

# 一位腹主動脈瘤破裂術後無力感之加護護理經驗

呂佳燕<sup>1</sup>、蔡錦焜<sup>2</sup>、蔡宜庭<sup>3</sup>、吳佩芝<sup>3</sup>

澄清綜合醫院中港分院 護理部<sup>1</sup>、重症醫學科<sup>2</sup>、呼吸治療組<sup>3</sup>

## 摘要

本文敘述一位罹患腎下型腹主動脈瘤破裂個案術後入住加護病房照護經驗。因緊急手術，術後面臨生理的不適及術後進入陌生且封閉的加護病房，且因應 COVID-19 疫情醫院陪/探病管理措施限制家屬到院探視，而產生無力感情緒等不適護理問題，引發筆者對腹主動脈瘤破裂術後病人面對生理、心理探討動機，進而協助個案渡過術後急性期的生理不適及心理上的無力感。照護期間 2021 年 6 月 11 日至 6 月 19 日，筆者以直接照護、會談、觀察及查閱病歷等方式收集資料，運用羅氏適應模式的第一層次及第二層次評估方式，收集主客觀資料並分析內外刺激源，確立呼吸道清除功能失效、腎組織灌流失效、無力感三個主要護理問題。護理期間筆者與個案建立良好的護病關係，運用團隊資源偕同呼吸治療師及物理治療師共同介入，提供支持、照護和正向回饋，使個案能面對疾病的治療。筆者期望藉此照護經驗分享，提供未來護理人員在臨床照護此類病人之參考，以提升護理專業能力。（澄清醫護管理雜誌 2024；20（2）：81-89）

關鍵詞：腹主動脈瘤、術後護理、無力感

通訊作者：蔡宜庭

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：ychin1972@gmail.com

受理日期：2023 年 3 月；接受刊載：2023 年 5 月

## 前言

腹主動脈瘤有 80% 為 65 歲以上長者，患者常見患有共病症，如：高血壓、冠心病、慢性肺阻塞，男性發生率較女性高[1]。腹主動脈位於後腹腔，主動脈瘤長大時往往不會伴隨明顯的症狀，患者常因此不自知。等大到一定程度發生破裂產生腹痛時，此時若不緊急治療，死亡率將接近百分之百，如進行緊急手術，患者面臨休克的情況下，死亡率也將近 5 成，手術風險相當高[2]。

當疾病產生生理上不適，容易導致焦慮及無力感等負面情緒，長久處於無力感狀態會引起焦慮、無望，如此惡性循環容易加速身體衰退及死亡，對病人造成的傷害比疾病本身更是嚴重，如未能及時處理心理的不適將影響生理照護[3]。

本文個案為罹患腎下型腹主動脈瘤破裂之 79 歲男性，個案面臨腹主動脈瘤破裂緊急接受手術，術後轉入加護病房治療，術後因肺炎及腎組織灌流失效，面臨呼吸器使用及洗腎的病情變化，且加護病房為一陌生且封閉的環境，家屬無法在旁陪伴，而有無力感情緒產生等不舒適之護理問題，引發筆者對腹主動脈瘤破裂術後病人面對生理、心理探討動機，進而協助個案渡過術後急性期的生理不適及心理上的無力感，以提升自我照護及技巧，恢復身心健康功能，並能以正向態度面對未來的生活。

## 文獻探討

### 一、腹主動脈瘤之定義與手術治療

為最常見的動脈瘤類型，常見位於腎下動脈異常局部性擴張，患者通常會出現腹部、背部或腰部疼痛，也可能發生血栓栓塞，導致肢體缺血症狀[4]。當擴張>3cm則需進行手術，例如血管腔內主動脈修復（Endovascular Aneurysm Repair, EVAR），以降低死亡率[5]。以下針對腹主動脈瘤術後病人、心理常見問題深入探討。

### 二、腹主動脈瘤術後之生理問題與相關照護

術後因大量血液流入後腹腔導致腹內壓過高造成壓迫狀態，導致腎臟衰竭與腸蠕動減少，應持續監測腹內壓以避免各臟器壞死[2]。護理目標為持續控制血壓（110-130/60-80mmHg）預防血壓過高導致血管手術傷口內漏，密切觀察下肢皮膚溫度、足背脈搏及是否有疼痛等下肢栓塞症狀，每日監測尿量、顏色、性質，檢查腎功能，監測血中肌酸酐和尿素氮含量，觀察個案有無腹痛、腹脹、血便等腸壞死症狀[6]。

