

# 一位結腸癌末期病人撤除維生醫療死亡之護理經驗

陳宜吟、陳宥蓁

澄清綜合醫院 護理部

## 摘要

本文旨在探討一位結腸癌末期高齡病人，選擇撤除維生醫療達自然死亡之護理經驗。筆者為醫院安寧共照護理師，照護期間自2017年5月23日至2017年6月3日，運用Gordon十一項功能性健康型態評估，經由直接照護、身體評估、會談及病歷查詢等方式收集資料，確立病人有「舒適障礙」、家屬有「焦慮」及「預期性哀傷」等三項護理問題。護理過程中藉由協助止痛藥調整、舒適擺位、熱敷、芳香精油與穴道按摩等療法改善病人不適；與原團隊合作模式下，召開家庭會議提供家屬撤除維生醫療之前、中、後完整照護的資訊，達成醫療決策共識，協助病人移除維生醫療並獲得適切的後續照護；指導家屬嘗試腹式深呼吸運動、建立睡前放鬆儀式緩解家屬焦慮不安情緒，並運用主動陪伴與傾聽，引導家屬表達內心感受、討論病人受苦的意義、完成四道人生與後事準備等方式，幫助家屬渡過哀傷歷程；社工師陪伴引導家屬表達壓力處理方式與強化支持系統，協助家屬增進面臨困難決策與死亡壓力的因應能力。在全團隊共同照護努力下，使病人能有尊嚴地安然善終，家屬安適的陪伴其人生最後旅程，達到生死兩相安，期望藉此護理經驗分享，做為臨床護理人員照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2019；15（2）：57-65）

關鍵詞：結腸癌、臨終照護、撤除維生醫療

通訊作者：陳宥蓁

通訊地址：臺中市區平等街139號

E-mail：1892@ccgh.com.tw

受理日期：2018年10月；接受刊載：2018年11月

## 前言

行政院衛生福利部統計國人十大死因以惡性腫瘤為首，而大腸直腸癌蟬聯多年高居第三位，死亡率逐年攀升 [1]。過去醫療觀念以延命為目標，故病人臨終前需承受身心靈之巨大痛苦，家屬亦背負沉重的決策與照護壓力，並耗盡大量醫療與社會資源 [2]。隨著善終意識抬頭，2011年安寧緩和醫療條例三讀修正通過撤除維生醫療，落實病人的善終權及減少家屬遺憾。本文描述一位乙狀結腸癌末期病人，因家屬不放棄一線希望，堅持行氣管內插管，並入住加護病房照護等積極治療，但隨著病情惡化，近期死亡已不可避免，病人除須承受疾病疼痛，亦須面對維生醫療造成的生理不適，而家屬面臨撤除維生醫療設備難以抉擇，及不知如何面臨親人即將死亡的恐懼等，顯得焦慮惶恐與哀傷難耐，因而促發筆者寫作動機。希望藉由跨領域的團隊照護，尊重病人自主選擇權，協助移除維生醫療並減輕疼痛，促進臨終舒適，並幫助家屬表達內心感受與體認生存的意義，達到生死兩無憾的目的。

## 文獻探討

### 一、結腸癌末期病人生理照護需求與護理

結腸癌好發乙狀結腸及直腸，末期遠處轉移率達 50-60%，以肝、肺臟及腹膜轉移最常見，臨床表徵常見於惡性腸阻塞造成之腹痛與腹脹，治療以建立肛門改道手術為主 [3]。疼痛是癌症末期最常見的不適之一，影響到生理、心理或社會靈性等，鴉片類藥物是常用且有效的止痛藥，護理照護

上，包括配合呼吸放鬆技巧、芳香精油搭配穴道按摩療法、音樂治療或舒適擺位都能有效輔助緩解疼痛 [4]。末期重症病人約有 50-70% 會出現呼吸困難，甚而進入呼吸衰竭，積極插管治療雖有少許延命的機會，但病人卻承受治療帶來的不適與痛苦，因此針對疾病末期病人，提供緩解生理症狀並提高生活品質等支持性照護更顯重要 [5]。

## 二、生命末期之醫療抉擇困境

進入生命末期，病人除需承受身心靈痛苦外，家人亦背負沉重的決策與照護壓力 [6]。家屬面對親人瀕死時，醫療抉擇會受到家屬情感是否轉化、病人年齡、疾病嚴重度、生活品質優劣、輿論壓力等影響；承受壓力的同時，如果資訊不足、接受程度不佳及表達需求的能力不一致或受阻，都會影響家庭醫療抉擇結果 [7]。家屬可能會產生決策焦慮、靈性困擾、生活常規改變、倫理與角色衝突、預期性哀傷等情緒調適問題，進而削弱家庭面對危機的能力 [8]。安寧共同照護介入可以使末期病人及家屬獲得正確的善終認知，得到專業的建議與服務，並提供病人及家屬預期性悲傷輔導；透過召開家庭會議與有效的溝通，可評估家庭結構與互動，矯正病人及家屬正確觀念及期待，並安排協調撤除維生醫療後續安置問題等，進而形成醫療決策共識，建立醫病信任關係，是善終準備非常重要的一環 [9,10]。主動陪伴與傾聽、表達同理心、分享過去壓力處理經驗及尋求強化支持系統方式、引導完成人生四道等，有助於增強其內在靈性安適的動機 [11]。

