

照顧一位下咽癌末期 合併肺轉移病人之護理經驗

彭美旗¹、謝淑娟²、林琪馨³

奇美醫院 安寧居家¹、安寧病房²、護理部³

摘要

本文是描述一位 57 歲男性因下咽癌末期合併肺轉移之病人，病人面臨癌症進展造成呼吸道症狀不適，更加感受到死亡產生焦慮；筆者於 2020 年 12 月 4 日至 2020 年 12 月 29 日護理期間；運用生理、心理、社會、靈性層面的評估，藉由家訪過程直接照護、筆談、觀察、溝通、電訪、查閱病歷、診斷報告及身體評估等技巧收集資料，確立病人有呼吸型態改變、皮膚完整性受損及死亡焦慮等健康問題；筆者提供穴位按摩、想像療法及肺部輔助運動等照護，改善呼吸困難症狀；運用失禁性皮膚炎照護促進傷口癒合；鼓勵及引導病人與家屬表達內心真實的感受，與家人間的不捨及擔憂，運用生命回顧肯定生命的意義及價值；更藉由死亡咖啡館方式偕同團隊人員，一同陪伴病人及家屬共同面對死亡，討論生後事及餘生期待，達到死亡準備、靈性平安及減輕死亡焦慮。末期病人的照顧除了涵蓋身心靈，也反應五全照顧的重要性，才能提供個別性及完善的照顧，期望此照顧經驗，提供照顧末期病人的護理人員做為參考。（澄清醫護管理雜誌 2023；19（3）：54-64）

關鍵詞：下咽癌末期、呼吸困難、失禁性皮膚炎、死亡焦慮、死亡咖啡館、護理經驗

通訊作者：林琪馨

通訊地址：台南市永康區中華路 901 號

E-mail：n830864@gmail.com

受理日期：2022 年 6 月；接受刊載：2022 年 9 月

前言

依據 2020 年國人癌症死因統計，口腔癌高居十大癌症死亡率第六位，口腔癌包含口咽癌及下咽癌，以 50-60 歲為好發年齡，其中 70-90% 下咽癌的病人發現已是第三、四期，是頭頸部癌症中預後最差 [1,2]，下咽癌末期病人高達 70% 會出現呼吸困難，症狀隨疾病的進展而加重 [3]；而呼吸困難是一種主觀感受到呼吸不順暢及不適的感覺，此過程容易造成身體功能及活動下降，感受到壓迫與窒息，引發病人無助、恐慌與更加感受到死亡的逼近 [4]。

本文病人為 57 歲男性正值中壯年階段，在工作上有相當的成就及肩負家庭責任，卻在此時被診斷出下咽癌合併肺轉移，隨著癌症的歷程，病人出現生理不適外，還因治療過程導致附加症狀延續至返家，面臨著角色功能轉變、需依賴家人陪伴又擔心造成負擔的心境、與家人分離的不捨、甚至死亡議題；筆者於居家照顧期間評估上述問題，想進一步提供病人及家屬適切的照顧，達到良好症狀控制外，能陪伴病人及家屬正向思考死亡的議題，協助得到善終，故引發筆者寫作動機，藉此照護經驗期盼能對此類病人照顧有所裨益。

文獻探討

下咽癌五年的存活率佔約為 30-35% 預後差 [5]；下咽癌末期症狀包括：吞嚥及呼吸困難、頸部淋巴腫脹、吞嚥疼痛和呼吸喘鳴音等問題，癌症末期疾

病無法根治，故以減緩症狀為首要目標 [6]。下列依病人健康問題及照護進行文獻探討：

一、呼吸型態改變之照護

腫瘤因生長部位壓迫及肺部轉移浸潤和阻塞之影響，產生呼吸作功增加，導致病人有呼吸急促及窒息感甚至呼吸困難等症狀，引發呼吸型態改變，而產生害怕及焦慮感受到死亡，針對此健康問題之照護可分為藥物及非藥物 [7,8]：

(一) 藥物治療包含：1. 嗎啡藥物降低延腦對於低血氧及高二氧化碳的敏感性，改善呼吸速度及呼吸困難的感覺 [7]；2. 類固醇抗發炎作用，緩解腫瘤引起呼吸道發炎及阻塞性的呼吸困難 [9]；3. 當呼吸困難伴隨焦慮，抗焦慮及鎮靜藥物除減輕焦慮也同時減緩呼吸困難的程度 [7]；4. 抗生素治療肺部阻塞及浸潤，而改善呼吸道症狀 [8]。

(二) 非藥物照護措施包含：1. 氧氣治療，抑制週邊的化學接受器的敏感性，改善血中氧氣濃度 [7]；2. 想像療法藉由錄音、錄影、口語指導引導病人專注在視、聽、觸、嗅的感覺上，運用想像力喚起心理圖像，產生神經傳導刺激大腦情緒中樞，藉著正向策略取代負向事件因應方式 [10]；3. 運用精油芳療及肺經穴位，透過皮膚按壓穴位搭配精油特性，經由嗅覺及皮膚吸收方式，達到肌肉放鬆、鎮靜、舒適及緩解呼吸困難的效果 [11]；4. 風扇的使用以涼風直接吹拂臉頰，維持室內空氣流通，運用分布於臉頰的三叉神經溫度與機械刺激感覺接受器，當臉部三角區溫度下降的同時驅動呼吸抑制 [12]；5. 肺部訓練運動對於咳嗽功能和呼吸肌的恢復是有效的，同時減少肺炎的發生率，肺部輔助運動可改善日常生活的耐受性，減輕呼吸困難不適症狀，並且每次單一種漸進式的呼吸肌肉訓練最為合適，可以最大幅度的減少病人負擔 [13]。

