

照護一位首次診斷肺癌末期病人之加護經驗

王琳雅¹、李彩緣³、陳宥蓁¹、張書豪²

澄清綜合醫院 護理部¹、胸腔內科²、中山醫學大學附設醫院 護理部³

摘要

本文敘述照護一位 56 歲個案，因呼吸困難就醫，初診斷為肺炎，又因頸部異常腫大做病理切片，進而診斷為肺癌末期之加護護理經驗。護理期間 2021 年 9 月 20 日至 2021 年 10 月 11 日，運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估，藉由會談、觀察、身體評估方式收集資料，評估確立個案有多項健康問題，考量篇幅依照護理需求的優先順序，故僅針對「低效性呼吸型態」、「營養狀態改變：少於身體需要」及「焦慮」三項健康問題進行探討。護理過程中，透過教導呼吸肌訓練，增強呼吸肌耐力，並提供胸腔物理治療及教導有效咳嗽技巧，改善呼吸問題；與營養師共同擬定營養照護計畫，並提供適度腹部按摩，促進腸胃蠕動，改善腸胃道營養吸收問題，增加營養攝取；傾聽情緒抒發且運用同理心，鼓勵個案面對心中的不安，主動向個案說明治療計畫，透過全人跨領域團隊會議，讓個案共同參與討論治療方針，並提供音樂治療、教導芳香療法及按摩技巧措施，緩解焦慮情緒。建議未來能在維護病人隱私的前提下，增設網路視訊裝置，藉此增加有效溝通不受新冠狀病毒疫情、距離等無法預期的限制，亦能夠減輕病人焦慮，提升照護品質。（澄清醫護管理雜誌 2023；19（4）：67-76）

關鍵詞：肺癌末期、低效性呼吸、焦慮

通訊作者：李彩緣

通訊地址：台中市南區建國北路一段 110 號

E-mail：csha884@gmail.com

受理日期：2023 年 2 月；接受刊載：2023 年 7 月

前言

依據衛生福利部統計出 2021 年十大死因，肺癌占死亡人數十萬人口中為 42.8 人，位居第一 [1]。肺癌末期病人常因腫瘤造成呼吸道狹窄，自主呼吸困難，而急性期可能因肺功能變差，呼吸喘，需依靠呼吸器輔助呼吸；若病人合併腸胃吸收不良，需藉由管灌方式提供足夠的營養攝取 [2,3]。針對癌症末期病人，提供個別性照護，可協助病人緩解生理不適，減輕家屬負擔，提升生活品質 [4]。本文探討一位 56 歲首次診斷肺癌末期之個案，因呼吸困難入住加護病房置放氣管內管，照顧期間發現個案因呼吸問題，加上腸胃消化不良，面對嚴重病情變化，顯不安，引發照護動機。希望藉由透過提供個別性護理措施，增加呼吸肌耐受力，改善呼吸問題；依個別化需求擬定客製化營養飲食計畫，提供適當營養需求；經由全人照護和跨領域團隊合作，協助病人了解疾病進展情形和治療方向，進而減輕疾病帶來身心的痛苦，提升照護品質。

文獻探討

一、肺癌相關概論

肺癌病因與吸菸有 80-90% 關聯性且常見於原發性惡性腫瘤，90% 以上源自於支氣管上皮細胞，出現非特性炎症反應使細胞脫落、基底細胞反應增生，隨之將正常呼吸道支氣管上皮細胞轉化成複層鱗狀細胞堆積，透過直接侵入周邊細胞組織或間接經淋巴或體血液循環系統轉移至遠端，若食道受腫瘤壓迫會造成吞嚥困難影響食慾和呼吸困難、咳嗽、體重減輕、痰多稠不易咳出等上腔靜脈症候群

症狀 [2,5]。肺癌病人末期常因縱膈腔內有腫瘤或是淋巴腫大易壓迫形成阻塞，進而肺部呼吸肌肉衰竭無力導致呼吸困難，因而需要呼吸器輔助提供肺部足夠身體所需之氧氣；若上腔靜脈症候群嚴重時會導致呼吸道阻塞進而影響進食，必要時可經由胃腸道管灌維持適當營養攝取及預防吸入性肺炎 [2,3]。