## 三、撤除維生醫療相關倫理及護理措施

維生醫療指用來維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，僅能延長瀕死過程的措施；在病況不明確或家屬尚無法決策時，「限時嘗試治療」提供病人、家屬與醫療三方達成共識的彈性與時間，使醫療照護得以順利運行。但當延長生命不再是首要條件時，無效的維生醫療則應被終止 [12]。撤除維生醫療病人將面臨許多生理症狀，而費力呼吸是最常見的不適，建議給予嗎啡類藥物協助改善，如伴隨躁動，亦可使用鎮靜類藥物緩解 [13]。統計顯示撤除維生醫療後，平均存活期約為 1 小時，大多數將於 24 小時內死亡，但仍有存活超過三個月的案例，故醫療團隊仍須與家屬討論未來長期照護及出院準

備計畫 [14]。

研究顯示安寧共照團隊介入撤除維生醫療，病人或家屬在撤除維生醫療前的準備、撤管後的症狀控制、家屬的心理支持、哀傷輔導與照護品質皆高於未接受安寧共同照護的病人與家屬 [15]。給予家屬彈性的會客時間陪伴病人，鼓勵家屬表達道謝、道愛、道歉及最後道別等內心感受，藉由經常性陪伴交談與適當觸摸，增進醫病信任感；引導腹式呼吸、建立放鬆儀式、討論病人受苦的意義、後事準備或配合特殊宗教信仰儀式等方式，使家屬明白此項選擇不是放棄病人，而是持續積極的提供照護直至善終，達到提升臨終病人與家屬生活品質並減少遺憾 [16]。

## 護理過程

### 一、個案簡介

97 歲男性，大學畢業，校長退休，育有一子四女，與大兒子及案妻同住，經濟小康，慣用國語。住院期間外籍看護為主要照顧者，子女經常探視陪伴。

### 二、過去病史及住院過程

病人無過敏及抽菸史，患有高血壓、充血性心衰竭 15 年，1999 年發現第一期肺癌及慢性阻塞性肺疾病，行左肺葉切除術，2007 年曾發生腦血管意外，有規律服用藥物及門診追蹤。2016/6/2 因食慾及體重下降至本院就醫，診斷乙狀結腸癌第三期，病人考量年邁未行治療，規律於門診症狀照護追蹤。2017/4/17 因解便及解尿困難求治，診斷腫瘤轉移膀胱並造成腸道阻塞，行腹腔鏡結腸造口術及右側經皮腎造口術。此次於 4/25 因吸入性肺炎導致呼吸衰竭，家屬表示希望能積極救治，故轉入加護病房行氣管內插管，插管治療後病況仍持續惡化進展至臨終，自 4/25 插管後使用 Fentanyl 1,000mcg/hr in 50ml N/S run 10ml/hr，因病人頻繁表示疼痛及躁動不安，至 5/21 陸續上調達 20ml/hr 及 Fentanyl 12mcg/hr 2PK Q3D，必要時給予 Dormicum 鎮定藥物使用，家屬表示不捨病人承受插管的痛苦，考慮撤除維生醫療管路，故 5/23 會診安寧共同照護團隊。團隊 5/23 訪視時詢問病人撤管意願並與原團隊及家屬共同開立家庭會議，家屬表示能明白病人末期病況，

死亡已不可避免，同意撤除維生醫療，5/25 協助移除氣管內管及呼吸輔助器等維生醫療，撤管後病人躁動及疼痛情況改善，5/27 轉至一般病房，6/2 出現瀕死徵象，6/3 在家屬陪伴下安詳離世。

## 護理評估

2017/5/23 會診安寧共照團隊介入，照護期間為5/23 至 6/3，經由直接照護、身體評估、會談及病歷查詢等方式收集資料，運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行評估，分述如下：

### 一、健康認知和健康處理型態

5/23 案子表示：「爸爸不菸不酒，都有規律返診及服藥，兩個癌症他都知道，後來沒有接受治療也是他自己的意思，曾說過年紀這麼大了，再治下去沒有意義。」5/23 安寧醫師訪視時詢問病人：「把喉嚨的管子拿掉好嗎？但是拿掉之後可能就會離開」。病人用力點頭表示同意，觀察病人清醒時不斷想拉扯氣管內管及掙脫約束。6/2 案女面對病人臨終期，表示：「原先轉入加護病房時還想試試有沒有機會增加他的時間，經過這個震撼教育，我們才知道他只想舒服，爸爸這些痛苦都是我們放不下所造成的。」評估此項健康型態為正常。

