

照顧一位非 ST 段上升心肌梗塞併慢性腎疾病個案之 護理經驗

林仲祺 林惠如* 趙慧玲**

摘要

本文描述一位曾經接受暫時性血液透析治療六次之非 ST 段上升心肌梗塞 (non ST elevation myocardial infarction, NSTEMI) 併慢性腎疾病 (chronic kidney disease, CKD) 個案之護理經驗。護理期間自 2009/3/30-6/15, 運用觀察、會談、Gordon 十一項健康功能型態及電話追蹤收集資料, 發現護理問題有: 健康尋求行為、潛在危險性體液容積不平衡、焦慮。筆者藉由個案維護健康的意願, 給予鼓勵以促進個案維護個人健康的信心與能力, 以有效延緩病情, 避免進入長期透析階段; 並協助個案評估其影響健康的不利因素後, 透過自我效能的提升, 成功地改變先前不當的飲食型態、運動習慣及抽煙嗜好。期間並透過持續每週一次近兩個月的電話追蹤評值, 以增強個案持續維持健康的生活型態, 使病程獲得最佳的控制, 更提升了對健康維護的信念與信心。希藉由此成功案例提出分享, 並作為護理人員日後照護之參考。

關鍵詞：自我效能、心肌梗塞、慢性腎疾病

前言

美國腎臟基金會 (National Kidney Foundation, NKF) 2002 年將慢性腎疾病 (chronic kidney disease, CKD) 以腎絲球過濾速率 (glomerular filtration rate, GFR) 分爲五期: 第一期 ≥ 90 ml/min/1.73m²; 第二期

60-89 ml/min/1.73m²; 第三期 30-59 ml/min/1.73m²; 第四期 15-29 ml/min/1.73m²; 第五期 <15 ml/min/1.73m², 一旦進入第五期腎衰竭時, 可能隨時會進入長期透析治療的階段, 以延長生命。

國泰綜合醫院洗腎中心護理師

國立台北護理學院護理系副教授兼副主任*

國泰綜合醫院護理部督導**

受文日期: 98 年 8 月 7 日 修改日期: 98 年 8 月 20 日 接受刊載: 98 年 9 月 9 日

通訊作者地址: 林惠如 台北市北投區明德路 365 號

電話: (02) 28227101 轉 3197 電子信箱: hungnu@mail1.ntcn.edu.tw

本文敘述一位經腎上腺腫瘤及膽囊切除術後，發生急性腎衰竭而接受暫時性血液透析治療兩次，返家一個月後因非 ST 段上升心肌梗塞（non-ST elevation myocardial infarction, NSTEMI）併肺水腫，再度接受透析治療三次；期間於心導管檢查後，為避免顯影劑影響腎功能，再行預防性透析治療一次，現階段列為 CKD 第五期照護管理之個案。照護期間個案因擔心日後隨時會過著長期透析的生活而焦慮，筆者藉由個案對健康維護的意願，應用自我效能的概念，協助個案了解自我的能力，加強對疾病控制的信心，使腎臟保健照護融入日常生活中，獲得疾病控制的最佳成效，進而加深個案對健康行動上的投入與健康管理的信心。

有鑑於台灣腎臟醫學會（2009 年 3 月）統計自 2008 年 1 月至 11 月底止，CKD 第五期進入長期血液透析治療的比率達 53.1%，更突顯了促進 CKD 個案維護殘餘腎功能的重要性，故筆者冀望藉此寶貴經驗，提供護理人員幫助此類個案有效延緩進入長期透析階段之參考。

文獻查證

一、NSTEMI 與 CKD 的相關性與治療

NSTEMI 在臨床上屬於較少見的心肌梗塞，可能僅有血清心肌標記升高，無 ST 段上升及 Q 波出現；症狀上雖以胸痛最常見，但糖尿病病人以無痛性較多，老年病人則可能為突發性的呼吸困難，或進展至肺水腫（Braunwald et al., 2001/2006）。在研究中發現，CKD 是發生心肌梗塞的重要相關因素，所導致的心因性死亡率較一般健康民眾高（Meisinger, Doring, & Lowel, 2006

）；其中又以 CKD 第三至五期最常發生早期急性的冠狀動脈疾病（Tanaka, Joki, & Hase, 2007），尤其當 GFR 愈低時，心肌梗塞復發的機率愈高（Anarekar et al., 2004）。

心導管檢查雖是治療心肌梗塞的利器，但檢查時所注射的顯影劑，卻可能對腎功能產生影響，發生所謂的造影劑腎病變，使少數患者需接受暫時性，甚至是永久性的透析治療；尤其高齡、糖尿病及慢性腎功能衰退者，發生率達 20-30%（Mehran & Nikolsky, 2006），建議可於檢查後採預防性的血液透析治療，減少其發生（Lee et al., 2006）。