二、皮膚破損之照護

研究顯示多種抗生素治療，會破壞腸內微生物群而改變腸道功能，易引發抗生素相關性腹瀉的發生，使得皮膚受到排泄物侵蝕及浸潤造成損傷，加上清潔時的摩擦力讓皮膚喪失保護膜，而產生失禁性皮膚，依浸潤程度皮膚發紅至損傷剝落、水泡、糜爛、有滲液及疼痛感，可分為輕、中、重等級，危險因子包含：大小便刺激、持續時間及頻率、會

陰部皮膚狀況、溫度、營養、藥物如抗生素、尿布潮濕不通風等，適當的預防及照護，可改善皮膚症狀及減輕疼痛 [14,15]。因此皮膚破損護理措施包括：(一) 溫水沖洗，清潔後再以按壓輕拍方式拭乾，減少皮膚的摩擦力；(二) 觀察傷口分泌物顏色、量與性質，可使用保護膜噴劑、皮膚保護霜等產品，給予皮膚發紅及破損處適當隔離防護；(三) 選用拋棄式且吸水性佳的紙尿布或看護墊，臥床時間不包尿布、改用看護墊，增加皮膚與空氣接觸維持皮膚通風乾燥，體力恢復時每日定時協助練習下床如廁 [16]。此外，抗生素引發的相關性腹瀉，可藉由益生菌添加改善腸道內微生物菌叢的生態平衡，促進腸道健康 [17]。

三、靈性問題與死亡焦慮之照護

當病情惡化時病人容易出現焦慮、絕望及不安，包括時間、疾病、瀕死過程、死後情景感到害怕、焦慮、恐懼的感受 [18]。死亡焦慮是指面對著真實死亡的預見與逼近，感受到的焦慮與害怕更為切身，擔憂自己死亡對重要關係人的衝擊、疾病末期失能而致使照顧者工作增加或對於重要生命目標未完成 [19]。照護過程可藉由情緒支持及提供同理心，透過專業的知識給予解釋、澄清，引導思考，幫助病人和他們所關心的人瞭解彼此感受及病人的經歷，協助面對此刻的困境，鼓勵正向的態度面對，肯定生命受苦之意義及價值，藉此夢想與心願的完成，提升靈性層次、啟發內在力量、或利用宗教信仰，運用「死亡咖啡館」方式討論和規劃生後事及預想死亡的情景達到善終 [20,21]。當病人死亡無法避免時，更應傾聽家屬內心壓力及衝擊，幫助情緒抒發、陪伴、與他人會談及念佛方式，引導摯愛家人面對死亡事實並感受到愛與被愛的歸屬感，協助病人能平靜安詳走完人生旅程，以達生死兩無憾 [19,20]。

護理過程

一、病人簡介

許先生，57 歲，已婚，育有兩女一男，國中畢業，慣用國台語，與太太及子女同住，與家人互動良好，情感緊密，是家中主要決策者，上有三個兄長、姐姐及妹妹各一位，與手足間彼此常有聯繫，經濟來源養殖白蝦，主要照顧者太太，醫療及重大

事件決策由太太與子女共同討論；2019年3月簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。

二、過去病史

慢性阻塞性肺部疾病、糖尿病、高血壓、肺部膿瘍手術、恐慌症、左側腎腫瘤切除術、常規血液透析。

三、疾病歷程

| | |
|------------------|--|
| 2018年6月 | 咳嗽有血、聲音沙啞求治，鼻咽喉內視鏡及電腦斷層檢查，下咽惡性腫瘤第四期，行化學治療藥物及放射線治療。 |
| 2018年8月 | 放射線治療後咽部組織受損、腫脹及腫瘤壓迫呼吸困難，放置氣管內管後行氣管切開術。 |
| 2018年12月至2019年3月 | 肺炎反覆住院5次，發現食道與氣管上段因腫瘤形成瘻管故行空腸造瘻術，由空腸造瘻口處灌食。 |
| 2020年3月 | 肺炎住院，檢查發現腫瘤肺部轉移至右下肺葉（T4N2M1）。 |
| 2020年11月 | 肺炎反覆住院，11/5-12/2期間陸續 Vancomycin、Ertapenem、Tazobactam 及 Cefoperazone 四種抗生素治療。 |
| 2020年12月 | 12/2出院，12/4銜接安寧居家續照顧。 |

四、護理整體性評估

筆者照護期間自2020年12月4日至2020年12月29日，歷經居家訪視8次及電訪5次，運用生理、心理、社會、靈性層面評估，藉由訪談、陪伴、關懷、觀察家庭互動方式、查閱病歷、診斷報告及身體評估等技巧收集資料如下：

