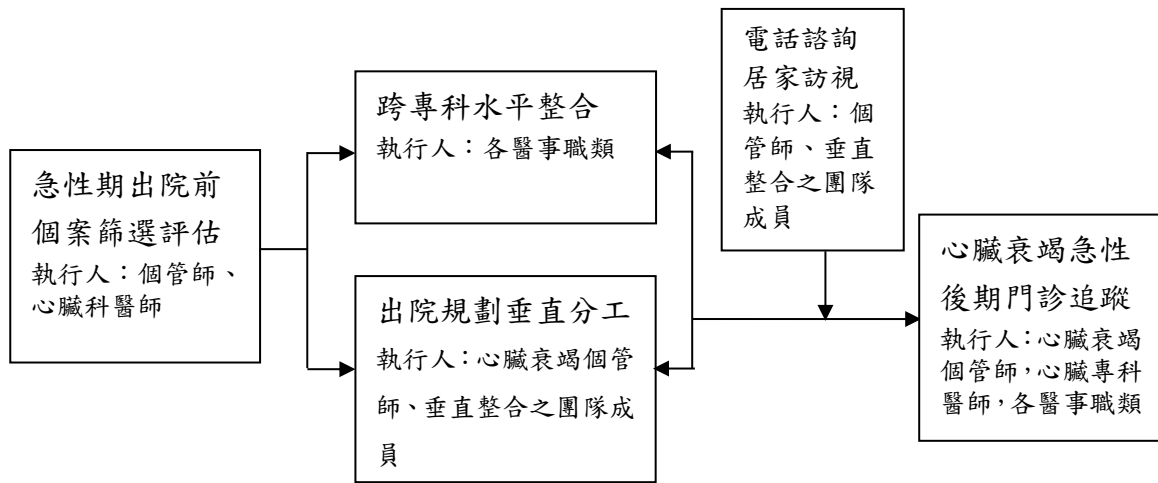


附錄 1 心臟衰竭急性後期照護執行內容

經由個案管理師協調下列流程，提供 Stage C~D 心臟衰竭急性後期照護。



- (一)心臟衰竭病人在症狀穩定期仍有 25% 突發性疾病惡化或猝死的風險，建議由熟悉病人病情且符合下列專業條件之承作醫院於個案管理模式下進行水平整合式心臟衰竭急性後期照護。
- (二)為能完整的整合跨專科資源的醫療照護，承作執行的醫院應要配置專任之心臟衰竭個案管理師，至少一名負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師主導 HF-PAC 的醫療照護，並決定病人狀況是否可承受執行各職能專業之建議。心臟衰竭個案管理師依據此心臟衰竭心臟科醫師的醫療指示，負責協調 HF-PAC 照護之跨專科醫療團隊的資源整合。
- (三)跨專科醫療團隊包含有：心臟專科醫師、心臟外科專科醫師、心臟衰竭個案管理師、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師，營養師、藥師、臨床心理師、社工師、護理師。經由心臟衰竭個案管理師協調及整合各項醫療資源，進行以病人為中心之醫療照護，並且對於病患或主要照顧者施行自我照護訓練，達到降低再住院率及死亡率，提升治療的成功率，並使病人回歸社會功能。
- (四)垂直整合之團隊成員包含：隸屬於承作醫院負責心臟衰竭照護的心臟專科醫師以及心臟衰竭個案管理師、負責病患日常照護的社區醫師(例如社區家庭醫師)、社區居家訪視人員等。於個案管理模式，由心臟衰

竭個案管理師聯絡、協調、整合資訊以及病患需求。

(五)照護內容：

1. 住院中照護內容：

- (1) 篩選出符合心臟衰竭急性後期照護的個案。
- (2) 完成個人化的心臟衰竭相關知識及自我照護執行教育至少一小時，從病患個別性的需求中，共同擬定出所需要的疾病照護目標。
- (3) 完成自我照護能力及使用相關記錄工具之訓練（如體重監測、藥物使用知識、記錄攝食與排出量、惡化徵兆偵測及必要處理）。
- (4) 依準則所建議心臟衰竭用藥之使用率評估。
- (5) 營養評估與心臟衰竭飲食建議：過去飲食習慣的評估、現階段營養需求評估、未來營養規劃。
- (6) 負責心臟衰竭急性後期照護之心臟科醫師提供完整的治療計畫，包括：HF-PAC 期間所需要的追蹤檢驗及檢查（例如：後續之心血管評估性檢驗、檢查、心導管檢查或治療的時程）、設定病人 HF-PAC 期間應維持的體重範圍，交由個案管理師監督與追蹤。
- (7) 依據個案經濟、家庭資源狀況，視需要，會診社工師評估可提供的照護介入與資源。
- (8) 風險評估、檢測項目與執行：
 - a. 於出院前完成評估下列共病，包括：

吸菸、血壓過高、血壓過低、糖尿病、冠狀動脈疾病、高血脂、瓣膜性心臟病、慢性腎病、慢性阻塞性肺病、貧血、中風、低血鈉、低血鉀、心律不整、痛風、睡眠中止症、營養不良或肌少症、癌症、憂鬱...等病史。
 - b. 檢驗：