術後肺部合併症常見原因為胸腹部手術後呼吸器使用及平躺缺乏活動，使肺擴張不全而痰液堆積，導致肺炎、氧氣供應量與需求失衡[7]。護理照護為教導協助身體活動、床邊關節活動與抬高床頭30-45度半坐臥姿，增加橫膈膜運動，以利肺部擴張，減少痰液聚積[8]；鼓勵並教導個案深呼吸及有效性咳嗽，並配合上下肢運動及誘發性肺計量器（Triflow）使用，以幫助痰液清除，改善肺功能，促進氧氣濃度[9]。配合醫療團隊進行呼吸器脫離訓練，拔管後使用高流量鼻導管（High Flow Nasal Cannula, HFNC）可改善氧氣濃度不穩定和濕度供應不足的限制，並且提供吐氣末正壓，有效增加肺泡通氣量，預防重新插管[10]。

### 三、腹主動脈瘤術後之心理問題與相關照護

手術後轉入加護病房，病人面對壓力有：身體壓力：身體併發症及醫療設備帶來的不適，例如：插氣管內管及口乾；自我保健壓力源：源於無法照顧自己以及對情況及併發症缺乏認識；心理壓力：履行角色受損導致的壓力、病

情預後不清楚及對未來不確定感；醫院壓力源：術後需依賴醫療團隊及增加家人負擔[11]。

醫療環境的限制或接受治療的不熟悉以及侵入性檢查和不穩定的健康狀況，會讓病人感覺受到操控，形成不同程度的無力感，進而對疾病癒合、生活型態及未來自我目標有所影響[12]。無力感特徵包含：（一）能力無法全然發揮的挫折感；（二）缺乏力量或資源；（三）缺乏行動的權力或能力；（四）對情況無法控制的失落感；（五）對自身情況感到無助[13]，Braga與Cruz提出無力感測量工具（Powerlessness Assessment Tool, PAT）藉以評估住院中病人，包括：執行行為的能力、決策能力的自我認知和對感知控制的情緒反應等三個領域共12個項目。採5分制，從未發生為1分，總是發生為5分，總分為60分，分數越高時表示無力感越強烈，所得到力量資源越少[14]。醫療團隊應與病人建立信任護病關係，鼓勵表達對健康與未來感受，給予情緒支持關懷並主動提供相關疾病及術後居家衛教的資訊，協助設定目標，引導病人參與自我照顧與治療，增進對身體健康狀況之瞭解，減輕焦慮與無力感程度[15]，在病患和主要照顧者中扮演溝通的橋樑來提升個案希望，協助重新體會生命價值。讓病患及家屬能夠對疾病症狀處置有正確的態度且具備知識與能力來對後續發生症狀能做適當的處置與因應，並建立良好溝通管道來減輕無力感的發生[16,17]。

## 護理評估

### 一、個案簡介

李先生，79歲，國中畢業，已婚，以國台語溝通，信奉道教，與案妻同住，育有一子一女，家中經濟來源為退休金及案子給予；無喝酒、吃檳榔及藥物食物過敏史。患有慢性阻塞性肺病、糖尿病與高血壓病史，皆規則服藥；2000年冠狀動脈心臟疾病行冠狀動脈繞道手術，2006年右腹股溝疝氣行修補術，住院期間主要照顧者為案妻。

### 二、疾病經過

個案因呼吸急促、腹脹3天，於2021年6月11日

由家屬陪同至急診就醫，腹部超音波顯示腹部主動脈瘤約7cm；腹部電腦斷層顯示腎下腹主動脈瘤約10cm合併腹膜後有破裂和血腫。生命徵象：體溫：35.8°C、脈搏：94次/min、呼吸：30次/min、血壓：137/76mmHg、血氧飽和度：75%。緊急會診心臟外科行腎下腹主動脈瘤血管內膜修復術，術後轉入加護病房合併呼吸器使用進行密切觀察照護，6/11-6/13血壓：126~147/56~60mmHg per dipine 5amp in D5W 200ml pump run as order control，6/14抽血報告：BUN：40mg/dL、Cr：5.24mg/dL，會診腎臟內科執行血液透析治療，6/15進行呼吸訓練，6/16移除氣管內管使用高流量濕化氧氣經鼻導管（High Flow Nasal Cannula, HFNC），6/18氧氣鼻導管使用，6/19轉普通病房，透過病歷查閱及探訪方式進行後續追蹤，7/8出院。