（一）生理層面

1. 外觀及身體心像：意識清楚 E4V TM6，頸部氣切造口留置及現存腹部空腸造口，周圍皮膚無紅腫及破皮，左手前臂 A-V shunt 皮膚外觀兩個微突起，觸診明顯震顫感，左頸部外觀腫可觸診到兩個淋巴結。兩年前曾因氣切及腸造口外觀改變，影響社交活動帶來衝擊，家人不斷鼓勵及感受到維持生命所需，現可與家人外出活動，將管路

視為身體及生活上的一部分，未造成身心困擾。

2. 氧氣與循環：四肢末梢冰冷無發紺，雙側肺部呼吸音呈乾囉音，雙下肺葉呼吸音微弱，咳嗽有痰可自咳氣切口外，痰液黏稠、色淡黃含血絲、量少，氣切手術後家中備有氧氣製造機及抽痰機，平均一週抽痰3-4次。12/4「胸前悶悶緊緊、吸不到氣的感覺，好像快窒息了」、「我是不是快死了，連續住院兩次，坐起來都會喘，用氧氣才會舒服一點」。12/6觀察坐起呼吸：23-26次/分鐘、血氧：89-90%、脈搏：115次/分鐘、胸廓起伏明顯費力，呼吸不順時，可調整半坐臥姿勢及氧氣使用，「胸前緊繃呼吸不到，害怕一口氣吸不上來」、「我不喜歡被抽痰，太太擔心有痰卡住不舒服，會在氣切口上段抽吸，大部分咳出來」；12/8「去魚塢有涼涼的海風吹著，感覺很舒服不會有呼吸喘」觀察病人描述呼吸喘神情害怕、皺眉、拉太太衣角，太太握手安撫後可緩和情緒。目前用藥 Morphine 15 mg 1# po Q8H、Dexamethasone 0.5mg 1#po QD 及 Alprazolam 0.5mg 0.5# po BID 及 Bisolvon 2ml+H/S 2ml inha BID，評估有氧氣與循環健康問題。
3. 排泄：每週洗腎三天，一到兩天偶自解尿一次，每次尿量約300-400ml色黃，解尿順暢無灼熱感。12/4訪視時病人腹瀉4次，糞便性狀為色黃稀便，含有黏液味臭量多，腹部柔軟，腸音21次/分鐘、高亢；12/6腹瀉3次黃稀便，含有黏液味臭量中、12/8腹瀉2次黃稀便，含有黏液味臭量少、12/10腹瀉1次黃稀便，含有黏液味臭量少，12/13解1次成形黃軟便，12/4開始使用止瀉藥物，解便次數漸遞減。
4. 營養：身高168公分，體重58.6公斤，營養師建議水份限制及熱量需求，普腎納一天共四餐每餐237ml，水份共688克，熱量共1,800大卡由空腸造口處灌食，熱量足夠。口腔黏膜完整，舌苔白薄、缺牙，

觀察仍有口慾，進食固體食物咬後再吐出，口渴時吞嚥小口清茶止渴，部分液體從氣切滲濕紗布。因洗腎皮膚乾燥，四肢皮膚抓痕明顯，觀察可自行使用 Vit.A.D.E. Cream 擦拭滋潤皮膚。12/4「在醫院屁股痛到不想動」「屁股傷口刺痛，解便後及擦拭時最痛，疼痛指數 5 分」，臀部及肛門口浸潤發紅 8x10 公分，肛門周圍 6 個點狀小破皮，右下臀及左下臀兩處 3x3 及 2.5x3 公分浸潤破皮傷口邊緣不規則及水腫。12/6 太太「擦到不知道怎麼辦，擔心大便沒換屁股更嚴重，2-3 小時就檢查一次，現在白天晚上尿布都包著」、「皮膚都破掉了，我該怎麼做皮膚才會趕快好」。因腹瀉後造成肛門周圍皮膚浸潤破損，評估有皮膚完整性受損及失禁性皮膚炎健康問題。

5. 活動與休息：雙上肢肌肉力量 5 分，雙下肢肌肉力量 4 分，癌症病人生活功能指標評估 (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG)，ECOG3 分，一天有一半時間均臥床，太太協助灌食、更換尿布及準備刷牙用品在床邊，可自行床上刷牙及翻身擺位。生病前喜愛釣魚休閒活動，經營魚塢後每日固定在魚塢 12 小時左右，因工作忙碌減少休閒活動；生病後因活動容易喘，以床上執行休閒活動為主，如看棒球比賽節目或手機魚貨買賣；平日睡眠時間可達 7-8 小時，無服用安眠藥。
6. 感覺知覺功能：對話過程中用發聲氣切內管發出氣音，偶以搖頭或點頭及書寫方式，感覺、知覺及思考能力正常，會談過程中，可正確說出人、事、物。運用疼痛數字等級量表 (Numerical Rating Scale, NRS) 評估病人疼痛程度，12/8「疼痛指數 5-6 分，給予 Morphine 15 mg 1# po prn 30 分鐘可緩解改善至 2 分」，用力咳嗽、呼吸費力誘發疼痛，部位從頸部延伸至胸前，疼痛性質為緊繃及悶、刺痛，涼涼膏按摩肩頸 10 分鐘，放鬆緊張肌肉促進舒適，可忍受疼痛指數 6 分，當疼痛指數 6 分以上使用止

痛藥物可緩解，常規藥物 Morphine 15 mg 1#Q8H，平均一週額外使用劑量 1-2 次，疼痛指數維持在 0-2 分，評估藥物使用成效佳，慢性疼痛可達控制。

