

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

心房纖維顫動患者早期自覺症狀及其就醫關聯性—性別差異及 更年期分期比較 (L03)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 107-2629-B-182-001-
執行期間：107年08月01日至108年07月31日
執行單位：長庚大學護理學系

計畫主持人：蔡玉霞
共同主持人：羅美芳、史麗珠、翁麗雀、郭啟泰、王婉璇
何秀玉
計畫參與人員：此計畫無其他參與人員

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 108 年 10 月 31 日

中文摘要：心房顫動 (atrial fibrillation, AFib) 患者的症狀多樣且與更年期部份症狀重疊，又因不同的解讀而容易忽略，因此，值得探討不同性別及年齡在AFib早期症狀及就醫經歷的差異。本研究目的為探討AFib患者早期自覺症狀經驗與就醫狀況，並以性別及更年期分期比較其差異。研究對象為年齡大於等於20歲及2年內經醫師確立診斷為AFib者。研究工具包括人口學資料及醫療健康史、AFib早期症狀的經驗、反應及尋求醫療與獲得協助調查表，及更年期症狀感受量表。分為45歲以下、45~65歲及65歲以上三組採統計顯著水準0.05雙尾分析，以描述性及推論性統計比較組間差異。質性研究未呈現於此摘要。

199位個案中男性118位(59.3%)多於女性81位(40.7%)。男女平均年齡無差異，整體為 62.63 ± 11.09 歲。AFib患者第一次發作到確診期間症狀的百分比比較：男性活動時喘的狀況多於女性，胸口不舒服以女性多於男性($p=0.03$)；心跳快、突然心臟亂跳、胸口不舒服、休息時呼吸喘及胸痛為小於45歲者高於其他兩組年齡層($p<0.05$)，出現的症狀總數為小於45歲者高於45~65歲及65歲以上者($p=0.00$)。第一次發生症狀到確診AFib期間誘發症狀的因素：男性認為喝酒及抽菸為誘因多於女性($p=0.00$)；認為情緒因素、壓力、工作過度及喝酒因素為45~65歲的比例高於其他二組($p<0.05$)。第一次發生症狀到確診AFib期間症狀“越來越頻繁”發作的比例為女性高於男性($p=0.01$)，自覺症狀的嚴重程度、自我控制度、情緒反應及回想之前就有症狀等項則未出現組間差異。第一次發生症狀至確診AFib期間採取的行為及就醫狀況的百分比比較：女性採坐或躺下休息多於男性($p=0.03$)，當時馬上就醫以65歲以上者高於其他兩組($p=0.047$)、求診中醫以45歲以下者高於其他兩組($p=0.01$)，沒時間看病以45~65歲者高於其他兩組($p=0.04$)。親友認為不嚴重及忙碌而未獲適當協助為45歲以下者高於其他兩組($p<0.05$)。女性覺得第一次發生症狀到確診AFib期間已進入更年期的比例多於男性；認為不確定則男性多於女性($p=0.00$)，整體個案近一半認為更年期與AFib症狀不相關。更年期症狀感受總分與第一次發生症狀到確診期間出現的AFib症狀總數呈正相關($r=0.37$, $p=0.00$)，女性更年期症狀感受總分與AFib的早期症狀總數的相關係數($r=0.47$)高於男性($r=0.32$)($p=0.00$)。

藉由了解不同性別與年齡層AFib患者於早期發作的症狀及就醫經驗，作為防治及照護AFib之依據，進而個別性協助患者正確認知及處理AFib症狀，以早期就醫預防中風、心衰竭等嚴重併發症。

中文關鍵詞：心房顫動、早期症狀、就醫經驗、性別差異、更年期症狀

英文摘要：Symptoms associated with atrial fibrillation (AFib) are diverse and overlap with symptoms of menopause. These symptoms are easily overlooked because they are subject to diverse interpretations. This study examined the experiences of patients with AFib regarding their early-stage symptoms and the medical treatment received. Sex and menopause prioritization were incorporated in analysis to compare differences. Inclusion criteria: being 20 years old, diagnosis of AFib by a physician within the previous 2

years. Research tools included demographic data, histories of health, inquiring into the experience of early AFib symptoms and reactions, treatment-seeking behavior, aid received and menopause symptoms. The participants were divided into: <45, 45 - 65, and >65 years old. Analysis was conducted using two-tailed tests with a significance level of 0.05. Between-group differences were compared using inferential statistics.

The 199 cases included 118 men (59.3%) and 81 women (40.7%). The mean age of men and women was identical (62.63 ± 11.09 years old). With respect to the symptoms of patients with AFib that occurred between the first onset and diagnostic confirmation, the percentage of men gasping during physical activities exceeded that of women, women experiencing chest discomfort was higher than that of men ($p=0.03$). Patients under 45 years of age who experienced rapid heartbeat, sudden irregular heartbeat, chest discomfort, gasping during rest, and chest pain was higher than that of the other two age groups ($p<0.05$). The total number of symptoms experienced by patients aged <45 years was greater than that of the other two age groups ($p=0.00$). Factors that induced symptoms: more men than women considered alcohol consumption and smoking to be the causes ($p=0.00$). Patients who considered emotions, stress, overwork, and alcohol consumption to be the causes in the 45 - 65 years old group exceeded that in the other two age groups ($p<0.05$). Women who experienced more frequent symptoms between symptom onset and diagnostic confirmation was higher than that of men ($p=0.01$). Regarding actions taken and treatment-seeking behavior between symptom onset and diagnostic confirmation, women who resorted to sitting or lying down to rest in was higher than that of men ($p=0.03$). Patients aged 45 - 65 years who had no time to visit a hospital exceeded that in the other two age groups ($p=0.04$). As to why the patients did not seek aid from family or friends, patients aged <45 years who disregarded the gravity of their symptoms and those who were busy was higher than that in the other two age groups ($p<0.05$). The total score of perceived menopause symptoms was positively correlated with the total number of AFib symptoms experienced between the first onset and diagnostic confirmation ($p=0.00$). Regarding the correlations of the total scores with AFib and menopause symptoms experienced, women exhibited greater correlation coefficient than did men ($p=0.00$).

Understanding early symptoms related to AFib onset and medical treatment experiences of patients of different sexes and ages facilitate providing individualized

healthcare services. This encourages patients to receive treatment early and thereby prevent serious complications such as stroke and heart failure.

英文關鍵詞：atrial fibrillation, early symptom, receive treatment, sex difference, menopause symptom

目錄

中文摘要	III
英文摘要	錯誤! 尚未定義書籤。
文獻探討	1
心房顫動與其症狀議題	1
更年期症狀之議題	2
研究缺口	3
研究目的	3
研究設計與方法	4
進行步驟及執行進度	4
結 果	7
1. 基本資料與健康醫療史	7
2. 第一次心房顫動發作到確診期間發生的症狀	7
3. 第一次發生症狀到確定為心房顫動期間症狀誘發原因	13
4. 第一次發生症狀到確診為心房顫動期間自覺症狀狀況及情緒反應	14
5. 第一次發生症狀至確診為心房顫動期間的行為及就醫情形	21
6. 第一次發生症狀至確定為心房顫動期間獲得協助的狀況	21
7. 心房顫動與更年期分析	25
8. 更年期症狀感受百分比總分相關分析	29
9. 性別與三組年齡層呈現組間差異的各變項分析結果	29
討 論	33
參考文獻	37

表目錄

表 1 基本資料	10
表 2 健康醫療史	11
表 3 心房顫動第一次發作至確診期間的症狀	12
表 4 心房顫動症狀之誘發原因	15
表 5 心房顫動第一次發作到確診期間自覺症狀發生情況	16
表 6 心房顫動第一次發作到確診期間對發生症狀之情緒反應	17
表 7 心房顫動第一次發作至確診期間的反應及影響就醫因素	23
表 8 心房顫動第一次發生症狀至確診期間就醫過程獲得協助之狀況	24
表 9 更年期與心房顫動之狀況	26
表 10 更年期症狀感受	27
表 11 與更年期百分比總分有統計顯著相關之變項	30
表 12 男女及三年齡分組於組間具差異之變項	31

中文摘要

心房顫動 (atrial fibrillation, AFib) 患者的症狀多樣且與更年期部份症狀重疊，又因不同的解讀而容易忽略，因此，值得探討不同性別及年齡在 AFib 早期症狀及就醫經歷的差異。本研究目的為探討 AFib 患者早期自覺症狀經驗與就醫狀況，並以性別及更年期分期比較其差異。研究對象為年齡大於等於 20 歲及 2 年內經醫師確立診斷為 AFib 者。研究工具包括人口學資料及醫療健康史、AFib 早期症狀的經驗、反應及尋求醫療與獲得協助調查表，及更年期症狀感受量表。分為 45 歲以下、45~65 歲及 65 歲以上三組採統計顯著水準 0.05 雙尾分析，以描述性及推論性統計比較組間差異。質性研究未呈現於此摘要。

199 位個案中男性 118 位(59.3%)多於女性 81 位(40.7%)。男女平均年齡無差異，整體為 62.63 ± 11.09 歲。AFib 患者第一次發作到確診期間症狀的百分比比較：男性活動時喘的狀況多於女性，胸口不舒服以女性多於男性($p=0.03$)；心跳快、突然心臟亂跳、胸口不舒服、休息時呼吸喘及胸痛為小於 45 歲者高於其他兩組年齡層($p<0.05$)，出現的症狀總數為小於 45 歲者高於 45~65 歲及 65 歲以上者($p=0.00$)。第一次發生症狀到確診 AFib 期間誘發症狀的因素：男性認為喝酒及抽菸為誘因多於女性($p=0.00$)；認為情緒因素、壓力、工作過度及喝酒因素為 45~65 歲的比例高於其他二組($p<0.05$)。第一次發生症狀到確診 AFib 期間症狀“越來越頻繁”發作的比例為女性高於男性($p=0.01$)，自覺症狀的嚴重程度、自我控制度、情緒反應及回想之前就有症狀等項則未出現組間差異。第一次發生症狀至確診 AFib 期間採取的行為及就醫狀況的百分比比較：女性採坐或躺下休息多於男性($p=0.03$)，當時馬上就醫以 65 歲以上者高於其他兩組($p=0.047$)、求診中醫以 45 歲以下者高於其他兩組($p=0.01$)，沒時間看病以 45-65 歲者高於其他兩組($p=0.04$)。親友認為不嚴重及忙碌而未獲適當協助為 45 歲以下者高於其他兩組($p<0.05$)。女性覺得第一次發生症狀到確診 AFib 期間已進入更年期的比例多於男性；認為不確定則男性多於女性($p=0.00$)，整體個案近一半認為更年期與 AFib 症狀不相關。更年期症狀感受總分與第一次發生症狀到確診期間出現的 AFib 症狀總數呈正相關($r=0.37$, $p=0.00$)，女性更年期症狀感受總分與 AFib 的早期症狀總數的相關係數($r=0.47$)高於男性($r=0.32$)($p=0.00$)。

藉由了解不同性別與年齡層 AFib 患者於早期發作的症狀及就醫經驗，作為防治及照護 AFib 之依據，進而個別性協助患者正確認知及處理 AFib 症狀，以早期就醫預防中風、心衰竭等嚴重併發症。

關鍵詞：心房顫動、早期症狀、就醫經驗、性別差異、更年期症狀

Abstract

Symptoms associated with atrial fibrillation (AFib) are diverse and overlap with symptoms of menopause. These symptoms are easily overlooked because they are subject to diverse interpretations. This study examined the experiences of patients with AFib regarding their early-stage symptoms and the medical treatment received. Sex and menopause periodization were incorporated in analysis to compare differences. Inclusion criteria: being ≥ 20 years old, diagnosis of AFib by a physician within the previous 2 years. Research tools included demographic data, histories of health, inquiring into the experience of early AFib symptoms and reactions, treatment-seeking behavior, aid received and menopause symptoms. The participants were divided into: <45 , $45-65$, and >65 years old. Analysis was conducted using two-tailed tests with a significance level of 0.05. Between-group differences were compared using inferential statistics.

The 199 cases included 118 men (59.3%) and 81 women (40.7%). The mean age of men and women was identical (62.63 ± 11.09 years old). With respect to the symptoms of patients with AFib that occurred between the first onset and diagnostic confirmation, the percentage of men gasping during physical activities exceeded that of women, women experiencing chest discomfort was higher than that of men ($p=0.03$). Patients under 45 years of age who experienced rapid heartbeat, sudden irregular heartbeat, chest discomfort, gasping during rest, and chest pain was higher than that of the other two age groups ($p<0.05$). The total number of symptoms experienced by patients aged <45 years was greater than that of the other two age groups ($p=0.00$). Factors that induced symptoms: more men than women considered alcohol consumption and smoking to be the causes ($p=0.00$). Patients who considered emotions, stress, overwork, and alcohol consumption to be the causes in the $45-65$ years old group exceeded that in the other two age groups ($p<0.05$). Women who experienced more frequent symptoms between symptom onset and diagnostic confirmation was higher than that of men ($p=0.01$). Regarding actions taken and treatment-seeking behavior between symptom onset and diagnostic confirmation, women who resorted to sitting or lying down to rest in was higher than that of men ($p=0.03$). Patients aged $45-65$ years who had no time to visit a hospital exceeded that in the other two age groups ($p=0.04$). As to why the patients did not seek aid from family or friends, patients aged <45 years who disregarded the gravity of their symptoms and those who were busy was higher than that in the other two age groups ($p<0.05$). Between the first onset and diagnostic confirmation, women who claimed to have entered the menopause period was higher than that of men. The total score of perceived menopause symptoms was positively correlated with the total number of AFib symptoms experienced between the first onset and diagnostic confirmation ($p=0.00$). Regarding the correlations of the total scores with AFib and menopause symptoms experienced, women exhibited greater correlation coefficient than did men ($p=0.00$).

Understanding early symptoms related to AFib onset and medical treatment experiences of patients of different sexes and ages facilitate providing individualized healthcare services. This encourages patients to receive treatment early and thereby prevent serious complications such as stroke and heart failure.

Keywords: atrial fibrillation, early symptom, receive treatment, sex difference, menopause symptom

前言

心房顫動 (atrial fibrillation, 以下簡稱 AFib) 是臨床上最常見的心律不整，發生率隨著年齡增長而增加，台灣人口快速老化，AFib 的盛行率也隨之明顯上升。AFib 是造成重大疾病如中風或心臟衰竭的隱形殺手。然而，因為 AFib 的症狀有時是偶發性，或因患者的忽略而延遲就醫，加上 AFib 患者多為中老年人，屬於更年期前後的年齡層，而更年期的部份症狀又與 AFib 的症狀重疊，例如心悸、頭暈或疲憊等，加上患者對於症狀不同的經歷及自我詮釋，是否性別及年齡差異有著不同的症狀感受及經驗呢？是否也因此影響其對心臟病發作的警覺性而未能及早就醫呢？因此，探討不同性別及年齡在 AFib 早期症狀及就醫經歷與感受的差異，可以協助釐清造成忽略症狀或延遲就醫的個別因素。本研究目的為探討 AFib 患者早期自覺症狀經驗與就醫狀況，並以性別及更年期分期比較其差異，以作為未來照護 AFib 患者之指引，進而協助患者正確認知及處理 AFib 症狀，並早期就醫以預防中風、心衰竭等嚴重併發症。

文獻探討

心房顫動與其症狀議題

心房顫動 (atrial fibrillation, 以下簡稱 AFib) 是臨床上最常見的心律不整，AFib 的盛行率及發生率於國內外皆是隨著老年人口上升而增加，且有性別比例的差異 (Lee et al., 2007; Lip, Tse, & Lane, 2012)。估計美國 AFib 的盛行率於 55 歲以下者約 0.1%，大於 80 歲則高達 9% (Go et al., 2001)。在一個社區型的台灣研究中發現每年每 1,000 人發生 AFib 的比例在男性為 1.68，女性則是 0.76 (Chien et al., 2010)。值得重視的是 AFib 是發生中風的獨立危險因子。歐洲心臟協會

(European Society of Cardiology, ESC) 調查 AFib 患者中風的發生率是一般人的四到五倍 (ESC, 2012)，臺灣的研究也發現 AFib 患者腦中風風險為無 AFib 者的三倍 (Chien et al., 2010)。隨著老年人口上升速度迅速，預估亞洲地區到了 2050 年約有 290 萬人發生與 AFib 有關的中風 (Chiang, Wang, & Lin, 2015)，未治療的 AFib 會增加 2 倍的死亡率及 20% 併發血栓性中風的風險，女性 AFib 患者則因中風發生嚴重併發症的比例比男性高 (Emdin et al., 2016)，其死於 AFib 的人數也明顯多於男性 (Chugh et al., 2014)。因此，AFib 的議題值得重視，尤其是性別的差異值得探討。

AFib 有多樣的症狀，患者有時沒有症狀或出現心悸、胸悶、呼吸短促、運動時喘、疲倦、頭昏甚而暈厥等症狀。也因為症狀時有時無，會誤以為是緊張或者心理因素產生的症狀，不少患者直到發生中風、血管栓塞或心衰竭時才確診 AFib (中華民國心律醫學會, 2018)。在一個大型的國際性調查中發現，從患者對症狀的警覺到確診為 AFib 而開始治療的時間平均延遲了約 2.6 年 (AF AWARE, 2009)。另一全球性 AFib 的研究也發現，AFib 患者中風的發生率在無自覺症狀者高於察覺有明顯症狀者的 2 倍多 (Mandrola, 2018)。多數 AFib 的患者在確診前對於出現的症狀感到猶疑或採取忽略的態度，直到症狀更頻繁發生或持續更久後，他們才認為所發生的症狀與心臟的問題有關而尋求治療

(McCabe, Schumacher, & Barnason, 2011)。這意味著 AFib 患者的症狀忽略問題及提高早期就醫率極為重要。除了忽略症狀外，AFib 患者對症狀不同的詮釋亦為延遲就醫的因素，以致中風的憾事發生才知道自己是 AFib 患者。McCabe