### 三、護理評估

筆者護理期間自2021年6月11日至2021年6月19日，經由直接照護、觀察、會談、身體評估等方式收集資料，運用羅氏應用模式進行整體性護理評估，確立個案的健康問題。

#### （一）生理層面

1. 氧合：6/11手術後氣管內管留置轉入加護病房使用呼吸器，意識未完全清醒，呼吸器設定使用容積控制模式以維持呼吸道通暢，設定參數：氧氣濃度：50%、潮氣容積：500ml、呼吸次數：12次/分、吐氣末陽壓：5cmH<sub>2</sub>O，胸部X光顯示雙側浸潤，聽診雙側肺葉呈囉音，自咳能力稍差，痰量呈黃白稠量中。Artery Blood gas date：PH：7.387、PCO<sub>2</sub>：45.9mmHg、PO<sub>2</sub>：297.3mmHg、HCO<sub>3</sub>：27.9mmol/L、BE：3.0mmol/L、O<sub>2</sub> Sat：99.5%，氧氣飽和度：99%-100%，6/15行呼吸訓練，呼吸器設定壓力支持通氣模式：氧氣濃度：30%、壓力支持：12cmH<sub>2</sub>O、吐氣末陽壓：5cmH<sub>2</sub>O，過程呼吸型態穩定，無使用呼吸輔助肌，胸部X光顯示雙側浸潤與6/11較改善，6/16移除氣管內管，使用Aerosol mask氧氣濃度：35%，呼吸次數20-28次/分，臨床評估個案痰多、咳嗽能力（SCSS）：2-3分、血氧飽和度：85-92%，個案：「沒辦法把痰液咳出，

面罩只要拿下來，感覺就吸不到氣」、「我要坐高，這樣才比較好呼吸。」改使用高流量濕化氧氣經鼻導管（High Flow Nasal Cannula, HFNC），氧氣飽和度96-98%，6/17教導深呼吸訓練器Triflow使用及持續鼓勵個案自咳，個案：「痰黏黏的，每次都要很用力才咳得出來。」痰液呈黃稠狀，必要時協助個案抽痰。評估此項為不適應，有呼吸道清除功能失效的健康問題。

2. 活動與休息：平常沒有固定運動的習慣，日常生活可自理，作息規律，睡眠時間約5-6小時，無服用安眠藥習慣，睡眠品質可。入住加護病房因活動受限於床上，期間皆臥床休息，觀察病人夜間可入睡3-4小時，病人表示：「感覺好累所以有睡著，睡了一覺感覺舒服多了。」評估四肢肌力4-5分，可配合物理治療師進行呼吸訓練，過程精神佳無打瞌睡情形，可達復健目標。評估此項為適應。
3. 營養：入院時身高161公分、體重70公斤，身體質量指數（BMI）：27kg/m<sup>2</sup>，理想體重範圍：男生（161-80）x0.7=56.7公斤屬於體重過重，個案表示三餐皆由太太準備，無特殊禁忌或偏好，皮膚外觀飽滿有光澤，指甲外觀正常，口腔內膜完整無破損。6/11術後評估觸診腹部微脹，叩診腹部呈鼓音，鼻胃管減壓引流禁食，glucose 10% pump run 75ml/hr，血糖值為173-222mg/dl，依醫囑actrapid 8U SC Q6H使用，6/15鼻胃管引流淡綠液310ml/day，6/17營養師評估熱量為1,500卡/天、蛋白質為85克/天，嘗試鼻胃管灌食，每餐管灌飲品皆能消化完全，飯前血糖值為186-200mg/dl。評估此項為適應。
4. 排泄：住院期間大便性質軟，顏色為棕色，導尿管留置，6/11-6/14尿液排出量230-400ml/天，尿液顏色呈深黃色無沉澱物，6/13個案以對話板書寫表示：「手腳都覺得緊緊的，皮膚都覺得緊繃」，評估四肢末梢凹陷性水腫約3+，6/14測量體重74公斤，抽血報告：BUN：40mg/dL、Cr：5.24mg/dL，會診腎臟內科建議執行血液透析治療，案妻：「為什麼需要洗腎？」、