(二) 心理層面

經過兩次癌症衝擊下易憂慮、害怕，沮喪時不知所措，聽到壞消息容易與自我疾病做聯想，而引發哀傷及焦慮情緒，太太去魚塢工作時，偶坐輪椅去看看才能安心，12/4「我還是放不下魚塢，雖然太太一個人可以經營，我還是都要坐輪椅一起陪伴，怕她遇到問題不會處理、怕她太累，就當作是我最後能為家人做的事」、「我死了太太怎麼辦，她一個人會很孤單，小孩不知道會不會孝順她」、「坐起來也會喘，會不會就這樣喘到死，這幾次住院讓我感到害怕，覺得沒剩多少時間了」、「住院沒發燒我就問醫生可以回家嗎？我知道癌症會死，怕住院之後就看不到家人」；12/6「上一次半夜送去急診，醫生說肺部積水，我堅持不要住院，簽自動出院我不要死在醫院」；12/8「昨天太太出門讓我等了好久，開始上氣不接下氣，過程中感到害怕」、「我夢見自己不行了，看見已經離開的父親。」病人因反覆多次住院感受到死亡的接近，與家人分離的不捨產生焦慮及不安情緒，評估有死亡焦慮健康問題。

(三) 社會層面

講義氣、重朋友，生病前常跟三五好友一起泡茶，很多人會請教他如何養蝦及判斷蝦子有無生病，將病人視為養蝦專家，此事帶來成就感。氣切後溝通困難，與魚塢友人互動減少，也惋惜因抽菸、吃檳榔賠上了身體。與家人之間的感情融洽緊密，大女兒調任回來台南工作並幫忙，觀察與大女兒互動最多，案兩女兒在家會幫忙灌食，每週洗腎三天太太陪伴，需家人陪伴才有安全感，現在一家人相聚時間增加，再多的辛苦都是值得的。結婚 30 年因個性急躁夫妻間易有衝突，都是太太忍讓病人，表示不影響夫妻感情，太太常會握住病人的手給予鼓勵及安慰。以為子女長大家中經濟負擔能減輕，因生病無法工作，經濟來源落在太太身上，加上醫療費用支出，自覺成為經濟及照顧負擔而感到無奈。

(四) 靈性層面

民間宗教信仰，生病後太太求佛像保平安，12/4 胸前佩戴是太太求來與生肖相符的「文殊菩薩」，平安符放枕頭下，家裡有祭拜祖先及神明的習慣，12/8「罹癌後固定時間去廟裡拜拜祈福，相信心存善念會有福報」。面臨癌症曾經多次流淚表示「一生沒有做任何壞事，都在幫助別人」，「對姪子疼愛，反被姪子騙百萬，也將長期沒有工作的三兄帶領著一起經營魚塢」，「重視手足親情，認為親人間相互扶持是最重要的」。每 1-2 個月都會回去看案母，案母 90 歲失智 7-8 年，對病人生病一事會忘記，12/8「如果我比媽媽先走代表不孝，你覺得我可以再多活幾年嗎？」、「我想我沒機會看到小孩結婚及抱孫子，很遺憾！」，認為在傳統的習俗下，比父母親先離開代表著不孝，未善盡為人

子的責任，故願意積極配合醫療，希望可以延長生命，不要比母親先離世。心願是看兒女結婚生子，當阿公含飴弄孫，兩位女兒沒有交往對象及小兒子仍在求學中，也了解疾病進展，並非能達成此心願出現失落感；12/10「我應該想想怎麼安排我後面的事，我怕我太太沒辦法接受我的死亡及處理這些事。」病人重視孝悌精神，面對疾病進展，生命能量即將消逝，無法善盡為人父與子的責任帶著遺憾及愧疚的心，評估有死亡焦慮健康問題。

問題確立

藉由以上護理評估確立病人有「呼吸型態改變」、「皮膚完整性受損」、「死亡焦慮」等三項健康問題，依照 Maslow 理論生理需求層面做為健康問題之排序，將氧合問題做為優先，並提供病人相關護理措施敘述如表下：

護理措施

一、呼吸型態改變/因下咽癌合併肺轉移及肺炎 (2020. 12. 4-2020. 12. 15)