二、肺癌常見問題及照護

肺癌病人因腫瘤阻塞易造成肺部擴張不全、肺炎、不正常肋間下陷等現象，出現喘鳴音、費力呼吸、鼻翼煽動、使用呼吸輔助肌等，可能因氣管壁收縮、增厚使呼吸道狹窄及分泌物增多，導致呼吸道阻塞、呼吸肌疲憊而痰液不易排出，導致低效性呼吸問題 [2,5]。護理措施包括密切監測病人呼吸型態變化；協助每兩小時改變姿勢採坐姿或半坐臥姿，以利肺部氣體交換；協助採無菌技術抽痰；給予足夠水分攝取，減少痰液黏稠度；提供胸腔物理療法或使用高頻胸壁振盪機，以利痰液順利排出；教導深呼吸及有效咳嗽技巧；教導橫膈膜呼吸運動、心肺耐力訓練，加強呼吸肌耐力，提升肺部含氧量；教導主被動關節運動；教導上肢伸展擴胸運動，提高最大攝氧量；教導下肢肌力訓練，改善肺泡氧氣及肺功能循環；利用簡易輔助工具，提升運動效果；教導移位訓練，避免同姿勢長期壓迫胸部、緩解氣道受阻，並增加四肢活動耐受力；監測胸部 X 光和血中動脈氣體分析變化；給予支氣管擴張劑，降低呼吸系統阻力，增加通往肺部的氣流量；提供抗生素，減少肺部細菌感染 [2,4,6,7]。

肺癌病人因腫瘤組織會產生許多促進發炎、導致厭食的化學物質，影響營養素的代謝，伴隨食慾不振，導致營養不良；再者重症加護病房病人因有效肌肉收縮和換氣需要充足的熱量和營養，造成生理需求代謝改變，營養需求提升；當病人自身無法主動維持適當營養，需以腸胃道管灌補充營養和熱量來源 [3,8]。護理措施包括協助採半坐姿，執行管灌技術，預防吸入性肺炎；執行灌食前確認鼻胃管位置和胃殘餘量；與營養師共同擬訂管灌飲食計畫，維持基本營養所需；採漸進式進食，避免胃食道逆流，發生嘔吐情形；適度腹部按摩幫助腸胃蠕動，促進消化；教導腹式運動訓練，改善消化系統之血液循環；教導下肢訓練，訓練核心肌群，促進腸道

蠕動；衛教適當的轉腰運動，增加肌耐力，幫助腸道蠕動和消化液分泌；利用重力滴注袋控制灌食速度，降低胃內壓上升；給予軟便劑，幫助刺激腸蠕動、減少腹脹；給予白蛋白等營養素，平衡體內滲透壓及代謝毒素和激素功能，降低水腫發生，維持營養需求 [3,8,9]。

三、肺癌病人心理問題及照護重點

肺癌病人常因需面對疾病進展未知之情況，感到不安；當出現預後差、癌症晚期有復發、身體人像改變等易導致焦慮產生 [2,10]。臨床上護理措施包括運用傾聽技巧、筆談方式，提供隱私環境，鼓勵表達內心感受；提供病情解釋，給予適當同理心和引導說出內心問題；主動說明治療計畫，透過參與了解治療方向，緩解焦慮感受；提供音樂治療或教導芳香療法、按摩技巧等轉移注意力，減緩焦慮情緒；教導採漸進式肌肉鬆弛法及生理回饋法等放鬆技巧 [10,11,12]。可結合安寧共照團隊，運用醫病共享決策，評估介入討論預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書時機，達到癌症末期身心靈全人照護 [13]。

護理過程

一、個案簡介

楊先生，56 歲，未婚，大學畢業，諳國語，從事卡車司機工作，為家中獨子。案父於個案 2 歲時因車禍過世，平日與案母（76 歲）同住，相依為命，案母年事已高，無謀生能力。經濟狀況不佳，個案工作收入為主要經濟來源。住院期間主要照顧者為案母。

