

前言

根據統計 2021 年心臟疾病位居國人十大死因中第二名(衛生福利部, 2021)。A 型主動脈剝離屬心血管疾病中致命診斷之一, 發生的年齡常見在 40 至 70 歲之間, 每年發生率為十萬分之三十五, 因主動脈剝離擴大易造成血管分支灌流不足, 造成心肌梗塞、心包膜填塞、腦功能障礙、中風、肢體缺血和休克等致命性傷害, 目前手術是最有效的首選治療方式(Meinlschmidt et al., 2020)。未經治療患者每個小時的死亡率增加 1~2%, 14 天內死亡率至少 50% , 但手術後 1 個月死亡率則從 90%降低至 30%(Privitera et al., 2022), 顯然高致命性疾病積極照護之下, 仍有許多恢復的機會。

個案為 64 歲男性因感胸痛厲害且痛到後背至急診就醫, 診斷 A 型主動脈剝離需立即緊急手術, 個案毫無心理準備之下, 手術後又進入陌生封閉的加護病房, 各項儀器、治療及心肺復健, 讓個案產生害怕焦慮及術後傷口疼痛合併活動耐力減少等健康問題, 故引發筆者想協助個案渡過術後急性期的生理不適及心理焦慮。照顧期間查閱國內外相關文獻, 提供個別性護理指導幫助病人面對生理、心理問題, 協助個案順利轉至病房後出院, 並恢復日常的生活。

文獻查證

一、A 型主動脈剝離簡介

主動脈剝離是主動脈血管壁的中層因高血壓或結締組織缺陷等原

因受損後，加上血管壁內膜破裂，血流經由內膜的裂孔，進入血管壁中，將血管內膜和中層撕開，而血流可以在此撕裂開的空間中流動，導致真假主動脈腔分離的病理變化；突然會有嚴重尖銳、撕裂狀的胸痛或背痛，電腦斷層可評估主動脈剝離的範圍、心包填塞及血胸情況 (Meinlschmidt et al., 2020)。根據史丹佛分類，剝離處包含升及降主動脈為 A 型，易導致冠狀動脈阻塞、主動脈瓣閉鎖不全和心包填塞，此類需以緊急手術治療為主 (Mehta et al., 2022)。

二、主動脈剝離術後照護重點

(一)處理改善急性疼痛

疼痛是手術病患常見問題，優質的疼痛控制可促進術後復原，若無法有效緩解會讓病患不敢深呼吸，間接影響肺擴張造成肺塌陷並提高照護成本，若術後疼痛控制得宜，可增加病人呼吸訓練及有效咳嗽，降低肺部感染機會。術後可透過疼痛評估工具 0 到 10 分之數字類比量表作為評估首選工具 (Small et al., 2020)，研究顯示加護病房患者疼痛是無聲的事實，建議可使用非語言疼痛量表 (NVPS) 來進行疼痛評估 (Ghayem et al., 2023)，並依據評估結果提供合宜的照護措施，並依醫囑給予合適的止痛藥，同時能運用非藥物措施如：轉移注意力、冥想、鼓勵吸氣時並調整束胸帶固定傷口位置，以分散注意力；當下床活動或移動時用手輕壓傷口或將抱枕環抱胸前，可緩解胸廓回彈、減緩傷口的刺激、輕柔換藥、引流管妥善固定等方法，亦可

減輕病人的疼痛程度(鄭等, 2020; Kidanemariam et al., 2020)。

(二)極積促進心肺功能復原

研究顯示通過運動為基礎來增加心肺功能，能改善心臟術後生活質量及降低死亡率，透過深呼吸、有效咳嗽和誘導式肺計量器(triflow)等呼吸肌力訓練，有助於肺部擴張，預防術後肺部合併症的發生，進而強化及維持心肺功能(Norton et al., 2020)。早期活動可降低術後肺炎、心房顫動、肺部積液和肺擴張不全的發生率，盡早依個別性制定有效的心臟復健計畫可分三階段：第一住院期，目標是耐受日常活動及減少併發症；第二訓練期為出院 4 個月內漸進性增加體能；第三維持期是透過自主訓練來維持運動習慣(Kanejima et al., 2020)。於加護病房期間病患早期運動鍛鍊可從 1. 床上坐起，雙腳著地每天 2 次，每次 30 分鐘，2. 再移位到床旁椅上每天 3 次，每次 30 分鐘、3. 上肢運動訓練: 聳肩、雙手擴胸平舉、舉臂伸展運動 5-10 次，每日 2 次及下肢運動訓練: 執行床邊抬腳、4. 協助下床原地站立 2 分鐘以上、5. 安排踩固定式腳踏車，每次 5-20 分鐘、6. 行走距離往返病床累計 10 公尺為達標(Luo et al., 2022)，皆有助於心肺功能有效恢復。