| | |
|----------------------|---|
| <p>主 / 客觀 資料</p> | <p>S1：12/4「胸前悶悶緊緊、吸不到氣的感覺，好像快窒息了」、「我是不是快死了，連續住院兩次，坐起來都會喘，用氧氣才會舒服一點。」 S2：12/6「我不喜歡被抽痰，太太擔心有痰卡住不舒服，會在氣切口上段抽吸，大部分咳出來」、「胸前緊繃呼吸不到，害怕一口氣吸不上來。」 S3：12/8「去魚塢有涼涼的海風吹著，感覺很舒服不會有呼吸喘。」 O1：12/4 胸部 X 光報告顯示雙側肺浸潤，雙側肺部呼吸音呈乾囉音，雙下肺葉呼吸音微弱，咳嗽有痰可自咳氣切口外，痰液黏稠、色淡黃含血絲、量少，一週抽痰 3-4 次。 O2：12/6 觀察坐起呼吸：23-26 次 / 分鐘、血氧：89-90%、脈搏：115 次 / 分鐘、胸廓起伏明顯費力，呼吸不順時，可調整半坐臥姿勢及氧氣使用。 O3：12/8 病人描述呼吸喘神情害怕、皺眉、拉太太衣角。</p> |
| <p>護理目標</p> | <p>12/7 前病人及太太能夠執行減緩呼吸困難措施至少兩項。 12/15 前病人自述呼吸喘有改善，血氧可達 92% 以上。</p> |
| <p>護理措施</p> | <p>1.12/4 觀察病人痰液量、性質、顏色，與病人討論提升潮濕加熱器濕化，避免產生痰塊阻塞。 2.12/4 指導病人及太太運用小電風扇吹拂病人臉頰，以減輕喘的感覺。 3.12/4 與醫師討論增加 Bisolvon 2ml+H/S 2ml prn，霧化及濕化療法降低痰液粘稠度。 4.12/6 教導病人與太太合谷、魚際及內關止喘穴位，按摩下壓 5 秒，休息 10 秒、過程 10 分鐘，並使用薰衣草精油滴於衣領，藉嗅覺吸入舒緩及放鬆。 5.12/6 指導太太每日於 09：00、12：00、21：00 灌食前及化痰藥物後 30 分鐘，太太給予背部叩擊 30 下。 6.12/6 與醫師討論後調整 Dexamethasone 0.5mg1# 由 QD 改為 BID，衛教觀察有解黑便、管灌反抽液顏色、口腔完整性及增加口腔清潔頻率早、中、晚及睡前一天至少四次。</p> |

一、呼吸型態改變/因下咽癌合併肺轉移及肺炎（2020. 12. 4-2020. 12. 15）（續）

| | |
|--------------------|--|
| <p>護理措施</p> | <p>7.12/8 指導深呼吸後太太協助雙手腹部向內推，利用腹肌收縮的力量，把氣體吐乾淨促進肺擴張，放鬆肌肉減緩焦慮。</p> <p>8.12/8 運用想像療法，指導太太播放到魚塹時聲音，引導病人閉起雙眼想像到魚塹，微風吹拂，並運用達瑪精油塗抹於胸前進行按摩，舒緩病人因呼吸困難症狀引起的不安情緒。</p> <p>9.12/9 與復健師及呼吸治療師討論，病人在居家心肺運動復能。</p> <p>10.12/10 指導床邊坐起執行擴胸運動 5-10 下、每天 10：00 及 17：00 各一次，改善呼吸效率減緩病人的呼吸喘。</p> <p>11.12/13 指導床上抬腳運動以踩腳踏車方式 5-10 下、每天 10：00 及 17：00 各一次，增加肢體活動以提升下肢肌肉力量，增強活動耐受力。</p> |
| <p>護理評估</p> | <p>1.12/7 病人及太太於呼吸喘可按壓合谷及魚際穴位並回覆示教技巧正確，使用風扇吹拂病人臉頰。</p> <p>2.12/10 病人利用深呼吸，太太撥放魚塹的錄音及風扇吹拂，閉著眼睛感受到魚塹涼爽環境，使用精油滴於衣領嗅覺吸入，表示呼吸淺快可改善。</p> <p>3.12/13 脈搏：91 次 / 分鐘、呼吸：19-21 次 / 分鐘、BP：152/82mmHg、血氧：92%，觀察呼吸無使用呼吸輔助肌。</p> <p>4.12/15 心情愉悅面帶笑容「床上踩腳踏車運動後，太太測量血氧濃度，血氧：93%，「近日呼吸喘有改善，不用太太一直陪著我。」太太在旁手握病人點頭。肺部訓練運動對於病人咳嗽能力及呼吸困難改善。</p> <p>後續照顧計畫持續追蹤執行輔助運動，與復健師及呼吸治療師討論調整時機，以增加心肺耐受力維持日常活動為目標。12/22 後續追蹤評估，病人可在床邊站起踏步練習 7 下，活動時呼吸不適降低，每個步驟休息間距漸縮短，低血氧改善及氧氣需求減少。</p> |

二、皮膚完整性受損/腹瀉產生失禁性皮膚炎（2020. 12. 4-2020. 12. 11）

| | |
|------------------------|--|
| <p>主 / 客觀資料</p> | <p>S1：12/4「在醫院屁股痛到不想動」「屁股傷口刺痛，解便後及擦拭時最痛，疼痛指數5分。」</p> <p>S2：12/6 太太：「擦到不知道怎麼辦，擔心大便沒換屁股更嚴重，2-3 小時就檢查一次，現在白天晚上尿布都包著」、「皮膚都破掉了我該怎麼做皮膚才會趕快好。」</p> <p>O1：12/4 腹瀉4次，糞便性狀為色黃稀便，含有黏液味臭量多，腹部柔軟，腸音21次/分鐘、高亢。</p> <p>O2：12/4 臀部及肛門口浸潤發紅 8x10 公分，肛門周圍 6 個點狀小破皮，右下臀及左下臀兩處 3x3 及 2.5x3 公分破皮傷口邊緣不規則及水腫。</p> |
| <p>護理目標</p> | <p>12/7 太太可正確執行皮膚照護至少兩項。</p> <p>12/11 病人肛門周圍皮膚浸潤傷口可乾燥且癒合。</p> |
| <p>護理措施</p> | <p>1.12/4 以溫水輕柔清洗肛門周圍浸潤皮膚，去除排泄物之刺激。</p> <p>2.12/4 清洗及拭乾皮膚時，以按壓、輕拍方式減少皮膚摩擦力。</p> <p>3.12/4 依據醫師開立 Bismuth Subcarbonate 及 Loperamide 兩種藥物需要時備用，衛教評估解便次數、性質、量及正確使用時機。</p> |