「這樣是不是要一輩子洗腎？」，個案以對話板書寫表示：「尿變少就要洗腎？不洗腎會好嗎？」、「以後都要洗腎嗎？」，6/14進行血液透析治療，6/15抽血報告：Cr：3.4mg/d，排尿量一天約790ml，評估此項為不適應，有腎組織灌流失效的健康問題。

5. 電解質與內分泌：個案軀幹及四肢比例正常，無突眼及甲狀腺腫大，住院期間依醫囑每日給予週邊靜脈營養注射1,500ml-2,000ml，6/12抽血電解血液檢驗值Na：136-143mg/dl、K：4.0-4.6mg/dl、Ca：8.1-8.5mg/dl，屬於正常範圍。此項評估為適應。
6. 感覺與神經：個案意識清醒，雙眼瞳孔大小3.0mm皆有光反射，能正確分辨人、時、地，無重聽、雙眼老花無配戴眼鏡，6/13觀察個案除了照護時的翻身拍背外，個案會自行移動身體且會以仰臥起坐方式起身，個案以對話板書寫方式表示：「手可以不要綁著嗎？這樣我爬不起來」、「我可以坐起來嗎？」，協助個案翻身活動時會出現眉頭緊皺，詢問是否傷口疼痛，個案以搖頭回覆，疼痛評估量表評估疼痛指數2-3分，休息時疼痛指數0-1分。依醫囑使用Fentanyl 500mcg/amp 5amp in 0.9Nacl 500ml pump run 5ml/hr。評估此項為適應。
7. 皮膚完整性：術後四肢末梢凹陷性水腫約3+，雙側鼠蹊部手術傷口約0.5x0.5公分無引流管，傷口周圍無紅腫及異味，以紗布覆蓋；其餘皮膚完整，評估此項為不適應，有腎組織灌流失效的健康問題。

## (二) 自我概念

1. 身體自我：6/17「個案表示自己是個隨和好相處的人，遇到事情就會勇敢面對，此次突如其來的疾病，與家人討論後決定開刀，術後由開刀房入住加護病房，沒有做詳細的環境介紹及說明手術後身上會有的侵入性管路，術後個案醒來發現自己講不出話，全身插滿管子不舒服，且雙手被約束，適逢新冠肺炎疫情嚴峻，全國醫療院所禁止探病，家屬不在身邊，個案覺得自己很嚴重，害怕死亡而焦慮不安，拼命掙扎。」

2. 人格自我：依艾瑞克森理論，個案處於老年期，發展任務為反省並接受人生，6/12個案以對話板書寫方式表示：「開完刀醒來在陌生的地方，沒見到家人，發現四肢被綁起來，很害怕，我想找我太太。」、「10年前心臟就開過刀，這次又這麼嚴重，老了就是沒用。」，6/14個案表情顯得沮喪落寞，以對話板書寫方式表示：「我都有按時吃藥，怎麼這次又這樣，還要洗腎，我看是沒什麼用了。」、「很久沒看到家人，他們怎麼都不來看我？他們是不是在嫌棄我？」，「什麼時候可以拔管？我看不用醫了。」評估此項為不適應，無力感/陌生環境與防疫措施導致之護理問題。

## (三) 角色功能

第一角色為79歲男性，第二角色為丈夫、爸爸、第三角色為病人，個案與案妻同住，育有一個兒子和一個女兒，兒子婚後無同住，但會時常回來探望，女兒嫁到台南，兩三個月會回來看看我們，與案妻感情融洽，平常以台語溝通，家中主要決策者為案妻，但遇到重要事情案妻仍會與個案討論，住院期間與醫護人員互動良好可配合各項治療。

## (四) 相互依賴

個案信奉佛道教，平時會與案妻一起至廟宇拜拜，祈求身體健康，入住加護病房期間，案妻帶平安符及加持過的衣服擺在個案胸前，因疫情期間無法到院探視個案，住院期間案妻及案子以電話方式詢問個案病情，若遇須討論病情，案妻及案子皆會到院進行討論，住院期間案子錄製孫子及其他家屬聲音以鼓勵個案。個案與家人相處互動良好。