二、過去病史及就醫經過

個案無過敏史、無遺傳病史及過去病史。9/13 開始有呼吸喘、食慾變差，一開始不以為意，故未就醫。9/20 因呼吸困難，喘到無法說話，至急診求治。於急診時，胸部 X 光顯示左下肺葉肺炎，呼吸 33-40 次 / 分，聽診為濕囉音和喘鳴音，給予非再吸入型氧氣面罩（Non-rebreathing mask）15 L/min 使用，未改善，周邊血氧（ SpO_2 ）87%，因此緊急放置氣管內管，轉加護病房治療。入住加護病房時意識清楚，GCS： $E_3V_6M_6$ ，耳溫 37.1°C，心跳 110 次 / 分，呼吸 25 次 / 分，血壓 93/67mmHg，呼吸器使用，採 PC-bipap 模式（Tidal volume：500ml；rate：20 次 / 分； FiO_2 ：35 %；PC：20cm

H₂O; peep: 5cm H₂O), SPO₂: 100%; 動脈血液氣體分析為 PH: 7.311; PCO₂: 56mmHg; PO₂: 103mmHg; HCO₃⁻: 27.7meq/L; BE: 0.3; SaO₂: 97.1U/L。9/22 呼吸治療師評估呼吸指標 RSBI (Rapid Shallow Breathing Index) <105bpm/L, 開始進行呼吸訓練。9/27 追蹤胸部 X 光顯示肺炎改善, 聽診無濕囉音, 移除氣管內管, 給予高流量氧氣面罩 FiO₂: 31%; peak flow: 60min/L 使用, 呼吸約 20-25 次/分。9/30 呼吸喘費力, 約 28-30 次/分, 且有嘔吐情形, SPO₂: 87-88%, 故再次置入氣管內管和呼吸器使用。10/1 照護時發現右頸腫大, 觸診有不明硬塊, 行胸部電腦斷層檢查結果為疑似腫瘤。10/4 病理切片結果為肺癌第四期。10/6 會診安寧緩和照護。10/8 召開安寧緩和團隊會議與案母討論後, 簽立拒絕心肺復甦術 (Do not resuscitate) 除藥物和氣管內管外, 照護及治療以促進舒適為主。於 10/11 轉至他院呼吸照護中心持續照護。

三、護理評估

於 2021/9/20/ 至 2021/10/11 照護期間, 運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估, 藉由觀察、直接照護、身體評估和筆談方式收集資料, 評估如下:

(一) 健康認知和健康處理型態

案母表示個案平日身體狀況良好, 很少吃藥, 偶有身體不適或小感冒會至診所就醫, 原本有固定半年一次健康檢查, 但 2020 年開始因工作繁忙, 有一年多沒做健康檢查。從 18 歲開始抽菸 (菸齡約 38 年), 每天約抽 22 根菸; 平日每天約喝 800ml 的酒。此次因 7 月初開始有輕微呼吸喘、食慾變差, 以為只是小感冒多休息應該就沒事, 故未就醫。9/20-9/28 因身體不適及焦慮不安較無法配合治療, 但經護理人員陪伴、衛教及案母的鼓勵後, 可配合醫療處置和照護。9/28 筆訴: 「沒有想到會這麼嚴重, 不然也不會拖那麼多天, 應該早一點看醫生的。」

(二) 營養代謝型態

個案 169 公分, 55 公斤, BMI: 19.2kg/m², 屬於體重正常。7 月初開始感覺體重明顯變輕, 2 個多月體重下降約 6 公斤 (61 公斤降至 55 公斤), 評估臉頰凹陷、身形消瘦、翼狀肩胛、皮膚乾燥無色澤、四肢無水腫情形。長期吃素, 平日大多外

