆聽為主，不對個案串聯故事發展情境的過程批判，不對個案認定的想法過多的解釋，尊重其認定「這次就是神明保佑我才能活下來」、「我爸爸冥冥之中一定有在保佑我」等等的觀點。</p>
<p>評 值</p>	<p>6/15 安撫下可了解，但約兩小時後仍會因相同顧慮激動，故加強探視與安撫。6/16 擦澡後表示：「真的好舒服，我從來不知道洗澡是這麼幸福的事。」會客後神情舒緩，表示：「我母親因為要來（會客）就不會跑去賭博。」；止痛藥物給予後傷口活動時疼痛 4 分，靜止時 2 分。6/17 無法久坐會傾倒；6/18 四肢肌力 4~5 分，輔助下可運用助行器站立踏步。6/20 表示：「我當時好害怕，好痛。現在開刀完好像被救活了；我有存款現在不用幫忙，但我想回去工作賺錢，我送一個作品給妳，我們很有緣。」、「我覺得我像我爸，很有才華，他讓我樂觀，相信我會好的，但這麼好的人卻死了。」隨即陷入沉默。6/21 表示：「我在這裡也可以跟神明祈求嗎？我能活下來很幸運，我要趕快復健、出院去廟裡還願。」</p> <p>後續照護計畫：7/3 電訪表示目前尚未恢復街頭藝人工作，但出院後有去廟裡還願，現在覺得身體復元得比住院期間還好一些，心情頗佳，還是會擔心母親但經這次大手術之後覺得對於人生看得更開闊，希望等下週門診回診後，若主治醫師覺得恢復良好就預計開始規劃擺攤。</p>

討論與結論

重症康復初期個案多較虛弱，許多需求易因此被忽視，需仰賴護理人員敏銳的觀察力，是這次治療性關係的關鍵一步，筆者回顧整個照護過程，首先主動發現生理需要提供擦澡、改變姿勢等方式，緩解不適，與個案建立成功的治療性關係，其後在單獨病室內維護讓個案感到舒服的環境，方能透過訪談，關懷其心理、社會以及靈性層面需求，發現個案同樣也出現害怕、擔心經濟等情形，從而得知個案看重「家」並透過家人之間的鏈結具像化家的形體，而這個家的鏈結有賴照顧媽媽、與妹妹往來來維持，而經濟基礎是其存款及捏麵人的工

作，而父親及靈性寄託之於個案的影響使她能樂觀看待罹病及生命的難題，是建立關係初期很好的起首話題，在提及看重的話題時可見其談話意願提升，有助於治療計劃的推行，同時能夠協助其找到康復的動力，如：想工作、想還願等。

當個案進入復健階段時，因體力、精神的恢復，對於關懷由被動接受漸漸轉變能夠主動表態想法，觀察個案展現適應與自在，相較於復健的最初，更有成效，未來於護理應用上應妥善把握此介入時機。然而，父親過世以及母親好賭是其家中的一大問題，影響個案術後低落不安的表現，應對上使我感到唐突，同時訪談時間受限評估相較不能充分，除了有感關係建立仍有磨練空間，有感主動脈剝離術後心理層面的照護若能納入心理師於術後訪談想必能更加完善。此次照護過程同時展現重症照護之暨，其他層面照護的重要性，更因訪談得以發現個案生活重心，幫助其找到動力，期望以此鼓勵往後照護的旅途上看見更多需求，以求藝術的、溫暖的、個別性的全人照護之體現。

參考資料

莊雅淇 (2017)。協助初次使用呼吸器個案面對脫離呼吸器過程之護理經驗。 *志為護理-慈濟護理雜誌*，16(4)，87-96。

志為護理-慈濟護理雜誌，16(4)，87-96。

<https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=16831624-201708-201709110008-201709110008-87-96>

萬文隆 (2004)。深度訪談在質性研究中的應用。 *生活科技教育*，

37(4) , 17-23 。 [https://doi.org/10.6232/LTE.2004.37\(4\).4](https://doi.org/10.6232/LTE.2004.37(4).4)Black, J.

H., & Burke, C. R. (2021). Management of acute type A aortic

dissection. *UpToDate*. Retrieved June 28, 2023, from

<https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-type-A-aortic-dissection>

Evangelista, A., Isselbacher, E. M., Bossone, E., Gleason, T. G., Eusanio,

M. D., Sechtem, U., Ehrlich, M. P., Trimarchi, S., Braverman, A. C.,

Myrmel, T., Harris, K. M., Hutchinson, S., O'Gara, P., Suzuki, T.,

Nienaber, C. A., Eagle, K. A., & IRAD Investigators (2018). Insights

from the international registry of acute aortic dissection: A 20-year

experience of collaborative clinical research. *Circulation*, *137*(17),

1846–1860. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264>

Maisat, W., Siriratwarangkul, S., Charoensri, A., Wongkornrat, W., &

Lapmahapaisan, S. (2020). Perioperative risk factors for delayed

extubation after acute type A aortic dissection surgery. *Journal of*

Thoracic Disease, *12*(9), 4796–4804. [https://doi.org/10.21037/jtd-20-](https://doi.org/10.21037/jtd-20-742)

742

McGinagle, K. L., Spangler, E. L., Pichel, A. C., Ayyash, K., Arya, S.,

Settembrini, A. M., Garg, J., Thomas, M. M., Dell, K. E., Swiderski,

I. J., Lindo, F., Davies, M. G., Setacci, C., Urman, R. D., Howell, S.

- J., Ljungqvist, O., & de Boer, H. D. (2022). Perioperative care in open aortic vascular surgery: A consensus statement by the enhanced recovery after surgery (ERAS) society and society for vascular surgery. *Journal of Vascular Surgery*, 75(6), 1796–1820.
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.01.131>
- Meinlschmidt, G., Berdajs, D., Moser-Starck, R., Frick, A., Gross, S., Schurr, U., Eckstein, F. S., Hunziker, S., & Schaefert, R. (2020). Perceived need for psychosocial support after aortic dissection: cross-sectional survey. *Journal of Participatory Medicine*, 12(3), e15447.
<https://doi.org/10.2196/15447>
- Munir, S., Takov, V., & Coletti, V. A. (2022). Generalized Anxiety Disorder (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Nicolotti, D., Grossi, S., Nicolini, F., Galligani, A., & Rossi, S. (2023). Difficult Respiratory Weaning after Cardiac Surgery: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 497.
<https://doi.org/10.3390/jcm12020497>
- Rose L. (2015). Strategies for weaning from mechanical ventilation: a state of the art review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(4), 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.003>