二、CKD 個案之照護

為延緩進入長期透析階段，在腎臟保健照護上包括：

（一）維持血壓：Chobanian 等學者 2003 年在美國高血壓防治委員會第七次報告中發表，糖尿病或 CKD 個案的血壓控制以 130/80 mmHg 為目標。

（二）血糖的控制：美國糖尿病學會（American Diabetes Association, ADA）2006 年建議糖化血色素（glycosylated hemoglobin, HbA1C）應 <7%、飯前血糖控制於 90-130 mg/dl、飯後血糖於 180 mg/dl 以下；尤其是飯後血糖的增加，對心血管疾病及其死亡的危險性更為顯著（Brunner, Shipley, Witte, Fuller, & Marmot, 2006）。

（三）改變生活型態：

1. 停止抽煙：抽煙會使血壓上升，合併腎動脈粥狀硬化疾病；尼古丁的聚集也會隨著腎功能損害而增加（王、劉、王、夏、邱，2005）。
2. 飲食型態：採低脂，少鹽、低蛋白飲

食（蕭、高、吳，2006）。烹調上建議用不飽和脂肪酸的植物油料理；以蔥、薑、蒜或加少許酸味增加食物風味。在水分限制上，若有少尿現象，每日水份可依前一日尿量再加上 500-700 ml 的水分，或不發生水腫、每日體重不超過 0.5 kg 為原則（行政院衛生署，2007）。

3. 規律的運動習慣：如：每週 3 次、每回 20-30 分鐘的居家散步，或每日快走 30-45 分鐘、每天慢速騎腳踏車 30 分鐘等，可有效降低血中膽固醇及三酸甘油脂、改善葡萄糖耐受性，並降低血壓、預防急性心肌梗塞復發，減少心因性死亡等（李等，2006；鍾、江、呂、許、蔡，2008；Moser & Setaro, 2006）。

（四）避免使用腎毒性藥物，以減少藥物代謝時，使腎功能惡化（黃、楊，2004）。

三、預期接受長期透析 CKD 個案之心理調適

當 CKD 末期個案得知可能隨時要長期透析治療時，常會造成極大的心理衝擊，包括無法自行掌控未來的生活方式及人生目標、擔心成為家人的負擔、角色功能改變、自我評價降低等（林、顏，2005）。此時護理人員應注意個案心理狀態的改變，同時將家屬列入照護計畫，透過家庭成員提供正向的情緒支持，當個案有正向調適行為時，給予肯定與鼓勵，並提供疾病與治療之相關資訊，做好可能需要長期透析治療的準備，協助順利調適未來生活可能造成的改變（翁、吳、吳，2003；Gee, Howe, & Kimmel, 2005）。

四、自我效能理論於慢性病照護的應用

自我效能概念源自於 1977 年 Bandura 的社會學習理論，指個人為達成某一行為而努力執行的信心，此信念強度偏弱時，容易受失敗的經驗影響而喪失自信心，而較強的自我效能，會促使個人努力去因應困境。尤其當個人能了解自我能力時，即有信心能達成自我期望的結果，並且能以安全的行動，去尋求個人所追求的目標（Bandura, 1997）。

目前自我效能理論已廣泛地應用在健康行為及慢性病照護上，如：戒煙（Riet, Ruiter, Werrij, & Vries, 2008）、成人氣喘（陳、許、王、黃，2009）、末期腎病之體重控制、飲食遵從性、自我控制能力與生活品質的提升（Lii, Tsay, & Wang, 2007; Thomas et al., 2001; Tsay, 2003; Tsay & Hung, 2004），皆顯示有良好的成效。綜合上述，可依個案之個別能力，透過具有說服力的健康訊息，增加健康知識，協助察覺危害健康的因素，改變原先的態度及行為，而努力去執行健康行為，追求預期目標；當有預期成效出現時，會使個案更具意願與信心延續相關行為的表現，以助於健康行為的持續性。

資料收集

一、個案簡介

姜先生 58 歲，小學畢業，已婚，慣用國、台及客語；育有兩子，自修車廠退休後，與案妻一起賣檳榔。主要經濟來源為檳榔店生意及退休金。現與家人同住，家人間關係互動良好。家庭圖譜見圖一。