(三)減少焦慮以增進安適

當面臨嚴重醫療問題，特別是重大手術時，壓力是常見問題，壓力會產生焦慮，許多研究表明，越焦慮預後越差，住院時間越長產生

併發症發生率越高，且恢復期越長，因此尋找更多減少患者焦慮的方法是重要的課題(Hasan et al., 2021)。運用轉移注意力如：看電視、報紙或雜誌、音樂聆聽、做自己喜歡的事，或認知行為治療如：呼吸肌肉放鬆技巧、冥想、提供衛教單張、家屬親自陪伴以提供親情支持系統，共同營造舒適環境等措施，都可以有效減輕病患焦慮（洪等，2019）。

護理評估

一、個案簡介

吳先生，64 歲，研究所畢業，已婚育有一雙子女，台北某高中學務主任退休，因就近照顧年邁母親與太太搬回宜蘭居住，母親約半年前去世，目前平日仍居住於宜蘭種蔬果，假日將自種蔬果運至台北販售給前同事及親友，平時與家人互動良好，此次於加護病房期間由太太及兒女輪流探視陪伴。

二、過去病史

B 型肝炎及肝臟血管瘤 30 年、高血壓 14 年，定期於門診追蹤、服藥，無藥物及食物過敏史及特殊遺傳性疾病。

三、治療過程

個案於 2023/1/10 感胸痛厲害且痛到後背後入急診求治，胸部電腦斷層檢查報告 A 型主動脈剝離，緊急會診心臟外科，行升主動脈置換手術，術後放置五條胸管及三條引流球，1/11 上午返回加護病房

照護，1/11-1/13 發現血氧濃度不穩定，1/13 追蹤胸部電腦斷層顯示無肺栓塞，因手術麻醉及心肺機使用時間過長，肺部再灌注引起肺部損傷，1/24 進行呼吸訓練，1/25 移除氣管內管，1/31 轉普通病房，2/19 順利出院。

四、整體性護理評估

護理期間為 2023/01/11 至 2023/01/31，共計 20 天，運用 Gordon 11 項功能性健康型態評估工具收集資料，敘述如下：

(一)健康認知及健康處理型態:無抽菸、喝酒及吃檳榔等不良習慣，有高血壓及肝炎病史規律門診追蹤並遵照醫師指示服藥。1/23 個案筆談寫:「我會死掉嗎?好多管子。」、1/27 個案表示「生命好脆弱，怎麼突然就病倒，我拖累了家人」，經評估此型態有焦慮的健康問題。

(二)營養代謝型態:個案身高 175 公分，體重 80 公斤，理想體重為 59.9 公斤，身體質量指數為 26.1 kg/m^2 ，屬於過重體重。住院前三餐正常，口味偏鹹，住院期間由營養師調整飲食配方為 25~30 卡/公斤/天，蛋白質目標為 1.2~2.0 克/公斤/天，採管灌飲食高蛋白配方熱量 2000 卡/天，蛋白含量 104 克/天。1/25 移除氣管內管，口腔黏膜完整濕潤，四肢無水腫皮膚完整飽滿無壓力性損傷。1/26 由口進食軟質飲食，每日攝取水量約 1000-1500ml，1/12 至 1/25 抽血檢驗血紅素為 8.9 g/dl 至 9.9g/dl，期間陸續補充減白紅血球濃縮液共 9

單位，1/26 血紅素為 10.7g/dl。1/25 抽血檢驗白蛋白為 2.7g/dl，1/25 至 1/27 由靜脈補充白蛋白共 6 瓶，1/31 白蛋白為 3.4g/dl。術後胸前正中處縫合傷口長度約二十公分且手術使用心肺機，雙鎖骨下及右鼠蹊各有約七公分傷口，傷口外觀乾淨無紅腫感染情況，此護理評估有潛在危險性感染之健康問題。