### 二、營養與代謝型態

身高 173 公分，體重 65.8 公斤，BMI：22.6kg/m<sup>2</sup> 屬標準體重。5/23-6/1 鼻胃管灌食 1,600 卡 / 天、蛋白質 63.6 克，消化情形佳，因雙側肺水腫，限水 1,200ml / 天，Lasix 40mg po bid，無腹水及肢體水腫，皮膚與口腔黏膜完整。5/26 白蛋白 3.3mg/dL、鉀離子 4.6mEq/L、鈉離子 139mEq/L、5/31 鉀離子 4.8mEq/L、鈉離子 138mEq/L。6/2 出現瀕死喉聲，消化變慢，雙下肢水腫 +，與營養師討論後，建議調整管灌至 1,000 卡 / 天、限水 800ml，避免無法吸收消化造成病人負擔。評估此項健康型態為正常。

### 三、排泄型態

病人因腸阻塞及無法自解尿液，結腸造瘻口及右側腎造瘻口存留。5/23-6/1 結腸造瘻口解便約 400-600g / 天，黃褐色糊狀，腸蠕動音 10-15 次 / 分，腎造瘻口解尿液約 500-800ml / 天，自解約 200ml / 天，黃色無沉澱物。6/2-6/3 意識漸昏迷，灌食量減少，排便量減少約 200g / 天；排尿總量減少約為 400ml /

天。評估此項健康型態為正常。

### 四、活動與運動型態

案子表示病人生病前熱衷登山活動，與退休同事經常邀約上山觀雲海。2017 年年初才開始雙腳無力，多躺臥休息或看電視，家人擔心他體力消耗得很快，每天仍協助使用助行器於巷口步行 2-3 次，每次約 20 分鐘。5/23 on 7.5# Endotracheal tube with ventilator，呼吸：22 次 / 分，血氧：100%，四肢肌力 5 分，病人顯躁動不安，雖予以約束，仍頻頻拉扯身上管路。5/25 拔管後 on Venturi mask FiO<sub>2</sub>：26% 6L/min，血壓：151/49mmHg，呼吸：17 次 / 分，脈搏：65 次 / 分，血氧：100%。5/27 轉出至一般病房後，家屬每日協助高坐臥位 2 次，每次約 20 分鐘。5/28 詢問病人以搖頭表示不覺得喘，血壓：131/56mmHg，呼吸：20 次 / 分，脈搏：85 次 / 分，血氧：98%。6/2 進入瀕死期，四肢肌力 3 分，血壓：91/46mmHg，呼吸：25 次 / 分，脈搏：106 次 / 分，血氧：96%，外籍看護可確實兩小時協助翻身活動。評估此項健康型態為正常。

### 五、睡眠休息型態

住院前每日夜眠約 6-8 小時，無午休及使用安眠藥習慣。5/23 病人點頭表示氣管內管不舒服，無法休息，病人已使用 Fentanyl 1,000mcq/hr in 50ml N/S run 20ml/hr、Fentanyl 12mcq/hr 2PK Q3D，但因疾病惡化及管路留置不適，每日睡眠斷斷續續約 2-3 小時，必要時依醫囑給予 Dormicum 1amp stat，5/23 及 5/24 各施打 2 次、3 次，每次約可入睡 1-1.5 小時。5/25 協助移除氣管內管後，病人呻吟與皺眉，呼吸：28 次 / 分、脈搏：116 / 分，與醫師討論建議開立 Morphine 10mg IVD Q6H p.r.n.，5/25 及 5/26 各施打兩次，5/27 施打一次，5/28 日起未再施打即可入睡，5/31 評估近三日睡眠約 6.5 小時。評估此項健康型態為正常。

### 六、認知感受型態

案子表示：「爸爸過去處理事情很有條理，只是年紀大了，雙耳有輕微重聽，現在裝著管子（氣管內管）有時可以回應，有時又躁動得無法溝通。」5/23 案女表示：「會客時常常見他掙扎著想把嘴巴的管子拉掉，但又被綁著，感覺他很氣憤」，評估

病人氣管內管使用無法言語表達，因病況虛弱無法筆談，詢問病人「是否插管不舒服?」、「想要拿掉嘴巴的管子?」病人以點頭表示同意。評估病人有鼻胃管、導尿管、結腸造口、右側腎造瘻口及氣管內管等五種管路留置，清醒時表情痛苦、皺眉、雙手掙扎想要移除身上管路。5/24 以疼痛臉譜評估量表(NRS)詢問病人，點頭表示疼痛分數為10分，評估病人握拳槌床墊或起身欲下床、心跳由90次/分上升至120次/分，評估確立病人有「舒適障礙」護理問題。

