



以急性後期整合性照護經驗分享 ——以心臟衰竭為例

★ 臺中榮總個管師 賴雯珍

因應人口老化，愈來愈多的病人在急性醫療後可能出現失能情形，對醫療體系、家庭及社會照顧造成龐大之負擔與壓力。自2017年7月1日起實施心臟衰竭急性後期整合性照護(Heart Failure Post-Acute Care, HF-PAC)正式納入全民健康保險PAC給付與支付規定辦理實施，心臟衰竭是一種進行性疾病，具有非常高的死亡率和再住院治療。大部份的心臟衰竭再入院是可以避免的，並且由於病人藥物或飲食遵從性低，後續出院計劃和社會支持不足等。運用跨專業團隊合作(成員包含：醫師、藥師、營養師、復健及個管師，如圖一及圖二)，提供病人出院前護理，加強居家照護知識，強調自我照顧能力，提升藥物遵從性；而臺中榮總心臟血管中心於2018年3月1日開始將符合心臟衰竭急性後期照護條件個案納入管理。

一、心臟衰竭之症狀與常見原因

心臟衰竭症狀包含呼吸困難、

過度疲憊與下肢水腫，在運動、平躺與夜間睡覺時呼吸喘的症狀容易變得明顯，心臟衰竭通常會限制病人行動與運動的可負荷量，即便控制得宜，運動量依然受限需要特別注意。造成心臟衰竭的原因包括冠狀動脈疾病、心肌梗塞、高血壓、心房顫動、瓣膜性心臟病和心肌病變，這些原因會造成心臟結構或功能的改變。

二、心臟衰竭急性後期整合性照護

心臟衰竭急性後期整合性照護之收案條件為左心室射血分率(left ventricular ejection fraction, LVEF) $\leq 40\%$ ，且若左心室射血分率大於40%者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭，因急性惡化而住院的病人，年齡18歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能者。住院收案待病情穩定後出院，採門診照護於出院滿1、3、5個月定期評估及6個月完成結案。對於心臟衰竭個案需要養成每日監測血壓、心跳、體重



急性後期整合性照護團隊

的好習慣，並上傳中榮心臟衰竭健康管理 APP，每日記錄攝食及排出量，定時回診，遵從醫師指示服用藥物。

三、案例分享

許○陞，男性，65 歲，爬樓梯很喘，2018 年 3 月因為身體不適，由太太送中榮急診求治，檢查報告胸部 X 光肺水腫，心臟超音波 LVEF：30%，醫師診斷心臟衰竭，急診時利尿劑使用，尿液排出約 7000cc，醫師建議住院治療。住院期間，病人才驚覺身體狀況不好，接受 HF-PAC 照護。門診照護時，個案有問題都會打給個管師，按時間回診並且完成各項評估量表、接受門診藥物諮詢衛教，配合復健運動，每週 2 次且持續 3 個月，個案很認真每次回診復健，會跟病友彼此分享與鼓勵。

個案完成 6 個月門診照護，並接受筆者訪談表示「家中有腦性麻痺兒，主要照顧者是個案及太太，

多年不眠不休，可能太累導致心臟衰竭」。個案「得病後不曾放棄照護，更希望能帶給身邊病友快樂並鼓勵別人也激勵自己，太太是他最大的支持者，感謝個管師及團隊成員。

個案完成 6 個月門診照護，其心臟 LVEF 達 30% 維持穩定；六分鐘步行測試由 358 公尺進步到 405 公尺，生活品質困擾程度有由 4 分降至 0 分。個案配合度高，體認到身體健康是需要學會管理，常面帶微笑，讓筆者很感動。

四、結論

心臟是人的馬達、是活動力的泉源，心臟衰竭急性後期整合性照護是全人照護及持續性的照護，107 年總收案 78 位患者，完成 6 個月照護共 20 位，透過團隊照護後 6 個月的再入院率為 5.0%，約有 40-50% 個案同時提升自我照顧能力及生活品質。