二、過去病史及收案經過

將過去病史及收案經過作一整理如下，見表一。

護理評估

護理期間自 2009/3/30 至 6/15，運用觀察、家庭成員會談、Gordon 十一項健康功能型態為評估工具，進行評估。

(一) 健康認知與健康處理型態：

個案於 1991 年、2005 年分別診斷出高血壓及糖尿病後，皆能主動配合用藥，平時血壓為 150-160/80-100 mmHg、飯前血糖約 140-160 mg/dl、飯後血糖約 200-220 mg/dl，未尋求民俗療法。個案自訴：「兩年前發現腎臟腫瘤時，就想戒煙，但檳榔攤店裡常有熟客相邀，自己當老闆的，總不好拒絕，所以戒煙淪為口號，每天還是會抽 1-2 包煙。」平時偏好重口味飲食，知道對腎不好，剛開始還能配合，久了就覺得吃一點應該沒事，心存投機地回復到重口味飲食，甚至常買滷味做配菜。個案表示：「這次呼吸喘送來醫院時，那種吸不到氣的感覺沒人能幫忙，讓我知道有身體病痛時，家人也不能幫忙分擔，所以出院後，我要好好保養身體，免得一輩子要過著洗腎的日子。」照護期間，個案多次詢問有關日常生活保健的注意事項，且態度誠懇、表現積極；對於每次的醫療處置及檢查，都會主動參與並詢問檢驗結果；評估有健

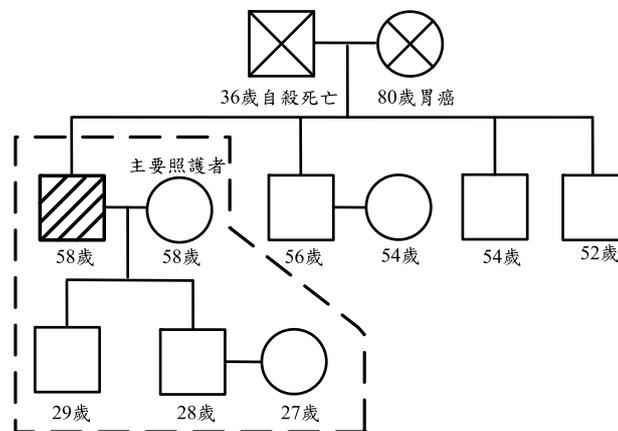
康尋求行為與避免心肌梗塞復發、維護現存的腎功能有關之護理問題。

(二) 營養代謝型態：

個案身高 160 cm，理想體重為 56 kg。入院體重 59.9 kg，出院時體重 54-55 kg。照護期間 2009/4/15 Hb：10.9 g/dl、4/20 HbA1C：5.9%、Alb：4.0 g/dl、Chol：131 mg/dl、BUN/Cr.：62-84/4.9-6.6 mg/dl，採低鹽、低蛋白飲食；入院時，雙下肢水腫(±)，轉至病房時，雙下肢水腫(-)，因個案 GFR<15 ml/min/1.73m²，為 CKD 管理個案，評估有潛在危險性體液容積不平衡之護理問題。

(三) 排泄型態：

平時每天解便一次，顏色正常，無痔瘡。2009/3/30轉出加護病房時，利尿劑Lasix 2 # Bid 服用，至4/7減為 1 # Bid，出院時停止使用；平均每日尿量1000 ± 200 ml。



圖一 家庭圖譜

表一 過去病史及收案經過

	時間	疾病原因及治療經過
過去 病 史	1991	診斷高血壓，門診定期追蹤。
	2005	診斷糖尿病，門診定期追蹤。
	2007/12	右胸疼痛入院，診斷膽結石、高血壓，術前超音波檢查時發現右腎有一約 3-4 cm 腎上腺腫瘤，故未施行膽囊切除術，以內科治療緩解，出院後門診定期追蹤。
	2008/12/18-12/31	右胸疼痛入院，診斷膽結石；會診腎臟外科後，於 12/23 行膽囊及腎上腺腫瘤切除術。
	2009/2/13-2/20	身體倦怠入院。2/16 BUN/Cr.：120/8.7 mg/dl，診斷急性腎衰竭，行首次血液透析治療，並於 2/18 行第二次透析治療。
入 院 經 過	2009/3/25	呼吸急促，雙下肢水腫（±），BUN/Cr.：98/6.5 mg/dl，Troponin-I：7.940 ng/mL、CPK：265 IU/L、CPK-MB：8.2 ng/mL、GOT：117 IU/L、GPT：213 IU/L、LDH：415 IU/L、CXR：肺部積水。心電圖報告：診斷 NSTEMI 併肺水腫，入加護病房觀察與治療，並緊急放置暫時性血管通路，於 3/25、3/26、3/28 連續三次血液透析治療，共計脫水 3.2 kg。
收 案 經 過 （ 護 理 期 間 ）	2009/3/30	NSTEMI 及肺水腫改善，轉出加護病房。
	2009/4/2	BUN/Cr.：69/6.6 mg/dl、Troponin-I：0.64 ng/mL、4/6 Troponin-I：0.1 ng/mL，醫師評估可暫停透析治療，予移除右側股靜脈暫時性雙腔導管。
	2009/4/6	個案決定做心導管檢查，放置左側 Perm cath 透析通路，作為日後可能需長期透析之用。
	2009/4/7	行心導管檢查，檢查結果：兩條血管病變（2-vessels-disease, 2-V-D），並放置一條支架。於心導管檢查後，為避免腎功能惡化，進行預防性血液透析治療一次（第六次血液透析治療）。
	2009/4/10	BUN/Cr.：70/6.0 mg/dl，停止透析治療。
	2009/4/11	辦理出院，進行每週一次的電話追蹤。
	2009/4/15	出院後第一次門診追蹤，BUN/Cr.：83/6.0 mg/dl、飯後血糖：147 mg/dl。
	2009/4/22	出院後第二次門診追蹤，BUN/Cr.：73/5.3 mg/dl、飯前血糖：94 mg/dl、HbA1C：5.9%；經腎臟科評估後，暫不需透析治療，予移除左側 Perm cath 透析通路。
	2009/5/6	出院後第三次門診追蹤，BUN/Cr.：84/5.0 mg/dl、飯後血糖：161 mg/dl。
	2009/6/3	出院後第四次門診追蹤，BUN/Cr.：62/4.9 mg/dl、飯後血糖：156 mg/dl。
	2009/6/4-6/15	持續每週一次的電話追蹤。