(三)排泄型態：個案入院前每天解尿約 6-8 次，清澈淡黃色，無燒灼感、失禁或解尿困難，每天解便一次。加護病房期間因需密切監測尿量，放置 16 號導尿管每日尿量約 1800-2200ml，淡黃無沉澱物，約兩天解便一次，顏色正常，視診腹部外觀平坦，觸診柔軟無壓痛，叩診為鼓音，聽診腸蠕動 8-15 次/分，經評估此型態無問題。

(四)活動運動型態：入院前周末有爬山的習慣，日常生活可自理，術後四肢肌肉力量皆 4 分，1/11 術後氣管內管留置呼吸器使用，自咳能力弱需抽痰，痰液量中白稀，1/13 血氧濃度：88%，動脈血液分析 PH 值 7.478、PCO₂:36.5mmHg、PO₂:53.3mmHg、HCO₃:26.5mmol/L，初步判定低血氧症，安排胸部電腦斷層攝影顯示無肺栓塞，因手術麻醉及心肺機使用時間過長，肺部再灌注引起肺部損傷，將呼吸器氧氣濃度百分之 70 提升百分之 90，吐氣末正壓 10cmH₂O 增加為 15cmH₂O，1/19-1/23 動脈血液分析中氧氣濃度穩定，逐漸將呼吸器氧氣濃度及吐氣末正壓下調。1/24 由呼吸治療師協助進行呼吸訓練，呼吸器模式從輔助(AC mode)調整為壓力支持模式(PS mode)，1/25 移除氣管

內管後使用高流速氧氣鼻導管氧氣濃度百分之五十，流速每分鐘 50 公升，誘導式肺計量器僅吸 300ml，協助從病床上坐床邊時，個案表示：「我覺得有點喘，我可以躺回去休息嗎？」，1/26 使用固定式腳踏車復健約踩 25 下，個案表示：「有點喘，可以不要踩了嗎？」，觀察呼吸：30-35 次/分，1/27 胸部 X 光顯示雙下肺擴張不全，下床扶輪椅原地踏步約 50 下，個案表示：「好喘，想回床休息。」、「為什麼每次復健，都覺得很喘？」，觀察呼吸：28-30 次/分，確認個案有無效性呼吸型態及活動耐力減少之健康問題。

(五)睡眠-休息型態：住院前睡眠時間約 8 小時，無入睡困難及失眠問題。術後因加護病房翻身、抽血等護理活動，導致睡眠易中斷，總睡眠時間約 6-7 小時，白天精神良好，經評估此型態無問題。

(六)認知感受型態：個案意識與定向感清楚，視、聽、嗅、觸等感官知覺皆正常，未配戴眼鏡及助聽器，插管時未使用鎮靜藥物時能用筆正確寫出人時地，拔管後對於口語理解能力正常，1/11 手術後整理各引流管及執行手術後相關檢查時，個案臉部皺眉眼角流淚、肌肉僵硬、血壓從 110/50mmHg 上升至 150/95mmHg、呼吸淺快，非語言疼痛評估(NVPS)為 6 分，1/12 協助翻身時，個案雙手推護理師，皺眉情緒激動眼眶泛淚，個案筆述：「痛!可以不要翻嗎？」，疼痛指數為 7 分，1/13 傷口換藥消毒時，個案筆述：「可以輕點嗎？」，「止痛藥可以打多一點嗎？」，換藥過程眉頭緊皺，疼痛指數為 8 分，1/14 抽痰

用力咳嗽後，個案筆述：「管子拉扯痛！」，疼痛指數約 6 分，經評估後顯示個案有急性疼痛的健康問題。

(七)自我感受和自我概念型態:家屬表示個案是樂觀的人，遇到困難會正向面對。1/24 觀察個案會望著天花板皺眉、表情憂愁，偶爾拍打床欄，手指氣管內管或未特定周遭環境(生理監視器或呼吸器)，詢問是不是害怕或擔心，僅微點頭但未有其他回應，1/25 拔除氣管內管後，個案詢問「這是加護病房嗎？家人怎麼都不在旁邊？」，1/26 個案表示：「手術後到現在，我的傷口復原狀況好嗎？」、「躺床這麼久，我什麼時候可以下床活動？」，經評估後顯示個案有焦慮的健康問題。