## 問題確立

綜合以上護理評估後，確立的護理問題如下：  
一、呼吸道清除功能失效/因肺部感染導致黏液量過多有關。  
二、腎組織灌流失效/與動靜脈血液供應減少有關。  
三、無力感/陌生環境與病情變化及家屬無法陪伴有關。

## 護理計畫

### 問題一、呼吸道清除功能失效/因肺部感染導致黏液量過多有關 (2021/6/11-6/19)

<p><b>主 / 客觀 資料</b></p>	<p><b>第一層評估</b> S1：6/16「沒辦法把痰液咳出，面罩拿下來，就感覺吸不到氣。」 S2：6/16「我要坐高，這樣才比較好呼吸。」 S3：6/17「痰黏黏的，每次都要很用力才咳得出來。」 O1：6/11 手術後氣管內管留置呼吸器設定容積控制模式，評估呼吸型態穩定，無使用呼吸輔助肌，咳嗽能力：2分，痰液成黃稠量中，每班平均抽痰 7-8 次。 O2：6/11 胸部 X 光顯示雙側浸潤，聽診雙側肺葉呈囉音。 O3：6/15 痰液培養：肺炎克雷伯菌。</p> <p><b>第二層評估</b> 主要刺激：術後無法自行呼吸（呼吸器使用）。 相關刺激：無力氣行有效咳嗽，使痰液淤積。 剩餘刺激：生命監測儀器異常警報聲。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1.6/16 前能隨時維持呼吸道通暢，氧氣飽和度 &gt;95%。 2.6/17 前能移除氣管內管並能有效性咳出痰液且呼吸音清晰。 3.6/17 前胸部 X 光雙側浸潤情況改善。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1. 以友善的態度與個案建立治療性人際關係，鼓勵個案表達對呼吸不適的感受。 2. 每小時監測個案生命徵象、呼吸速率、深度及呼吸音，並觀察皮膚顏色、有無使用呼吸輔助肌及血氧濃度變化。 3. 與醫療團隊討論病人肺部狀況及呼吸道情形，包含調整呼吸器參數及進行自發性呼吸訓練，並依據指標測試結果訂定改善方針，照護上維持呼吸道通暢及抬高床頭 30-45 度，提供有效咳嗽、胸腔叩擊、姿位引流等護理措施。 4. 偕同物理治療師與個案說明肺復原運動訓練目的，並共同訂定練習計畫及協助床邊關節肢體運動訓練。 5. 採集中護理，提供個案足夠的休息時間。 6. 每兩小時及呼吸有痰音時協助個案抽吸分泌物，於抽吸前後給予氧氣濃度 100% 氧氣，且抽吸時間小於十五秒，於抽吸過程觀察痰液量及性狀。 7. 依醫囑給予抗生素以控制感染與 Combivent 1vial qid INH，增加肺部纖毛排痰效果。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1. 6/13 個案能將少量痰液咳至氣管內管，痰液呈黃稠，呼吸次數 12-18 次 / 分，呼吸音呈囉音。 2. 6/15 行呼吸訓練，壓力支持通氣模式，呼吸型態穩定，無使用呼吸輔助肌。 3. 6/16 胸部 X 光顯示雙側浸潤較改善，協助呼吸治療師依醫囑移除氣管內管，使用 Aerosol Mask 氧氣濃度：35%，呼吸次數 20-28 次 / 分，氧氣飽和度 85-92%，改使用 HFNC。 4. 6/17 個案可配合物理治療師進行呼吸訓練，且誘發性肺計量器訓練可吸至 2 顆球並憋氣 3 秒。 5. 6/17 個案能運用深呼吸咳嗽順利將痰液咳出，評估咳嗽能力由 2 分進步至 3 分，抽痰次數減低為 2.5-3 小時抽一次痰。 6. 6/18 脫離呼吸器改由氧氣鼻導管 3L/min 使用，氧氣飽和度 &gt;95%。</p>

問題二、腎組織灌流失效/與動靜脈血液供應減少有關 (2021/6/11-6/19)