(四) 活動-運動型態：

個案年輕時喜歡到戶外騎腳踏車或散步，退休後幫忙顧檳榔攤生意，就少外出運動。住院期間，三餐飯後會至院區陽光走廊散步約15分鐘，評估此活動量尚符合個案需求。

(五) 睡眠休息型態：

平時夜眠可持續6-8小時/天，有午休1-2小時的習慣。照護期間，睡眠較淺，但每日睡眠時間仍維持6~8小時，除午休外，偶會閉目休息，白天沒有打哈欠或無精打采的情形。

(六) 認知-感覺型態：

個案聽力正常，與人對談時表達清晰，看電視或報紙需戴老花眼鏡；判斷力方面，個案對假設的問題能正確回答；對於醫療照護及日常生活保健採配合態度。

(七) 自我感受-自我概念型態：

表示雖然以前讀的書不多，但有一技之長，能讓一家人生活無缺，表達時臉上流露出滿意的笑容。擔心生病後會造成家人的擔憂，現階段認為身體健康是最重要的。

(八) 角色與關係型態：

平時與家人同住，孩子和媳婦都很孝順，和家人間互動良好且關係親近。住院期間多由案妻陪伴，子女們下班後也會至醫院探視。顯示支持系統良好。

(九) 性與生殖型態：

夫妻關係和諧，育有二子；個案表示：「現在年紀大了，加上發現腎臟腫瘤後，主要心思多放在疾病控制上，也不會想到性的需求。」平時夫妻生活多以語言關心為主。

(十) 因應-壓力耐受型態：

自訴遇到問題時，不會以喝酒或生氣解決事情。照護期間，醫師建議做心導管檢查，但個案擔心檢查後會使腎功能惡化，不時重複詢問檢查的相關事項，臉上出現皺眉表情，情緒顯得低落。表示目前最擔心腎臟或心臟問題再度惡化，提及可能會面臨長期透析治療時，言語間出現嘆氣、呆坐的情形，在多次會談及觀察中，發現個案談及自己的健康狀態時，面部表情緊張且神情凝重；評估有焦慮/與擔心心導管檢查之顯影劑導致腎功能惡化、心肌梗塞復發及進入長期透析治療有關之護理問題。

(十一) 價值與信念型態：

個案家中設有佛堂供奉神明，認為平時心誠最重要，不會特別參加宗教相關活動。

問題確立、目標、措施與評價

根據上述評估後，確立個案有以下三個健康問題，包括：健康尋求行爲、潛在危險性體液容積不平衡、焦慮。

問題一 健康尋求行爲/與避免心肌梗塞復發、維護現存的腎功能有關 (2009/3/30-6/15)