等 (2016) 針對 150 位 AFib 患者回溯其第一次求診心臟科的經過，發現將近 70% 的患者在 AFib 症狀出現時不認為與疾病有關，覺得不重要且可以自行處理，於是造成延誤就醫一週以上。早期就醫不僅降低患者遭受 AFib 症狀之苦，更重要的是減少發生嚴重的併發症，及促進心理的安適及生活品質 (Benjamin et al., 2009; Camm et al., 2010; January et al., 2014)。因此，瞭解 AFib 患者對於早期症狀的經驗感受，提高警覺性即早就醫以預防中風及其他併發症的產生極為重要。

AFib 患者對症狀的經驗受各種因素影響。依據 Leventhal 等的 Common Sense Model (CMS) (2012)，個人對於疾病症狀的感受取決於內在的刺激 (例如：性別、人格特質、對之前症狀的印象或症狀特質的感受)；及外在刺激 (例如：文化影響、資訊來源及社會的期望)。經由這些內外刺激的影響而形成個人對疾病症狀的感知、成因、結果、病程的時間性 (急或慢性、間歇或持續性)、是否可以自我處理或需要尋求專業治療等方面的想法。之前的研究發現自覺有 AFib 症狀的比例女性較高，而男性常為無症狀 (Lip et al., 2015; Piccini et al., 2016; Xiong, Proietti, Senoo, & Lip, 2015)。在一個 1553 位 AFib 的研究中，指出 AFib 的患者多為中老年人，且症狀感受有性別差異，女性較男性患者明顯感受到 AFib 的症狀，覺得有心悸、頭暈、呼吸困難、疲憊的症狀為女性人數多於男性，且女性是預測較有明顯 AFib 自覺症狀之重要預測因子 (Blum et al., 2017)。因此，AFib 患者自覺症狀於性別的差異及不同文化種族下的比較是值得探討的議題，Blum 等 (2017) 的研究結論建議此議題於性別差異的機制需要進一步探討。由於 AFib 患者多為中老年人，對於女性而言，正值更年期前後的階段，AFib 的症狀與部分更年期症狀類似，例如：心悸、疲累、不安等，是否因此讓女性 AFib 患者容易忽略此為心臟問題而自行解釋為更年期症狀，亦或是，由於 AFib 與更年期症狀的並存，令女性 AFib 患者困惑混淆因而延遲就醫亦值得進一步探討。尤其社會大眾較常提及女性的更年期問題，而使得女性患者可能更容易將 AFib 症狀詮釋為更年期症狀，因此，性別差異在 AFib 早期症狀出現至確診期間患者的症狀感受及就醫經驗為值得深究之處。

更年期症狀之議題

更年期涉及生理、心理、社會層面的意義，其症狀感受及影響有明顯的種族和文化上差異 (Avis et al., 2001)。女性到了 45 至 55 歲之間，隨著週期性的雌雄激素分泌減少，經歷月經週期紊亂至停經的階段。但是，男性則並沒有類似的指標性事件以顯示更年期的開始和結束 (林、藍、及蔡，2015)。世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 依婦女的生理變化、月經週期改變情形及臨床特徵，將更年期前後生命週期概分為三個階段：停經前期

(premenopause)、停經中期 (perimenopause) 與停經後期

(postmenopause)。停經前期月經週期仍如同往常的規律月經型態。停經中期是指在停經之前，內分泌、生理變化及臨床症狀顯示即將停經，此時期月經開始不規則直到停經後滿一年為止。停經後期是停經持續一年之後的時期

(WHO, 1996)。女性更年期症狀平均持續時間約 4 至 5 年 (Nelson, 2008)，而國人女性之平均停經年齡介於 45-55 歲間 (國民健康局，2007)。女性更年期症狀含括生理與心理多元的表現，生理症狀可分為身體症狀、血管舒縮相關症狀、性功能問題與泌尿道症狀，其中與 AFib 重疊的身體症狀包括：感覺頭昏眼花、眩暈、虛弱、胸口壓迫或緊繃感及呼吸困難等；血管舒縮相關症狀包括：胸悶心悸等；心理症狀包含：心跳加快或是強烈、心悸、感覺緊張、疲倦

或缺少活力等 (Blake, 2006; Nelson, 2008)。根據 Nelson(2008 年)發表在 Lancet 的文獻回顧文章中，女性更年期心血管舒縮症狀發生的頻率從停經前期約 5%-55%，停經中期上升到 35%-70%及停經後期 35%-80%，這些症狀在停經前期即會出現，在停經中期與後期的發生率明顯升高，之後隨著年齡的上升而逐年下降(Nelson, 2008)。由於 AFib 好發於中老年人，而女性更年期與 AFib 症狀多有重疊、因此，各更年期分期在 AFib 早期症狀出現至確診期間患者的症狀感受及就醫經驗比較值得探討，但是，過去相關此議題的研究極為有限。

研究缺口

過去相關 AFib 症狀的研究多為 AFib 症狀測量工具的發展 (Dorian et al., 2006; Harden et al., 2009; Koci et al., 2014; Taylor, O'Neill, Hughes, & Moss-Morris, 2017; Wynn et al., 2014)，或是以 AFib 症狀作為介入措施效果之評量工具 (Walfridsson et al., 2015; Bowyer et al., 2017; Wood, Barnes, Paul, Hines, & Jackson, 2017)，亦或是探討 AFib 症狀與其他健康問題的相關性 (Sandhu et al., 2015; Senoo et al., 2012; Vermond et al., 2014)，至於 AFib 患者早期症狀出現至確診期間的症狀感受及就醫經驗比較的研究有限。由於 AFib 患者多為中老年更年期前後的年齡層，有些症狀為偶發性且不容易與其它問題的症狀有所區別，探討早期症狀感受及就醫經驗於性別及年齡層的差異，可在了解患者忽略自己有心臟病或延遲就醫的狀況上提供線索，並可作為執行個別性 AFib 防治措施的依據。然而，過去少數研究涉及以上議題，且研究者建議此議題需要多元樣本納入不同文化及種族的研究作比較 (McCabe et al., 2015; McCabe et al., 2016)。再者，這些過去的研究缺乏性別差異的比較，而關注 AFib 與更年期症狀相關的研究更是闕如，因此，由於研究的重要性及填補研究的缺口，本議題有其研究之必要性。期望藉由本研究的結果，進而發展個別性的 AFib 照護指引，促使此類患者面對 AFib 症狀時能採取有效的自我處理並提高警覺性即早尋求治療，以預防 AFib 患者延遲就醫帶來的嚴重後果。

研究目的

本研究主要探討 AFib 患者早期自覺症狀與就醫狀況，並以性別及以更年期分期比較其結果之差異。研究目的包括探討：

1. AFib 患者早期症狀發生至確診期間的自覺症狀感受及就醫經驗，包括：症狀數目、型態及性質；患者對症狀的感受，包括：引起症狀的原因、嚴重程度、對症狀的控制感及對情緒反應；及由尋求醫療及協助之狀況。
2. AFib 患者的更年期症狀感受。
3. AFib 患者早期的自覺症狀、其就醫狀況及更年期症狀感受於性別差異之比較。
4. AFib 患者的早期自覺症狀、其就醫狀況及更年期症狀感受於更年期分期差異之比較。

研究設計與方法

進行步驟及執行進度

本研究原為三年期計畫，核定為一年期計畫後調整為一年內可行的研究設計及方法。本研究經人體試驗委員會通過審查後，以質性及量性方式收集資料，並統合質量性資料作為研究結果。本研究由門診及住院病房的AFib患者立意取樣符合收案條件者，經病歷抄錄、訪談及問卷調查執行研究。

研究場所

於北部一所醫學中心及其分院之心臟內科門診及心臟科住院病房，由27位醫師的12個診區及3個心臟內科病房為收案來源。

研究對象

1. 納入條件

- (1) 年齡大於等於20歲。
- (2) 2年內經醫師確立診斷為AFib之門診或住院患者。
- (3) 意識清楚，可以國台語溝通。
- (4) 經說明研究目的後，願意接受至少30分鐘訪談與簽署研究同意書者，質性研究對象除以上條件外，還願意接受錄音者。

2. 排除條件

- (1) 認知功能不良或罹患精神疾病者。
- (2) 有明顯症狀的其他重病患者，例如：心臟衰竭、慢性阻塞性肺炎病、癌症患者。
- (3) 女性因生殖系統疾病或治療導致月經週期改變或紊亂者，男性因生殖系統疾病或影響睪固酮分泌之疾病或治療者。

研究設計

本研究分為質性與量性二個部分與個案面對面訪談，最後將質性與量性資料統合分析。說明二部分研究設計如下：

質性研究

以半結構式面對面訪談 AFib 患者早期症狀發生的感想、處理及與尋求醫療幫助的狀況。女性患者則增加訪談其更年期症狀，並與 AFib 症狀作比較。

1. 研究進行

研究過程將錄音資料紀錄為逐字稿，反覆來回分析逐字稿及訪談筆記，並與同儕審查討論訪談內容。

2. 訪談主題包括：

2.1 共同訪談主題

- (1) 請問您最開始因為什麼樣的心律不整(心房顫動)症狀來醫院看病？請說說您那一次(或是第一次發作時)的經驗。
- (2) 發作當時的想法是什麼？
- (3) 當時如何處理發生的症狀？
- (4) 回想起來，是不是更早之前就有這個心律不整(心房顫動)的症狀？
- (5) 在確定這是心臟問題(心律不整、心房顫動)的更早之前，發生類似症狀時，當時是什麼狀況？

2.2 針對可能是更年期女性(45歲以上)加問以下問題：

- (1) 您現在的月經狀況如何？停經了嗎？進入更年期了嗎？
- (2) 您覺得有更年期的症狀嗎？有什麼更年期症狀？

(3)這些更年期症狀與心臟病(心律不整/心房顫動)發作的症狀有哪些類似的現象?

(4)您覺得這(些)更年期(的症狀)與您的心臟病(心律不整/心房顫動)有什麼關聯?

2.3 針對可能是更年期男性(45歲以上)加問以下問題:

(1)您覺得您進入更年期了嗎?

(2)您覺得現在有更年期的症狀嗎?有什麼更年期症狀?

(3)這些更年期症狀與心臟病(心律不整/心房顫動)發作的症狀有哪些類似的現象?

(4)您覺得這(些)更年期(的症狀)與您的心臟病(心律不整/心房顫動)有什麼關聯?

3.質性資料分析

訪談後整理錄音檔成逐字稿及文本資料,檢核文字與錄音內容後分析,採質性內容分析法(qualitative content analysis)進行資料分析,資料重複來回分析及比對,發現其共通及差異性,深入分析所隱含的意義,以建構主題(themes),分析過程並與同儕審查討論。

量性研究

以問卷,包括 AFib 症狀調查表了解個案第一次發生 AFib 症狀至確診期間對早期症狀的自覺感受、發生原因、嚴重程度、發作的時間特性及是否能自我處理等,並探討其當時尋求醫療及獲得協助的狀況。另外,調查更年期症狀感受量表並與 AFib 症狀作比較。

1.研究工具

由研究者與個案面對面訪談或協助個案自行填寫問卷。本研究問卷包括三大項,各量表分述如下:

1.1 人口學基本資料及醫療健康史

由病歷紀錄及詢問個案年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、診斷 AFib 的時間、相關治療及共病症、月經(女性個案)及更年期狀況。

1.2 AFib 早期症狀感受及反應調查表

此為收集 AFib 患者早期的自覺症狀、想法及反應。此量表參考 McCabe (2016)依據 Leventhal (2012)的 Common Sense Model (CSM)、過去針對心肌梗塞延誤就醫的研究(Horne, James, Petrie, Weinman, & Vincet; 2000; King & McGuire, 2007),及 AFib 患者症狀描述之性質研究(McCabe et al., 2011)結果。量表詢問個案第一次發生症狀到確定為 AFib 期間的(1) AFib 症狀:感覺疲憊、沒活動時曾出現呼吸喘/呼吸困難、活動時容易喘、心跳快、覺得西藏亂跳、胸口不舒服、胸痛、輕微頭暈、嚴重頭暈幾乎昏倒、暈倒失去知覺、其他症狀,另計算個案症狀的數目;(2)症狀誘發原因:因為更年期導致、太疲勞、工作過度、睡眠不足、呼吸系統問題、心臟病有問題、抽菸、喝酒、喝咖啡、小便不順、排便不順暢、不知道、身體不舒服、情緒因素、飲食、運動、其他因素;(3)症狀嚴重程度:生命威脅、非常嚴重、嚴重、不要緊、不確定;(4)發作頻率:只發生過一次、偶爾發生、越來越頻繁、密集持續發生、不太一定、其他;及(5)是否有

能力自行處理此症狀。問卷答題以勾選式回答方式，並於各題預留「其他」選項，以補充個案意見。量表請3位心臟專科醫師，1位心臟科專科護理師及1位護理教師進行內容效度檢驗並提供修改意見，並以5位近期診斷為AFib患者預試後，再次修定為正式研究工具。此量表專家效度CVI(content validity index)為0.95。

1.3 更年期症狀感受量表

本量表針對男女性認為已進入更年期個案執行問卷調查，問卷以曹等(2002)的量表為基礎，原量表包含心血管及自主神經系統症狀、骨關節症狀、泌尿系統症狀、生殖系統症狀與心理精神症狀等五個次量表共38題，本研究增加的32題只針對男性回答：陰莖無法正常勃起。第1~31題為男女共同回答題，第33~37題只限女性回答，第38及39題則詢問女性個案於確立診斷為AFib前半年間月經狀況。症狀由無、輕度、中度、重度計分由0~3分，男性更年期總分由1~32題加總，女性更年期總分由1~31及33~39共38題加總，將原始男女更年期總分轉換為百分比總分。以女性的38題檢驗量表內在一致性Cronbach's α 為0.88。所有題目採四點計分法，感受症狀程度之計分由「無」為0分、「輕微」為1分、「中度」為2分至「明顯」為3分。分數愈高表示症狀感受愈明顯。

2. 資料分析

問卷資料以Excel 2016建檔，以IBM SPSS for Windows第24版執行統計分析，所有統計皆採雙尾統計，統計顯著水準訂為0.05。本研究於年齡層上分為三組：(1)45歲以下；(2)45~65歲；(3)65歲以上。採用下列統計方法：

2.1 描述性統計：

類別資料以次數分佈及百分比描述，等距資料則以平均值、標準差描述性統計方式呈現案人口學變項、醫療健康史及問卷資料。

2.2 推論性統計：

單變項分析組間比較若為兩組，採獨立t檢定、Chi-Square test或Fisher's exact tests (當格內次數為5或小於5時)；若為兩組以上則採ANOVA、Scheffe 事後比較、Chi-Square test來驗證組間各變項是否有差異。連續變項間相關分析則採 Pearson correlation。

質性及量性研究結果統合分析：

結合質性與量性的資料相互解釋與比較個案對AFib症狀感受、就醫經驗與更年期症狀感受。

結 果

1. 基本資料與健康醫療史

本研究收案共 199 位個案，男性為 118 位(59.3%)多於女性 81 位(40.7%)。整體平均年齡為 62.63 ± 11.09 歲(範圍：33~89 歲)，以 45~65 歲者居多為 112 位(56.3%)，其次為 65 歲以上共 77 位(38.7%)，45 歲以下有 10 位(5%)，男女於三個年齡層的分布無差異($\chi^2=0.63$, $p=0.73$)。婚姻狀況以已婚與家人同住居多，為 171 位(86.4%)。教育程度以國高中居多，為 94 位(47.5%)。男女性比較於基本資料為男性的教育程度顯著高於女性($\chi^2=7.16$, $p=0.02$)；三年齡層比較則於婚姻狀況($\chi^2=28.34$, $p=0.00$)及教育程度($\chi^2=37.66$, $p=0.00$)有統計上組間的顯著差異(表 1)，其中高年齡層已婚與家人同住的比例較高，低年齡層教育程度較高。

個案的健康醫療史呈現於表 2。整體 AFib 病齡以一年以上居多(124 位，62.3%)，其次為 6-12 個月(31 位，15.6%)。治療以接受抗心律不整藥物居多(157 位，78.9%)，有半數以上個案服用抗凝血劑(117 位，58.8%)，五項治療中平均接受 1.71 ± 0.91 項。疾病史以高血壓最多(96 位，48.2%)，曾經中風或暫時性腦缺血的共有 15 位(7.5%)，八項疾病中平均罹患 1.40 ± 10.6 項(範圍：0~6 項)。各項健康醫療史在男女性比較皆未呈現統計上顯著差異，三年齡層比較則在心導管電燒治療以 45-65 歲比例較高，疾病史的高血壓、糖尿病、心臟瓣膜疾病則是高年齡層比例獲人數較高而呈現組別間的顯著差異($p < 0.05$)，罹患疾病數則是高於 65 歲者明顯多於 45~65 歲者($F=3.65$, $p=0.03$)。

2. 第一次心房顫動發作到確診期間發生的症狀

表 3 為個案第一次感覺到心房顫動症狀發生到確定診斷為心房顫動期間發生的症狀情況。出現最多的症狀為心跳快速(139 位，69.8%)，其次為突然心臟亂跳(132 位，66.3%)，活動時會喘(119 位，59.8%)及胸口不舒服(117 位，58.8%)，開放式詢問其他的症狀主要還包括冒冷汗(12 位，6.0%)及無力(7 位，3.5%)，十項症狀中平均出現 4.53 ± 2.2 項(範圍：0~10 項)。在組別比較中，出現活動時會喘的百分比為男性(55 人，46.6%)多於女性(25 人，30.9%)，而胸口不舒服的比例則是女性(55 人，67.9%)多於男性(62 人，52.5%)， χ^2 各為 4.95 及 4.68($p=0.03$)；三年齡層比較於心跳快、突然心臟亂跳、胸口不舒服、休息時呼吸喘(困難)、胸痛及出現的症狀總數呈現組別間的差異($p < 0.05$)，皆為低年齡層比例較高，尤其小於 45 歲者的百分比高於其他兩組，且小於 45 歲者出現的症狀總數(6.80 ± 1.75)顯著高於 45~65 歲(4.64 ± 2.16)及 65 歲以上(4.08 ± 2.06)者($F=7.75$, $p=0.00$)。