二、皮膚完整性受損/腹瀉產生失禁性皮膚炎 (2020. 12. 4-2020. 12. 11) (續)

| | |
|--------------------|---|
| <p>護理措施</p> | <p>4.12/6 與傷口護理師討論，避免排泄物侵蝕，每次清潔後照護如下： (1) 皮膚完整發紅處以按壓方式，均勻塗抹保護霜。 (2) 皮膚破損處造口粉及無痛性保護膜合併使用，撥開皮膚皺摺處，距離 10-20 公分高度處噴薄造口粉，再噴無痛性保護膜，等乾燥後再穿上尿布。 5.12/6 教導案大女協助手機影像方式記錄及觀察臀部皮膚發紅浸潤大小、傷口顏色及範圍。 6.12/6 與營養師討論後增加益生菌一包一天三次，減緩腹瀉。 7.12/8 運用微氣候原理，衛教臥床時間不包尿布、改用看護墊，增加皮膚與空氣接觸機會，保持臀部乾燥，達溫度及濕度的平衡。 8.12/8 體力許可下，鼓勵每日定時 11：00 協助病人練習下床至廁所大便。</p> |
| <p>護理評估</p> | <p>1.12/7 太太可正確執行皮膚照護，以溫水清洗動作輕柔，輕拍方式拭乾皮膚，皮膚完整處均勻抹保護霜，皮膚破損處以造口粉及無痛性保護膜。 2.12/9 案大女手機照片影像紀錄肛門周圍皮膚浸潤、發紅範圍縮小僅剩為 4x4.5 公分；肛門周圍 6 個點狀小破皮傷口已癒合。 3.12/11 雙臀近肛門兩處浸潤破皮傷口已乾燥癒合，腹瀉改善無包尿布，太太每日協助下床自解便一次。 此健康問題已達成護理目標。</p> |

三、死亡焦慮/癌症末期，害怕與家人分離 (2020. 12. 4-2020. 12. 29)

| | |
|----------------------|---|
| <p>主/客觀資料</p> | <p>S1：12/4 「我還是放不下魚塢，雖然太太一個人可以經營，我還是都要坐輪椅一起陪伴，怕她遇到問題不會處理、怕她太累，就當作是我最後能為家人做的事」、「我死了太太怎麼辦，她一個人會很孤單，小孩不知道會不會孝順她」、「坐起來也會喘，會不會就這樣喘到死，這幾次住院讓我感到害怕，覺得沒剩多少時間了」、「住院沒發燒我就問醫生可以回家嗎？我知道癌症會死，怕住院之後就看不到家人。」 S2：12/6 「上一次半夜送去急診，醫生說肺部積水，我堅持不要住院，簽自動出院我不要死在醫院。」 S3：12/8 「昨天太太出門讓我等了好久，開始上氣不接下氣，過程中感到害怕」、「我夢見自己不行了，看見已經離開的父親」、「罹癌後固定時間去廟裡拜拜祈福，相信心存善念會有福報」、「如果我比媽媽先走代表不孝，你覺得我可以再多活幾年嗎？」、「我想我沒機會看到小孩結婚及抱孫子，很遺憾！」 S4：12/10 「我應該想想怎麼安排我後面的事，我怕我太太沒辦法接受我的死亡及處理這些事。」 O1：12/4 床頭放置平安符，胸前佩戴與生肖相符的「文殊菩薩」。 O2：12/8 觀察病人描述呼吸喘神情害怕、皺眉、拉太太衣角，太太握手安撫後可緩和情緒。</p> |
| <p>護理目標</p> | <p>12/10 病人能說出疾病進展帶來的內心感受至少一項。 12/15 前病人能與家人交代後事和討論餘生的期待。 12/29 前表達可面對死亡並感到內心平安。</p> |