<p><b>主 / 客觀 資料</b></p>	<p><b>第一層評估</b> S1：6/13「手腳都覺得緊緊的，皮膚都覺得緊繃。」 S2：6/14 案妻：「為什麼需要洗腎？」「這樣是不是要一輩子洗腎？」 S3：6/14「不洗腎會好嗎？我不要洗腎」、「以後都要洗腎嗎？」 O1：6/11-6/19 期間導尿管留置。 O2：6/11-6/14 尿液排出量 230ml-400ml，尿液顏色呈深黃色，四肢末梢凹陷性水腫約 3+。 O3：6/11 入院體重為 70KG，6/14 測量體重為 74KG，體重增加 4KG。 O4：6/14 抽血報告：BUN：40mg/dL、Cr：5.24mg/dL。</p> <p><b>第二層評估</b> 主要刺激：術後合併症（術中腎動脈灌流減少導致）。 相關刺激：缺乏洗腎之正確訊息。 剩餘刺激：焦慮。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1.6/17 前胸部 X 光能顯示肺無水腫或浸潤。 2.6/17 前輸出入量維持平衡，可維持腎臟代謝需要並顯示抽血報告正常。 3.6/18 前個案能說出腎功能減少症狀至少三項，以預防日後發生時能及早偵測及處置。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1. 留置導尿管，每小時監測尿量。 2. 每小時測量生命徵象、輸出入量，評估個案四肢水腫、呼吸音及心音變化。 3. 協助翻身更換姿勢，維持舒適臥位，抬高水腫部位，減少肢體水腫，以棉被支托避免壓迫。 4. 依醫囑監測胸部 X 光，以評估是否有肺水腫及浸潤情形。 5. 定期追蹤檢驗數值，如 BUN、Cr。 6. 每日於早上 7 點監測體重變化。 7. 衛教個案急性腎衰竭症狀：四肢水腫，常見是腿部水腫、尿量有無減少、疲勞、食慾下降、喘等，若出現症狀需回醫院追蹤。</p>
<p><b>護理評值</b></p>	<p>1. 6/17 胸部 X 光顯示雙側浸潤改善，無肺水腫情況。 2. 6/14 執行第一次血液透析，6/17 抽血報告：Cr：1.84mg/dL，腹內壓（膀胱壓力）：6mmHg，暫停洗腎治療。 3. 6/17-6/19 體重維持 72KG，排尿量一天 1,750ml-2,000ml，上肢水腫約 1+，下肢水腫約 2+。 4. 6/18 個案能說出四肢水腫、尿量減少、喘三項腎功能減少症狀。</p>

問題三、無力感/陌生環境與、病情變化及家屬無法陪伴有關 (2021/6/12-6/19)