質性資料補充量性問卷於第一次感覺到症狀發生到確定診斷為心房顫動期間發生症狀經驗的項目主要有：突然一時發作、為多重症狀、無症狀意外發現及以為是其他疾病或症狀。統整個案此部分的敘述如下：(1) **心跳快/心悸/心臟亂跳**：爬山傍晚冷起來就開始心臟亂跳，第二天看醫生說心臟有問題(AF107_028)；有時候特別感覺到心跳跳很大力，那時候比較不規則

(AF107_032)；心臟跳很快啊 (AF107_080)；晚上要睡覺剛要入眠，十二點多，突然一陣不舒服，那時候心臟亂跳(AF107_082)；剛發生時是少跳一下、少跳兩下，我不害怕，還要工作就不理它，我也看書看網路說70%-80%的人有心律不整所以不嚴重(AF107_099)；第一次發作時心跳跳快，沒多久就消失恢復正常，那時心跳都跳到120-130，每天一直處於很快的心跳，整個身體很不舒服，上氣接不下氣(AF107_103)；跳得很快(AF107_108)；血壓計量，一發作就跳差不多130-140，最多跳到160-170，一段時間而已，不會整天!(AF107_114)；只有跳快，沒有不舒服 (AF107_116)；第一次覺得心悸，感覺心跳忽快忽慢，心跳的力道很大造成很不舒服，這狀況造成工作上沒辦法專心，影響工作效能 (AF107_144)；覺得不舒服阿~就突然冰蹦冰蹦(AF107_146)；一直跳跳很快 (AF107_171)；心跳失去了節拍、會漏跳一下或多跳一下(AF107_191)；心跳很快速，像有人在心臟上打鼓樣，我想說躺著休息就好(AF107_194)；凌晨四點多上廁所時心臟非常快速的跳動，很大力，然後就叫救護車去急診(AF107_201)。

(2)呼吸症狀：悶悶/快喘不過氣(AF107_004) (AF107_108) (AF107_109)；有時候呼吸急促(AF107_080)；覺得喘不過氣，胸口有被壓住的感覺(AF107_082)；覺得很喘、隨時隨地喘(AF107_101)；呼吸困難、很喘(AF107_106) (AF107_144)；會一直喘，久咳，去一般門診檢查，以一般的咳嗽看病(AF107_113)；我想本身胖嗎?稍微動一下就會喘，也就不在意，喘得太厲害，完全無法工作和說話 (AF107_139)；走稍微有坡度的路面或是爬樓梯會覺得很喘，當時我一直認為是心悸，沒有多想(AF107_160)；喘阿~有坡度爬不上來很喘、還有腳退化，遊山玩水會很喘!醫療檢驗所檢查說我心律不整(AF107_178)。會喘、會暈眩，不會在意，發作時間點就是久久、突然一次，可能半年或幾個月，年紀越長發作次數越多(AF107_183)；晚上喘不過氣來 差不多滿久的大概1-2小時然後就慢慢比較好(AF107_198)。

(3)胸悶/痛：第一次掛急診心律不整是因為早上慢走運動，覺得整個人很不適，可能早晨出門溫差大，連騎車都沒辦法，整個感覺好像縮住的感觉(胸口)，過了2小時仍然沒好轉，就掛急診說我有心房顫動 (AF107_014)；心裡恐慌(AF107_030)；心臟痛(AF107_046)；胸口悶 (AF107_106)；平常有運動，運動量一大就會心臟不舒服，爬樓梯多爬幾步就會心臟悶悶的(AF107_119)；胸悶很不舒服，然後嘔吐，整個人很沒精神 (AF107_170)。

(4)暈眩/暈倒：什麼都不知道，常暈倒(AF107_001)；我去爬山走差不多半小時，我就在山上昏倒了，差不多躺半個多小時就醒過來，我就繼續爬，當天我都不覺得有問題，只是覺得是不是走太激烈了才會造成這個 (AF107_055)；我也不知道，頭昏昏、腦鈍鈍，吃飯吃不下去，吃到快睡著了，休息頭還是一直昏(AF107_104)；這幾年覺得頭暈(AF107_178)；會喘、會暈眩，不在意，發作時間點就是久久、突然一次，可能半年或幾個月，年紀越長發作次數越多(AF107_183)。

(5)突然一時發作：發生症狀是一瞬間 (AF107_017)；心跳跳快，沒多久就會消失、恢復正常，要掛號的話，聽說要帶24小時的機器，我就沒有來了(AF107_095)；眼前發黑，氣喘不過來，過一下就

好了，就去睡覺了(AF107_081)；以為呼吸不順暢，短暫不舒服(AF107_132)；透析時容易誘發心律不整或少跳一下或兩下，不以為意，洗完腎又恢復正常(AF107_099)。(6)多重症狀：那天特別不舒服，盜汗、胸悶、心跳非常快，感受到心臟的速度跟跳動，然後胸痛，真發作的時候會影響到工作，如果是輕微的發作還可以忍受(AF107_111)；我也不知道為什麼，心臟就自己跳了啊，一直流汗，全身流汗站不穩 (AF107_136)。(7)無症狀意外發現：自己量血壓知道以後覺得沒有什麼，也沒有特別注意它(AF107_070)。以為是其他疾病的症狀：因為感冒，就在診所看(AF107_073)；原先是一般感冒，到診所看醫生(AF107_146)。(8)其他症狀：很容易流汗(AF107_039)；第一次是不自覺得全身不對，顫抖得很厲害，人受不了(AF107_104)。

表 1 基本資料

人口學變項	整體		男		女		男女比較統計值		<45 歲	45~65 歲	>65 歲	三組比較統計值				
	n=199		n=118		n=81		χ^2/t^b	p	n=10	n=112	n=77	χ^2	p			
年齡(歲)																
(M, SD)	62.63	11.09	62.62	11.71	62.64	10.18	-0.02 ^b	0.99	-	-	-	-	-			
(範圍)	(33~89)		(35~89)		(33~87)											
年齡分層(n, %)							0.63	0.73	-	-	-	-	-			
年齡<45	10	5.0	6	5.1	4	4.9			-	-	-	-	-			
45≤年齡≤65	112	56.3	69	58.5	43	53.1			-	-	-	-	-			
65<年齡	77	38.7	43	36.4	34	42.0			-	-	-	-	-			
性別(n,%)																
男	118	59.3	-	-	-	-	-	-	6	5.1	69	58.5	43	36.4	0.63	0.73
女	81	40.7	-	-	-	-	-	-	4	4.9	43	53.1	34	42.0		
婚姻狀況^a(n, %)							0.21	0.90						28.34	0.00*	
已婚與家人同住	171	86.4	101	85.6	70	87.5			6	60.0	96	85.7	69	90.8		
曾婚未與家人同住	17	8.6	11	9.3	6	7.5			0	0.0	12	10.7	5	6.6		
未婚及其他	10	5.1	6	5.1	4	5.0			4	40.0	4	3.6	2	2.6		
教育程度^a(n, %)							7.16	0.02*						37.66	0.00*	
小學及以下	50	25.3	24	20.3	26	32.9			0	0.0	16	14.4	34	44.7		
國高中	94	47.5	55	46.6	39	49.4			2	20.0	65	58.6	27	35.5		
大學及以上	53	26.8	39	33.1	14	17.7			8	80.0	30	27.0	15	19.7		

註：M=mean, SD=standard deviation, a=個案數為 198, b=t 值, *=p<0.05

表 2 健康醫療史

醫療史變項	整體		男		女		男女比較統計值		<45 歲		45~65 歲		>65 歲		三組比較統計值		事後檢定 比較組別
	n=199		n=118		n=81		χ^2/t^a	p	n=10		n=112		n=77		χ^2/F^b	p	
AFib 病齡(n, %)							1.86	0.87									
1 個月內	16	8.0	9	7.6	7	8.6			1	10.0	5	4.5	10	13.0	16.63	0.08	
1-3 個月內	12	6.0	8	6.8	4	4.9			0	0.0	8	7.1	4	5.2			
3-6 個月內	14	7.0	8	6.8	6	7.4			0	0.0	10	8.9	4	5.2			
6-12 個月內	31	15.6	19	16.1	12	14.8			1	10.0	17	15.2	13	16.9			
一年以上	124	62.3	72	61.0	52	64.2			7	70.0	72	64.3	45	58.4			
不知道	2	1.0	2	1.7	0	0.0			1	10.0	0	0.0	1	1.3			
AFib 曾接受治療項目(n, %)																	
抗心律不整藥物	157	78.9	88	74.6	69	85.2	3.24	0.07	9	90.0	91	81.3	57	74.0	2.21	0.33	
抗凝血劑	117	58.8	70	59.3	47	58.0	0.03	0.86	6	60.0	65	58.0	46	59.7	0.06	0.97	
心導管電燒	44	22.1	27	22.9	17	21.0	0.10	0.75	2	20.0	32	28.6	10	13.0	6.46	0.04*	
電擊	17	8.5	14	11.9	3	3.7		0.07	1	10.0	12	10.7	4	5.2	1.81	0.40	
心臟節律器	6	3.0	6	5.1	0	0.0		0.08	0	0.0	2	1.8	4	5.2	2.14	0.34	
接受治療數量(M, SD)	1.71	0.91	1.74	0.96	1.68	0.82	0.44 ^a	0.66	1.80	0.63	1.80	0.99	1.57	0.79	1.55 ^b	0.21	
(範圍)	(0~4)		(0~4)		(0~4)				(1~3)		(0~4)		(0~4)				
病史(n,%)																	
高血壓	96	48.2	57	48.3	39	48.1	0.00	0.98	0	0.0	50	44.6	46	59.7	13.98	0.00*	
糖尿病	39	19.6	19	16.1	20	24.7	2.24	0.13	0	0.0	17	15.2	22	28.6	7.76	0.02*	
甲狀腺功能亢進	20	10.1	8	6.8	12	14.8	3.43	0.06	2	20.0	10	8.9	8	10.4	1.26	0.53	
心臟瓣膜疾病	12	6.0	6	5.1	6	7.4	0.45	0.50	3	30.0	4	3.6	5	6.5	11.36	0.00*	
暫時性腦缺血	9	4.5	5	4.2	4	4.9		1.00	0	0.0	5	4.5	4	5.2	0.56	0.76	
中風	6	3.0	5	4.2	1	1.2		0.40	0	0.0	4	3.6	2	2.6	0.48	0.79	
心臟瓣膜手術	3	1.5	2	1.7	1	33.3		1.00	1	10.0	1	0.9	1	1.3	5.17	0.08	
心衰竭	3	1.5	3	2.5	0	0.0		0.27	1	10.0	1	0.9	1	1.3	5.17	0.08	
病史數(M, SD)	1.40	1.16	1.38	1.19	1.43	1.12	-0.30 ^a	0.76	1.10	1.20	1.24	1.18	1.68	1.08	3.65 ^b	0.03*	3 > 2
(範圍)	(0~6)		(0~6)		(0~5)				(0~4)		(0~6)		(0~5)				

註：AFib=atrial fibrillation, M=mean, SD=standard deviation, a=t 值, b=F 值, 事後檢定=Scheffe 法, *=p<0.05
年齡分組 2=45~65 歲;3=大於 65 歲

表 3 心房顫動第一次發作至確診期間的症狀

症 狀	整體 (n=199)		男 (n=118)		女 (n=81)		男女比較統計值		<45 歲 (n=10)		45~65 歲 (n=112)		>65 歲 (n=77)		三組比較統計值		事後檢定 比較組別
	n	%	n	%	n	%	χ^2/t^a	p	n	%	n	%	n	%	χ^2/F^b	p	
	心跳快	139	69.8	81	68.6	58	71.6	0.20	0.65	10	100.0	84	75.0	45	58.4	10.49	
突然心臟亂跳	132	66.3	80	67.8	52	64.2	0.28	0.60	9	90.0	83	74.1	40	51.9	12.67	0.00*	
活動時喘	119	59.8	55	46.6	25	30.9	4.95	0.03*	8	80.0	66	58.9	45	58.4	1.79	0.41	
胸口不舒服	117	58.8	62	52.5	55	67.9	4.68	0.03*	10	100.0	65	58.0	42	54.5	7.61	0.02*	
感覺疲憊	88	44.2	47	39.8	41	50.6	2.27	0.13	5	50.0	47	42.0	36	46.8	0.57	0.75	
輕微頭暈	81	40.7	44	37.3	37	45.7	1.40	0.24	7	70.0	40	35.7	34	44.2	5.09	0.08	
休息時呼吸喘/呼吸困難	67	33.7	42	35.6	25	30.9	0.48	0.49	7	70.0	43	38.4	17	22.1	11.66	0.00*	
胸痛	64	32.2	37	31.4	27	33.3	0.09	0.77	9	90.0	36	32.1	19	24.7	17.31	0.00*	
嚴重頭暈幾乎昏倒	34	17.1	17	14.4	17	21.0	1.47	0.23	1	10.0	19	17.0	14	18.2	0.42	0.81	
暈倒失去知覺	14	7.0	8	6.8	6	7.4	0.03	0.86	1	10.0	5	4.5	8	10.4	2.59	0.27	
症狀總數(M, SD)	4.53	2.2	4.33	2.2	4.83	2.0	-1.59 ^a	0.11	6.80	1.75	4.64	2.16	4.08	2.06	7.75 ^b	0.00*	1 > 2,3
(範圍)	(0~10)		(0~9)		(1~10)				(4~9)		(1~10)		(0~9)				
其他症狀	50	25.1	32	27.1	18	22.2	0.61	0.43	2	20.0	33	29.5	15	19.5	2.57	0.28	

註：M=mean, SD=standard deviation, a=t 值, b=F 值, 事後檢定=Scheffe 法, *=p<0.05, 年齡分組 1=小於 45 歲;2=45~65 歲;3=大於 65 歲

3. 第一次發生症狀到確定為心房顫動期間症狀誘發原因

表 4 為個案第一次發生症狀到確定為心房顫動期間症狀發生的當下認為症狀誘發原因之分析。有八成五的個案認為心房顫動症狀的發生有其誘發原因(170 位, 85.4%)。認為是情緒因素的佔最多共 77 位(38.7%)，其中以覺得有壓力居多(56 人, 28.1%)，其次為生氣 23 人(11.6%)，憂傷的因素共 9 人(4.5%)，其它情緒因素 23 人(11.6%)中以焦慮緊張最多(16 人, 8.0%)；第二個自覺因素為疲勞(51 位, 25.6%)，再次為睡眠不足及覺得心臟有問題各有 46 人(23.1%)，有 33 位(16.6%)不知道什麼原因誘發心房顫動症狀的發生，因喝咖啡引起的有 22 人(11.1%)，覺得與更年期有關的有 9 位(4.5%)，其它的因素有 54 人(27.1%)，其中占較多人認為是其他疾病引起心房顫動發作(20 人, 10.1%)，認為年紀退化有 8 人(4.0%)或因為目前接受的其他治療(5 人, 2.5%)。組別比較中，認為是喝酒及抽菸的因素為男性高於女性達統計顯著差異($p=0.00$)，男性認為是因為喝酒及抽菸的各有 22 位(18.6%)及 20 位(16.9%)，女性則各為 3 位(3.7%)及 0 位；三年齡層比較在認為有誘發因素，因情緒因素、有壓力、工作過度及喝酒有顯著組間的差異，皆為 45~65 歲者佔的人數及百分比比例比其他二組高($\chi^2=7.12\sim 9.99, p<0.05$)。

質性資料補充量性問卷於第一次發生症狀到確定為心房顫動期間，症狀發生的當下認為症狀誘發原因有：作息不正常、其他健康問題引發、藥物引起、遺傳因素及恐懼等項目。統整此主題之個案敘述如下：(1)**疲累**：可能是工作太累造成(AF107_028)(AF107_112)；不知道ㄟ~我覺得說那陣子很累，有可能是很累引起的(AF107_194)；那天有爬山又繼續運動一個多小時，那天比較累(AF107_201)。(2)**作息不正常/睡眠不足**：生活不正常，該休息沒有休息，不正常的的生活習慣產生的後果(AF107_003)；睡眠不足啊，有時候隔天要拜拜我就想要準備什麼東西會睡不著(AF107_107)；可能是睡覺不足，工作很操所以才會心臟亂跳(AF107_112)；睡眠不足(AF107_149)。(3)**心臟問題**：心肌病變引發心律不整(AF107_103)；心肌梗塞做心導管放支架，出院以後變跳快半年多都沒醫好才建議電燒(AF107_114)；心臟不好(AF107_149) (AF107_178)；想是心律不整還是心肌梗塞，我弟弟也有這種毛病 (AF107_152)。(4)**其他健康問題引發**：因為太胖了(AF107_106)；我感冒引起的肺炎、呼吸衰竭急救然後住加護病房才發現我有心律不整，心跳快以為是肺功能不好，氧氣不夠所以心跳跳比較快(AF107_114)；以前家裡人說肺部有問題，可能是年紀到了(AF107_146)。(5)**藥物引起**：吃甲狀腺亢進的藥影響到有心律的問題(AF107_014)；血液透析時容易誘發心律不整或少跳一下或兩下，我不以為意，洗完腎又恢復正常。(AF107_099)；12 指腸吃胃藥，開始發作時都從肚子開始，覺得是吃胃藥的副作用(AF107_136)。(6)**遺傳因素**：我們家族我的姊姊會這樣，可能遺傳吧(AF107_024)；我不知道，家族有心臟病的遺傳 (AF107_111)；我的父親也有這樣的問題，可能是家族遺傳性的因素(AF107_144)。(7)**菸酒/檳榔/咖啡**：是不是以前年輕時候喝酒應酬比較多(AF107_028)；訂婚及過年喝一點酒，酒刺激

