



台灣心臟胸腔護理學會

Taiwan Cardiac and Thoracic Nursing Association

台灣心胸護理學會

發行人：孫美華
發行所：台灣心臟胸腔護理學會
會址：新竹市經國路一段442巷40號1樓

會務報導

- 一. 歡迎會員踴躍提供稿件，護理專業園地包括護理新知與專業文章，交流園地包括會員提問、建議、心情抒發、正向激勵之心情故事，提供會員經驗分享。如獲刊登，每則分別致贈稿費1000元或500元，詳情請上心臟胸腔護理學會會員會訊中查詢。
- 二. 歡迎各方朋友加入本會，新入會者：入會費500元，常年會費1000元。

即刻入會♥即享優惠



114. 06. 28

最後一哩的溫柔~

安寧與臨終靈性關懷研討會

安寧與臨終靈性關懷照護研討會

主辦：台灣心腦神經護理學會
台灣護理管理學會
分辦：南中及東吳合醫學院護理部
協理：知福平安醫院

時間	主題	講者姓名(職)
08:30-09:00	報名	(上午8:30-)
09:00-09:30	歡迎致詞 謝安祥 謝安祥	謝安祥 董事長 謝安祥 董事長
09:30-10:00	歡迎致詞及開場	何淑玲 護理學系教授 謝安祥 董事長
10:00-10:30	第一單元 第一講	
10:30-11:00	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
11:00-11:30	第二單元 第二講	
11:30-12:00	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
12:00-12:30		
12:30-13:00	第三單元 第三講	
13:00-13:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
13:30-14:00	第四單元 第四講	
14:00-14:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
14:30-15:00	第五單元 第五講	
15:00-15:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
15:30-16:00	第六單元 第六講	
16:00-16:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
16:30-17:00	第七單元 第七講	
17:00-17:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
17:30-18:00	第八單元 第八講	
18:00-18:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
18:30-19:00	第九單元 第九講	
19:00-19:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
19:30-20:00	第十單元 第十講	
20:00-20:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
20:30-21:00	第十一單元 第十一講	
21:00-21:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
21:30-22:00	第十二單元 第十二講	
22:00-22:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
22:30-23:00	第十三單元 第十三講	
23:00-23:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
23:30-24:00	第十四單元 第十四講	
24:00-24:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
24:30-25:00	第十五單元 第十五講	
25:00-25:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
25:30-26:00	第十六單元 第十六講	
26:00-26:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
26:30-27:00	第十七單元 第十七講	
27:00-27:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
27:30-28:00	第十八單元 第十八講	
28:00-28:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
28:30-29:00	第十九單元 第十九講	
29:00-29:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
29:30-30:00	第二十單元 第二十講	
30:00-30:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
30:30-31:00	第二十一單元 第二十一講	
31:00-31:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
31:30-32:00	第二十二單元 第二十二講	
32:00-32:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
32:30-33:00	第二十三單元 第二十三講	
33:00-33:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
33:30-34:00	第二十四單元 第二十四講	
34:00-34:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
34:30-35:00	第二十五單元 第二十五講	
35:00-35:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
35:30-36:00	第二十六單元 第二十六講	
36:00-36:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
36:30-37:00	第二十七單元 第二十七講	
37:00-37:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
37:30-38:00	第二十八單元 第二十八講	
38:00-38:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
38:30-39:00	第二十九單元 第二十九講	
39:00-39:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
39:30-40:00	第三十單元 第三十講	
40:00-40:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
40:30-41:00	第三十一單元 第三十一講	
41:00-41:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
41:30-42:00	第三十二單元 第三十二講	
42:00-42:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
42:30-43:00	第三十三單元 第三十三講	
43:00-43:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
43:30-44:00	第三十四單元 第三十四講	
44:00-44:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
44:30-45:00	第三十五單元 第三十五講	
45:00-45:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
45:30-46:00	第三十六單元 第三十六講	
46:00-46:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
46:30-47:00	第三十七單元 第三十七講	
47:00-47:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
47:30-48:00	第三十八單元 第三十八講	
48:00-48:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
48:30-49:00	第三十九單元 第三十九講	
49:00-49:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
49:30-50:00	第四十單元 第四十講	
50:00-50:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
50:30-51:00	第四十一單元 第四十一講	
51:00-51:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
51:30-52:00	第四十二單元 第四十二講	
52:00-52:30	如何處理臨終遺憾	張清雲 醫師
52:30-53:00	第四十三單元 第四十三講	



專業文章

急救後的一線生機-淺談目標溫度管理

國泰綜合醫院 心臟科加護病房護理師 涂巧薇

即將完成100場馬拉松里程碑的王先生，在那場比賽中突然一陣胸痛，到休息站休息時便失去意識倒了下來...幸好現場團隊及時察覺並迅速評估，確認無心跳後立即開始心肺腦復甦術，並利用AED快速去顫，通力合作下將仍呈現昏迷狀況的王先生送往醫院作後續照護。到了醫院再經歷一番搶救，向家屬提及了低溫療法的介入...