食, 豆類製品約每餐 3-4 碗、青菜 1-2 碗, 攝取熱量約 1,650 大卡/天, 飲水量約 1,500-2,000ml/天。9/20 血液檢驗報告為 Hb: 9.6g/dl; Albumin: 2.5g/dl; Na⁺: 134mmol/L; K⁺: 3.5mmol/L; BUN: 10mg/dl; Creatinine: 0.41mg/dl; GOT: 82U/L; GPT: 86U/L; WBC: 16.58K/uL; CRP: 16.69mg/dl; 鼻胃管留置, 經營養師評估建議基本需求熱量為 1,800 大卡/天, 但因病情建議先給予管灌奶 1,400 大卡/天, 水分攝取 1,000-1,200ml/天, 並依醫囑給予 N/S 500 ml BID IVD 及輸血 RLPR 2U。9/21 筆訴: 「我肚子很脹, 很不舒服。」、「吃不下, 不想吃東西。」, 腹部鼓脹、叩診呈鼓音, 腸蠕動約 6-10 次/分, 消化差, 鼻胃管引流出 250ml 的深褐色未消化液, 依醫囑使用重力灌食袋灌食, 及給予白蛋白 Albumin 12.5 gm QD IVD 共 3 天。9/22 筆訴: 「肚子脹, 想吐。」, 9/22-9/23 共嘔吐 3 次, 每次嘔吐量約 50-100 ml 黃稠狀的未消化液。經以上評估, 確立有「營養狀態改變: 少於身體需要」健康問題。

(三) 排泄型態

個案平日固定每天解 1-2 次性質軟、成形便。平日排尿正常, 尿量約 1,500-2,000ml/天, 呈清澈淡黃色。9/20-9/23 只解出約 100g 黃褐顆粒狀硬便, 有腹脹情形, 聽診腸蠕動 6 次/分, 依醫囑給予軟便劑 Senoside 40 mg HS 服用。9/24-9/30 約 1-2 天解 1 次質軟成形便。9/20 入住加護病房後放置導尿管, 尿液常規檢驗為 PH: 7.0; RBC: 0-5/HPF; WBC: 0-5/HPF; Bacteria: 0。9/21-30 尿管通順, 尿量約 1,600-1,800ml/天, 色淡黃且有沉澱物。

(四) 運動與活動型態

個案平日生活自理, 週末假日常會和朋友一起去爬山。9/20 入住加護病房時, 意識清楚, 顯虛弱, 十二導程心電圖為竇性心搏過速, 雙上肢肌力 3 分, 雙下肢肌力 2 分。耳溫 37.1°C, 心跳 110 次/分, 呼吸 25 次/分, 血壓 93/67mmHg, SPO₂: 100%, 氣管內管留置, 呼吸器使用, 採 PC-bipap 模式 -FiO₂: 35%; Itime: 1.0 秒; rate: 20 次/分; PC: 20cmH₂O; peep: 5cmH₂O, 動脈血液氣體分析為 PH: 7.311; PCO₂: 56.0mmHg; PO₂: 103.0mmHg; HCO₃⁻: 27.7meq/L; BE: 0.3; SaO₂: 97.1U/L; 胸部 X 光顯示左下肺葉肺炎, 呼吸 30-32 次/分, 鼻翼煽

動且使用呼吸輔助肌，聽診有濕囉音和喘鳴音，咳嗽時顯費力，無法將痰咳至氣管內管上端，痰量多且呈黃綠黏稠狀，需每小時抽痰一次，依醫囑給予抗生素 Invanz 1g QD IVD 及支氣管擴張劑 Combivent 2.5ml Q8H INH。9/20 筆訴：「我沒有力氣咳嗽，痰都咳不出來。」、「我好喘。」，經以上評估，確立有「低效性呼吸型態」健康問題。

（五）睡眠與休息型態

個案平時因工作關係，晚上都 10-11 點左右上床睡覺，清晨 5 點半左右起床，一入睡就難被吵醒，睡眠品質都還好，平時無需服用安眠藥幫助睡眠。9/20-9/22 觀察個案儀器聲響干擾夜眠，導致睡眠中斷受影響，夜眠約 4-5 小時。9/22 個案夜間不停扭動身體、顯煩躁，筆訴：「我喉嚨很痛，機器聲音很吵，沒辦法好好睡覺。」。9/23 採集中式護理，減少外界聲響光線之刺激干擾，依醫囑給予鎮靜安眠劑 Ativan 0.5mg HS PO。9/26-9/30 隨著疼痛緩解睡眠問題改善，每天夜眠約 7 小時。9/30 筆訴：「現在有睡得比較安穩些。」