### 七、自我感受及自我概念型態

5/23 病人點頭表示想把喉嚨管子拿掉，也明白移除之後可能會往生，亦眼眶泛淚點頭表示：「這樣活著很辛苦」。案三女表示：「爸爸是很有智慧的長者，桃李滿天下，不管出門還是在家，一定打理得乾乾淨淨、整整齐齊，所以現在身上有這麼多管路，又必須把他約束起來，對他而言一定很痛苦」。5/25 案四女表示：「爸爸過去總說年紀大了難免有些毛病，身體不管用了也沒辦法，很多事無法強求」。5/28 詢問病人現在嘴巴沒有插著管子比較舒服嗎?病人點頭表示同意，並以手撫摸喉嚨，表情放鬆。評估此項健康型態為正常。

### 八、角色關係型態

病人正值自我榮耀統整與悲觀絕望的老年期階段，過去為家中的主要決策者，入院時因疾病惡化無決策能力，由子女共同討論後行插管治療，住院期間家人經常探視陪伴，詢問病情變化，5/23 開立家庭會議時，案子表示：「沒想過爸爸插管後這麼痛苦，他好像有很多話要說，拔掉管子他可以跟我們溝通嗎?」，案二女主訴：「好怕爸爸一拿掉(氣管內管)就走了，一定要避免這樣的狀況發生，之後誰照顧他?人力夠嗎?專業度好嗎?來不及道別怎麼辦?」對於安寧醫師詢問病人是否願意撤除維生醫療，病人用力點頭同意後，案三女眼眶泛紅表示：「當初肺炎是不是就不該插管?不夠尊重他，現在讓他受了那麼久的苦才來討論這些問題」，5/24 案二女表示：「光是想到他即將面對的事，我就緊張的睡不著」，5/25 執行撤除維生醫療前，案二女含淚表示：「拔掉真的好嗎?別人會怎麼想?」

觀察案子、案女眉頭深鎖、面部緊繃、不斷發問及音調高亢。評估家屬有「焦慮」護理問題。

### 九、性生殖型態

病人與案妻同住，結婚62年，育有五名子女，一子四女，目前無性生活。評估生殖器皮膚正常，無異常出血或分泌物，住院期間案妻經常前來探視關懷，撫摸病人頭部或雙手。評估此項健康型態為正常。

### 十、因應及壓力耐受型態

5/23 案子表示病人過去一直很堅強獨立，想辦法解決生活困境，但對生命很豁達，所以發現罹癌時，子女也都順著他的想法不要再積極治療，想要好好過完剩下的時光。案三女哽咽表示：「我們知道他狀況不好，但想到一放手，他就要走了就好捨不得」，在會客時間，看見子女皆齊聚探視，面容憂愁、眼眶泛淚，甚而握緊病人雙手鼓勵病人要加油。5/25 案二女坐立不安、眉頭深鎖、眼眶泛淚表示：「他會怎麼走?會不會很難看?」、案大女含淚訴：「他走了以後，我們就是沒有爸爸的人了」。5/28 案子表示：「拔管後他確實平靜下來，也不再這麼躁動了，但昏睡的時間越來越久，也越來越難叫醒，是不是離死亡越來越近了?」6/2 病人出現臨終徵象後，案二女抱著病人流淚表示：「真的要說再見了，還是好難」。評估家屬有「預期性哀傷」之護理問題。

### 十一、價值信念型態

5/28 案子表示病人為傳統道教，有祭拜祖先，偶爾陪妻子上寺廟祈求全家平安，曾表示最大的驕傲是孩子們都很爭氣，事業家庭皆不讓人擔心，經常參與家庭聚會慶祝特定節日。6/2 案妻探視時攜帶佛珠配戴病人雙手，期望病人得願得力，平安喜樂，由菩薩引領至西方極樂世界。評估此項健康型態為正常。

### 問題確立

綜合以上護理評估，確立病人有「舒適障礙/與維生醫療管路留置及疼痛有關」、家屬有「焦慮/與撤除維生醫療抉擇有關」、「預期性哀傷/與面對親人即將死亡有關」等三項護理問題，擬定護理計畫如下：