到，後來酒根本不敢碰，可能真的是這樣，咖啡應該也有影響(AF107_030)；我感覺跟抽菸有關係，喝酒不知道有沒有關係(AF107_032)；喝酒、抽菸、吃檳榔有關，從去年開始戒掉了(AF107_149)。(9)緊張/壓力/恐懼：可能是急促，類似看股票緊張(AF107_033)；我開公司的壓力是有，我覺得好像是無形的東西，影響生活品質，所以睡不好(AF107_074)；緊張會啦(AF107_107)；我工作壓力忙啦，金融機構很忙，尤其前陣子過年大年節的時候，上班會很緊張(AF107_108)；工作太緊張引起的，太激動、吵架也會引起(AF107_200)；有一些過去內心很恐懼的事，我突然必須去面對(AF107_131)。(10)不知道/沒想法：沒什麼想法，一下就過了所以我就不太會在意(AF107_095) (AF107_113) (AF107_132)；不知道啊!就悶悶的(AF107_096)；不知道，沒什麼原因，忽然間就這樣喘起來(AF107_101)；不知道，也不了解，就感覺不舒服，一直要喘氣，感覺手麻麻的，脖子緊緊酸酸的(AF107_117)；原本有預兆但不在意，因為還能睡還能吃，維持了一個多月，我也不知道是什麼原因(AF107_118)；莫名其妙，就覺得心亂跳，每次量血壓心跳都那麼快，後來覺得奇怪，心臟一直跳一直跳(AF107_171)。

4. 第一次發生症狀到確診為心房顫動期間自覺症狀狀況及情緒反應

表 5 為個案第一次發生症狀到確診為心房顫動期間自覺症狀狀況及控制感之分析。在此期間半數個案未警覺嚴重性，症狀發生的當時近約 1/3 個案(58 位，29.1%)認為不要緊，近二成個案認為不確定(39 位，19.6%)；不到二成個案認為有生命危險(33 人，16.6%)、非常嚴重(31 位，15.6%)或嚴重(38 位，19.1%)。三成以上個案發作頻率為偶爾發生(81 位，40.7%)或越來越頻繁(73 位，36.7%)，有二成個案發作頻率不太一定(40 人，20.1%)。四成五的個案覺得沒能力控制此症狀的發生(90 位，45.2%)，二成不確定(40 位，20.1%)，覺得有能力控制的有 69 位(34.7%)。個案回想確診為心房顫動之前即有症狀的約有四成(85 人，42.7%)，覺得不確定的有 49 人(24.6%)，約三成個案不認為更早之前有心房顫動症狀的發生(65 位，32.7%)。組間比較當時發作狀況以女性為“越來越頻繁”的比例(38 人，46.9%)顯著高於男性(35 人，29.7%)($\chi^2=6.16$, $p=0.01$)，其他在自覺症狀的嚴重程度、自我控制度及回想之前是否就有症狀等項目則未有組間統計上顯著差異。

表 6 為個案第一次發生症狀到確診為心房顫動期間情緒反應之分析。症狀發生當時近八成有情緒反應共 154 人(77.4%)，其中以擔心(74 人，37.2%)最多，其次為覺得疑惑(58 人，29.1%)、不知道該怎麼辦(51 人，25.6%)及焦慮緊張(48 人，24.1%)，其它情緒反應的有 35 人(17.6%)，其中非負向情緒，例如順其自然、不在意或沒有任何情緒者共 17 人(8.5%)。男女及三年齡層比較未有組間的統計上顯著差異。

表 4 心房顫動症狀之誘發原因

症狀誘發原因	整體 (n=199)		男 (n=118)		女 (n=81)		男女比較統計值		<45 歲 (n=10)		45~65 歲 (n=112)		>65 歲 (n=77)		三組比較統計值	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
有誘發原因	170	85.4	102	86.4	68	84.0	0.24	0.62	7	70.0	102	91.1	61	79.2	7.16	0.03*
情緒因素	77	38.7	40	33.9	37	45.7	2.81	0.09	2	20.0	54	48.2	21	27.3	9.99	0.01*
有壓力	56	28.1	29	24.6	27	33.3	1.82	0.18	1	10.0	44	39.3	11	14.3	15.82	0.00*
生氣	23	11.6	16	13.6	7	8.6	1.14	0.29	1	10.0	13	11.6	9	11.7	0.03	0.99
憂傷	9	4.5	4	3.4	5	6.2		0.49 ^{\$}	0	0.0	5	4.5	4	5.2	0.56	0.76
其他	23	11.6	10	8.5	13	16.0	2.70	0.10	1	10.0	12	10.7	10	13.0	0.26	0.88
太疲勞	51	25.6	31	26.3	20	24.7	0.06	0.80	2	20.0	33	29.5	16	20.8	1.98	0.37
睡眠不足	46	23.1	28	23.7	18	22.2	0.06	0.80	1	10.0	31	27.7	14	18.2	3.34	0.19
心臟有問題	46	23.1	28	23.7	18	22.2	0.06	0.80	5	50.0	26	23.2	15	19.5	4.64	0.10
不知道	33	16.6	20	16.9	13	16.0	0.03	0.87	1	10.0	13	11.6	19	24.7	5.96	0.05
工作過度	31	15.6	19	16.1	12	14.8	0.06	0.81	0	0.0	25	22.3	6	7.8	9.27	0.01*
喝酒	25	12.6	22	18.6	3	3.7		0.00* ^{\$}	0	0.0	21	18.8	4	5.2	9.15	0.01*
喝咖啡	22	11.1	14	11.9	8	9.9	0.19	0.66	1	10.0	15	13.4	6	7.8	1.47	0.48
抽菸	20	10.1	20	16.9	0	0.0		0.00* ^{\$}	0	0.0	15	13.4	5	6.5	3.58	0.17
身體不舒服	20	10.1	15	12.7	5	6.2	2.27	0.13	0	0.0	12	10.7	8	10.4	1.18	0.55
呼吸系統有問題	16	8.0	9	7.6	7	8.6	0.07	0.80	2	20.0	5	4.5	9	11.7	5.26	0.07
飲食	13	6.5	10	8.5	3	3.7		0.25 ^{\$}	1	10.0	9	8.0	3	3.9	1.49	0.48
更年期	9	4.5	3	2.5	6	7.4		0.16 ^{\$}	0	0.0	6	5.4	3	3.9	0.72	0.70
運動	9	4.5	4	3.4	6	7.4	1.62	0.20 ^{\$}	0	0.0	4	3.6	6	7.8	2.26	0.32
排便不順暢	3	1.5	2	1.7	1	1.2		1.00 ^{\$}	0	0.0	0	0.0	3	3.9	4.83	0.09
小便不順	2	1.0	1	0.8	1	1.2		1.00 ^{\$}	0	0.0	1	0.9	1	1.3	0.18	0.91
其他	54	27.1	35	29.7	19	23.5	0.94	0.33	2	20.0	24	21.4	28	36.4	5.42	0.07

註：^{\$}=Fisher's exact test, *=p<0.05

表 5 心房顫動第一次發作到確診期間自覺症狀發生情況

變 項	整體		男		女		男女比較統計值		<45 歲		45~65 歲		>65 歲		三組比較統計值	
	(n=199)		(n=118)		(n=81)		χ^2	p	(n=10)		(n=112)		(n=77)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%		
當時自覺症狀嚴重度							1.06	0.90							10.00	0.27
有生命危險	33	16.6	19	16.1	14	17.3			4	40.0	16	14.3	13	16.9		
非常嚴重	31	15.6	19	16.1	12	14.8			0	0.0	23	20.5	8	10.4		
嚴重	38	19.1	20	16.9	18	22.2			2	20.0	22	19.6	14	18.2		
不要緊	58	29.1	36	30.5	22	27.2			2	20.0	29	25.9	27	35.1		
不確定	39	19.6	24	20.3	15	18.5			2	20.0	22	19.6	15	19.5		
期間發作頻率																
只發生過一次	20	10.1	13	11.0	7	8.6	0.30	0.58	0	0.0	11	9.8	9	11.7	1.35	0.51
偶爾發生	81	40.7	49	41.5	32	39.5	0.08	0.78	4	40.0	49	43.8	28	36.4	1.03	0.60
越來越頻繁	73	36.7	35	29.7	38	46.9	6.16	0.01*	7	70.0	42	37.5	24	31.2	5.82	0.05
密集持續發生	20	10.1	10	8.5	10	12.3	0.80	0.37	2	20.0	11	9.8	7	9.1	1.18	0.55
不太一定	40	20.1	28	23.7	12	14.8	2.38	0.12	1	10.0	21	18.8	18	23.4	1.28	0.53
當時自覺控制度							0.80	0.67							3.20	0.52
沒能力	90	45.2	55	46.6	35	43.2			2	20.0	50	44.6	38	49.4		
有能力	69	34.7	38	32.2	31	38.3			5	50.0	40	35.7	24	31.2		
不確定	40	20.1	25	21.2	15	18.5			3	30.0	22	19.6	15	19.5		
回想是否更早之前就有症狀							1.03	0.60							9.01	0.06
是	85	42.7	47	39.8	38	46.9			5	50.0	55	49.1	25	32.5		
不確定	49	24.6	30	25.4	19	23.5			4	40.0	26	23.2	19	24.7		
不是	65	32.7	41	34.7	24	29.6			1	10.0	31	27.7	33	42.9		

註：*=p<0.05

表 6 心房顫動第一次發作到確診期間對發生症狀之情緒反應

情緒反應	整體 (n=199)		男 (n=118)		女 (n=81)		男女比較統計值		<45 歲 (n=10)		45~65 歲 (n=112)		>65 歲 (n=77)		三組比較統計值	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
有情緒反應	154	77.4	91	77.1	63	77.8	0.01	0.91	9	90.0	86	76.8	59	76.6	0.96	0.62
擔心	74	37.2	41	34.7	33	40.7	0.74	0.39	2	20.0	47	42.0	25	32.5	3.09	0.21
覺得疑惑	58	29.1	38	32.2	20	24.7	1.31	0.25	5	50.0	36	32.1	17	22.1	4.46	0.11
不知道該怎麼辦	51	25.6	28	23.7	23	28.4	0.55	0.46	2	20.0	27	24.1	22	28.6	0.65	0.72
焦慮緊張	48	24.1	25	21.2	23	28.4	1.36	0.24	4	40.0	32	28.6	12	15.6	5.66	0.06
非常害怕	37	18.6	17	14.4	20	24.7	3.36	0.07	2	20.0	18	16.1	17	22.1	1.10	0.58
心煩意亂	33	16.6	19	16.1	14	17.3	0.05	0.83	2	20.0	17	15.2	14	18.2	0.39	0.82
心情低落	31	15.6	14	11.9	17	21.0	3.04	0.08	1	10.0	17	15.2	13	16.9	0.35	0.84
挫折沮喪	14	7.0	5	4.2	9	11.1	3.47	0.06	1	10.0	6	5.4	7	9.1	1.11	0.57
生氣	11	5.5	5	4.2	6	7.4	0.92	0.34	1	10.0	6	5.4	4	5.2	0.41	0.82
其他	35	17.6	19	16.1	16	19.8	0.44	0.51	1	10.0	16	14.3	18	23.4	3.02	0.22

質性資料補充量性問卷於第一次感覺到心房顫動症狀發生到確定診斷期間，當時對發生症狀的想法有：自我解釋症狀、不知道/沒想法及就是很不舒服。統整個案敘述如下：(1)忽視：根本就是不知道，當作是吃藥引起的，要是知道心臟問題早就來治療了，不會拖到現在(AF107_001)；發生的時候我沒有刻意怎麼處理，我也不懂，症狀一瞬間就好了(AF107_017)；我想不去治療，不理它應該沒有什麼問題(AF107_055)；頻率不高，大概半年一次或兩次，就沒有在意(AF107_058)；發作時想把工作做完再看醫師，我同事叫我快就醫才來醫院(AF107_085)；平常走路偶爾會喘，主要是心跳會很快，那時想說休息一下就好了(AF107_169)；沒有什麼想法，那時候年紀輕~它跳它的，我繼續工作，這幾年年紀越來越長，發作越來越頻繁(AF107_183)；本來想去看醫生，想一想可能再看看，後來慢慢好一點就沒有去急診，等到天亮才去看診所(AF107_198)。(2)疑慮：那時候疑慮為什麼心臟會跳那麼快，覺得會不會心臟有問題，怎麼會呢？因為我又沒有運動，我都朝九晚五上班族，很疑慮為什麼我會有心律不整(AF107_108)。(3)自我解釋/緩解症狀：我開門跑出來外面，我喘不過氣就用槌的，走了一段路就快昏倒，後來又好了(AF107_013)；可能是年紀到要生病的階段(AF107_098)；那時想光靠吃藥回復平穩狀態機率不高，就去大醫院做檢查，心房顫動動很容易中風猝死(AF107_119)；那時候一兩個月比較會昏睡，上班騎車的路上都會昏就沒辦法騎車，在家裡坐著看電視睡著後會忽然喘不過氣來，會趕快槌胸，後來想會不會有問題就趕快來檢查(AF107_133)；一開始心跳很快以為是心臟病，血液檢查才知道是甲狀腺亢進引起心悸，所以我從來沒想過會是心律不整，然後大概6年時間醫師說已經恢復到正常就不再吃任何的藥，可是我還是常常會心悸，我一直認為這是甲狀腺亢進的後遺症(AF107_160)；常常睡一睡心跳很快很快，碰碰叫那種，當時很快就趕快去急診，有時會一直發作，人就很不舒服會抖，當時血壓會很高(AF107_165)。(4)不知道/沒想法：沒有什麼想法，因為我這個很急，我進來就做那個手術了，我到院前到院的時候就沒有呼吸心跳了(AF107_155)；第一次到五年中間沒什麼感覺，只有一次說我是心房纖維顫動，兩年前有點小中風，一直在心臟內科定期看也沒怎樣，我中風差不多半年以後才有抓到心房顫動(AF107_045)。(5)威脅感：心臟亂跳，跳很快，我有點害怕，但我生病很久了，已經習慣面對死亡這件事(AF107_099)；當下覺得很嚴重，整個人像要停止呼吸(AF107_106)；只是知道心跳不規律，應該可以稍微吃個藥就可以解決了，結果要做電燒、電擊治療，有嚇到。覺得沒這麼嚴重卻沒想到會引起中風，最怕中風(AF107_188)；一定要處理，吃藥控制不好就要電燒，如果吃藥控制不好也沒處理就會發生危險(AF107_191)。(6)很不舒服：不舒服阿!心臟蹦蹦跳，跳蠻快(AF107_096)；很不舒服，很喘(AF107_149)。

質性資料補充量性問卷於第一次發生症狀到確定為心房顫動期間，覺得這些症狀嚴重程度及造成的後果有：治療後就能控制發作、只是暫時、觀望、正向或負向地沒想太多、時好時壞、會中風、會心肌梗塞、會昏倒、無望感及會

造成家人負擔。統整個案敘述如下：(1)**不嚴重**：我姊姊也是沒什麼嚴重(AF107_024)；即使發生心臟快速跳動的狀況也覺得沒關係(AF107_024)；當時不會很嚴重 只是覺得心跳比較快而已(AF107_095)；那時候沒什麼感覺，可能住院兩三天就好了，可是住了十幾天(AF107_104)；沒有感覺不舒服，沒有關係(AF107_105)；第一次怎麼會知道那很嚴重(AF107_107)；不嚴重，因為對我來說沒有造成什麼影響，我不運動，爬樓梯會喘不會對我有很大的不舒服(AF107_108)；我沒有多想，沒關係啊!我可以馬上檢查為什麼一直亂跳(AF107_112)；比較喘而已，還 OK~平常在家比較會喘不過氣來，有時候稍微吹一吹風比較舒服(AF107_113)；我覺得輕微而已，醫生也有說用的藥是最輕(AF107_132)；剛開始很喘不覺得怎樣，我女兒說可能心臟有問題，我直到開刀腳的時候檢查心臟有肥大，才趕快來門診(AF107_152)；不會嚴重，沒有感覺，體力開始慢慢減退時心臟就有感覺了(AF107_146)；都還好，只有一次吵架的時候心跳很快(AF107_200)；據醫生說沒什麼特別嚴重(AF107_201)。(2)**治療後就能控制發作**：現在開刀完就好了，沒有再發作(AF107_038)；這一兩年都有服藥就不會跳那麼快，都控制住了(AF107_114)；假如有吃藥就比較平穩，不吃藥就不正常。(AF107_117)；現在服藥後就還好啦(AF107_131)；醫生叫我不能隨便停藥，吃藥就不會發生亂跳，照常吃就不會發作(AF107_178)。(3)**只是暫時**：應該是暫時的吧!我是健康寶寶(AF107_085)；我覺得是暫時性的，感冒引起的吧(AF107_170)。(4)**觀望**：經過這次的治療看看會不會以後不會發生(AF107_188)。(5)**沒想太多(正向/負向思考)**：不舒服沒想那麼多，趕緊去看醫生就好了(AF107_096)(AF107_098)。沒有想到那麼多，只覺得最近怎麻這麼喘(AF107_101)；沒有想那麼多，就趕快打 119 急診，上車戴氧氣罩就比較舒服了(AF107_106)；沒多想(AF107_114)(AF107_118)(AF107_152)(AF107_136)；配合醫生吃藥啊~沒想那麼多(AF107_152)；沒多想，吃藥後好多了(AF107_117)；沒有想過，死掉就算了(AF107_178)。(6)**時好時壞**：有時有，有時沒有，跳一跳就會感覺不舒服，最快跳到 140 多(AF107_171)。(7)**會持續發生**：會延續，各醫生建議電擊、換心、吃藥，目前我選擇吃藥，吃心律不整的藥、抗凝血劑就好多了(AF107_103)；應該是永遠的，沒治療會每天發作，治療後現在好幾天才會發作(AF107_111)；感覺還是會繼續發生，但沒之前那麼嚴重，如果再次發生應該就會走了(AF107_118)；對啊~會再發生(AF107_132)；除非我做其他的治療，不然這些症狀應該是會一直跟下去無法根治。這是遺傳性的無法去排除他(AF107_144)；永久的吧~要恢復可能有些困難(AF107_146)；還是會發生，因為我有時會有時不會有症狀(AF107_171)；以我目前的經驗，還是會繼續發生(AF107_194)。(8)**嚴重/比預期嚴重**：非常嚴重，感覺隨時會休克(AF107_103)；我覺得就去死好了，真的很難過，因為跳起來快沒呼吸 (AF107_114)；蠻嚴重，吸氣很困難、鼻子無法呼吸、嘴巴打開(AF107_106)；造成一點生活上的問題，其他來說還好，經過醫生解說後才了解到後續的嚴重性，我父親可能因為這個問題忽略後造成問題，在這上面我會比較積極些(AF107_144)；整個人快倒