主客觀資料	目標	護理處置	護理評值
<p>S:</p> <p>4/3</p> <p>1、醫師說我暫時不需要長期洗腎,但是會不會再有心臟問題或是要長期洗腎,就跟我的生活保健有很大的關係,所以我一定要好好保養。</p> <p>2、現在醫師說我應該要注意的,我會盡量配合,好好保護現在的腎臟功能。</p> <p>3、身體病痛出現時,家人也不能夠幫忙分擔;平時就要把身體顧好比較實在。</p> <p>4、4/10朋友們都說,很少人像我一樣只洗幾次腎就不用再洗了,所以我更應該要好好愛惜自己的身體。</p> <p>O:</p> <p>4/5</p> <p>1、前次出院後,個案知道吃太鹹對腎臟不好,但又想說吃一點沒關係,之後NSTEMI併肺水腫再入院。</p> <p>2、個案多次詢問有關日常生活保健的注意事項,且態度誠懇、表現積極。</p> <p>3、對於每次的醫療處置及檢查,都會主動參與並詢問檢驗結果。</p> <p>4、血壓控制: 150-160/80-100 mmHg、飯前血糖約 140-160 mg/dl、飯後血糖約 200- 220 mg/dl。</p> <p>5、喜好口味重的食物。</p> <p>6、無規律的運動習慣。</p> <p>7、平時:抽煙 1-2 包/天;住院期間:抽煙 1 包/天。</p>	<p>1.4/20 個案能主動參與自我照護的健康行爲。</p> <p>2.5/30 個案在不需家人或醫護人員的提醒下,持續維持健康行爲的計畫。</p>	<p>1、告知個案在健康維護角色上的重要性,除醫療照護外,自身的配合更是重要的因素,以強化個案確實執行健康行爲的信念與決心。</p> <p>2、引導個案回想過去健康維護失敗經驗所導致的後果,如抽煙及重口味飲食對心臟及腎臟的不良影響,以確認對健康不利的生活型態。</p> <p>3、加強個案對健康維護的信心,增強自我效能的強度,使個案更努力去執行健康促進行爲。</p> <p>4、評估個案目前的生活型態對疾病控制的影響,協同個案及家屬共同評估及討論在能力範圍內可行的健康行爲,如: (1) 血壓與血糖的控制:依醫囑服用藥物,將監測值於返診時提供醫師做參考。 (2) 正確的飲食型態:採低脂,少鹽飲食。如:可採不飽和脂肪酸的植物油做料理。 (3) 建立規律的運動習慣:如每週3次、每回20-30分鐘的居家散步,或每天慢速騎腳踏車30分鐘。 (4) 戒煙:加強抽煙對疾病控制的影響、協同家屬共同配合,並在戒煙過程中提供適時的鼓勵。 (5) 就醫時主動告知身體狀況,避免使用腎毒性藥物。</p> <p>5、定期評估個案增強或減弱健康行爲的因素,共同討論並尋求解決方式。</p> <p>6、對於正向的健康行爲,加強鼓勵與支持,並持續給予個案關懷與信心。</p> <p>7、鼓勵個案定期評值自己的行爲是否符合健康結果,修正不適當的負向行爲。</p>	<p>4/15 個案訴:「(1) 現在一天最多抽半包煙,我會努力改掉!(2) 老婆最近煮東西都很清淡,感覺蠻對胃的。(3) 身上還有洗腎管子,所以只在樓上花園走個半小時當作運動。」</p> <p>5/1 個案表示:「(1) 最近一天抽不到半包煙了。(2) 我現在都不會貪嘴去買滷味來配菜。(3) 最近都有去散步半個鐘頭,感覺體力恢復很多,有時中午沒睡午覺也不覺得累。」</p> <p>5/15 個案表示:「(1) 上回看診時,醫師說我的腎臟功能沒有再變壞,讓我更有信心保持下去。」 (2) 平均血壓記錄:110-130/60-80 mmHg。(3) 5/6 門診抽血 BUN/Cr.: 84/5.0 mg/dl、飯後血糖:161 mg/dl。</p> <p>5/30 案妻:「我現在做菜都改用葵花油、煮的也很清淡。」 個案表示:「(1) 好幾天沒抽煙了,有時客人來買煙,要我也來一根時,我都會告訴他們,爲了我的心臟和腎臟著想,我已經不抽煙了!(2) 菜比較油時,我會把油撈掉再吃。(3) 最近都有去散步或騎腳踏車,朋友都說我氣色變好了。」</p> <p>6/15 個案表示:「(1) 我半個多月沒抽煙了!就算煙放著也不會想抽。(2) 現在太鹹的食物,反而吃不習慣了。(3) 最近體力跟精神都變好,以前回家上樓梯時,每層樓都要休息,現在休息一次就好了。(4) 回門診時,醫師說我控制的不錯,我相信只要再這樣保持下去,就能維持現狀,不用那麼早洗腎了。」</p>

問題二 潛在危險性體液容積不平衡/與剛經歷心肌梗塞、腎臟功能不良有關 (2009/3/30-6/15)