三、死亡焦慮/癌症末期，害怕與家人分離（2020. 12. 4-2020. 12. 29）（續）

| | |
|--------------------|---|
| <p>護理措施</p> | <p>1.12/4 傾聽病人表達不適症狀帶來的感受，引導思考疾病治療歷程及近日反覆住院體認的身體轉變和想法。</p> <p>2.12/4 病人表達面臨失落的感受過程中，讓其了解緊張害怕反應是正常的，且同感其行為及想法。</p> <p>3.12/4 讓病人知道家訪時間不緊湊，可以緩慢表達感受，當說話不清楚時，提供筆記本的使用並鼓勵將心情記錄下來，作為後續陪伴家人的紀念品。</p> <p>4.12/6 當病人情緒低落時運用非語言技巧，手部輕拍肩膀，並陪伴在旁給予情緒支持。</p> <p>5.12/6 心理師陪同家訪，藉由瞭解對疾病、預後、死亡、責任、家庭及人生意義等觀念之看法，肯定病人對疾病的努力、引導病人正向的看見自己人生的價值及生命的意義。</p> <p>6.12/8 運用死亡咖啡館理念共同探討死亡：</p> <p>（1）宗教師陪同家訪，傾聽死亡帶來的認知及不安，以「報恩」來形容母子情誼及與死亡時間相關性，減輕白髮人送黑髮人不孝的感受。</p> <p>（2）在太太及兒女陪伴下，分享彼此的感受及面對的困難及擔憂，引導病人說出心中的不捨及遺憾，一起討論可替代方式如：為子孫準備禮物代表阿公的愛。</p> <p>（3）引導病人說出期望的臨終及後事辦理方式，如臨終的醫療選擇、死亡地點、後事辦理儀式等，鼓勵太太及子女回饋可遵照的醫療選擇及方式。</p> <p>7.12/13 宗教師陪同家訪，藉由閱讀心經或大悲咒來抒發心中的煩悶，疾病所帶來的苦難與佛祖做連結，達到心靈的安適及心理的平靜。</p> <p>8.12/15 鼓勵向太太討論未來漁塭經營模式，子女可議如何協助太太，引導以老師角度書寫養殖蝦子計畫書，讓工作能延續。</p> <p>9.12/15 利用擺放床邊的家庭照片及有紀念性的物品，以生命回顧昔日家庭生活方式，藉由述說養蝦時的風光及養兒育女的點滴，肯定病人生命價值，並引導病人及家人互相道謝及道愛，感謝病人為家庭的付出，感謝家人的不離不棄。</p> |
| <p>護理評值</p> | <p>1.12/10 可說出疾病進展帶來的害怕及擔心，「無法工作分擔家中經濟，要一直靠著氣切及胃造瘻，好像什麼事都要靠別人」、「這麼努力配合治療還是失敗、我感覺死亡接近，沒有希望了。」</p> <p>2.12/13 病人能表達對家人的不捨又擔心魚塭，傳授許多養蝦技巧，太太允諾魚塭會持續經營；害怕面臨喘不適的症狀，囑咐給予藥物讓其睡覺減緩不適。</p> <p>3.12/15 與太太的回憶、孩子的孝順及魚塭工作是支持病人的力量，珍惜與家人的相處，共同討論善終地點在家及喪禮的準備，「可以在家人陪伴下一起面對，是一件幸福的事」（面帶笑容）。</p> <p>4.12/22 「我知道人早晚都會死，我感覺到自己的身體在變化，應該把死亡看得開，還是會害怕，不知道何時輪到我，看見女兒長大了，感到欣慰可以照顧家人」，太太及女兒感謝病人對家庭的付出及貢獻；病人手機有一張今年父親節時全家福相片，心情顯愉悅將照片與居家護理師分享。</p> <p>5.12/29 表示近日對太太及子女安排交代了許多事，「師父說我比媽媽早離開不是不孝，是盡完報恩的責任」、「身體也比較舒服了，內心很平安。」</p> <p>此健康問題已達成護理目標。</p> |

討論與結論

本文描述一位下咽癌末期肺轉移病人的護理過程，因疾病進展反覆肺部感染，陸續抗生素治療引發腹瀉症狀而衍生皮膚完整性受損問題，藉由與傷口護理師討論失禁皮膚照護，教導家屬照顧技巧，有效改善皮膚浸潤及破損；當病人面臨呼吸困難症狀感到身體不適、不安及無助時，對於在旁照顧的家屬更是煎熬。除了運用藥物及非藥物照護達到症狀緩解外，不斷與復健師及呼吸治療師討論適合居家環境的復能運動，了解到肺部訓練運動種類多，如何依照病人體能限制漸進式調整肺部輔助運動，進而正確指導提升呼吸肌力量，達到緩解呼吸喘之症狀，降低照顧者負擔與疲憊，是筆者認為最有收穫及挑戰的部分。

評估病人仍保有部分生活功能，並且研究顯示病人臥床後接續復原運動照護計畫二至八週，可改善肌肉力量和維持功能 [22]，故建議病人與太太申請長照復能資源，來維持身體的能量，提升生活功能，將失能程度降低；太太考量病人罹癌後對於不熟悉的人事物，容易焦慮及緊張，而不考慮申請復能資源，是筆者認為可惜的部分，過程中也察覺自身對居家復能技巧的不足，故在居家進行復能有所限制。

居家末期病人生命存活期可能長達半年至一年，當症狀獲得改善後，身體功能有恢復的機會，藉此建議教育訓練可增加復能概論或技巧等相關課程，並培訓復能種子，讓護理師可以了解復能評估、訓練技巧等，提供病人更即時的復能運動，將失能的程度減到最低，維持部分生活功能進而改善生活品質。死亡是許多病人及家屬不願提及的議題，筆者觀察與病人談及罹病過程、對於過去一連串治療失敗的結果、近期反覆住院話題時，更加體認到死亡的接近出現焦慮的情緒，鼓勵病人及家屬共同表達感受，藉由團隊的介入達到死亡準備及靈性的平安，減輕焦慮不安的情緒；希望藉此照顧經驗做為類似病人之照護參考。