下去(AF107_170)；越來越嚴重，早晚會危害到生命(AF107_178)。會覺得恐慌，心悸就必須趕緊去急診，至少跑醫院十次以上，心臟跳那麼快不趕緊處理可能中風也有可能性心肌梗塞，我有恐懼感，希望透過電燒把它處理好(AF107_191)；我一個禮拜發作一次，一整天都跳到160，什麼是都不能做，維持一個多月，連基本的坐下再站起來就不行，不固定時間發作，隨時都處在於waiting狀態(AF107_194)。(9)會中風：我看我隔壁菜市場隔壁攤的自己斷掉吃藥結果中風，有嚇到，所以趕快來醫院(AF107_098)；怕中風或產生病變(AF107_146)；有危險性，當然算嚴重，因為中風機率比較高(AF107_160)。(10)會心肌梗塞：就像心臟阻塞的問題(AF107_171)。(11)會昏倒：昏倒吧!我覺得有人在心臟打鼓的感受，胸腔這邊有點被抓住的感覺(AF107_194)。(12)無望感：人生好像沒什麼希望了(AF107_146)。(13)會造成家人負擔：我會更注意心臟的現象，不想造成小孩或家人的負擔，所以會更注意(AF107_144)；那時候想心臟如果停止了對家人會有壓力(AF107_170)。

以下質性資料呈現個案回想確診心房顫動之前是否曾發生類似症狀?當時是怎麼想?怎麼處理那時發生的症狀? 統整各案主述之前發生類似症狀有緊張、喘、胸悶、心跳快、心跳不規則，當時處理方式有調整工作、休息、不理會或調整飲食，相關主述有：30年前因為開貨運公司，工作很緊張，睡眠不正常，身體覺得非常累，我是覺得蠻嚴重的，我把貨運公司工作停掉之後就改善(AF107_033)。更早之前就知道啊，4、5年前吧，作息沒有什麼的感覺，量血壓的時候偶爾出現心律不整的符號(AF107_070)。在流感之前就會有心律不整的狀況，有在診所吃藥，之後就轉到醫學中心(AF107_097)。之前是有症狀，很短暫的時間而且頻率很少，大概一個禮拜一兩次輕微的發作(AF107_111)。喘氣時要深呼吸感覺就比較舒服，如果心情不好的話越不好(AF107_117)。天氣相當熱時心跳會跳到100以上，會覺得緊張，沒有什麼處理，就只想趕快回家休息(AF107_147)。在家裡爬樓梯或穿襪子就會喘，當時我不管它(AF107_015)。打完球回來休息就有些悶悶的，劇烈運動過後，當時休息一下就好，那時候不會太在意，那時候頻率不高只是劇烈運動過後才發生(AF107_119)。也會胸悶胸痛，連走路都會痛，我一直是誤以為是胃的方面(AF107_155)。我覺得是國中時參加畢業旅行，玩水時跟同學玩碰撞，第一次就這樣發生了，突然被撞臉色蒼白、心跳加速，從此後就會發生這些狀況，我那時候沒多想才變這樣，當時在遊樂園也沒有辦法就醫(AF107_183)。之前有症狀啊~運動或工作、爬山就比較喘、呼吸急促，可能是我缺乏運動、很少運動的緣故(AF107_146)。過了就好了，沒有什麼特別不舒服，沒有特別想法(AF107_188)。覺得那都是我自己的情緒引起的，我不喜歡吃藥，就由飲食方面去做改善(AF107_200)。**不確定**：很難講欸，因為很難回想到之前(AF107_004)；應該不確定吧，我沒有辦法說100%之前沒有發生過(AF107_021)。

5. 第一次發生症狀至確診為心房顫動期間的行為及就醫情形

表 7 為第一次發生症狀至確診為心房顫動期間所採取的行為反應及影響立即就醫因素的分析。症狀發生時立即就醫的比例不到一半，有 88 位(44.2%)，尋求醫療協助的方式以診所或門診居多(102 人，51.3%)，其中求診西醫(96 人，48.2%)多於中醫(8 人，4%)，其次為急診就醫(48 人，24.1%)，打 119 電話求救共 5 人(2.5%)；自行處理中以坐或躺下休息(85 人，42.7%)最多，其次為等待及觀察症狀變化與試著放鬆心情(65 人，32.7%)，約一成個案會詢問親友，其中包括非醫療人員(13 位，6.5%)及醫療人員(11 位，5.5%)的親友，其它反應的有 23 人(11.6%)，其中自行以其他方式處理或自行使用藥物的有 12 人(6.0%)，包括使用 CoQ10、鐵打損傷藥、硝酸甘油舌下含片或中藥、調整呼吸或活動、上網查詢、喝冰水、買書看、喝溫開水、吞口水、嚥口氣等方式。影響個案未立即就醫最多的原因為「擔心只是虛驚一場」，有 30 人(15.1%)，其次為「不想造成照顧者麻煩(21 人，10.6%)及沒時間看病(18 人，9%)，其它因素有 74 人(37.2%)，其中認為不嚴重有 45 人(22.6%)，有症狀不以為意或就醫方向不對的有 27 人(3.6%)，沒症狀而意外從別的檢查或疾病中發現是 AFib 的有 5 人(2.5%)或有工作無法就醫(4 人，2.0%)等因素而未立即就醫。在男女二組比較上，女性個案採取坐或躺下休息的比例(42 人，51.9%)顯著多於男性(43 人，6.4%) ($\chi^2=4.66$, $p=0.03$)。三年齡層比較中，於當時馬上就醫以高年齡層比例較高，尤其 65 歲以上高於其他兩組($\chi^2=6.12$, $p=0.047$)、求診中醫以低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下高於其他兩組($\chi^2=10.36$, $p=0.01$)及沒時間看病以低年齡層比例較高，尤其 45-65 歲高於其他兩組($\chi^2=6.48$, $p=0.04$)達統計上組間差異。

質性資料統整個案於心房顫動第一次發作至確診期間處理發生症狀的敘述如下：**就醫**：看醫師，醫生幫我檢查靜脈血栓堵塞 (AF107_014)；第一次發作的症狀頑固，撐過去等著看門診(AF107_114)；那時候在大陸就醫，醫生跟我說心跳有點不規律(AF107_170)；心臟跳很快的時候吃醫生給我的藥，醫生說是突發的症狀，家醫科建議趕快去醫院看病(AF107_171)。**休息/放鬆**：我不理它，等一下就穩定不會跳那麼快，假設跳很快的時候我會稍微休息一下，它就會慢慢比較穩定(AF107_026)；可能放鬆心情會比較好一點(AF107_032)；深呼吸，不能生氣不能緊張(AF107_033)；那時候沒有找醫生，休息後就比較好(AF107_136)；就休息、停止活動及工作 (AF107_146)。

6. 第一次發生症狀至確定為心房顫動期間獲得協助的狀況

表 8 呈現個案第一次發生症狀至確定為心房顫動期間就醫過程獲得協助的狀況。整體而言，有八成個案獲得適當協助(162 人，81.4%)，有 37 位(18.6%)未獲得協助，未獲得協助的項目於醫療協助上有 20 人(10.1%)，包括有 5 位(2.5%)因症狀不明顯而被醫護人員忽略，各有 2 位(1%)因就醫過程等待時間過久而延遲就醫及誤診為其他問題而未獲得適當的醫療協助，另有其他原因包括診斷不確定有 8 人(4.0%)，治療效果不佳有 6 人(3.0%)，有 1 位(0.5%)掛不上心臟科門診。未獲工作單位上適當協助的有 7 人(3.5%)，其中有 6 人(3%)因為請

假不方便，2人(1%)因人力無法調度及1人(0.5%)主訴雖當天24小時心電圖紀錄持續發作了4小時，但仍得上班到晚上九點而未於就醫過程獲得工作單位之協助。親友方面有5人(2.5%)未獲適當協助，包括認為不嚴重而忽略(3人，1.5%)及忙碌(2人，1%)等因素而未於就醫過程獲得親友適當的協助。在組別比較中，在親友支持的”認為不嚴重”及”忙碌”而未獲適當協助呈現組間顯著差異($p<0.05$)，皆為低年齡層未獲親友是當協助的比例較高，尤其45歲以下高於其他兩組。

表 7 心房顫動第一次發作至確診期間的反應及影響就醫因素

變 項	整體(n=199)			男(n=118)		女(n=81)		男女比較統計值		<45 歲(n=10)		45~65 歲(n=112)		>65 歲(n=77)		三組比較統計值	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	
當時採取的反應																	
當時馬上就醫	88	44.2	48	40.7	40	49.4	1.48	0.22	1	10.0	48	42.9	39	50.6	6.12	0.047*	
診所/醫院門診就醫	102	51.3	62	52.5	40	49.4	0.19	0.66	7	70.0	59	52.7	36	46.8	2.12	0.35	
西醫	96	48.2	56	47.5	40	49.4	0.07	0.79	5	50.0	55	49.1	36	46.8	0.11	0.94	
中醫	8	4.0	7	5.9	1	1.2		0.15 ^{\$}	2	20.0	6	5.4	0	0.0	10.36	0.01*	
急診就醫	48	24.1	26	22.0	22	27.2	0.69	0.41	3	30.0	30	26.8	15	19.5	1.53	0.47	
打電話 119	5	2.5	2	1.7	3	3.7		0.40 ^{\$}	0	0.0	4	3.6	1	1.3	1.23	0.54	
使用非醫師處方藥物	4	2.0	1	0.8	3	3.7		0.31 ^{\$}	0	0.0	2	1.8	2	2.6	0.37	0.83	
打電話到醫療院所	1	0.5	0	0.0	1	1.2		0.41 ^{\$}	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0.78	0.68	
坐或躺下休息	85	42.7	43	36.4	42	51.9	4.66	0.03*	5	50.0	49	43.8	31	40.3	0.46	0.80	
等待及觀察症狀變化	65	32.7	35	29.7	30	37.0	1.19	0.28	3	30.0	40	35.7	22	28.6	1.09	0.58	
試著放鬆心情	65	32.7	39	33.1	26	32.1	0.02	0.89	2	20.0	39	34.8	24	31.2	1.04	0.59	
試著忽略症狀	29	14.6	16	13.6	13	16.0	0.24	0.62	1	10.0	15	13.4	13	16.9	0.62	0.73	
詢問非醫療人員的親友	13	6.5	7	5.9	6	7.4	0.17	0.68	0	0.0	9	8.0	4	5.2	1.34	0.51	
詢問醫療人員的親友	11	5.5	6	5.1	5	6.2	0.11	0.74	1	10.0	8	7.1	2	2.6	2.21	0.33	
其他	23	11.6	14	11.9	9	11.1	0.03	0.87	1	10.0	8	7.1	14	18.2	5.47	0.07	
影響未立即就醫的原因																	
擔心只是虛驚一場	30	15.1	22	18.6	8	9.9	2.88	0.09	2	20.0	21	18.8	7	9.1	3.53	0.17	
不想造成照顧者麻煩	21	10.6	13	11.0	8	9.9	0.07	0.80	2	20.0	11	9.8	8	10.4	1.01	0.60	
沒時間看病	18	9.0	11	9.3	7	8.6	0.03	0.87	1	10.0	15	13.4	2	2.6	6.48	0.04*	
難掛號	8	4.0	4	3.4	4	4.9		0.72 ^{\$}	1	10.0	4	3.6	3	3.9	0.99	0.61	
害怕診斷有疾病	7	3.5	3	2.5	4	4.9		0.45 ^{\$}	0	0.0	4	3.6	3	3.9	0.40	0.82	
擔心看病花錢	4	2.0	1	0.8	3	3.7		0.31 ^{\$}	0	0.0	3	2.7	1	1.3	0.66	0.72	
交通不便	4	2.0	3	2.5	1	1.2		0.65 ^{\$}	1	10.0	3	2.7	0	0.0	5.08	0.08	
其他	74	37.2	44	37.3	30	37.0	0.00	0.97	6	60.0	37	33.0	31	40.3	3.37	0.19	

註：\$=Fisher's exact test , *=p<0.05

表 8 心房顫動第一次發生症狀至確診期間就醫過程獲得協助之狀況

獲得協助狀況	整體 (n=199)		男 (n=118)		女 (n=81)		男女比較統計值		<45 歲 (n=10)		45~65 歲 (n=112)		>65 歲 (n=77)		三組比較統計值	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
有獲得適當協助	162	81.4	94	79.7	68	84.0	0.58	0.44	8	80.0	89	79.5	65	84.4	0.75	0.69
無獲得適當協助	37	18.6	24	20.3	13	16.0			2	20.0	23	20.5	12	15.6		
未得到協助的原因																
醫療方面	20	10.1	14	11.9	6	7.4	1.06	0.30	1	10.0	13	11.6	6	7.8	0.74	0.69
被忽略	5	2.5	4	3.4	1	1.2		0.65 ^{\$}	1	10.0	3	2.7	1	1.3	2.77	0.25
延遲就醫	2	1.0	2	1.7	0	0.0		0.51 ^{\$}	0	0.0	0	0.0	2	2.6	3.20	0.20
誤診	2	1.0	2	1.7	0	0.0		0.51 ^{\$}	0	0.0	2	1.8	0	0.0	1.57	0.46
其他原因	16	8.0	9	7.6	7	8.6	0.07	0.80	0	0.0	10	8.9	6	7.8	1.00	0.61
工作單位	7	3.5	6	5.1	1	1.2		0.24 ^{\$}	1	10.0	6	5.4	0	0.0	5.16	0.08
請假不便	6	3.0	5	4.2	1	1.2		0.40 ^{\$}	1	10.0	5	4.5	0	0.0	4.87	0.09
人力無法調度	2	1.0	1	0.8	1	1.2		1.00 ^{\$}	0	0.0	2	1.8	0	0.0	1.57	0.46
其他	1	0.5	1	0.8	0	0.0		1.00 ^{\$}	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0.78	0.68
無親友協助	5	2.5	5	4.2	0	0.0		0.08 ^{\$}	2	20.0	3	2.7	0	0.0	14.48	0.00*
認為症狀不嚴重而忽略	3	1.5	3	2.5	0	0.0		0.27 ^{\$}	1	10.0	2	1.8	0	0.0	6.09	0.04*
因忙碌無法協助	2	1.0	2	1.7	0	0.0		0.51 ^{\$}	1	10.0	1	0.9	0	0.0	8.93	0.01*
其他	7	3.5	4	3.4	3	3.7		1.00 ^{\$}	0	0.0	3	2.7	4	5.2	1.24	0.54

註：^{\$}=Fisher's exact test, *=p<0.05

7. 心房顫動與更年期分析

表 9 呈現個案的更年期與心房顫動狀況之分析，填答問卷的 65 位女性個案中有 61 位(93.8%)目前已停經，而 138 位個案有 91 位(65.9%)認為目前已進入更年期，有 37 位(26.8%)不確定，只有 10 位(7.2%)認為還未進入更年期。由 64 位女性個案分析其第一次感到心房顫動症狀發生到確定診斷為心房顫動期間的月經狀況以已停經者居多(54 位，84.4%)。139 位個案回答 ”在第一次感覺到心房顫動症狀發生到確定診斷為心房顫動期間是否已進入更年期”，其中有一半個案回答已進入更年期(71 位，51.1%)，不確定的有 38 位(27.3%)。在 131 位回答 ”覺得更年期症狀與心房顫動症狀是否類似” 的個案中，近一半認為不相關(62 位，47.3%)，近四成覺得不確定(52 位，39.7%)。開放式問題有一位個案提到：症狀發生時懷疑是更年期緣故，但婦產科檢查並無異常，轉診看心內科才發現是心房顫動(AF107_56)。個案覺得 AFib 症狀與更年期重疊的有：心悸/心跳快有 5 位，發熱/煩躁的有 6 位，疲累或睡眠不足感有 4 位，情緒變化大的有 2 位，身體狀況改變與平日不同的有 2 位。組別百分比比較中有明顯差異在於”目前”及”在第一次感覺到心房顫動症狀發生到確定診斷為心房顫動期間”是否已進入更年期的性別比較，結果皆為女性覺得已進入更年期的比例多於男性，不確定者則是男性多於女性(χ^2 各為 28.54 及 23.42, $p=0.00$)；年齡分組比較則是覺得已進入更年期的 65 歲以上比例高於 45-65 歲，不確定者則是 45-65 歲比例高於 65 歲以上(χ^2 各為 30.17 及 13.28, $p<0.05$)。

表 10 呈現更年期症狀感受之分析。更年期症狀感受的百分比總分在整體 123 位為 17.48 ± 10.87 分(範圍 0.00-61.46 分)，男性 64 位為 17.82 ± 11.20 分(範圍 1.04-61.46 分)，女性 59 位為 17.10 ± 10.58 分(範圍 0.00-48.25 分)，兩組於更年期症狀未呈現統計上顯著的差異。整體個案以”每晚都要起來小便”分數最高(1.07 ± 0.72)，且男性分數高於女性達統計上邊緣顯著差異($t=1.98$, $p=0.049$)，另一項男性分數明顯高於女性的為”排尿困難”($t=3.64$, $p=0.00$)，而女性分數高於男性的為”覺得頭暈”($t=-2.61$, $p=0.01$)及”稍微用力尿就流出來”($t=-5.48$, $p=0.00$)。更年期症狀感受百分比總分則未出現性別統計上顯著差異($t=-0.27$, $p=0.79$)。

質性資料統整個案認為更年期與心房顫動的症狀類似的敘述如下：(1)**有類似處**：感覺疲勞，晚上睡不好，那時候的睡眠品質很差(男，AF107_039)；會心悸，心臟會跳得很快(女，AF107_017)；有時候會有點倦怠(女，AF107_175)。(2)**不確定**：不知道啊(男，AF107_001)；應該是有相關吧？我不知道，因為我從年輕從 30 幾歲就有這個心律不整的問題(男，AF107_055)；我不知道，更年期已經過了才有這樣(心律不整)(女，AF107_013)；不知道(女，AF107_043)。(3)**無類似**：應該沒有(女，AF107_198)。