（六）認知與感受型態

個案意識清醒，心智狀態符合年齡，無失智等現象，視、聽、嗅、觸、味、痛覺皆正常，能用白板和醫療團隊人員溝通正確寫出對於人、事、地等資訊。9/22 全身不停扭動，表情皺眉，筆訴：「管子插在喉嚨好痛！」，評估疼痛指數 4 分，心跳 120 次 / 分、呼吸 32 次 / 分、血壓 190/108mmHg。9/23 皺眉筆訴：「我覺得喉嚨不舒服，有異物感，很痛！」，觀察更換姿勢及咳嗽時，四肢肌肉繃緊，表情痛苦，評估疼痛指數約 5 分。9/25 依醫囑給予強效麻醉性止痛劑 fentanyl 1000mcg in N/S 80 ml pump keep 150mg/hr IVD 使用。評估個案因插管導致喉嚨痛，確立有「急性疼痛」健康問題。

（七）自我概念型態

案母表示個案個性豪爽，平日不愛受拘束，對朋友會有話直說，認為與人相處以和為貴。9/24-9/25 觀察神情顯得擔憂，會看向某處發呆，9/24 筆訴：「病這麼嚴重，會好嗎？」；9/25 主動關心個案，與個案說話，個案不停搓揉雙手，顯緊張不安，筆訴：「我是不是要住院很久？」、「這病會不會拖很久？」，經以上評估，確立有「焦慮」健康問題。

（八）角色關係型態

案父於個案 2 歲時因車禍去世，平日和案母相依為命，感情濃厚，和親戚因金錢問題不相往來。與朋友關係相處融洽，有 2 位中學時期摯友。住院期間因逢新型冠狀病毒疫情期間，案母每周探視一次，但每天都會電話詢問關心病情進展。9/25 符合探病資格之摯友及教友前來探視，觀察彼此互動良好。9/27 筆訴自己的病不知要拖多久，案母年事已高，雖然現在還能自理生活起居，但擔心日後無人照顧。

（九）性與生殖功能型態

個案未婚，案母表示個案學生時期交過 2 任女友，出社會後因價值觀不同常因金錢方面吵架而分開，隨著年紀漸長且工作繁忙，就無心談戀愛，也沒有較親密的異性友人。9/20 評估生殖器外觀正常，無攝護腺腫大，無生殖系統方面問題。

（十）因應與壓力耐受型態

案母表示個案平時在家會看法師講道，固定週日會去佛堂聽法會紓解壓力。遇到工作及生活壓力時，偶會找朋友喝酒舒壓。本身獨立性高，不喜歡麻煩別人，但如遇重大事情會對外主動尋求幫助。9/25 表情愁苦，筆述：「病這麼重，如果一直沒好轉，該怎麼辦呢？」；9/26 個案眼神顯無助、淚流、雙手發抖，筆述：「如果要治療很久？誰來照顧我？會不會花很多錢？」，評估此項併入焦慮健康問題處理。

（十一）價值與信仰型態

案母表示自己是虔誠佛教徒，個案因此從小耳濡目染下跟著聽佛法，信奉佛教，虔誠禮佛。9/30 筆訴對人生逆來順受，凡事求個圓；平時心情煩悶時會聽佛經或抄寫心經讓心情平穩下來。10/8 筆訴：「若真的治不好，希望能不要那麼痛苦就好。」，安寧團隊成員、醫師和個案及案母共同討論後，簽署拒絕心肺復甦術（Do not resuscitate）同意書。

問題確立及護理計劃

綜合以上評估，確立個案有多項健康問題，考量照護需求優先順序及礙於篇幅，故僅針對「低效性呼吸型態 / 與無法有效咳嗽和呼吸肌疲憊有關」、「營養狀態改變：少於身體需要 / 與腸胃道營養吸收不良有關」、「焦慮 / 與面對未知病情變化和擔心預後照護有關」進行探討，提供護理計劃如下：