參考文獻

1. 衛生福利部國民健康：109年國人死因統計結果。2021。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/>

cp-5017-61533-1.html

2. Estomba CMC, Reinoso FAB, Villasmil VM, et al.: Persistent tracheostomy after organ preservation protocol in patients treated for larynx and hypopharynx cancer. *International Archives of Otorhinolaryngology* 2017; 21(4): 377-381.
3. Lok CW: Management of breathlessness in patients with advanced cancer: a narrative review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2016; 33(3): 286-290.
4. Ekstrom MP, Abernethy AP, Currow DC: The management of chronic breathlessness in patients with advanced and terminal illness. *Bmj* 2015; 349.
5. Garneau JC, Bakst RL, Miles BA: Hypopharyngeal cancer: a state of the art review. *Oral Oncology* 2018; 86: 244-250.
6. Bradley PJ: Symptoms and signs, staging and co-morbidity of hypopharyngeal cancer. *Hypopharyngeal Cancer* 2019; 83: 15-26.
7. 陳昱芬、黃惠美、陳孟君 等：建立癌症病人呼吸困難臨床照護指引。榮總護理 2015；32（3）：256-276。
8. Rolston KV, Neshor L: Post-obstructive pneumonia in patients with cancer: a review. *Infectious Diseases and Therapy* 2018; 7(1): 29-38.
9. Kloke M, Cherny N: Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology* 2015; 26(suppl. 5): v169-v173.
10. Slimani M, Tod D, Chaabene H, et al.: Effects of mental imagery on muscular strength in healthy and patient participants: a systematic review. *Journal of Sports Science & Medicine* 2016; 15(3): 434-450.
11. 羅曉雲：結合安寧共同照護協助一位肺癌末期患者臨終之護理經驗。彰化護理 2016；23（1）：38-49。
12. 黃詩凌、賴維淑、方素璿：運用風扇緩解呼吸困難-系統性文獻回顧與臨床應用。護理雜誌 2018；65（4）：84-93。
13. 陳虹如、陳宜貞、蔡佩倩 等：呼吸肌無力病患應用肺部復原運動後之成效。呼吸治療 2015；14（2）：49。
14. Beeckman DA: Decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of Tissue Viability* 2017; 26(1): 47-56.
15. Ma H, Zhang L, Zhang Y, et al.: Combined administration of antibiotics increases the incidence of antibiotic-associated diarrhea in critically ill patients.

- Infection and Drug Resistance 2019; 12: 1047-1054.
16. 陳安婷、黃美華、陳秋臻 等：運用團隊合作降低失禁性皮膚炎發生率。護理雜誌 2020；67（1）：89-97。
 17. 黃泰傑、廖欣瑩、蘇郁婷 等：以實證醫學方法探討益生菌改善抗生素引起腹瀉之效果。臺灣膳食營養學雜誌 2016；8（1）：1-14。
 18. Renz M, Reichmuth O, Bueche D, et al.: Fear, pain, denial, and spiritual experiences in dying processes. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2018; 35(3): 478-491.
 19. 黃文翰、鄭逸如、楊于婷 等：如何面對臨終的死亡焦慮-誰該為自身的死亡負責？安寧療護雜誌 2017；22（2）：202-212。
 20. 方俊凱、林子涵、畢世萱 等：癌症末期病人的善終觀點。安寧療護雜誌 2017；22（3）：288-309。
 21. Morgan J: Celebrating life in a death cafe. The Lancet Neurology 2017; 16(9): 690.
 22. Di Girolamo FG, Fiotti N, Milanovic Z, et al.: The aging muscle in experimental bed rest: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Nutrition 2021; 8: 633987.

Nursing Experience of an End-stage Hypopharyngeal Carcinoma Patient with Lung Metastases

Mei-Chi Peng¹, Shu-Chuan Hsieh², Chi-Hsin Lin³

Hospice Home Care¹, Hospice Ward²,
Department of Nursing³, Chi Mei Medical Center

Abstract

This paper describes the nursing experience of a 57-year-old male with terminal hypopharyngeal cancer and lung metastasis. The patient experienced discomfort from respiratory symptoms due to cancer progression and experienced death anxiety. During the nursing period from 4 December 2020 to 29 December 2020, the author employed to assess of the patient's physiological, psychological, social, and spiritual aspects, as well as home visits. This was aimed at providing direct care to the patient. The author also conducted interviews, observations, communications with patient and his family, and telephone follow-ups. The author also reviewed medical records, diagnostic reports, and physical assessments. These activities were conducted to confirm the patient's changing breathing patterns, disrupted skin integrity, and death anxiety. The author provided the patient with acupoint massage, imagery therapy, and assisted pulmonary exercises to improve dyspnea; and performed in-continenence-associated dermatitis care to promote wound healing. The author also encouraged and guided the patient and family members to share their actual feelings, such as discussing the patient's reluctance to and concerns about parting with the family. A life review was employed to affirm the meaning and value of life. In addition, the death café approach was used with religious worker and their families to face death together, discuss afterlife matters and expectations for the rest of life to prepare for death, attain spiritual peace, and reduce death anxiety. In conclusion, the care of terminal patients should not only concentrate on body, mind, and soul but should also reflect the importance of "five whole cares" to provide personalized and comprehensive care. We hope that this nursing experience can provide a future reference for nursing staff caring for terminal patients. (Cheng Ching Medical Journal 2023; 19(3): 54-64)

Keywords : *End-stage hypopharyngeal carcinoma, Dyspnea, Incontinence-associated dermatitis, Death anxiety, Death café, Nursing experience*

Received: June 2022; Accepted: September 2022