表 9 更年期與心房顫動之狀況

變 項	整體		男		女		男女比較統計值		<45 歲		45~65 歲		>65 歲		兩組比較統計值	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
目前月經狀況[#](n=65)																
還沒停經	-		-		4	6.2			0	0.0	3	7.1	1	4.3		
已停經	-		-		61	93.8			0	0.0	39	92.9	22	95.7		
填寫此項人數(n, %)					65	100			0	0.0	42	64.6	23	35.4		
目前是否進入更年期(n=138)																
還沒有	10	7.2	8	10.8	2	3.1	28.54	0.00*	2	100.0	7	8.0	1	2.0	30.17	0.00*
不確定	37	26.8	32	43.2	5	7.8			0	0.0	27	31.0	10	20.4		
是	91	65.9	34	45.9	57	89.1			0	0.0	53	60.9	38	77.6		
填寫此項人數(n, %)	138	100.0	74	53.6	64	46.4			0	0.0	87	63.0	49	37.0		
從第一次出現 AFib 症狀到確診期間之月經狀況[#](n=64)																
還沒有停經	-		-		7	10.9			0	0.0	7	17.1	0	0.0	6.65	0.08
月經不規則	-		-		1	1.6			0	0.0	1	2.4	0	0.0		
已停經	-		-		54	84.4			0	0.0	31	75.6	23	100.0		
子宮切除	-		-		2	3.1			0	0.0	2	4.9	0	0.0		
填寫此項人數(n, %)					64	100.0			0	0.0	41	61.1	23	38.9		
從第一次出現 AFib 症狀到確診期間是否已進入更年期(n=139)																
還沒有	25	18.0	17	22.7	8	12.5	23.42	0.00*	2	100.0	19	21.6	4	8.2	13.28	0.04*
不確定	38	27.3	30	40.0	8	12.5			0	0.0	24	27.3	14	28.6		
是	71	51.1	28	37.3	43	67.2			0	0.0	42	47.7	29	59.2		
其他	5	3.6	0	0.0	5	7.8			0	0.0	3	3.4	2	4.1		
填寫此項人數(n, %)	139	100.0	75	54.0	64	46.0			0	0.0	88	63.3	49	36.7		
自覺更年期與 AFib 症狀是否有類似(n=131)																
沒有	62	47.3	27	39.1	35	56.5	5.66	0.06	1	100.0	39	45.9	22	48.9	1.27	0.87
不確定	52	39.7	34	49.3	18	29.0			0	0.0	35	41.2	17	37.8		
有	17	13.0	8	11.6	9	14.5			0	0.0	11	12.9	6	13.3		
填寫此項人數(n, %)	131	100.0	69	52.7	62	47.3			1	0.8	85	64.9	45	34.3		

註：AFib=atrial fibrillation, *=p<0.05, #=限女性作答

表 10 更年期症狀感受

變 項	整體 (n=123)		男 (n=64)		女 (n=59)		男女比較統計值	
	M	SD	M	SD	M	SD	t	p
心臟或脈搏跳動很快	0.63	0.77	0.67	0.80	0.58	0.75	0.68	0.50
窒息感	0.40	0.66	0.41	0.64	0.39	0.70	0.14	0.89
身體常刺痛、麻木	0.33	0.57	0.34	0.57	0.31	0.56	0.38	0.71
頭痛	0.47	0.67	0.38	0.63	0.58	0.70	-1.68	0.10
頭重或後頸與頭頂痛	0.53	0.68	0.42	0.59	0.64	0.76	-1.82	0.07
頭暈	0.52	0.66	0.38	0.58	0.68	0.71	-2.61	0.01*
身體有一陣熱的感覺	0.46	0.72	0.36	0.63	0.56	0.79	-1.56	0.12
臉發熱或發紅	0.49	0.73	0.39	0.70	0.59	0.75	-1.55	0.12
無故流汗或發冷	0.45	0.73	0.36	0.72	0.54	0.73	-1.40	0.16
關節疼痛	0.54	0.62	0.50	0.62	0.58	0.62	-0.68	0.50
腰痠背痛	0.76	0.69	0.70	0.73	0.83	0.65	-1.02	0.31
每晚起床小便	1.07	0.72	1.19	0.71	0.93	0.72	1.98	0.049*
白天頻尿	0.71	0.74	0.75	0.76	0.66	0.73	0.66	0.51
排尿困難	0.33	0.59	0.50	0.69	0.14	0.39	3.64	0.00*
尿失禁	0.28	0.52	0.28	0.52	0.27	0.52	0.11	0.91
壓力性漏尿	0.32	0.55	0.08	0.27	0.58	0.65	-5.48	0.00*
疲倦	0.78	0.70	0.77	0.71	0.80	0.69	-0.25	0.81
全身無力	0.43	0.64	0.44	0.64	0.42	0.65	0.12	0.91
您覺得體力差	0.85	0.68	0.91	0.68	0.78	0.67	1.03	0.30
晚上不易入睡	0.84	0.96	0.73	0.96	0.95	0.95	-1.24	0.22
晚上睡覺容易被吵醒	0.76	0.83	0.67	0.78	0.86	0.88	-1.29	0.20
覺得睡眠不足	0.77	0.86	0.80	0.82	0.75	0.90	0.33	0.74

註:M=mean, SD=standard deviation, *=p<0.05

表 10 更年期症狀感受(續)

變 項	整體 (n=123)		男 (n=64)		女 (n=59)		男女比較統計 值	
	M	SD	M	SD	M	SD	t	p
易怒	0.57	0.70	0.61	0.75	0.53	0.65	0.66	0.51
覺得自己沒有用了	0.24	0.45	0.27	0.45	0.22	0.46	0.56	0.58
常心情很抑鬱	0.41	0.58	0.42	0.64	0.39	0.53	0.30	0.76
有莫名害怕、惶恐或坐立不安 的感覺	0.24	0.47	0.22	0.45	0.27	0.49	-0.62	0.54
情緒不穩定或起伏很大	0.39	0.57	0.38	0.60	0.41	0.53	-0.31	0.76
健忘	0.93	0.53	0.88	0.60	0.98	0.44	-1.14	0.25
不能專心	0.47	0.60	0.50	0.62	0.44	0.60	0.54	0.59
無法放鬆	0.59	0.66	0.61	0.70	0.58	0.62	0.28	0.78
對房事不感興趣	0.57	0.74	0.55	0.69	0.59	0.80	-0.28	0.78
陰莖無法正常勃起 ⁺	-		0.79	0.85	-		-	-
陰道發癢 [#]	-		-		0.33	0.58	-	-
陰道燒灼感或乾燥 [#]	-		-		0.32	0.54	-	-
陰道分泌物增加或味道重 [#]	-		-		0.29	0.53	-	-
性交時陰道疼痛 [#]	-		-		0.30	0.54	-	-
性交時陰道乾燥 [#]	-		-		0.39	0.56	-	-
男性更年期原始總分 ⁺	-		17.11	10.76	-		-	-
女性更年期原始總分 [#]	-		-		19.69	11.70	-	-
確診前半年月經週期不規則 [#]	-		-		0.07	0.32	-	-
確診前半年月經的量不正常 [#]	-		-		0.07	0.32	-	-
更年期症狀感受百分比總分 (範圍)	17.48 (0.00~61.46)	10.87	17.82 (1.04~61.46)	11.20	17.10 (0.00~48.25)	10.58	-0.27	0.79

註：M=mean, SD=standard deviation, +=限男性作答, #=限女性作答

8. 更年期症狀感受百分比總分相關分析

表 11 為與更年期症狀感受百分比總分有統計顯著相關的變項之分析結果。更年期症狀感受百分比總分於整體 123 位、64 位男性與 59 位女性個案與第一次發生心房顫動症狀到確定診斷期間出現的症狀總數均呈現有意義的正相關 ($r=0.37, 0.32, 0.47$) ($p<0.05$)，三組年齡層與第一次發生心房顫動症狀到確定診斷期間出現的症狀總數也有統計上顯著正相關 ($r=0.98, 0.36, 0.43$) ($p=0.00$)，且相關係數的比較為女性高於男性，45 歲以下高於其他兩組年齡層。更年期症狀感受百分比總分與目前的治療總數的關係在女性呈現有意義的正相關 ($r=0.32, p=0.01$)，但於男性則為呈現有意義的相關性 ($r=0.04, p=0.78$)。

9. 性別與三組年齡層呈現組間差異的各變項分析結果

表 12 為性別與三組年齡層呈現組間差異的各變項分析結果。於性別差異比較中，男性高於女性的比例、分數的變項包括：教育程度，心房顫動初期發生症狀為”活動喘”，心房顫動誘發原因為喝酒或抽菸、不確定目前是否進入更年期或不確定心房顫動初期發生症狀期間是否已進入更年期，及更年期症狀為”每晚起床小便”及”排尿困難”。至於女性高於男性比例變項包括：心房顫動初期發生症狀的”胸口不舒服”及症狀”越來越頻繁”、心房顫動第一次發作到確診間的反應為”坐或躺下休息”、確定目前已進入更年期及第一次出現心房顫動症狀到確定診斷期間已進入更年期，更年期症狀感受百分比總分與早期的症狀總數及目前治療總數呈現正相關的相關係數也是為女性高於男性。

於三年齡層的比較中，小於 45 歲者呈現較高比例或分數的變項為：教育程度、第一次發作心房顫動症狀到確診期間的症狀為”心跳快”、”突然心臟亂跳”、”胸口不舒服”、”休息時呼吸喘”、”胸痛”、”症狀總數”及”到中醫求診”、就醫過程因認為症狀不嚴重或忙碌而未得到親友適當協助，而更年期症狀感受百分總分與早期症狀總數及目前的治療總數正相關的相關係數也是小於 45 歲者高於其他二年齡層。45~65 歲組具較高比例的變項包括：心導管電燒治療、心房顫動第一次症狀發作到確診期間誘發原因為”情緒”、”有壓力”、”工作過度”及”喝酒”、心房顫動第一次發作到確診未馬上就醫原因為”沒時間看病”，及不確定目前已進入更年期及第一次出現心房顫動症狀到確定診斷期間已進入更年期。至於 65 歲以上具較高比例或分數的變項包括：已婚與家人同住、病史數、馬上就醫、確定目前及第一次出現心房顫動症狀到確診期間已進入更年期。

表 11 與更年期百分比總分有統計顯著相關之變項

變 項	整體(n=123)		男(n=64)		女(n=59)		<45 歲(n=5)		45~65 歲(n=64)		>65 歲(n=54)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
第一次發生 AFib 症狀到確診間的症狀總數	0.37	0.00**	0.32	0.01*	0.47	0.00**	0.98	0.00**	0.36	0.00**	0.43	0.00**
治療總數	0.16	0.08	0.04	0.78	0.32	0.01*	-0.13	0.84	0.16	0.21	0.24	0.09

註：AFib=atrial fibrillation, *=p<0.05, **=p<0.01

表 12 男女及三年齡分組於組間具差異之變項

變 項	性別 有差異	差異說明	年齡層 有差異	差異說明
基本資料				
婚姻狀況			✓	高年齡層已婚與家人同住的比例較高
教育程度	✓	男>女:高學歷	✓	低年齡層教育程度較高
病史				
心導管電燒			✓	45-65 歲人數及比例較高
高血壓			✓	高年齡層比例較高
糖尿病			✓	高年齡層比例較高
心臟瓣膜疾病			✓	高年齡層人數較多
病史數			✓	3>2
AFib 第一次發作到確診的症狀				
心跳快			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
突然心臟亂跳			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
活動喘	✓	男>女		
胸口不舒服	✓	女>男	✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
休息時呼吸喘			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
胸痛			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
症狀總數			✓	1>2,3
AFib 誘發原因				
有誘發原因			✓	45-65 歲人數及比例較高
情緒因素			✓	45-65 歲人數及比例較高
有壓力			✓	45-65 歲人數及比例較高
工作過度			✓	45-65 歲人數及比例較高
憂傷 ^a	✓	女>男		
喝酒	✓	男>女	✓	45-65 歲人數及比例較高
抽菸	✓	男>女		
AFib 第一次發作到確診期間的自覺症狀發生情況				
越來越頻繁	✓	女>男		
AFib 第一次發作到確診期間的反應及影響就醫因素				
馬上就醫 ^a			✓	高年齡層比例較高，尤其 65 歲以上
坐或躺下休息	✓	女>男		
到中醫門診/診所就醫			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
沒時間看病			✓	低年齡層比例較高，尤其 45-65 歲
就醫過程中沒有獲得適當協助的因素				
無親友協助			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
認為症狀不嚴重而忽略			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下
因忙碌無法協助			✓	低年齡層比例較高，尤其 45 歲以下

註：AFib=atrial fibrillation, ✓=組間有差異(p<0.05), a=分組有邊緣性差異(p=0.047),

年齡分組 1=小於 45 歲;2=45~65 歲;3=大於 65 歲

表 12 男女及三年齡分組於組間具差異之變項(續)

變 項	性別 有差異	差異說明	年齡層 有差異	差異說明
更年期				
目前是否進入更年期	✓	女>男:是 男>女:不確定	✓	是:65 歲以上比例高於 45-65 歲 不確定: 45-65 歲比例高於 65 歲以上
第一次出現 AFib 症狀到確 診期間是否已進入更年期	✓	女>男:是 男>女:不確定	✓	是:65 歲以上比例高於 45-65 歲 不確定:65 歲以上比例高於 45-65 歲
更年期症狀				
頭暈	✓	女>男	-	
壓力性漏尿	✓	女>男	-	
每晚起床小便 ^a	✓	男>女	-	
排尿困難	✓	男>女	-	
與更年期症狀感受百分比總分 呈現正相關之相關係數				
	✓	女>男: 早期症狀總數 目前治療總數	✓	小於 45 歲高於其他二年齡層: 早期症狀總數

註：AFib=atrial fibrillation, ✓=組間有差異(p<0.05), a=組間有邊緣性差異(p=0.049)

討 論

本研究著重於 AFib 患者於第一次症狀發作到確診期間自覺症狀經驗與就醫狀況在性別與年齡層的比較，其中的差異出現於自覺症狀的形式、發作時間特性、誘發原因、發作時的處理、未立即就醫的因素、就醫過程中沒有獲得適當協助的因素、當時是否已進入更年期、及早期症狀總數與更年期症狀感受百分比總分呈現正相關之相關係數，以下針對各項差異作討論。

AFib 患者發作時自覺早期症狀表現的”形式”及”時間特性”具有性別及年齡的差異。本研究個案於第一次發作至確診期間，於男性有較多的”活動時呼吸喘”的症狀，個案相關活動時呼吸喘的主訴有：稍微動一下就會喘，喘得太厲害完全無法工作和說話(AF107_139)；走稍微有坡度的路面或是爬樓梯會覺得很喘(AF107_160)；有坡度爬不上來，很喘，醫療檢驗所檢查說我心律不整(AF107_178)。會喘、會暈眩，不會在意，發作時間點就是久久、突然一次，可能半年或幾個月(AF107_183)；女性則有較多”胸口不舒服”的症狀，即便是活動後不舒服的症狀並不像男性為”呼吸症狀”，而是”胸部不舒服”，此結果與 Blum 等(2017)的調查中發現女性感受到心悸的症狀較男性明顯之結果類似，個案相關胸口不舒服的主訴有：整個感覺好像縮住的感覺(胸口)，過了 2 小時仍然沒好轉就掛急診(AF107_014)；心臟痛(AF107_046)；胸口悶(AF107_106)；運動量一大就會心臟不舒服，爬樓梯多爬幾步就會心臟悶悶的(AF107_119)；胸悶很不舒服，然後嘔吐，整個人很沒精神(AF107_170)。另外，本研究女性個案在症狀的”時間特性”以”越來越頻繁”的表現方式多於男性，過去的研究也發現女性以”陣發性”出現 AFib 症狀的形式多於男性(Potpara et al., 2012)，也有研究發現女性第一次發作型態的頻繁度高於男性(Schnabel et al., 2017)，本研究個案相關症狀發作時間特性的主訴有：沒什麼想法，一下就過了，所以我就不太會在意(AF107_095)(AF107_113)；原本有預兆但不在意，維持了一個多月，我也不知道是什麼原因(AF107_118)；不舒服過了 2 小時仍然沒好轉就掛急診(AF107_014)。雖然，本研究女性出現的症狀總數高於男性，但未達統計差異，過去研究也發現有自覺 AFib 症狀的女性比例較高，而男性常為無症狀 (Lip et al., 2015；Piccini et al., 2016；Xiong, Proietti, Senoo, & Lip, 2015)，但是，從質性訪談的資料中，看出即使女性患者已出現症狀，可能因為陣發性或忽略而造成沒有即時就醫，而男性患者可能由於未察覺症狀的意義或等到活動後出現較明顯的症狀時才警覺有問題。值得警惕的是 AFib 患者中風的發生率在無自覺症狀者高於察覺有明顯症狀者的 2 倍多(Mandrola, 2018)，因此，**本研究結果提醒我們需要注意性別不同在症狀表現及自我詮釋的差異可能會是延誤就醫的因素之一，而即便是無症狀者也不容忽視。**至於年齡差異在胸部(心臟)及呼吸方面的症狀上，本研究在低年齡層有自覺症狀的比例較高，其中以小於 45 歲的患者最多，其次為 45~65 歲者，或許因為本研究低年齡層個案的教育程度較高，對於 AFib 症狀的自覺性較高，而居於 45~65 歲者正屬於更年期期間，更年期常有

心悸、心跳快及胸口不舒服等血管舒縮症狀(Nelson, 2008)，並且，本研究發現不管是男性或女性、小於 45 歲或 45~65 歲個案有以上血管舒縮症狀者超過五成，相關呼吸的症狀也至少有二成，其中值得注意的是於 45~65 歲患者出現心臟、胸口不適或呼吸等症狀是更年期還是 AFib 引起的呢？這種症狀重疊的可能性使患者可能混淆而降低對心臟病的警覺性。研究指出從患者警覺有症狀到確診為 AFib 而開始治療的時間平均延遲了約 2.6 年(AF AWARE, 2009)，因此，提醒處於更年期者認知 AFib 症狀及即早就醫確診是 AFib 防治中很重要的一環。