問題一、低效性呼吸型態/與無法有效咳嗽和呼吸肌疲憊有關 (9/20訂)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：9/20 筆訴：「我沒有力氣咳嗽，再怎麼用力痰都咳不出來。」、「我好喘。」 O1：9/20 氣管內管留置，呼吸器使用，採 PC-bipap 模式 FiO₂：35%；Itime：1.0 秒；rate：20 次 / 分；PC：20cmH₂O；peep：5cmH₂O，心跳 110 次 / 分，呼吸 25 次 / 分；血壓 93/67mmHg；SPO₂：100%，動脈血液氣體分析為 PH：7.311；PCO₂：56.0mmHg；PO₂：103.0mmHg；HCO₃⁻：27.7meq/L；BE：0.3；SaO₂：97.1U/L。 O2：9/20 胸部 X 光顯示左下葉肺炎，呼吸 30-32 次 / 分，鼻翼煽動且使用呼吸輔助肌，聽診有濕囉音和喘鳴音，咳嗽時顯費力，無法將痰咳至氣管內管前端，痰量多且呈黃綠黏稠狀，需每小時抽痰一次，依醫囑給予抗生素 Invanz 1g QD IVD 及支氣管擴張劑 Combivent 2.5ml Q8H INH。 O3：9/27 追蹤胸部 X 光顯示肺炎改善，聽診無濕囉音，嘗試計劃性移除氣管內管，給予高流量氧氣面罩 FiO₂：31%，peak flow：60min/L 使用，呼吸約 20-25 次 / 分。 O4：9/30 因呼吸喘費力，約 28-30 次 / 分，且有嘔吐情形，SPO₂：87-88%，故再次置入氣管內管和呼吸器使用。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.9/25 個案能配合執行改善呼吸及有效咳痰技巧共 3 項。 2.9/27 個案肺炎改善，痰液減少且無使用呼吸輔助肌。 3.10/2 個案可配合呼吸訓練，FiO₂≤30%且 RSBI<105bpm/L，呼吸次數維持 12-18 次 / 分。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.9/20 每小時監測生命徵象，維持呼吸次數約 12-18 次 / 分、收縮壓 100-120mmHg。 2.9/20 每 2 小時協助個案翻身、叩擊拍背，以利痰液排出。 3.9/20 每小時協助採坐姿或半坐臥姿，增加肺部擴張。 4.9/20 當呼吸器有警訊提示或氣管內管有痰液聲響時，執行無菌技術抽痰，觀察痰液性質、顏色、質量，聽診呼吸音變化。 5.9/20 協助呼吸治療師每 6 小時給予蒸氣吸入 1 次以稀釋痰液。 6.9/20 協助呼吸治療師每天確認氣管內管氣囊壓力維持 20-30cmH₂O。 7.9/21 協助呼吸治療師評估個案肺部及呼吸狀況，適時調整呼吸器設定模式。 8.9/21 提供水份 1,500-1,800ml / 天，以稀釋痰液，促進痰液排出。 9.9/21 灌食前後 1 小時高頻胸壁震盪機使用，一天 4 次，每次 30 分鐘，促進痰液排出。 10.9/21 依醫囑監測動脈血液氣體分析變化，維持 PO₂≥100mmHg 且無代謝或呼吸酸鹼中毒情形。 11.9/22 依醫囑住院期間每星期一和星期日，定時追蹤胸部 X 光，觀察肺部變化，並記錄和交班。 12.9/22 教導採半坐臥身體向前傾，把雙手放在腹部往內推，用腹式力量大聲發出「Y」，順勢咳嗽，3-4 次 / 天。 13.9/23 由復健師教導將雙腳併攏同時將砂袋放於腹部，深呼吸後吐氣，反覆執行動作 5 下，2 次 / 天，訓練腹部肌耐力。 14.9/24 教導上肢伸展擴胸運動，將雙手緊握上舉吸氣，水平向外伸展吐氣 5-7 下 / 次，2 次 / 天。 15.9/28 復健師教導做主動關節運動，手握砂袋上舉停留 10-15 秒後放下，雙手輪流做 5-7 下，2 次 / 天。</p>