主客觀資料	目標	護理處置	護理評值
<p>S :</p> <p>4/1</p> <p>1、這次送來住院時，好像快吸不到氣、腳也腫了。</p> <p>2、洗了3次腎後，呼吸喘就好多了、腳腫也消了。</p> <p>O :</p> <p>1、2009/2/16-3/28有6次透析經驗，住院期間平均每日尿量1000 ± 200 ml。</p> <p>2、3/25入院診斷：NSTEMI併肺水腫。</p> <p>3、3/30轉出加護病房時，呼吸14次/分、雙下肢水腫(-)、利尿劑 2 # Bid服用，至4/7減為 1 # Bid。</p> <p>4、4/11出院時，Lasix 停止使用。</p> <p>5、照護期間，抽血報告BUN/Cr. : 62-84/4.9-6.6 mg/dl、GFR<15 ml/min/ 1.73m²，為CKD第五期管理個案。</p>	<p>1、4/8</p> <p>個案能說出評估體液容積不平衡的徵象至少3項。</p> <p>2、照護期間無體液容積不平衡情形發生。</p>	<p>1、住院期間依醫囑給予利尿劑，並記錄每日尿量；若有體液容積不平衡時，通知醫師。</p> <p>2、告知體液容積不平衡的可能症狀及處理，如：</p> <p>(1) 腳水腫：教導個案正確評估腳水腫或有無其他週邊水腫產生；若持續未改善時，應告知醫師。</p> <p>(2) 體重增加太多：以不發生水腫、每日體重不超過0.5 kg為原則；並定期記錄體重變化，提供醫師作評估。在水分限制上，若有少尿現象，每日水份可依前一日尿量再加上500-700 ml的水份作參考。</p> <p>(3) 呼吸困難或呼吸喘：一旦出現相關症狀時，需立即就醫。</p> <p>3、協同家屬做飲食上的配合與調整，如低鹽飲食的料理，可用蔥、薑、蒜或加少許酸味，增加食物風味，同時也減少心臟、腎臟負擔，及口渴情形。</p>	<p>4/5</p> <p>個案能說出評估體液容積不平衡的徵象，如：「呼吸困難或呼吸喘、腳水腫及體重增加太多。」</p> <p>4/20</p> <p>案妻訴：「現在煮菜時，調味料都放很少，就怕他吃太鹹。」</p> <p>個案表示：「自己覺得菜比較鹹時，一定會過水再吃，免得增加身體的負擔，又容易口渴。」</p> <p>5/1</p> <p>個案表示：「現在穿鞋子時，會注意鞋子有沒有比較緊，可能就是腳有腫的情形。」</p> <p>5/15</p> <p>個案表示：「我平常只有在運動後，比較有流汗的話，才會多喝一些水補充水分。」</p> <p>5/30</p> <p>個案表示：「我每天都注意小便量有沒有少或腳有沒有腫，也會每天量體重作記錄。」</p> <p>6/15</p> <p>無體液容積不平衡情形發生。</p>

問題三 焦慮/擔心心導管檢查之顯影劑導致腎功能惡化、心肌梗塞復發及可能進入長期透析治療有關
(2009/3/30-6/15)

主客觀資料	目標	護理處置	護理評值
<p>S： 4/3 1、醫生建議做心臟檢查，但萬一檢查完反而影響到腎臟，以後要長期洗腎就麻煩了！</p> <p>2、醫師說我的腎臟功能不好，要長期洗腎的機會很高，我真的不想這麼早就洗腎！</p> <p>3、要是心臟或腎臟再出問題的話，可能就不會那麼幸運地再洗幾次腎就沒問題了。</p> <p>S： 1、2009/2/16-3/28有6次透析經驗。</p> <p>2、4/3時常重複詢問心導管檢查的事宜，出現皺眉表情，情緒顯低落。</p> <p>3、4/7心導管報告：2-V-D，放置1條支架。</p> <p>4、4/10談及有關腎功能惡化、心肌梗塞復發及可能進入長期透析治療時，表情緊張且神情凝重，出現嘆氣、呆坐的情形。</p> <p>5、照護期間BUN/ Cr.：62-84/ 4.9-6.6 mg/dl、GFR<15 ml/min/ 1.73m²，適於列為CKD第五期收案之管理個案。</p>	<p>1、4/8 個案能主動表達焦慮的感受。</p> <p>2、5/20 個案能接受身體狀態的改變，說出對未來可能接受長期透析的看法。</p>	<p>1、利用照護期間的主動探視與陪伴，給予真誠的關懷，建立良好的照護關係及護病間的信任感。</p> <p>2、主動提供病人及家屬檢查的相關資訊，如認識檢查的正負面影響，減輕內心焦慮的感受。</p> <p>3、藉由傾聽個案對於害怕腎功能惡化、心肌梗塞復發及進入長期透析治療的描述，引導表達內心擔憂及害怕的情緒。</p> <p>4、利用適當的時機，建立可被信任的情境，了解個案的觀點，鼓勵說出心中感受。</p> <p>5、定期評估個案焦慮的程度，評估有無調適上的障礙，並鼓勵以語言的方式表達感受。</p> <p>6、利用家庭成員及親友間的互動與支持，接受個案負向的情緒，提供關懷與鼓勵，共同面對個案目前的病程及未來生活中可能的改變。</p> <p>7、當個案有正向的因應態度時，給予肯定與支持。</p>	<p>4/4 個案表示：「我擔心做完心導管檢查後會影響腎功能，心裡很矛盾應不應該做。」</p> <p>4/6 個案訴：「心臟問題沒有解決，以後還是會影響到腎臟，所以我決定做心導管檢查後，配合醫師的處置，再洗一次腎，避免腎功能惡化。」</p> <p>4/25 個案：「萬一以後還是要一輩子洗腎的話，也就只能這樣了。」情緒顯得低落，迫於接受。</p> <p>5/10 個案表示：「我都有遵守生活中要注意的事情，但還是會擔心將來萬一還是要長期洗腎的話，會造成生活中的不便和家人的負擔。」</p> <p>5/25 個案表示：「最近有跟家人提到如果要長期洗腎的話，生活上可能會改變的地方。雖然我不希望有這一天，但遇到了，總是要去面對的！」</p> <p>6/15 個案訴：「我有心理準備將來可能要長期洗腎，只希望這一天不要那麼早發生，只要我真的盡力了，其他的就只能順其自然了。」</p>