BNP or NT-proBNP, cardiac enzymes, electrolytes, albumin, CBC, BUN, Cr, Na, UA, liver function, glucose, lipid profile.
 - c. 心血管評估性檢查：

- ◆ 心臟超音波、十二導程心電圖、胸部X光。
 - ◆ 心臟衰竭病因，CHA2DS2-VASc score計算(心房顫動之病人)、血壓。
- d.心理功能狀態：疑似憂鬱或家庭社會支持不足者，出院前或 HF-PAC期間，經評估依臨床需要會診精神科或臨床心理師。
- e.共病症風險控制教育：
- ◆ 糖尿病與慢性腎病飲食控制原則、營養不良問題：由營養師執行。
 - ◆ 心臟衰竭的居家風險注意事項如水腫、感染、共病症有無風險、症狀惡化辨識：由個案管理師執行。
 - ◆ 準則所建議心臟衰竭用藥、心律不整藥物、抗凝血劑、藥物安全性、交互作用、以及高風險用藥 (如NSAID) 評估：由藥師執行。

2. 出院準備內容：

- (1) 出院前應提供「心臟衰竭病人疾病手冊與居家健康紀錄手冊」，提供專任專責的心臟衰竭個案管理師諮詢專線手機與電話。
- (2) 出院前須確認病人已備妥下列自我照顧用具：體重計、血壓計、磅秤、量杯，並於出院前已能執行血壓、體重與 24 小時攝食量及排出量紀錄 (可由主要照顧者或家人協助執行)。
- (3) 心臟衰竭 PAC 個案居家訪視之內容建議：病人 PAC 照護期間，承作醫院或其垂直整合之團隊成員 (例如病患居住所在地的社區醫師或居家護理師)，可至病人家中訪視，每位病患以 2 次為限，提供病人及主要照顧者居家照護能力評估、衛教指導、及居家環境改造建議，以促進病人回歸社區。有需要再次訪視之個案，將依個案屬性決定再訪視時間。
- (4) 後續運動訓練治療建議：依照病患身體及居所狀況，建議居家自我運動或門診復健。

- (5) 心臟治療規劃：針對個案病情，建議後續心導管、心臟節律器、去振顫器、心室輔助器、心血管外科手術檢查治療。

3. 出院後門診及居家照護追蹤

- (1) 門診照護條件：設立心臟衰竭門診，其專業成員包含有負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師與專任專責心臟衰竭個案管理師，追蹤心臟衰竭病人的疾病知識與照顧行為，視需要強化病人及家屬的知識，安排後續檢驗及治療。出院後六個月內回診安排建議如下：出院後一週內完成第一次門診追蹤；三個月內每個月回診一次；第四個月起至結案前至少於第五個月內回診一次（若個案於 HF-PAC 的六個月內過程中遇有惡化狀況發生，個管師依據醫師指令，協助安排提前返診或醫師指令協助安排相關醫療照護）。
- (2) 個案管理師，提供電話諮詢與追蹤病人居家照護的執行狀況，每月至少一次，連續 6 個月。
- (3) 返診時，個管師協助檢視個案居家自我照護記錄(含心跳、血壓、體重、攝食與排出量)，強化心臟衰竭自我照護能力，遇有藥物種類或劑量變更時，依醫囑給予用藥指導，必要時轉介藥師諮詢門診。
- (4) 個案管理師依個案評估結果，水平協調整合跨專科的整合照護。
- (5) 個案管理師依個案需求，垂直溝通整合病患資訊，提供醫療諮詢，安排跨區、跨醫療院所的轉診等。

4. 心臟復健

- (1) 出院準備階段：復健醫師或治療師參與出院前評估、進行危險分級、出院計畫說明及臨床諮詢指導。
- (2) 門診階段：心肺功能監控下的中等強度運動訓練、肌耐力訓練（需於病歷中附上心肺復健進行之中心電圖、血壓等生命象徵監視紀錄，以確保病人之安全性）。
- (3) 其他需要復健訓練項目，如呼吸訓練、肌力訓練、柔軟度訓練。

(4) 節省體能訓練、職業需求訓練。

(5) 上述(2)(3)(4)項復健治療，依病人狀況及需要施行個別化的強度進行復健訓練。

註：依據美國心肺復健學會之建議，以等張性、有氧性的運動為主，每週三至五次，每次 40 至 50 分鐘，並且維持三個月為一個訓練單位（但因心臟衰竭屬重症，個體差異化極大，需考慮安全性，依病人狀況設計個人化復健訓練的強度）。

5. 定期評估（初評、複評及結案評估）：評估項目、工具及量表（執行時間：初評：出院前完成，於出院回診確認收案後申報；複評三次：出院滿 1 個月、出院滿 3 個月、出院滿 5 個月；結案評估：出院後滿六個月該月）。評估內容詳計畫之評估工具。