## 護理計畫

### 護理問題一、舒適障礙/與維生醫療管路留置及疼痛有關 (5/23訂)

主客觀資料	<p>S :</p> <p>1.5/23 點頭表示：「插管不舒服」、「這樣活著很辛苦」。</p> <p>2.5/23 案子主訴：「沒想到爸爸插管後這麼痛苦」。</p> <p>3.5/23 案女表示：「會客時常常見他掙扎著想把嘴巴的管子拉掉」。</p> <p>4.5/24 以「疼痛表情十分圖表」詢問病人，點頭表示分數為 10 分。</p> <p>O :</p> <p>1.5/23 評估病人有鼻胃管、導尿管、結腸造口、右側腎造瘻口、氣管內管等五種管路留置。</p> <p>2.5/23 已使用 Fentanyl 1,000mcq/hr in 50ml N/SRun 20ml/hr + Fentanyl 112mcq/hr 2PK。每日斷斷續續睡眠約為 2-3 小時，必要時給予 Dormicum 1amp IVD stat 使用，每次可入睡 1-1.5 小時，5/23、5/24 各施打 2、3 次。</p> <p>3.5/24 病人清醒時，雙手握拳槌床墊及欲起身下床，不斷拉扯氣管內管及掙脫約束，心跳由 90 次 / 分上升至 120 次 / 分。</p>
護理目標	<p>1.5/25 病人可以入睡達 4 小時。</p> <p>2.5/28 病人可以以非語言方式，表達疼痛由 10 分降為 4 分。</p> <p>3.5/31 病人未再出現躁動行為。</p>
護理措施	<p>1.5/23 每班評估病人的疼痛徵象、強度及頻率。</p> <p>2.5/23 採集中護理，必要時給予 Dormicum 後執行管路清潔或更換。</p> <p>3.5/23 與原團隊及家屬共同召開家庭會議：(1) 照護團隊告知末期病況。(2) 照護團隊說明維生醫療設備對病人的意義。(3) 告知撤除維生醫療設備後可能出現費力呼吸、分泌物過多等症狀及緩解方式。</p> <p>4.5/24 指導家屬每日 2 次會客時間，使用薰衣草精油，以手指輕柔環形按壓病人太陽穴、百合穴及合谷穴。</p> <p>5.5/25 協助醫師移除氣管內管，撤管前依醫囑給予 Chlorpheniramine 5mg IVD stat，撤管後予 on Venturi mask FiO<sub>2</sub> : 26% 6L/min。</p> <p>6.5/25 撤管後持續每班評估病人疼痛徵象，與醫師討論後建議 Morphine 10mg SC Q6H p.r.n 使用。</p> <p>7.5/27 指導家屬予舒適擺位，協助 60 度高坐臥位，頭頸部及雙手墊枕頭適當支托、雙腳抬高 30 度。</p> <p>8.6/1 指導家屬溫熱毛巾，熱敷病人背部及四肢，每次約 10 分鐘，促進放鬆肌肉。</p>
結果評估	<p>1.5/24 給予病人 Morphine 10mg SC Q6H p.r.n. 及 Dormicum 1amp IVD stat、精油按摩後，可由 15:00 入睡至 19:30。</p> <p>2.5/25 撤管後原團隊確實開立 Morphine 10mg IVD Q6H p.r.n.，於 5/25 及 5/26 各施打 Morphine p.r.n. 兩次，5/27 施打一次，5/28 起未再施打。</p> <p>3.5/26 移除氣管內管後，詢問「疼痛表情十分圖表」病人點頭表示為 4 分。</p> <p>4.5/28 病人點頭表示嘴巴沒有插著管子比較舒服，表情放鬆，疼痛表情 10 分圖表評為 3 分。</p> <p>5.5/28 案子表示：「拔管後他確實平靜下來，不再這麼躁動了」。</p> <p>6.5/31 執行高坐臥位及精油按摩後，下午跟夜晚共可入睡 10 小時。</p> <p>7.6/2 病人進入臨終期，案三女表示：「每天熱敷後，用精油幫他按摩 2 次，他好像很喜歡也很舒服，不會再這麼躁動痛苦了」。</p> <p>8.6/3 病人在家屬陪伴下安詳離世。</p>

護理問題二、焦慮/與撤除維生醫療抉擇有關 (5/23訂)