(八)角色關係型態:個案本為先生及父親的角色，個案表示家庭關係和睦，觀察個案住加護病房會客期間皆有家屬輪流探視，彼此相處融洽、互動良好，經評估此型態無問題。

(九)性生殖型態:個案表示與妻子結婚已將近 40 年，對與婚姻狀態及性生活都很滿意，生殖器外觀正常，睪丸左右對稱，無水腫經評估此型態無問題。

(十)應對壓力耐受型態:個案表示個性獨立，不喜歡依賴他人，為家中主要決策者，遇到無法作主的事會與家人共同商討解決方式。1/26 與個案談此次疾病相關問題時，會嘆氣或表情憂愁，1/27 表示「我之後還能種菜嗎？」，經評估此型態有焦慮的健康問題。

(十一)價值-信念型態:個案信奉道教，平時偶爾到廟宇拜拜，其祈求心靈上的寄託，但不會太迷信，1/30 個案表示:『希望可以早日康復出院，回家團聚』，個案有正向認知，經評估此型態無問題。

問題確立

經由以上護理評估，發現個案健康問題有:無效性呼吸型態、活動耐力減少、潛在危險性感染、急性疼痛及焦慮。因篇幅限制，針對個案主要健康問題:急性疼痛、活動耐力減少及焦慮呈現護理計畫。

健康問題一、急性疼痛/與手術傷口及引流管路有關(1/11-1/22)

主 客 觀 資 料	<p>主觀資料:</p> <p>S1:1/12 翻身時個案筆述:「痛!可以不要翻身嗎?」,數字類比量表疼痛指數為 7 分。</p> <p>S2:1/13 換藥時個案筆述:「可以輕點嗎?」、「止痛藥可以打多一點嗎?」,數字類比量表疼痛指數為 8 分。</p> <p>S3: 1/14 抽痰用力咳嗽後,個案筆述:「管子拉扯痛!」,數字類比量表疼痛指數約 6 分</p> <p>客觀資料:</p> <p>01:1/11 前胸傷口長約二十公分且手術使用體外循環機,雙鎖骨下及右鼠蹊各有約七公分傷口,全身共有 5 條胸管及三條引流球留置。</p> <p>02: 1/11 手術後整理各引流管及執行手術後相關檢查時,個案臉部皺眉眼角流淚、肌肉僵硬、血壓從 110/50mmHg 上升至 150/95mmHg、呼吸淺快,非語言疼痛評估(NVPS)為 6 分。</p> <p>03:1/12 協助翻身時,個案雙手推護理師,情緒激動眼眶泛淚。</p> <p>04:1/13 換藥過程眉頭緊皺。</p>
護 理 目 標	<p>1. 1/15 在執行翻身抽痰及換藥時疼痛指數下降至 3 分。</p> <p>1. 1/18 在衛教後個案能執行一項減緩疼痛方式。</p> <p>3. 1/20 在臥床休息時數字類比量表疼痛指數下降至 0-1 分。</p>
護 理	<p>1. 每小時以非語言疼痛評估(NVPS)及數字類比量表評估個案疼痛程度及紀錄疼痛頻率、性質、持續時間及影響疼痛加劇或緩解因素,並主動回報醫</p>