<p><b>主 / 客觀 資料</b></p>	<p><b>第一層評估</b></p> <p>S1：6/12 個案以對話板書寫方式表示：「開完刀醒來在陌生的地方，沒見到家屬，發現四肢被綁起來，很害怕，我想找我太太。」、「10 年前心臟就開過刀，這次又這麼嚴重，老了就是沒用。」</p> <p>S2：6/14 個案表情顯得沮喪落寞，以對話板書寫方式表示：「我都有按時吃藥，怎麼這次又這樣，還要洗腎，我看是沒什麼用了。」、「很久沒看到家人，他們怎麼都不來看我？他們是不是在嫌棄我？」，「什麼時候可以拔管？我看不用醫了。」</p> <p>O1：6/14 觀察個案時常閉眼不語、表情落寞。</p> <p>O2：6/15 當筆者與個案打招呼交談時，個案出現落寞、皺眉等負向情緒。</p> <p>O3：無力感程度 (PAT 量表評估)，總分為 29 分。</p> <p><b>第二層評估</b></p> <p>主要刺激：疾病及缺乏自主活動能力。</p> <p>相關刺激：無家屬在身旁而感到無助。</p> <p>剩餘刺激：缺乏防疫措施之正確訊息。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1.6/17 前個案可參與自我照顧活動，以增加對疾病的了解與掌控感。</p> <p>2.6/18 前個案能自行表達出內心感受，且能有正向態度。</p> <p>3.6/18 前個案轉出加護病房前，無力感能改善。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每天與個案溝通互動，並認真傾聽及鼓勵表達心裡感受。</li> <li>2. 每天於晨間護理時協助個案自行完成日常生活盥洗，例如刷牙、擦臉，以提升個案自我控制感。</li> <li>3. 協助醫師於個案病室以視訊電話主動聯絡家屬告知疾病進展及治療方向，溝通過程中注意個案是否聽懂，儘可能讓病人參與做決定。</li> <li>4. 與個案討論目前自我照顧所遇困難，並討論解決方式。</li> <li>5. 常予探視陪伴，運用治療性溝通方式讓病人表達表達心裡感受及疾病的感受。並協助將其感受傳達給案妻，讓案妻可了解個案想法。</li> <li>6. 請親友以錄音筆錄製打氣話語、或攜帶個案熟悉之慰藉物來院，如平安符，並放置個案床旁。</li> </ol>
<p><b>護理評估</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6/18 個案能自行完成刷牙和擦臉兩項活動。</li> <li>2. 6/17 個案經護理師引導下主動說出內心感受，主訴：「怕現況會造成案妻及案子負擔。」、「期望康復後，能與案妻一同至公園散步。」</li> <li>3. 6/17 主訴：「生病這段時間，因為疫情他們雖然沒辦法進來看我，但我知道他們是關心我，替我擔心的，我要好好的拼下去，這是我現在最大的目標。」</li> <li>4. 6/18 PAT 量表評估：20 分。</li> <li>5. 6/19 個案轉病房，案妻：「住加護病房期間多虧醫生每天跟我們以電話說明討論病情情況，讓我們安心不少。」</li> </ol>

## 討論與結論

本文為描述一位腎下型腹主動脈瘤破裂行血管內膜修復術後入加護病房之病患照護過程。手術治療後因肺炎感染導致黏液量過多、急性腎衰竭須接受透析治療，又面臨疫情期間家屬無法探視產生否認及情緒低落等情緒，多方面的衝擊下，產生無力感。治療期間，筆者建立良好信任護病治療性關係，主動提供疾病相關照護資訊，使個案對疾病認知增強，陪伴並鼓勵個案表達對健康與未來感受，協助個案接受罹病事實，適時提供個案心理支持與協助設定目標，藉由病人參與自我照顧行動與治療，以增強控制感；協助個案與家人溝通來提升個案希望，協助重新體會生命價值，使個案能面對疾病的治療。運用團隊資源偕同醫師、呼吸治療師及物理治療師共同擬訂個別性照護計畫協助個案，提供支持、照護和正向回饋同理感受，緩解對病情的無力感，提供個案正面力量，重建個案之控制感，減輕焦慮與無力感程度。

個案因緊急手術故筆者未能於手術前及術後入住加護病房進行心理建設及疾病相關衛教，且因疫情防疫措施，個案轉出病房只能單一陪病由案妻照顧；對於協助指導個案復健運動治療於照顧者體力是一大挑戰，實為限制與困難。6/22至病房探視個案，個案恢復良好，可下床由案妻攙扶走路，並可自行完成部分日常活動，案妻表示目前只能單一陪病，對於陪著一起做復健活動有時候覺得會累，還好有復健師在旁邊幫忙。術後復健是條艱辛漫長的路，護理人員可經由照顧個案日常活動中，選擇病患能接受且有效復健方法並訂定目標，運用跨團隊合作適時給予協助；醫護人員除了提供生理照護與支持外，應謹慎評估病人是否有心理層面問題，增進其自信心與自我控制感。藉由此照護經驗分享，提供臨床照護此類病人之參考，以提升護理專業能力。