結論與討論

對於曾經接受暫時性血液透析 6 次治療經驗的 CKD 個案而言，腎臟保健照護更為重要。除外在提供醫療照護外，個案本身的健康行為也是影響慢性病病程的關鍵因素；Bandura (1997) 強調較強的自我效能可促使個人努力因應困境，筆者藉由個案對健康維護的強烈意願，應用自我效能的提升、真誠的關懷及鼓勵，協助建立新的生活習慣，以維護現存腎功能，有效延緩進入長期透析階段；同時也應用家庭支持的力量，協助個案能在心理調適上，以坦然、正向的態度面對病程改變時可能造成的生活影響，頗令人欣慰。唯美中不足的是照護期間較短，未能持續追蹤個案健康行為的持續性與病程控制的成效，若有充裕時間，更能確實了解個案健康行為的執行情形，並鼓勵及協助個案堅定其健康信念，將健康行為持之以恆，維持病程最佳的控制。

林與顏 (2005) 提到個案在得知可能隨時需長期透析時，常會出現極大之心理衝擊，本個案即呈現明顯之焦慮感。因而透過此次的護理經驗中，發現護理人員若能加強個案對健康維護的信心，使個案努力去執行健康行為，不但能達到疾病控制，減緩內心焦慮，亦能落實慢性病照護計畫。建議日後在照護相關慢性疾病個案時，透過個案對疾病控制的意願，提升健康行為的執行，對於執行上有困難的個案，能針對個別性，及早評估其困難點，以促進健康行為的執行，相信能對病程控制有莫大的幫助，同時也有助於此類個案更具信心面對未來的生活。

參考文獻

- 王震宇、劉玲伶、王登鵬、夏清智、邱文祥 (2005)·慢性腎臟病病人的冠狀動脈疾病的傳統的危險因子的矯正·*腎臟與透析*，17 (4)，202-219。
- 台灣腎臟醫學會 (2009，3 月 17 日)·97 年度腎臟病健康促進機構推展成效·2009 年 5 月 18 日取自 <http://www.tsn.org.tw/UI/H/H002.aspx>。
- 行政院衛生署國健康民局 (2007 年 3 月)·*腎臟病照護學習手冊*·2009 年 5 月 24 日取自 <http://health91.bhp.doh.gov.tw>。
- 李志偉、吳英黛、黃千惠、王志鴻、謝仁哲、賴嘉珀 (2006)·急性男性心肌梗塞病患之動脈硬化指數·*台灣醫學*，10 (5)，566-577。
- 林雁秋、顏妙芬 (2005)·慢性腎病病患求醫行為之探討·*實證護理*，1 (4)，263-272。
- 翁嘉英、吳振能、吳英璋 (2003)·『病人角色』的抗拒與接受：接受血液透析治療患者的心理適應歷程·*中華心理衛生學刊*，16 (4)，49-82。
- 陳素月、許淑蓮、王東衡、黃明賢 (2009)·成人氣喘病患自我效能及自我照顧行為之探討·*護理暨健康照護研究*，5 (1)，31-41。
- 黃智英、楊郁 (2004)·慢性腎臟病衛教簡介·*台灣腎臟護理學會雜誌*，3 (2)，81-87。
- 蕭志忠、高芷華、吳寬墩 (2006)·慢性腎衰竭病人的低蛋白飲食·*腎臟與透析*，18 (3)，128-131。