在”自覺誘發因素”上，相對於女性有較多男性認為不良生活型態，例如：抽菸、喝酒是發生 AFib 的因素，本研究男性個案對發生 AFib 症狀相關的主訴有：是不是以前年輕候喝酒應酬比較多(AF107_028)；訂婚及過年喝一點酒，酒刺激到，可能真的是這樣(才發作 AFib)(AF107_030)；感覺跟抽菸有關係(AF107_032)；喝酒、抽菸、吃檳榔有關(AF107_149)。從歐洲近八萬人的研究中確實發現喝酒及抽菸是發生 AFib 的危險因子，尤其是男性患者風險更高，且抽菸與喝酒的比例又以男性居多(Magnussen et al., 2017)，故 AFib 的防治宜強調菸酒的戒除，尤其針對使用菸酒比例較高的男性更是衛教的標的。至於相對其他年齡層而言，有較多 45~65 歲者認為情緒、壓力及工作過度是誘發 AFib 的因素，這方面相關敘述有：工作很緊張，我把貨運公司工作停掉之後就改善(AF107_033)；可能是工作太累造成(AF107_028)(AF107_112)；工作很操所以才會心臟亂跳(AF107_112)；可能是急促，類似看股票緊張 (AF107_033)；我開公司的壓力是有，我覺得好像是無形的東西，影響生活品質(AF107_074)；緊張會(誘發)啦(AF107_107)；我工作壓力忙啦，金融機構很忙，尤其前陣子過年大年節的時候，上班會很緊張 (AF107_108)；工作太緊張引起的，太激動、吵架也會(AF107_200)，其中可能因為此年齡層患者多為中年人，身兼多重角色及壓力，又是社會上有工作的最主要年齡層，其工作負荷及生活壓力是患者認為誘發 AFib 的因素。因此，男性健康的生活型態及改善中年與即將邁入老年者的工作負荷與生活壓力的調適或許是 AFib 防治上的重點。

針對第一次 AFib 症狀發生至確定診斷期間個案的”處理”及”就醫狀況”，本研究 65 歲以上個案立即就醫的比例最高，一方面可能因為本研究高年齡層患者的疾病史數目最多，而這些高齡者可能已是其他慢性病的看診患者，其對症狀發生的關注可能較年輕者高，因此，一旦發生症狀立即就醫的比例相對較高，也可能本研究高齡者與家人同住的比例較高，因此，當症狀發生時有家屬關心及協助就醫的比例較高。相對於低年齡層患者，在 AFib 症狀發生的早期會馬上就醫的比例較低，且因”沒有時間”立即就醫者以 45~65 歲最多，對應本研究調查此年齡層個案自覺誘發 AFib 的原因為”工作過度”，因此，工作忙碌而沒時間可能是沒有立即就醫的原因。相關此年齡層因忙碌未能立即就醫的敘述有：發作時想把工作做完再看醫師，同事叫我快就醫我才來醫院(AF107_085)；還要工作就不理它，我也看書看、網路說 70%-80%的人有心律

不整，所以不嚴重(AF107_099)；沒有什麼想法，那時候年紀輕~它跳它的，我繼續工作，這幾年年紀越來越長，發作越來越頻繁(AF107_183)。因此，**低年齡層中，尤其是 45~65 歲者是否因工作或生活忙碌而延遲就醫應列入 AFib 防治的重要呼籲中。**

至於 AFib 症狀發生的早期至確診期間未馬上就醫而採其他”處理方式”的差異比較中，本研究有一半女性患者採取”坐或躺下休息”的處理方式，其比例比男性多，又有超過三成五的女性採取”等待及觀察症狀變化”，超過一成五”試著忽略症狀”，其比例都比男性高，雖此結果未達統計差異，然而，未能即時就醫或採取正確處理是值得重視的問題，在 McCabe 等(2016)的回溯性研究發現有近七成 AFib 患者忽略出現的症狀與疾病有關而自行處理，卻造成延誤就醫一週以上，相關未立即就醫而自行處理的個案敘述有：沒有什麼處理，就只想趕快回家休息(AF107_147)；心跳會很快，那時想說休息一下就好了(AF107_169)；我不理它，等一下就會穩定不會跳那麼快，假設跳很快的時候我會稍微休息一下，它就會慢慢比較穩定(AF107_026)；那時候沒有找醫生，休息後就比較好(AF107_136)；就休息、停止活動及工作(AF107_146)。因此，女性在早期發生 AFib 症狀時，可能因未警覺與疾病有關或認為不嚴重而傾向以自行休息的處理方式卻未積極就醫。依據 Leventhal 等的 Common Sense Model (CMS) (2012)，個人對於疾病症狀的感受取決於內外條件，包括性別、文化或社會等因素，加上患者對初次發生的症狀常有不確定感或錯誤的自我解讀(McCabe, Rhudy, & DeVon, 2015)，因而影響後續的處理方式。本研究個案對於症狀有各種自我的解釋，相關敘述有：看書看、網路說 70%-80%的人有心律不整，所以不嚴重(AF107_099)；一直喘，久咳，去一般門診檢查，以一般的咳嗽看病(AF107_113)；我想本身胖嗎?稍微動一下就會喘，也就不在意(AF107_139)；可能早晨出門溫差大，整個感覺好像縮住的感覺，過了 2 小時仍然沒好轉，就掛急診說我有心房顫動 (AF107_014)；我就在山上昏倒了，差不多躺半個多小時就醒過來，我就繼續爬，當天我都不覺得有問題，只是覺得是不是走太激烈了才會造成這個(AF107_055)；眼前發黑，氣喘不過來，過一下就好了，就去睡覺了(AF107_081)；原先以為是一般感冒，到診所看醫生(AF107_146)。患者造成延遲就醫有各種自我詮釋及處理的方式，多數 AFib 的患者在確診前對於出現的症狀感到猶疑或採取忽略的態度，直到症狀更頻繁發生或持續更久後，才覺得是心臟問題而尋求治療 (McCabe, Schumacher, & Barnason, 2011)。因此，**加強民眾認識 AFib 的症狀、症狀發生時正確處理的方式、未處理的嚴重性與即早就醫之重要性等都是 AFib 防治中大眾健康教育的重點，女性亦為加強提醒的族群。**

比較 AFib 症狀發生的早期至確診期間的”就醫協助狀況”中，本研究 45 歲以下的 AFib 個案有較高比例無獲得親友適當的協助，其中原因為親友認為症狀不嚴重而未加重視及因為忙碌而未能協助個案於 AFib 症狀發生的早期就醫，45 歲以下的個案相對於年長者其馬上就醫的比例較低，且已婚與家人同住的比例

也較低，可能因此而得到親友的協助較少。不僅由此反映出與其他研究同樣強調的 AFib 患者忽略自身症狀問題之重要性(McCab et al, 2016)，家屬或親友對 AFib 症狀缺乏認知或警覺性而未能適時協助 AFib 發作患者就醫的現象也是不容忽視的問題，尤其較年輕族群更容易被親友忽略其健康問題而未提供患者適時的協助。雖然，AFib 好發於中老年人，但是還是有少數會發生於較年輕患者，再者，本研究發現 45 歲以下患者出現的症狀數較其他兩年齡層多，而本研究有 10 位(5%)為小於 45 歲之 AFib 患者，有些是因為甲狀腺功能亢進引起 AFib，因此，對於年輕患者發生疑似 AFib 症狀時，宜積極協助就醫，即早了解其病史及鑑別診斷，以避免延誤就醫而造成中風或心衰竭等併發症的憾事。

至於更年期症狀與 AFib 症狀的相關性，從本研究個案於第一次發生 AFib 症狀至確診期間自認還未進入更年期的女性約只有一成，男性約有二成，大多數個案認為已進入更年期或不確定，女性肯定的比例比男性多。雖然男女各只有一成左右認為 AFib 與更年期症狀類似，大多覺得不相關或不確定，但是在相關分析中呈現自覺更年期症狀越明顯則出現的 AFib 症狀數越多，且此關係強度在女性高於男性，代表本研究個案在第一次發生 AFib 症狀至確診期間大多處於更年期，且其更年期症狀與 AFib 症狀相互關連，尤其是女性，有女性個案認為兩者症狀類似之處在於：會心悸，心臟會跳得很快(AF107_017)。女性更年期心血管舒縮的症狀從停經前期即會出現，在停經中期與後期的發生率明顯升高(Nelson, 2008)，本研究結果發現至少有四成 AFib 常見症狀中的”心跳快”、”心臟亂跳”、”胸口不舒服”及”頭暈”與更年期症狀重疊，而本研究女性自覺”頭暈”的更年期症狀又比男性明顯，且 Blum 等人(2017)比較 AFib 患者的症狀也發現女性感受到”頭暈”較男性患者明顯，然而本研究只有少數個案認為兩者的症狀有相關，卻有個案因為症狀的混淆而延遲確診，其敘述為：症狀發生時懷疑是更年期緣故，但婦產科檢查並無異常，轉診看心臟內科才發現是心房顫動(AF107_56)。AFib 延誤就醫是項嚴重的問題，未治療的患者會增加 2 倍的死亡率及 20%併發血栓性中風的風險，女性 AFib 患者因中風發生嚴重併發症的比例又比男性高(Emdin et al., 2016)，其死於 AFib 的人數也明顯多於男性(Chugh et al., 2014)。因此，對於更年期者症狀的鑑別及提高對 AFib 症狀的警覺性是 AFib 防治上民眾衛教的重點，尤其女性族群更為加強提醒的對象，以避免因誤認更年期症狀而延遲就醫。

參考文獻

- 中華民國心律醫學會（無日期）·心房顫動衛教資訊網取自
<http://www.afhealthcare.org.tw/index.php?action=info>.
- 林詩淳、藍仕凱、& 蔡坤維（2015）·淺談中老年男性更年期·源遠護理，
9(3)，72-78。
- 國民健康局（2007）·中老年保健之更年期保健取自
<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them.aspx?No=20071225001>
- 曹麗英、周碧琴、洪麗玲、張淑紅、高月梅、蕭冰如...安奇（2002）·更年期
婦女自覺不確定感及健康行為之探討·長庚護理，13（3），228-239。
- AF AWARE (2009). *AF AWARE cardiology groups call for greater awareness and better education on atrial fibrillation*. Retrieved from <http://www.world-heart-federation.org/press/press-releases/detail/article/af-aware-cardiology-groups-call-for-greater-awareness-and-better-education-on-atrial-fibrillation/>.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., & Kagawa-Singer, M. (2011) Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine*, 52, 345-56
- Benjamin, E. J., Chen, P. S., Bild, D. E., Mascette, A. M., Albert, C. M., Alonso, A.,...Wyse, D. G. (2009). Prevention of atrial fibrillation: Report from a National Heart Lung Blood Institute Workshop. *Circulation*, 119, 606-618.
- Blake, J. (2006). Menopause: Evidence-based practice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(6), 799-839.
- Blum, S., Muff, C., Aeschbacher, S., Ammann, P., Erne, P., Moschovitis, G.,...Conen, D. (2017). Prospective assessment of sex-related differences in symptom status and health perception among patients with atrial fibrillation. *Journal of the American Heart Association*, 6(7), pii: e005401. doi: 10.1161/JAHA.116.005401
- Bowyer, J. L., Tully, P. J., Ganesan, A. N., Chahadi, F. K., Singleton, C. B., & McGavigan, A. D. (2017). A randomised controlled trial on the effect of nurse-led educational intervention at the time of catheter ablation for atrial fibrillation on quality of life: Symptom severity and rehospitalisation. *Heart, Lung and Circulation*, 26(1), 73-81.
- Camm, A. J., Kirchhof, P., Lip, G. Y., Schotten, U., Savelieva, I., Ernst, S.,...Rutten, F. H. (2010). Guidelines for the management of atrial fibrillation: The task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 31, 2369-2429.
- Chiang, C. E., Wang, K. L., & Lin, S. J. (2015). Asian strategy for stroke prevention in atrial fibrillation. *Europace*, 17 Suppl 2, ii31-39.
- Chien, K. L., Su, T. C., Hsu, H. C., Chang, W. T., Chen, P. C., Chen, M. F., & Mosli, Y. T. (2010). Atrial fibrillation prevalence, incidence and risk of stroke and all-cause death among Chinese. *International Journal of Cardiology*, 139(2), 173-180.
- Chugh, S. S., Havmoeller, R., Narayanan, K., Singh, D., Rienstra, M., Benjamin, E. J.,...Murray, C. J. (2014). Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: A

- lobal burden of disease 2010 study. *Circulation*, 129(8), 837–847.
- Dorian, P., Cvitkovic, S. S., Kerr, C. R., Crystal, E., Gillis, A. M., Guerra, P. G.,...Wyse, D. G. (2006). A novel, simple scale for assessing the symptom severity of atrial fibrillation at the bedside: The CCS-SAF scale. *Canadian Journal of Cardiology*, 22(5), 383-386.
- Emdin, C. A., Wong, C. X., Hsiao, A. J., Altman, D. G., Peters, S. A., Woodward, M., & Odutayo, A. A. (2016). Atrial fibrillation as risk factor for cardiovascular disease and death in women compared with men: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *British Medical Journal*, 352, h7013.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). G Power: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.
- European Society of Cardiology (2012). 2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal*, 33(21), 2719-2747. doi:10.1093/eurheartj/ehs 253
- Go, A. S., Hylek, E. M., Phillips, K. A., Chang, Y., Henault, L. E., Selby, J. V., & Singer, D. E. (2001). Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: The AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *The Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2370-2375.
- Harden, M., Nystrom, B., Kulich, K., Carlsson, J., Bengtson, A., Edvardsson, N. (2009). Validity and reliability of a new, short symptom rating scale in patients with persistent atrial fibrillation. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 65.
- Horne, R., James, D., Petrie, J. D., Weinman, J., & Vincet, R. (2000). Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*, 83, 388-393.
- January, C. T., Wann, L. S., Alpert, J. S., Calkins, H., Cleveland, J. C. Jr., Cigarroa, J. E.,...Yancy, C. W. (2014). 2014 AHA/ ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. Doi: 10.1161/cir.0000000000000040.
- King, K. B., & McGuire, M. A. (2007). Symptom presentation and time to seek care in women and men with acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 36, 235-243.
- Koci, F., Forbes, P., Mansour, M. C., Heist, E. K., Singh, J. P., Ellinor, P. T., & Ruskin, J. N. (2014). New classification scheme for atrial fibrillation symptom severity and burden. *American Journal of Cardiology*, 114(2), 260-265.
- Lee, C. H., Liu, P. Y., Tsai, L. M., Tsai, W. C., Ho, M. T., Chen, J. H., & Lin, L. J. (2007). Characteristics of hospitalized patients with atrial fibrillation in Taiwan: A nationwide observation. *American Journal of Medicine*, 120(9), 819.e811-817.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J. Y., Hash-Converse, J., Phillips, L. A., &

- Leventhal, E. A. (2012). Modeling health and illness behavior: The approach of the Common Sense Model. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (2nd ed., pp. 3-25). New York, NY: Psychology Press.
- Lip, G. Y., Laroche, C., Boriani, G., Cimaglia, P., Dan, G. A., Santini, M.,...Maggioni, A. P. (2015). Sex-related differences in presentation, treatment, and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: a report from the Euro Observational Research Programme Pilot Survey on Atrial Fibrillation. *Europace*, *17*, 24–31.
- Lip, G. Y. H., Tse, H. F., & Lane, D. A. (2012). Atrial fibrillation. *Lancet*, *379*(9816), 648-661.
- Mandrola, J. (2017, Jun 23). *The Danger of AF Without Symptoms*. Retrieved from Medscape -, <https://www.medscape.com/viewarticle/881979>.
- Magnussen, C., Niiranen, T. J., Ojeda, F. M., Gianfagna, F., Blankenberg, S., Njolstad, I., . . . Schnabel, R. B. (2017). Sex Differences and Similarities in Atrial Fibrillation Epidemiology, Risk Factors, and Mortality in Community Cohorts: Results From the BiomarCaRE Consortium (Biomarker for Cardiovascular Risk Assessment in Europe). *Circulation*, *136*(17), 1588-1597. doi:10.1161/circulationaha.117.028981
- McCabe, P. J., Rhudy, L. M., & DeVon, H. A. (2015). Patients' experiences from symptom onset to initial treatment for atrial fibrillation. *J Clin Nurs*, *24*(5-6), 786-796. doi:10.1111/jocn.12708
- McCabe, P. J., Chamberlain, A. M., Rhudy, L., & DeVon, H. A. (2016). Symptom representation and treatment-seeking prior to diagnosis of atrial fibrillation. *Western Journal of Nursing Research*, *38*(2), 200-215.
- McCabe, P. J., Rhudy, L. M., & DeVon, H. A. (2015). Patients' experiences from symptom onset to initial treatment for atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(5-6), 786-796.
- McCabe, P. J., Schumacher, K., & Barnason, S. A. (2011). Living with atrial fibrillation: a qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *26*(4), 336-344.
- Nelson, H. D. (2008). Menopause. *Lancet*, *371*(9614), 760-770.
- Piccini, J. P., Simon, D. N., Steinberg, B. A., Thomas, L., Allen, L. A., Fonarow, G. C.,...Peterson, E. D. (2016). Differences in clinical and functional outcomes of atrial fibrillation in women and men: Two-year results from the ORBIT-AF registry. *Journal of the American Medical Association Cardiology*, *1*, 282–291.
- Potpara, T. S., Marinkovic, J. M., Polovina, M. M., Stankovic, G. R., Seferovic, P. M., Ostojic, M. C., & Lip, G. Y. (2012). Gender-related differences in presentation, treatment and long-term outcome in patients with first-diagnosed

- atrial fibrillation and structurally normal heart: the Belgrade atrial fibrillation study. *Int J Cardiol*, 161(1), 39-44. doi:10.1016/j.ijcard.2011.04.022
- Sandhu, R. K., Hohnloser, S. H., Pfeffer, M. A., Yuan, F., Hart, R. G., Yusuf, S.,...Healey, J. S. (2015). Relationship between degree of left ventricular dysfunction, symptom status, and risk of embolic events in patients with atrial fibrillation and heart failure. *Stroke*, 46(3), 667-672.
- Senoo, K., Suzuki, S., Sagara, K., Otsuka, T., Matsuno, S., Funada, R.,... Yamashita, T. (2012). Distribution of first-detected atrial fibrillation patients without structural heart diseases in symptom classifications. *Circulation*, 76(4), 1020-1023.
- Schnabel, R. B., Pecun, L., Ojeda, F. M., Lucerna, M., Rzayeva, N., Blankenberg, S., . . . Kirchhof, P. (2017). Gender differences in clinical presentation and 1-year outcomes in atrial fibrillation. *Heart*, 103(13), 1024-1030. doi:10.1136/heartjnl-2016-310406
- Taylor, E. C., O'Neill, M., Hughes, L. D., & Moss-Morris, R. (2017). An illness-specific version of the Revised Illness Perception Questionnaire in patients with atrial fibrillation (AF IPQ-R): Unpacking beliefs about treatment control, personal control and symptom triggers. *Psychol Health*, 1-19.
- Vermond, R. A., Crijns, H. J., Tijssen, J. G., Alings, A. M., Van den Berg, M. P., Hillege, H. L.,...Rienstra, M. (2014). Symptom severity is associated with cardiovascular outcome in patients with permanent atrial fibrillation in the RACE II study. *Europace*, 16(10), 1417-1425.
- Walfridsson, H., Walfridsson, U., Nielsen, J. C., Johannessen, A., Raatikainen, P., Janzon, M.,...Hansen, P. S. (2015). Radiofrequency ablation as initial therapy in paroxysmal atrial fibrillation: Results on health-related quality of life and symptom burden. The MANTRA-PAF trial. *Europace*, 17(2), 215-21.
- Wood, K. A., Barnes, A. H., Paul, S., Hines, K. A., & Jackson, K. P. (2017). Symptom challenges after atrial fibrillation ablation. *Heart Lung*, 46(6), 425-431.
- World Health Organization (1996). Research on the menopause in the 1990s, Technical Report Series. Geneva: The Author, 12-13.
- Wynn, G. J., Todd, D. M., Webber, M., Bonnett, L., McShane, J., Kirchhof, P., & Gupta, D. (2014). The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: Validation and improvement through a simple modification. *Europace*, 16(7), 965-972.
- Xiong, Q., Proietti, M., Senoo, K., & Lip, G. Y. (2015). Asymptomatic versus symptomatic atrial fibrillation: A systematic review of age/gender differences and cardiovascular outcomes. *International Journal of Cardiology*, 191, 172-177.