主客觀資料	<p>S :</p> <p>1.5/23 醫師詢問：「把喉嚨管子拿掉好嗎？」病人點頭表示同意。</p> <p>2.5/23 案二女表示：「好怕拔管後他就走了，拔完後照顧人力夠嗎？醫生護士專業度好嗎？」、「當初是不是就不應該插管？」。</p> <p>3.5/24 案二女聲音顫抖表示：「光是想到他即將面對的事，我就緊張的睡不著」。</p> <p>4.5/25 執行撤除維生醫療前，案女含淚問：「拔掉真的好嗎？」、「別人會怎麼想？」。</p> <p>O :</p> <p>1.5/23 兩位專科醫師診斷為末期病人，近期死亡已不可避免。</p> <p>2.5/23 開立家庭會議時，觀察子女眉頭深鎖、面部緊繃及音調高亢。</p> <p>3.5/23 家屬聽聞醫師詢問病人撤管意願後，案二女緊握病人的手不斷點頭流淚。</p> <p>4.5/25 觀察案女於撤管時顯坐立不安、表情疲憊、難以集中注意力、不斷發問問題。</p>
護理目標	<p>1.5/23 家屬能說出 3 個造成焦慮情緒的原因。</p> <p>2.5/25 家屬能運用 2 種緩解焦慮情緒的方法。</p> <p>3.5/25 家屬能了解病情資訊與處置建議並做出決策。</p> <p>4.5/28 家屬表示能減少自責的感受，並得以入眠。</p>
護理措施	<p>1.5/23 會客時予傾聽陪伴，了解家屬焦慮原因及需求，引導家屬具體表達內心擔憂。</p> <p>2.5/23 主動介紹安寧共照團隊成員包含醫師、護理師、居家護理師、社工、心理師、藥師及營養師，提供緩和性舒適照護及協助醫療決策等服務。</p> <p>3.5/23 偕同原團隊醫師、主責護理師及社工共同與家屬召開家庭會議：(1) 照護團隊告知家屬病人末期病況及撤除維生醫療流程。(2) 說明撤管後可能出現呼吸喘、分泌物多等不適症狀與處理方式。</p> <p>4.5/23 協助於家庭會議後提供 30 分鐘探訪陪伴時間，引導家屬行人生四道。</p> <p>5.5/23 協調加護病房，家屬若有需求可提供彈性探視時間及次數。</p> <p>6.5/24 偕同醫師說明撤管後，可轉至一般病房或協助返家接受安寧居家照護。</p> <p>7.5/24 於會客室指導案女緩解焦慮的方法：(1) 如有疑問可以隨時電話聯絡加護病房詢問瞭解現況。(2) 指導腹式呼吸法，建議反覆練習數次，直到情緒平穩。(3) 鼓勵睡前建立放鬆儀式，如洗熱水澡、聽佛經平靜心靈等。</p> <p>8.5/25 協助案女精油按摩太陽穴，並經鼻腔嗅吸香氣，引導放鬆緊繃肌肉與焦慮情緒。</p> <p>9.5/27 協助病人轉出至一般單人病房，鼓勵家屬經常陪伴，從事與病人過去熟悉的活動。</p>
結果評值	<p>1.5/23 案二女能說出原因：(1) 怕拔管後來不及道別。(2) 擔心拔管後他會痛或很喘。(3) 擔憂爸爸後續沒有得到妥善的照顧等造成焦慮的原因。</p> <p>2.5/24 案大女與護理師握手表示：(1) 還好在決定拔管後，有去跟爸爸說會幫他拔管讓他舒服，這樣他才能安心。(2) 相信醫師跟護士會好好照顧爸爸。</p> <p>3.5/25 案二女能運用精油按摩、深呼吸冷靜及睡前用熱水沖澡等方法來放鬆心情」。</p> <p>4.5/25 家屬表示明白現況，尊重病人意願，並有一致共識同意及簽屬完成「不施行維生醫療同意書」。</p> <p>5.5/28 大女眼眶泛紅，輕撫病人的手表示：「爸爸會知道，我們每個選擇都是愛他的表現，希望他能有尊嚴地離開。這幾天泡熱水澡或將薰衣草精油滴在枕頭上，都能較放鬆心情，睡得也比較好，隔天才有精神來唱歌及唸報紙給他聽，珍惜我們最後的時間」。</p>

護理問題三、預期性哀傷/與面對親人即將死亡有關 (5/23訂)