問題一、低效性呼吸型態/與無法有效咳嗽和呼吸肌疲憊有關 (9/20訂) (續)

<p>護理措施</p>	<p>16.10/1 利用彈性紗布纏繞砂袋掛於點滴架上，另外一端用竹筷綁住，教導個案雙手握住筷子兩端，由外而內，上到下，做上肢拉伸運動 5-7 下 / 次，2 次 / 天。</p> <p>17.10/1 與呼吸治療師共同調整呼吸訓練模式，依個別性調整訓練時間長短，當個案呼吸不順或使用呼吸輔助肌時，馬上停止訓練，恢復原本呼吸器模式讓個案休息，待 2-3 天再繼續，呼吸訓練模式呼吸器設定 PC → PS → T-piece，採漸進式訓練。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.9/25 觀察個案做上肢伸展擴胸運動時，動作緩慢，有輕微咳嗽，可做 5-6 下。筆訴：「稍微感到喘，但能忍受。」；協助個案採半坐臥，復健師教導訓練腹部肌耐力，個案能依指示配合深呼吸吐氣；咳嗽時會用手按著肚子再咳，可將痰液咳到氣管內管前端。筆訴：「比較有力氣咳痰，也比較不那麼喘了。」</p> <p>2.9/27 胸部 X 光顯示左下肺葉肺炎改善，聽診無濕囉音和喘鳴音，呼吸平順約 13-15 次 / 分，無使用呼吸輔助肌，SPO₂ 約 97-100%；痰量中、白稀，可將痰咳至氣管內管上端，不顯費力，每 2-3 小時協助抽痰一次。筆訴：「我不會覺得喘了。」</p> <p>3.10/2 呼吸器設定 FiO₂ 調降為 25%且動脈血液氣體分析為 PH：7.487；PCO₂：41.5mmHg；PO₂：102.9mmHg；HCO₃⁻：25.4meq/L；BE：2.5；SaO₂：98.1U/L；RSBI<104bpm/L，心跳 72 次 / 分，呼吸平順約 12-18 次 / 分，血壓 110/53mmHg，筆訴：「現在呼吸順多了，比較不會感到喘和累，晚上睡得很安穩，精神也比上禮拜好。」</p> <p>4.10/11 轉至他院呼吸照護病房持續脫離呼吸器訓練。</p> <p>5.10/28 因疫情期間無法親自探視，故陸續透過電話追蹤個案病情進展，呼吸照護病房護理師表示：「個案自製簡易訓練表，每天按表操課，持續執行脫離呼吸器訓練中，呼吸 12-18 次 / 分，呼吸器設定 PS：12cmH₂O，胸部 X 光無肺炎情形，RSBI：100bpm/L，預計 11/2 要嘗試拔管。」</p> <p>6.11/8 電話追蹤，護理師表示：「11/2 移除氣管內管，呼吸狀況漸趨穩定，目前調整至氧氣鼻導管 3L/min 使用，呼吸平順約 12-16 次 / 分。」</p>

問題二、營養狀態改變：少於身體需要/與腸胃道營養吸收不良有關 (9/22訂)

<p>主 / 客觀資料</p>	<p>S1：9/21 筆訴：「我肚子很脹，很不舒服。」、「吃不下，不想吃東西。」</p> <p>S2：9/22 筆訴：「肚子脹、想吐。」</p> <p>O1：9/20 從 7 月初開始 2 個多月來體重下降約 6 公斤（從 61 公斤降至 55 公斤），臉頰凹陷、身形消瘦，鼻胃管留置，Albumin：2.5g/dl；Hb：9.6g/dl。經營養師評估建議基本熱量需求為 1,800 大卡 / 天，但因病情建議先給予管灌奶 1,400 大卡 / 天，水分攝取 1,000-1,200ml / 天。</p> <p>O2：9/21 腹部鼓脹、叩診呈鼓音，腸蠕動約 6-10 次 / 分，消化差，鼻胃管引流出 250ml 的深褐色未消化液，依醫囑使用重力灌食袋灌食及給予白蛋白 Albumin 12.5 gm QD IVD 共 3 天。</p> <p>O3：9/22-9/23 共嘔吐 3 次，每次嘔吐量約 50-100ml 黃稠狀的未消化液。</p>
------------------------	---