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：108 年 04 月 30 日

計畫編號	MOST 107-2629-B-182-001		
計畫名稱	心房纖維顫動患者早期自覺症狀及其就醫關聯性－性別差異及更年期分期比較 (L03)		
出國人員 姓名	蔡玉霞	服務機構 及職稱	長庚大學護理系 助理教授
會議時間	108 年 04 月 11 日至 108 年 04 月 13 日	會議地點	St. Paul, Minnesota. USA
會議名稱	(中文) 25 屆預防性心血管護理協會學術年會 (英文) PCNA's (Preventive Cardiovascular Nursing Association) 25th Annual Symposium		
發表題目	(中文) 影響心房顫動口服抗凝血劑患者的服藥知識及健康信念的因素 (英文) INFLUENCING FACTORS OF PATIENTS' KNOWLEDGE REGARDING ANTICOAGULANTS AND HEALTH BELIEFS AMONG PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION RECEIVING ORAL ANTICOAGULANTS		

一、參加會議經過

本人此次獲科技部補助參加於美國明尼蘇達州的聖保羅市舉辦之第 25 屆預防性心血管護理協會學術年會 (Preventive Cardiovascular Nursing Association Annual Symposium)，會議自民國 108 年 4 月 11 日至 4 月 13 日，為期三天。此會議每年由美國預防性心血管護理協會於各地輪流舉辦，主題為相關心血管疾病之學術及臨床之照護議題，下屆會議地點將於佛羅里達州舉辦。筆者於 4 月 10 日早上由桃園機

場搭機至舊金山再轉機至明尼蘇達州之明尼阿波利斯機場 (Minneapolis)，於傍晚抵達時正遇下班交通尖峰時間及下雪，約搭 30 分鐘計程車車程抵達會場飯店。三天會議包括心血管相關議題之專題演講、口頭論文發表及壁報發表。本人於 4 月 11 日早上 7:15 報到，會議於 7:30 開始，上下午各有四場專題演講，5:30-7pm 則為壁報發表者列席時間，本人此次以「影響心房顫動口服抗凝血劑患者的服藥知識及健康信念的因素」為主題發表之壁報榮獲第三名，因此將受邀投稿於護理界前十名的心臟血管護理雜誌。第二天的會議由早上 8 點至晚上 7 點，包括七大主題的專題演講及一場口頭論文發表，第三天從早上 7:30 至 12:15 有四場專題演講後結束三天的會議。4 月 13 日下午利用搭機前幾小時至附近密西西比河及街道走走，傍晚搭計程車至明尼蘇達州之明尼阿波利斯機場 (Minneapolis)，轉機至丹佛 (City and Denver) 再至接近舊金山的聖荷西 San José)，接下來至 4 月 22 日進行私人行程，於美國時間 4 月 23 日凌晨 12:45 由舊金山搭機返台，於台灣時間 4 月 24 清晨 5:15 抵達台灣，結束此次研討會行程。

二、 與會心得

此次的會議與以前參加的大型綜合性護理會議不同，此次主題皆為本人專精的心血管領域，故在專業上有較直接的成長。會議中不僅著重於心血管疾病的議題，還有其他與心血管息息相關問題的連結，如糖尿病、電解質不平衡與心衰竭、心血管疾病與癌症的關係、止痛藥與成癮、骨科問題與心血管疾病的關係、呼吸症狀於心血管疾病與肺部疾病的區辨、心臟問題的評估、文化議題、周邊血管疾病、血脂肪治療的新觀念及指引與飲食與運動等健康生活型態等議題，最令人感興趣的主題是與本人目前執行的科技部計畫相關的女性心臟病之議題，會中提到女性心臟病的問題常被忽略，且過去的研究大多以男性為主，女性心血管問題的研究資料及人數相對較少，這點與本人的觀察一致，也是未來醫護及研究人員需要留意及努力的方向，

這也是為何本人會致力於科技部「性別議題研究」的體悟及實踐。會議最後一天的重頭戲是令人觀念為之一新的梅約診所 (Mayo Clinic) 幹細胞與先天性心臟病的研究與追蹤分享，很佩服醫療人員及研究人員克服各種困難，以最新科技治療及科學化的追蹤來造福原本可能沒有希望的兒童病患，而令人感動的是大家的一致目標是期望孩子們能平安長大。最後壓軸的是護理向來非常重視的「以病患為中心的照護」，這次題目是「經由分享式決策來進階以病患為中心的照護」，此主題由梅約診所的醫師演講，在病患量不像台灣那麼多，而醫護人員數配置較多的環境下，確實可以落實更好的醫療照護品質，然而，從此主題中，重點在於學習到所謂尊重病患的決定是醫病關係反反覆覆、資訊來來回回，需要充分的時間及空間環境，有寬容的人心互動過程才是真實的「分享決策」及「以病患為中心的照護」的實踐。

此次會議比之前參加的綜合性會議有更專業實質上的收穫，加上此次沒有同伴同行，全場只有一位台灣人，需要更加獨立與勇敢，從主動介紹台灣及自我介紹中認識新朋友，除了學習新知外，更擴展了學術交流的機會，從海報得獎及評審委員邀請本人參加明年的年會中也肯定了本人研究的價值，促使自己更加向上的動力，故這次會議特別具有多重的收穫及策勵。

三、發表論文全文或摘要

Background: Understanding factors that influence patients' knowledge and health beliefs regarding oral anticoagulants (OACs) could provide effective medication instruction.

Purpose: This study examined patients with atrial fibrillation (AFib) taking OACs to determine the factors influencing their knowledge regarding OACs and their health beliefs.

Methodology: A randomized controlled study was conducted. The participants had been diagnosed with AFib and were receiving OACs. They were randomly assigned to the experimental or control group. The research instruments were medication knowledge, health beliefs, satisfaction and quality of life. Measurements were taken pretest and after 3 months. The intervention administered to the experimental group was a one-to-one interactive instruction regarding Health Belief Model–driven strategies and health information technology systems. Patients in the control group received brochures. Factors related to the effectiveness of these approaches were analyzed using multiple linear regression.

Results: A total of 159 participants were recruited (experimental group=79, control group=80). Improvements in total scores for knowledge and health belief were positively correlated ($r=0.58$, $p<0.001$). Predictors for improvement in knowledge included being in the experimental group ($B=5.87$), taking non-vitamin K antagonist OACs ($B=3.37$), having a lower perceived severity ($B=-0.08$), having lower self-efficacy ($B=-0.06$) and having higher medication satisfaction ($B=-0.05$) in the pretest. The total explained variance was 58.4%. The predictors for improvement in health belief were having lower pretest scores in medication knowledge ($B=-0.68$) and being in the experimental group ($B=6.63$). The total explained variance was 14.3%.

Conclusions and implications: Health care providers should provide health education based on theoretical strategies and through multiple methods. To advance medication-related knowledge among patients, providers should focus on the different needs of patients, increasing their awareness of taking anticoagulants, and increasing self-efficacy and satisfaction in taking precautions and decreasing the negative effects of taking OACs. Promoting patients' medication knowledge could also improve their health beliefs.

四、 建議

此次會議開了眼界，見到專業會議運用的互動式模式及新科技於臨床運用的方式可作為未來在國內的運用：

1. 聽眾選答問題的互動模式：

會議中各主題會設計一些問題，讓聽眾以選按式裝置回答問題，如此可以讓主講者了解聽眾的想法，也讓台下的聽眾與講者互動，還可以執行前後測來比較演講前後聽眾的吸收程度，此設備增加了演講的活潑及互動程度，很值得設計運用於各種授課及演講的模式。

2. APP 的臨床運用：

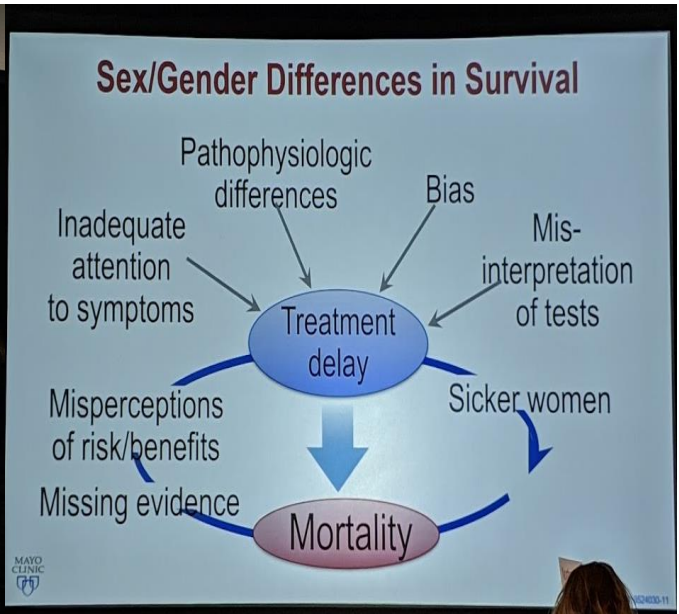
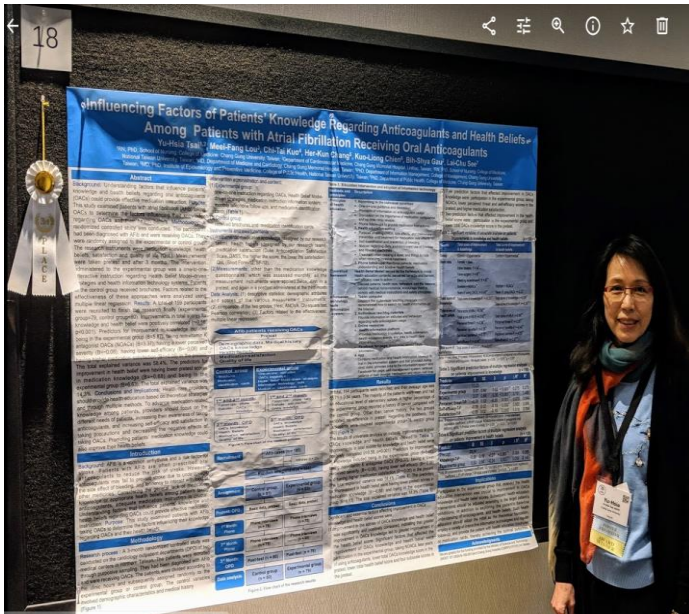
此次有一主題是梅約診所的專科護理師演講，她推薦大家可以廣用設計不錯的 APP 作為病患評估及診斷工具，這也是本人此次發表論文中所執行的研究之一部份內容，建議國內應有更多人設計各種健康照護的 APP，以提供病患居家自我照顧或作為醫護人員評估臨床問題的工具。

五、 攜回資料名稱及內容

此次攜回大會議程手冊及協會出版的各種衛教手冊、指引或單張，包括心衰竭、心肌梗塞、心房顫動及血脂異常等主題。

六、 其他

此次與會承蒙科技部計畫補助提供相關經費，謹致謝忱，附上會議相片如下。



Cardiac Diagnostics: Using Data to Assess Risk, Diagnose and Treat CVD

Jane A. Linderbaum MS, ARNP, AACC
 Associate Professor of Medicine
 Associate Medical Editor, AskMayoExpert
 Mayo Clinic
Linderbaum.jane@mayo.edu

PCNA National Meeting
 April 11-13, 2019
 St Paul Intercontinental Riverfront

for that?

Back Interactive Tools
 SIHD Risk Assessment (SIHD)

Known Ischemic Heart Disease

Special Circumstances (Irrespective of Ability to Exercise)

No Yes

Patient Able to Exercise?

No Yes

Known Ischemic Heart Disease

Patient able to exercise?

Pharm stress MPI or Echo OR Pharm stress CMR or CCTA

Nesting ECG interpretable?

Standard exercise test OR MPI or Echo w/ exercise OR MPI or Echo w/ exercise OR Pharm stress Data

Test results suggest high-risk coronary lesions?

Special circumstances (irrespective of ability to exercise)

Consider coronary revascularization to improve survival (Go to Figure 5)

Regenerative Medicine, Stem Cells and Heart Disease: Current Applications and Future Directions

Timothy J. Nelson, MD, PhD
 Director- Todd and Karen Wanek Family Program for HLHS

Different SDMs

Situations
 Problems
 Discussions
 Interactions
 Purposes

Which is best for me?

What do we want?

What matters?

How do we manage?

107年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：蔡玉霞			計畫編號：107-2629-B-182-001-			
計畫名稱：心房纖維顫動患者早期自覺症狀及其就醫關聯性－性別差異及更年期分期比較 (L03)						
成果項目			量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)	
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	
		研討會論文		0		
		專書		0	本	
		專書論文		0	章	
		技術報告		0	篇	
		其他		0	篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
		品種權		0		
		其他		0		
	技術移轉	件數		0	件	
		收入		0	千元	
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇
			研討會論文		0	
			專書		0	本
專書論文			0	章		
技術報告			0	篇		
其他			0	篇		
智慧財產權及成果		專利權	發明專利	申請中	0	件
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0		
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
		品種權		0		
其他		0				

	技術移轉	件數	0	件	
		收入	0	千元	
參與計畫人力	本國籍	大專生	8	人次	協助收案及資料整理。
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	1		因經費因素，聘任四個多月，協助收案及資料整理。
	非本國籍	大專生	0		
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	0		
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)		以本次研究經費參加今年4/11~4/13美國25屆預防性心血管護理協會學術年會(Preventive Cardiovascular Nursing Association 25th Annual Symposium)發表海報，並獲得第三名，研究內容與本研究族群相關，題目與為：影響心房顫動口服抗凝血劑患者的服藥知識及健康信念的因素 (INFLUENCING FACTORS OF PATIENTS' KNOWLEDGE REGARDING ANTICOAGULANTS AND HEALTH BELIEFS AMONG PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION RECEIVING ORAL ANTICOAGULANTS)，因獲獎，將受邀投稿於護理界前十名的心臟血管護理雜誌。			

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

1. 將撰寫論文發表國外期刊，與其他國家研究結果比較。

2. 將於國外或國內研習會(或醫護相關學會學會)發表，與相關領域醫療人員交流，期望共同為心房顫動患者能早期發現及早期就醫，以預防中風作努力。

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

1. 學術運用：

未來進一步針對心房顫動患者在早期症狀及就醫經驗於性別及年齡層的差異，與其他研究或不同選樣及場域研究繼續比較：

(1) 患者早期症狀的形式及時間特性。

(2) 患者自覺及確切影響發作因素。

(3) 患者早期就醫影響因素。

2. 社會影響運用：

對大眾教育及醫療人員衛教提供方向：

(1) 症狀表現及自我詮釋於性別上的差異，即便是無症狀也不容忽視而延誤就醫。

(2) 提醒更年期者認知心房顫動症狀，提高心房顫動症狀的警覺性，尤其是女性族群避免誤認更年期症狀而延遲就醫。

(3) 心房顫動的防治宜強調菸酒的戒除，尤其是男性。

(4) 中年者避免因工作或生活忙碌而延遲就醫應列入心房顫動防治的呼籲。

(5) 加強民眾認識心房顫動的症狀、症狀發生的正確處理方式、未處理的嚴重性與即早就醫之重要性，尤其是女性族群。

(6) 年輕患者發生疑似心房顫動症狀時，宜積極協助就醫，即早了解其病史及鑑別診斷，避免延誤就醫而造成中風或心衰竭等併發症。

3. 進一步發展：

(1) 擬進一步繼續執行相關的長期追蹤型及介入性研究。

(2) 將於國內醫護學會分享研究結果，共同為提升民眾警覺心房顫動症狀及早期就醫以預防中風作努力。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關衛生福利部，
（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否 是

說明：（以150字為限）

提供大眾教育及醫療人員衛教方向：針對心房顫動患者在早期症狀及就醫經驗於性別及年齡層的差異之提醒，提醒更年期者認知心房顫動症狀，提高心房顫動症狀的警覺性，以預防中風發生