## 參考文獻

- 1.周芸、張宇辰：腹主動脈瘤篩檢。台北市醫師公會會刊 2021；65（1）：40-46。
- 2.李孟霖：腹部主動脈瘤破裂休克。健康世界 2021；（539）：67-69。
- 3.Stapleton SR: Decreasing powerlessness in the chronically ill: a prototypical plan. In: Miller JF, editor. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. Philadelphia: F. A. Davis; 1992. 305-322.
- 4.Lech C, Swaminathan A: Abdominal aortic emergencies. Emergency Medicine Clinics of North America 2017; 35(4): 847-867.
- 5.Tchana-Sato V, Sakalihan N, Defraigne J: Ruptured abdominal aortic aneurysm. Revue medicale de Liege 2018; 73(5-6): 296-299.
- 6.鄔濤、羅艷麗、萬娟 等：血管腔內覆膜支架植入術治療腹主動脈瘤的護理。華西醫學 2011；26（2）：255-257。
- 7.林利珍、陳慧如、黃品惟 等：運用以實證為基礎健康照護措施降低呼吸器相關肺炎發生率之探討。源遠護理 2014；8（2）：30-37。
- 8.Wang L, Li X, Yang Z, et al.: Semi-recumbent position versus supine position for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults requiring mechanical ventilation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; (1): CD009946.
- 9.劉瑞芳、林蕙鈴、方瑛珮 等：冠狀動脈繞道手術病人延遲拔管危險因素分析。呼吸治療 2019；18（1）：13-25。
- 10.Pisani L, Astuto M, Prediletto I, et al.: High flow through nasal cannula in exacerbated COPD patients. Pulmonology 2019; 25(6): 348-354.
- 11.Sedaghat S, Rostami S, Ebadi A, et al.: Stressors in open-heart surgery patients. A Qualitative Study. ARYA Atherosclerosis 2019; 15(4): 192-200.
- 12.Almgren M, Lennerling A, Lundmark M, et al.: The meaning of being in uncertainty after heart transplantation - an unrevealed source to distress. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007; 16(2): 167-174.
- 13.施蓉舫、朱若梅、白香菊：被照顧者的無力感概念分析。健康照護科學雜誌 2021；（3）：27-34。
- 14.Braga G, Cruz D: Powerlessness assessment tool for adults patients. Revista da Escola de Enfermagem da USP, REEUSP 2009; 43(Spe): 1062-1069.
- 15.歐佩茹、江錦玲：一位Bentall術後病患因肺部合併症再次入住加護病房之護理經驗。志為護理-慈濟護理雜誌 2019；18（4）：107-117。
- 16.林思吟、蔡碧雀：運用羅氏適應模式照顧一位心臟移植術後無力感病人的護理經驗。志為護理-慈濟護理雜誌 2013；12（6）：98-107。
- 17.Bridges J, Collins P, Flatley M, et al.: Older people's experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. International Journal of Nursing Studies 2020; 102: 103469.

# Intensive Care Nursing Experience of a Patient with Postoperative Feelings of Helplessness After Surgery for a Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm

Chia-Yen Lu<sup>1</sup>, Chin-Kun Tsai<sup>2</sup>, Yi-Ting Tsai<sup>3</sup>, Pei-Chih Wu<sup>3</sup>

Department of Nursing<sup>1</sup>, Division of Critical Care Medicine<sup>2</sup>, Division of Respiratory Therapy<sup>3</sup>,  
Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

## Abstract

This article describes the nursing experience of a patient with a ruptured infrarenal abdominal aortic aneurysm who was admitted to the intensive care unit (ICU) for postoperative care. As a result of the emergency surgery, the patient experienced postoperative physical discomfort and an unfamiliar and isolated ICU. Additionally, because of the COVID-19 pandemic, the hospital restricted visits from family members, leading to nursing-related issues such as feelings of helplessness and postoperative acute physiological discomfort. These nursing-related issues prompted the author to discuss the patient's physical and psychological challenges following the surgery to assist the patient in coping with them. During the nursing period from June 11 to 19, 2021, the author collected data through direct care, conversations, observations, and a review of medical records. Using the first and second levels of Roy's Adaptation Model, subjective and objective data were collected, and internal and external stimuli were analyzed. The author identified three main nursing-related problems: ineffective airway clearance, ineffective renal tissue perfusion, and feelings of helplessness. During the nursing period, the author established a good nurse-patient relationship with the patient, utilized team resources, and worked together with respiratory therapists and physical therapists to provide support, care, and positive feedback, helping the patient navigate through the course of disease treatment. The author hopes to share this nursing experience with future nursing professionals in the clinical care of similar patients to enhance their professional nursing abilities. (Cheng Ching Medical Journal 2024; 20(2): 81-89)

**Keywords :** *Abdominal aortic aneurysm, Postoperative care, Feelings of helplessness*

Received: March 2023; Accepted: May 2023