<p>措施</p>	<p>師作為調整藥物之參考。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 觀察個案是否因疼痛有皺眉或不敢移動身軀情況。 3. 依醫囑給予針劑止痛藥 Morphine 5mg IV 每 6 小時需要時(執行換藥、復健及翻身前)，並且在給藥後 30 分鐘評估個案疼痛有無緩解及副作用。 4. 採集中式護理，抽痰及翻身等護理活動於同一時間裡完成，並減少外來噪音及刺激，如：談話音量減小、減少其他病人警報聲響時間，以提供安靜環境，促進其舒適感。 5. 使用束腹帶支托傷口及將個案身上管路使用布膠黏貼固定於合宜處，並將管路固定於手部無法抓取處，避免造成拉扯。 6. 教導個案翻身或抽痰時環抱壓住傷口，減少牽引傷口造成疼痛。 7. 衛教個案疼痛時，可重覆做緩慢深呼吸及吐氣放鬆身體，親自示範深呼吸吐氣的放鬆技巧。 8. 與個案討論舒適臥位，個案表床頭抬高約 45 度時，傷口及引流管牽扯幅度最小較不痛，盡量讓個案維持此舒適臥位，減少牽扯引起疼痛。 9. 依醫囑給予口服止痛藥 Traceton 一顆每日四次，三餐飯後及睡前使用，持續觀察止痛效果。
<p>護理評值</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1/15 換藥前 30 分鐘，給予 Morphine 5mg IV，換藥過程無皺眉、肌肉呈現放鬆狀態，換藥後詢問個案疼痛指數，個案筆述：「疼痛指數約 2 分」。 2. 1/17 協助翻身時個案可自行環抱胸前，壓住傷口避免牽扯。 3. 1/20 個案筆述：「半坐高休息可緩解不適」，休息時疼痛指數 1 分。 4. 1/22 個案可感傷口疼痛時，自行利用放鬆技巧緩慢深呼吸。

健康問題二、活動耐力減少/與心臟手術後心肺功能未恢復有關

(1/25-1/31)

<p>主客觀資料</p>	<p>主觀資料:</p> <p>S1: 1/25 從病床上坐床邊時，表示：「我覺得有點喘，我可以躺回去休息嗎？」。</p> <p>S2: 1/26 固定式腳踏車復健約踩 25 下，表示：「有點喘，可以不要踩了嗎？」。</p> <p>S3: 1/27 原地踏步約 50 下，表示：「好喘，想回床休息」。</p> <p>S4: 表示：「為什麼每次復健，都覺得很喘？」</p> <p>客觀資料:</p> <p>O1: 術後四肢肌肉力量皆 4 分</p> <p>O2: 1/25 誘導式肺計量器僅吸 300ml。</p>
--------------	--

	<p>03:1/26 固定式腳踏車復健約踩 25 下，呼吸次數:30-35 次/分。</p> <p>04:1/27 胸部 X 光顯示雙下肺擴張不全。</p> <p>05:1/27 原地踏步約 50 下，呼吸次數:28-30 次/分。</p>
護理目標	<p>1.1/28 前個案使用誘導式肺計量器可吸達 900ml 以上。</p> <p>2.1/30 前個案可踩固定式腳踏車 15 分鐘，活動後生命徵象穩定。</p> <p>3.1/31 前個案可手扶輪椅走護理站大於 10 公尺，活動後呼吸次數小於 20 次/分。</p>
護理措施	<p>1. 持續監測生命徵象、氧氣濃度，並觀察是否有低血氧症狀。</p> <p>2. 每班觀察並記錄呼吸型態，胸部擴張情形、呼吸音、是否使用呼吸輔助肌。</p> <p>3. 依醫囑照會復健科協助評估及安排物理治療師，共同教導個案心肺復健運動。</p> <p>4. 與個案、物理治療師及呼吸治療師討論心肺復健運動計畫及共同執行，並視個案情況調整相關復健運動，內容如下：</p> <p>4.1 教導深呼吸運動，5 次/回，每天 3 回。</p> <p>4.2 教導使用誘導式肺計量器，嘴巴將計量口整個含住，深呼吸後再吸氣至最大量(類似吸麵條的方式)，每日用誘導式肺計量器至少 3 回，每回至少吸 10 次，中間間隔 10-20 秒(依據個案訓練狀態調整間隔時間)，並記錄執行毫升數。</p> <p>4.3 教導漸進式下床方式:依序為坐床上→轉位到床旁椅上坐姿→站→行走。</p> <p>4.4 協助個案採漸進式下床方式，坐床旁椅每日 2 次、每次 10 分鐘。</p> <p>4.5 教導上肢運動訓練:聳肩、舉臂伸展運動及下肢運動訓練:執行床邊抬腳，每次 15-20 下，每日 2 次。</p> <p>4.6 協助個案坐於床旁椅上踩固定式腳踏車每次 10-15 分鐘，每日兩次。</p> <p>4.7 教導個案手扶輪椅練習行走，繞病房半圈至一圈/次，評估個案體力調整行走圈數及次數。</p> <p>4.8 於每次活動後給予讚賞、正向回饋。</p> <p>5. 教導個案練習噉嘴式與腹式呼吸促進肺部擴張，並示範深呼吸咳嗽排除痰液。</p>
護理評估	<p>1.1/27 個案使用誘導式肺計量器可吸到 1100ml，執行過程無不適情形。</p> <p>2.1/28 個案坐於床旁椅上執行上肢運動每次 20 下，早晚各一次。</p> <p>3.1/29 個案坐於床旁椅上踩固定式腳踏車約 15 分鐘，呼吸次數 18-20 次/分，呼吸平順，氧氣濃度 98%。</p> <p>4.1/30 個案推輪椅繞護理站步行 50 公尺，過程無不適，且能與護理師交談，復健過程呼吸次數約 16-18 次/分，氧氣濃度 98-99%。</p>