<p>主客觀資料</p>	<p>S:</p> <p>1.5/23 案二女表示：「想到一放手他就要走了，好捨不得」。</p> <p>2.5/25 案大女含淚訴：「他走了以後，我們就是沒有爸爸的人了」。</p> <p>3.6/2 案女表示：「原本想試試有沒有機會增加他的時間，現在才知道他只想舒服，爸爸這些痛苦都是我們放不下所造成的」。</p> <p>4.6/2 病人出現臨終徵象後，案二女抱著病人流淚訴：「真的要說再見了，還是好難」。</p> <p>O:</p> <p>1.5/23 兩位專科醫師診斷為末期病人，近期死亡已不可避免。</p> <p>2.5/23 家庭會議中，觀察家屬面容憂愁、眼眶泛淚，偶爾拭淚。</p> <p>3.5/23 案女聽聞醫師詢問病人撤管意願後，緊握病人的手不斷點頭流淚。</p> <p>4.5/58 觀察家屬經常對病人說：你要加油喔！</p> <p>5.6/2 觀察案子與案女時常陪侍在側，時而流淚撫摸病人。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.5/25 家屬能在病人臨終前說出內心想法。</p> <p>2.5/28 家屬能說出支持系統或未來因應策略。</p> <p>3.6/3 家屬表示能接受病人死亡。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.5/23 協助於家庭會議後提供 30 分鐘探訪陪伴時間：(1) 引導家屬輕握病人的手，告知病人即將撤管讓他舒服。(2) 引導家屬施行人生四道，如向爸爸道謝、道歉、道愛及請他放下，道別等話語。</p> <p>2.5/23 社工師引導家屬說出目前的情緒感受。</p> <p>3.5/24 傾聽並同理家屬的不捨，肯定家屬在照護上的努力與付出。</p> <p>4.5/25 引導家屬討論病人承受治療痛苦經驗的意義。</p> <p>5.5/25 家屬哭泣時協助拉上床簾，提供面紙，輕撫拍背。</p> <p>6.5/26 社工師引導家屬說出過去處理哀傷經驗與可提供支持的成員或方法。</p> <p>7.5/27 協助轉出加護病房至一般單人病房，完成家屬可隨時陪伴在側的心願。</p> <p>8.5/28 社工師引導家屬說出病人往生後，如何重拾生活的意義與力量。</p> <p>9.6/1 與家屬討論後事準備：施行之宗教儀式、服儀準備、臨終地點的選擇及喪葬資訊。</p> <p>10.6/2 教導家屬瀕死喉音、消化差及雙下肢水腫等瀕死症狀的原因及照護方式。</p> <p>11.6/3 在佛經播放中，引導家屬共同參與遺體清潔更衣，並協助聯繫葬儀社及辦理出院手續。</p>
<p>結果評值</p>	<p>1.5/23 案女說出：「讓他這麼辛苦，覺得對他很抱歉，很對不起他」之內心想法。</p> <p>2.5/23 引導案二女行人生四道：「謝謝您養育我們成人；對不起讓您受了這麼多苦；我們都很愛您，非常愛您」。</p> <p>3.5/25 案子表示：「知道大家都盡力了，他一直在教我們要放下」之內心想法。</p> <p>4.5/28 案子也說出：「我們兄妹們感情一直很好，過去有困難都會經常聯絡，互相支援幫忙，以後也會一起擔負照顧媽媽的責任」。</p> <p>5.6/3 病人於家屬齊聚陪伴下，穿著案妻準備的中國服安詳離世。</p> <p>6.6/3 行遺體護理時案女表示：「謝謝您聽到我們的乞求，多留了這些天，您一生已功德圓滿，現在可以跟著菩薩去西方世界了」。</p> <p>7.6/17 電聯家屬，案女表示病人後事辦得很莊嚴，很多人來送爸爸最後一程，他此生功德圓滿，應該覺得很欣慰。家人都很平靜，謝謝醫療團隊的用心照顧，讓爸爸走得很平安。</p>

## 結論與討論

本文描述一位結腸癌末期高齡病人，在限期嘗試醫療後仍進入生命末期，選擇撤除維生醫療達自然死亡之護理經驗。病人於生命末期，因承受疾病與維生醫療設備留置的痛苦，造成舒適障礙，而家屬因面對撤除維生醫療抉擇產生焦慮不安，及面臨親人即將死亡感到哀傷。

安寧共照團隊介入，透過召開家庭會議說明移除維生醫療後病人可能出現的問題、照護處理方式與討論善終計畫，此與文獻 [9] 及 [10] 提及透過召開家庭會議，提供家屬正確觀念及期待，形成醫療共識決策是一致的。而家屬面對撤除維生醫療後，病人隨時會死亡的恐懼，出現焦慮與哀傷情緒，依文獻 [11] 提及主動陪伴與傾聽，偕同社工師引導家屬辨識哀傷情緒，及運用生命回顧方式協助家屬與病人完成人生四道等，達到病人善終與家屬善生。

此次照護中，面對家屬滿溢的情緒反應充滿挑戰，筆者嘗試作為原團隊及家屬的溝通橋樑，專注病人釋放的善終訊息，引導如何在治療利弊及病人生活品質中取得平衡，並持續審視照護目標的適切性，欣慰在多方持續共同努力下，有了圓滿的結局。安寧緩和照護目的為增進末期病人身心靈平安，此病人在共照團隊的介入照護後，雖撤除了病人維生醫療設備，但團隊照護期間，病人因虛弱無法筆談，僅能以簡單點頭等非語言方式表達意願，撤管後亦未能以言語表達，故無法更深入評估病人社會及靈性需求，提供相關協助，此為照護之困難；然而病人進入臨終期才照會安寧共照團隊介入，照護病人時間短暫，故施行之護理措施有限，此為照護之限制。如果醫療人員有足夠的專業評估與善終理念，在病人進入疾病末期時能夠及早啟動生命末期照護會診，讓病人尚可溝通時有機會表達善終計畫與心理靈性需求，並協助家屬獲得完整的善終知識與照護技巧，因此建議醫院應發展生命末期會診條件資訊提示，讓臨床醫療人員有所依循，針對疾病末期病人，安寧共照團隊能夠及早介入評估關懷，並結合社工師或心理師提供心理支持與追蹤關懷，協助末期病人有尊嚴地安然善終，家屬安適的陪伴其人生最後旅程，真正達生死兩相安。