為什麼要做低溫療法？

心跳停止時，心臟無法將血液有效送至全身，造成器官嚴重缺血缺氧，尤其腦部灌流量減少，體內自由基大量產生，進一步造成神經損傷。恢復心跳後的再灌流反應會加劇自由基生成，可能導致病人意識無法恢復，甚至成為植物人。研究指出當體溫每降低1°C可降低6~10%的新陳代謝率，可阻斷細胞凋亡，減少不正常神經興奮傳導及腦水腫的產生，並減少心跳停止後的發炎反應。國際復甦術聯合委員會(ILCOR)在2003年將低溫療法加入治療指引中，建議所有因心室顫動導致到院前心跳停止的病人，經急救復甦恢復心跳但意識仍未恢復的狀況下，都應接受12-24小時體溫介於攝氏32-34度的低溫治療，以達到腦部損傷降低。

2011年，美國重症醫學會在評估低溫療法對重症與頭部外傷病人的成效後，認為尚無確切的「治療」證據，因此將「低溫治療（Hypothermia Therapy）」正名為「目標溫度管理（Target Temperature Management, TTM）」，以突顯其為控制體溫的照護策略而非單純治療手段。



目標溫度管理的臨床應用

目標溫度管理適用於非創傷性所有心跳停止經急救復甦恢復心跳後血流動力學維持穩定但意識仍昏迷且昏迷指數小於8分或無法遵從口頭指令者。

在實施TTM前，患者須具備穩定的血流動力學狀態、安全的氣道，以及良好的氧合與通氣。醫療團隊也須評估臨床狀況並進行持續的血流動力監測。

目標溫度管理主要分為三個階段：引導降溫期、維持低溫期與回溫期。目標是在患者發生意外後快速將其體溫降低，將體溫控制在32-36°C，且維持至少24小時，再開始以每小時0.2~0.5°C的速度緩慢回溫。

而將體溫降低有兩種方式，分別為體外降溫法及體內降溫法。體外降溫法可將冰枕放置於鼠蹊部及腋下，其可快速取得但所花費時間較長；運用低溫液體或空氣循環的冷卻墊及冷卻毯也可降低體溫，含有特殊結構的能量傳輸墊貼於軀幹，降溫及回溫時由儀器全程控制溫度。

人體在保持低溫的環境下，生理上易有急遽變化，多數併發症會影響心血管系統。核心溫度的下降會刺激交感神經刺激，導致周邊血管收縮和兒茶酚胺生成增加，進而加劇心肌耗氧量，增加心臟負擔，甚至引發冠狀動脈收縮與心肌梗塞風險。低溫時血管收縮導致的利尿反應易導致電解質異常，進而引起心律不整，應密切追蹤病人電解質及其心電圖變化。另外，低溫可能會降低血小板的數量，抑制血小板和凝血因子的功能，故也要密切注意病人是否有任何出血徵象，包含神經學的評估、是否有癲癇產生

以及追蹤相關凝血功能數值。而在低溫的過程也需評估給予肌肉鬆弛劑及鎮靜劑以減少震顫產生。另外，密切監測及追蹤血糖數值、感染徵象、維持血液動力學穩定等，皆是在重症照護中不可或缺的細節。

而在2023年7月將下列原因造成之顱內高壓，以傳統治療方式(頭部抬高30度、降腦壓藥物、開顱手術、深度鎮靜且ICP仍處於 $20\text{mmHg}>10\text{min}$ 者)皆無法使顱內壓降低:1. 出血性中風；2. 次重度或重度腦創傷GCS小於等於12，納入了健保，此舉有助於提升腦壓控制策略，為高風險病人爭取更好的預後。

在這樣的挑戰過後，病人的甦醒能給我們莫大的鼓勵。王先生在經歷了低溫療法後，恢復了意識，並在團隊的照護下順利出院。一句由病人親口說出的「謝謝！」更是醫護人員最美的勝仗。經歷了生死關頭，王先生更體驗了生命的可貴，出院後每天維持規律作息，定期回診追蹤，注意飲食，最後終於回到自己最愛的馬拉松賽場，完成人生重要的里程碑！





心 情 故 事

從心肺復甦到生命終點： 急診護理在胸腔重創病人照護的轉化角色

台中慈濟醫院急診室護理師 蔡尚蓉

現代詩人鄭愁予說：「死亡來的時候，是關上一扇門，沒有告別，沒有聲音。」生命的殞落，往往在猝不及防的瞬間悄然降臨，如證嚴法師所言：「究竟是無常先到，還是明天先到？」當那一刻真正來臨，醫療團隊往往站在十字路口，究竟是全力搶救，還是選擇放手？不只有醫療技術的挑戰，更需承擔情感與倫理的掙扎，在病人瀕死的瞬間，什麼樣的語言與行動，才是真正有溫度的陪伴？我們又該如何告訴家屬：「我們已盡了全力。」

某日下午，急診廣播響起：「急救室請準備外科OHCA！」接著是救護車刺耳的鳴笛聲。一位三十歲年輕男子從高處墜落，嚴重外傷，到院時已呈現無生命跡象，急診團隊立即啟動創傷小組流程，放置氣管內管、中心靜脈導管及胸管、大量輸血、心肺復甦術與藥物搶救同步進行，每步驟都爭分奪秒，只為挽回年輕的生命，搶救持續超過三十分鐘，儘管醫療團隊全力以赴，最終仍無自主心跳恢復，判定符合終止搶救標準，宣告病人死亡。

個案的母親趕抵現場時，無法接受兒子驟逝的事實，情緒激動、幾近昏厥，對她而言，是一段來不及參與的終結，是突如其來的否認與崩潰，在這個當下，護理人員的角色不再只是技術的執行者，也是情感的守護者，隨著醫師宣告搶救過程及死亡事實，護理人員的角色不再是與家屬的對立面，而是承接家屬的情緒，成為家屬的守護者，在志工陪伴下協助引導家屬進行四道人生，讓這份遲到的告別不留遺憾的即時傳達，而這個案例讓我真正體會到這個過程不是一種醫療終止，而是一種照顧的轉換，更是一種尊重生命的態度，是關係、語言、情感、和解與放手。

那一天，我們沒能救回那個年輕的男子，但我們守住了一段關係、一份愛與一種尊嚴，這也許才是醫療的另一種成功。