健康問題三、焦慮/與陌生環境及手術後健康狀態不確定有關(1/23-1/30)

<p>主 客 觀 資 料</p>	<p>主觀資料: S1:1/23 筆談:「我會死掉嗎?好多管子。」。 S2:1/25 個案詢問:「這是加護病房嗎?家人怎麼都不在旁邊?」。 S3:1/26 個案表示:「手術後到現在,我的傷口復原狀況好嗎?」、「躺床這麼久,我什麼時候可以下床活動?」。 S4:1/27 個案表示「覺得生命好脆弱,怎麼突然就病倒,我拖累了家人」、「我開刀後還能恢復健康嗎?」、「我之後還能種菜嗎?」。 客觀資料: O1:1/24 觀察個案會望著天花板皺眉、表情憂愁。 O2:1/26 與個案談此次疾病相關問題時,會嘆氣或表情憂愁。</p>
<p>護 理 目 標</p>	<p>1. 1/28 前個案能主動說出說出心中感受及焦慮原因。 2. 1/29 前個案能說出緩解焦慮方式兩項,並且正確執行。 3. 1/30 前個案能表示焦慮較減輕。</p>
<p>護 理 措 施</p>	<p>1. 每次交接班後向個案自我介紹,建立良好的護病關係並且向個案介紹加護病房環境及會客時間。 2. 每日會客時間,由醫生解釋病情及治療方針,讓個案及家屬了解治療進度,鼓勵發問,並且詢問是否有不清楚的地方。 3. 適度延長會客時間,藉此增加家屬與個案相處時間,請家屬以正向話語鼓勵個案並且給予心靈上的安慰,提供家庭支持系統。 4. 病室內陪伴、關懷和傾聽,以溫和、平靜的語氣會談,引導並同理個案表達焦慮的原因及感受。 5. 教導個案緩解焦慮方式: 5.1 運用放鬆技巧,先深呼吸再慢慢吐氣,伸展讓肌肉放鬆,降低焦慮引起身體不適。 5.2 轉移注意力來舒緩情緒,如:看雜誌、做自己喜歡的事。</p>
<p>護 理 評 值</p>	<p>1. 1/27 個案可說出緩解焦慮的方法,例如:看自己喜愛的財經雜誌,深呼吸並執行一些伸展運動放鬆肌肉。 2. 1/29 個案在會客時間與太太分享,跟護理師討論後續復健療程,我比較放心並遵從安排,今天已經走護理站一圈,你們不用擔心我。 3. 1/30 轉普通病房前,個案表示「謝謝你們照顧,每天都細心跟我解釋治療復健目標,讓我很安心」。</p>

討論與結論

本文探討照顧一位 A 型主動脈剝離術後個案，因個案突發疾病需緊急手術，術前無法獲得足夠的資訊，在術後回到加護病房因陌生環境、傷口及各引流管牽扯引起疼痛及術後心肺功能未恢復導致活動耐力減少，而產生焦慮的情緒。在提供個別性護理措施，包括：疼痛控制、跨團隊協助心肺復健訓練及陪伴、傾聽個案表達感受之下，緩解了個案的焦慮不安。由於突然的重大手術，使得個案與家屬身心皆承受極大壓力，又適逢疫情期間，加護病房會客僅一天一次，家屬陪伴個案時間極短，無法善用家屬資源減少個案焦慮是此次照護過程最大的限制。建議未來加護單位可增設雙向視訊裝置，幫助轉移注意力、緩解焦慮情緒，也增加其安全感，主動啟動跨團隊合作，可依據個別性量身訂做心肺復健運動計畫，常規化提供更好的幫助，將可增進個案恢復速度，早日回歸正常生活。