## 參考文獻

1. 行政院衛生福利部：105年國人死因統計結果。

- 2018。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html>
2. 陳殷正、劉郁孚、蔡蕙珊 等：安寧緩和醫療條例回顧與探討。醫學與健康期刊 2016；5（1）：25-34。
  3. 林貴滿：消化系統疾病病人護理。胡月娟。內外科護理學（上冊）。臺北市：華杏。2015：735-926。
  4. 簡淑慧、廖美南、李淑慧 等：從實證觀點談「按摩處置」對於癌痛病人之成效。護理雜誌 2014；61（6）：23-28。
  5. 林育靖、葉月嬌、賴允亮 等：安寧病房醫護人員對病患使用輔助醫療的態度。安寧療護雜誌 2011；16（1）：27-41。
  6. 蔣如富、李佳欣、馬瑞菊：一位重症末期病人其家屬選擇撤除維生醫療之照護經驗。領導護理 2016；17（3）：59-70。
  7. 黃麗續、魏書娥：加護病房裡生命末期的醫療決策：以簽署不施行心肺復甦術意願（同意）書的決策分析為例。生命教育研究 2013；5（1）：25-56。
  8. Silver Jk, Raj VS, Fu JB, et al.: Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. Supportive Care in Cancer 2015; 23(12): 3633-3643.
  9. 吳莉芬、洪玉純、陳昱光 等：末期病人撤除維生醫療-安寧共同照護介入之經驗。腫瘤護理雜誌 2016；16（2）：5-14。
  10. 黃馨葆、陳皇吉、蔡珮渝 等：如何以家庭會議協助重症病人生命末期決策。安寧療護雜誌 2014；19（3）：268-281。
  11. 謝慧觀、林蕙鈴：緩和照護中伴隨呼吸困難病人的處置。呼吸治療 2014；13（2）：23-33。
  12. 黎瑞萍、李淑靜、陳巧萍 等：慢性阻塞性肺病末期使用限期嘗試行治療的照護經驗。安寧療護雜誌 2012；17（2）：210-221。
  13. Epker JL, Bakker J, Kompanje EJ: The use of opioids and sedatives and time until death after withdrawing mechanical ventilation and vasoactive drugs in a dutch intensive care unit. Anesth Analg 2011; 112(3): 628-634 .
  14. 黃馨葆、許淑欣：不予及撤除維生醫療之護理實務。彰化護理 2016；23（1）：2-5。
  15. 陳淑廷、沈秀宜、黃淑芬 等：為善終而做撤除維生醫療系統之經驗分析。北市醫學雜誌 2015；12：57-67。
  16. 趙可式：安寧療護是普世價值且為護理的本質。領導護理 2015；62（2）：5-12。



# Care Experience of a Terminal Colorectal Cancer Patient after Withdrawal of Life-Sustaining Treatment

Yi-Yin Chen, Yu-Chen Chen

Department of Nursing, Cheng Ching General Hospital

## Abstract

The aim of this paper was to discuss the care experience of an elderly patient with terminal colon cancer, who chose to withdraw life-sustaining treatment and die naturally. The author is a shared care nurse in a hospice who took care of the patient from May 23 to June 3, 2017. Gordon's 11 Functional Health Patterns was used for evaluation and information was collected through direct care, physical assessment, conversations, and medical records. The patient was confirmed to have impaired comfort, and his family members experienced anxiety and anticipatory grief. During care, treatments like readjusting pain-killers, lying comfortably, hot compress, essential oil, and acupoint massage were administered to alleviate the patient's discomfort. Collaboration with the patient's original medical team and family meeting were used to provide family members with information on care before, during, and after withdrawal of the life-sustaining treatment, and consensus on a medical decision was reached to assist the patient in withdrawing the life-sustaining treatment and obtaining subsequent appropriate care. The family members were guided on abdominal deep breathing exercises and relaxation methods before sleeping to alleviate their feelings of anxiety and uneasiness. In addition, active companionship and listening was used to guide family members to express their feelings; discuss the meaning of the patient's suffering; complete the expression of love, apology, gratitude, and farewell; and funeral preparations, and assisting the family members in transitioning through the grief process. The social worker guided the family members in stress management techniques and strengthening support systems and assisted them in improving their coping ability in the face of difficult decisions and the stress of death. With the joint care efforts of the entire team, the patient was allowed to die with dignity and peace, and the family members comfortably accompanied the patient in his last stage of life. The author hoped that this nursing experience can be used as a reference for care by clinical nursing staff. (Cheng Ching Medical Journal 2019; 15(2): 57-65)

**Keywords :** *Colon cancer, Terminally-ill patient care, Withdrawing life-sustaining treatment*