

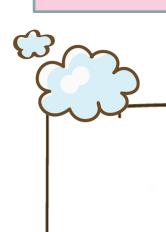
# 台灣心臟胸腔護理學

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

### 會務報導

. 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。







### 學術活動報導

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透過細膩同理的陪伴,協助病人與家屬面對死亡、減輕痛苦,尋找內在平靜與意義,並預防喪親傷痛對身心靈的衝擊。期望學員能深化理解並應用於臨床與生活,提升靈性照護品質。本研討會師資陣容堅強,講課生動,學員熱烈回響,整體評值:平均4.85分、授課內容滿意度之評量:平均4.84分、課程內容學習效果自我評量:平均4.85分。









## 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為加劇自由基生成,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。

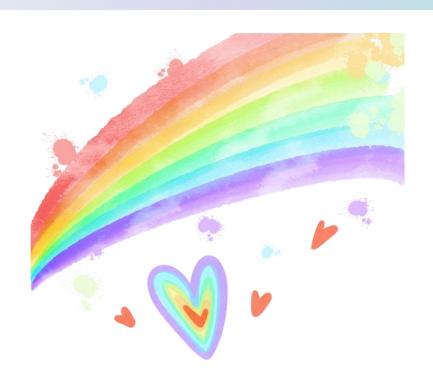
目標溫度管理主要分為三個階段:引導降溫期、維持低溫期與回溫期。目標是在患者發生意外後快速將其體溫降低,將體溫控制在32-36℃,且維持至少24小時,再開始以每小時0.2~0.5℃的速度緩慢回溫。

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,進不動脈收缩,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。 個人工程不整,應密切追蹤病人電解及其心電圖變化。另外,低溫可能會降低血小板的數量,如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20mmHg>10min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。