- 鍾維勵、江昶勳、呂昭賢、許妙如、蔡美文 (2008) • 有氧運動訓練對急性心肌梗塞後患者心率變異度之效果：統合分析 • *物理治療*, 33 (2), 109-120。
- Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, A. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (2006) • *哈里遜內科學 (上)* (吳德朗總校閱) • 台北：合記。(原著出版於 2001)
- American Diabetes Association. (2006). Standards of medical care in diabetes-2006. *Diabetes Care*, 29(Suppl. 1), S4-42.
- Anarekar, N. S., McMurray, J. J. V., Velazquez, E. J., Solomon, S. D., Kober, L., Rouleau, J. L., et al. (2004). Relation between renal dysfunction and cardiovascular outcomes after myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 351(13), 1258-1295.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. London: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Brunner, E. J., Shipley, M. J., Witte, D. R., Fuller, J. H., & Marmot, M. G. (2006). Relation between blood glucose and coronary mortality over 33 years in the whitehall study. *Diabetes Care*, 29(1), 26-31.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., et al. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *The Journal of the American Medical Association*, 289(19), 2560-2572.
- Gee, C. B., Howe, G. W., & Kimmel, P. L. (2005). Couples coping in response to kidney disease: A developmental perspective. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 103-108.
- Lee, P. T., Chou, K. J., Liu, C. P., Mar, G. Y., Chen, C. L., Hsu, C. Y., et al. (2007). Renal protection for coronary angiography in advanced renal failure patients by prophylactic hemodialysis: A randomized controlled trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(11), 2015-2020.
- Lii, Y. C., Tsay, S. L., & Wang, T. J. (2007). Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 268-275.
- Mehran, R., & Nikolsky, E. (2006). Contrast-induced nephropathy: Definition, epidemiology, and patients at risk. *Kidney International*, 69, 11-15.
- Meisinger, A., Doring, A., & Lowel, H. (2006). Chronic kidney disease and risk of incident myocardial infarction and all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women from the general population. *European Heart Journal*, 27(10), 1245-1250.
- Moser, M., & Setaro, J. (2006). Resistant or difficult-to-control hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 355(4), 385-392.
- National Kidney Foundation (2002).

- NKF-DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, S1-S266.
- Riet, J. V., Ruiter, R. A. C., Verrij, M. Q., & Vries, H. D. (2008). The influence of self-efficacy on the effects of framed health messages. *European Journal of Social Psychology*, 38(5), 800-809.
- Tanaka, Y., Joki, N., & Hase, H. (2007). History of acute coronary events during the predialysis phase of chronic kidney is a strong risk factor for major adverse cardiac events in patients initiating haemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(10), 2917-2923.
- Thomas, L. M., Sargent, R. G., Michels, P. C., Richter, D. L., Valois, R. F., & Moore, C. G. (2001). Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in older adults with end stage renal disease. *Journal of Renal Nutrition*, 11(2), 80-89.
- Tsay, S. L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 370-375.
- Tsay, S. L., & Hung, L. O. (2004). Empowerment of patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 59-65.

The Nursing Experience of a Patient with Non-ST Elevation Myocardial Infarction and Chronic kidney Disease

*Chung-Chi Lin Hung-Ru Lin * Hui-Lin Chao ***

Abstract

This report describes the nursing experience of a patient with non-ST elevation myocardial infarction and chronic kidney disease who underwent 6 temporary sessions of hemodialysis. Nursing assessment was based on Gordon's 11 multi-functional health scales, observations, interviews and phone follow ups from March 30th to June 15th, 2009. The patient suffered from major nursing problems related to health-seeking behaviors, potential risk of body fluid imbalance and anxiety. The patient's healthcare awareness and self motivation, as encouraged by the author, will enable the patient to maintain his health status and effectively reduce the disease progress. Through evaluation of risk factors and enhancement of self-efficacy, the patient successfully modified his inadequate lifestyle related to diet, exercise and smoking. We also provided our weekly phone follow ups and found that within two months, the patient could maintain a healthy lifestyle and promote his disease control ability, healthcare beliefs and self-confidence. The author hopes to share this successful nursing experience for the future caring of CKD patients.

Key words : self efficacy, myocardial infarction, chronic kidney disease

RN, Hemodialysis Room, Cathay General Hospital

Associate Professor and Associate Chair, Department of Nursing, National Taipei College of Nursing *

Supervisor, Department of Nursing, Cathay General Hospital **

Received : Aug. 7, 2009 Revised : Aug. 20, 2009 Accepted for publication : Sep. 9, 2009

Correspondence : Hung-Ru Lin, No. 365, Mingde Rd., Beitou Dist., Taipei City 112, Taiwan

Telephone : (02) 28227101 ext. 3197 E-mail : hungru@mail1.ntcn.edu.tw