筆者照護心臟手術的經驗不多，單位在職教育課程多著重於提升對疾病本身照護及技術，缺乏跨團隊共同照護的動機，是照護此個案得困難之處。

參考資料

洪佩曉、雍雯允、林萍素、曾華麗、黃慧瓊、明蓮金(2019)·術前焦慮概念分析·*榮總護理*，36 (2)，212-219。

[https://doi.org/10.6142/VGHN.201906_36\(2\).0011](https://doi.org/10.6142/VGHN.201906_36(2).0011)

鄭婷伊、吳璇佩、劉華秀(2020)·降低心臟外科病房傳統開

心手術病人中度疼痛以上發生率·*榮總護理*，37(3)，298-305。

[https://doi.org/10.6142/VGHN.202009_37\(3\).0009](https://doi.org/10.6142/VGHN.202009_37(3).0009)

衛生福利部(2022，6月30日)·110年國人死因統計結果。

<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-70314-1.html>

Ghayem, H., Heidari, M. R., Aghaei, B., & Norouzadeh, R. (2023). The

Effect of Training the Nonverbal Pain Scale (NVPS) on the Ability of Nurses to Monitor the Pain of Patients in the Intensive Care Unit.

Indian Journal of Critical Care Medicine, 27(3), 195–200.

<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24425>

Hasan, E. M., Calma, C. L., Tudor, A., Oancea, C., Tudorache, V.,

Petrache, I. A., Tudorache, E., & Papava, I. (2021). Coping, Anxiety, and Pain Intensity in Patients Requiring Thoracic Surgery. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11), 1221.

<https://doi.org/10.3390/jpm11111221>

Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K. P.

(2020). Effect of Early Mobilization on Physical Function in Patients after Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis.

International Journal of Environmental Research and Public Health,

17(19), 7091.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17197091>

Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., & Andemeskel, Y. M. (2020). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing, 19*, 100.

<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00492-0>

Luo, G. R., Luo, Q. Y., He, Y. L., Li, L. J., & Pan, Y. L. (2022). Research Progress of Early Exercise for Patients after Type A Aortic Dissection. *Chinese Evidence-Based Nursing, 8*(20), 2749–2752.

<https://doi.org/https://doiorg.ezproxy.lib.nctu.edu.tw/10.12102/j.issn.2095-8668.2022.20.008>

Mehta, C. K., Son, A. Y., Chia, M. C., Budd, A. N., Allen, B. D., Vassallo, P., Hoel, A. W., Brady, W. J., & Nable, J. V. (2022). Management of acute aortic syndromes from initial presentation to definitive treatment. *The American Journal of Emergency Medicine, 51*, 108–113.

<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.10.016>

Meinlschmidt, G., Berdajs, D., Moser-Starck, R., Frick, A., Gross, S.,

Schurr, U., Eckstein, F. S., Hunziker, S., & Schaefer, 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>

Norton, E. L., Wu, K. H., Rubenfire, M., Fink, S., Sitzmann, J., Hobbs, R.

D., Saberi, S., Willer, C. J., Yang, B., & Hornsby, W. E. (2022).

Cardiorespiratory Fitness After Open Repair for Acute Type A Aortic

Dissection - A Prospective Study. *Seminars in Thoracic and*

Cardiovascular Surgery, 34(3), 827–839.

<https://doi.org/10.1053/j.semtevs.2021.05.017>

Privitera, D., Capsoni, N., Vailati, P., Terranova, G., & Aseni, P. (2022).

Standardized Nursing Approach to Acute Aortic Dissection Patient: A

Practice Update. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221145124.

<https://doi.org/10.1177/23779608221145124>

Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management.

The British Journal of Surgery, 107(2), e70–e80.

<https://doi.org/10.1002/bjs.11477>