問題二、營養狀態改變：少於身體需要/與腸胃道營養吸收不良有關（9/22訂）（續）

<p>護理目標</p>	<p>1.9/25 個案能執行 3 項緩解腹脹及增加腸蠕動的措施。 2.10/5 個案腹脹、嘔吐情形能一天少於 2 次，改採管灌飲食。 3.10/9 消化變好且管灌奶熱量達 1,800 大卡 / 天。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.9/22 每班協助灌食時需採半坐臥姿，抬高床頭 30-45 度避免嘔吐。 2.9/22 每班執行灌食前需確認鼻胃管位置是否正確，以及胃殘餘量、性質、顏色。 3.9/22 依營養師調配每 4 小時用重力滴注袋灌約 250-320ml 的益力壯配方奶，灌食時間約 30 分鐘 / 次。 4.9/22 由營養師追蹤各相關檢驗數據，漸進式調整管灌配方增加熱量攝取，目標為 1,800 大卡 / 天。 5.9/23 衛教並協助灌食後維持半坐臥 30-60 分鐘，避免胃食道逆流、嘔吐。 6.9/23 依醫囑給予口服軟便劑 Sennoside 40mg HS，增加腸蠕動、減少腹脹。 7.9/23 告知管灌前後 1 小時會教導做腹部按摩及運動訓練，以利消化吸收。 8.9/23 教導及協助按摩腹部，以右手掌心為支撐點或握拳，左手輕柔覆蓋於右手上方，由內至外呈環形圓圈狀按壓 10-15 分鐘，2 次 / 天。 9.9/24 教導腹式運動，請個案平臥手放腹部，吸氣，腹部慢慢隆起後吐氣 5-7 下 / 次，2-3 次 / 天。 10.9/24 請個案平躺雙腿抬離床面約 15 度，輪流屈伸兩腿，腹部有收緊感 5-7 下 / 次，2 次 / 天，促進腸道蠕動。 11.9/25 教導採高坐臥，上半身保持挺直，兩腳分開和盆骨同寬，雙手抱胸前，腰部向左右轉動，做轉腰運動，幅度大、速度慢，早晚各做一次，每次 10-12 下。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.9/25 觀察個案會主動做抬腿曲伸運動，筆訴：「運動後感覺肚子比較沒那麼脹，有比較舒服」；每次灌食時，個案會自動調整電動床採半坐臥，筆訴：「坐這樣肚子比較舒服。」，灌食後 1 小時個案會自己做腹部按摩約 10 分鐘。 2.10/5 腹脹改善，腸蠕動 13-15 次 / 分，整日無噁心、嘔吐情形發生，筆訴：「現在肚子不會鼓鼓、脹脹的。」，改採管灌飲食，管灌熱量攝取可達 1,600 大卡 / 天。 3.10/9 消化情形佳，鼻胃管反抽無未消化液，觸診腹部柔軟，腸蠕動 13-15 次 / 分。筆訴：「可以吃得下，消化好很多。」、「肚子不會脹氣了。」，管灌熱量攝取可達 1,800 大卡 / 天，體重 55 公斤，Albumin：3.2g/dl。 4.10/28 電話追蹤，呼吸照護病房護理師表示個案轉呼吸照護病房後，未再出現腸胃不適狀況，消化佳，管灌前鼻胃管反抽無未消化液，管灌熱量攝取可維持 1,800 大卡 / 天。」 5.11/18 電話追蹤，呼吸照護病房護理師表示：「移除氣管內管後開始嘗試喝水，目前已無嗆咳情形，11/9 已移除鼻胃管，改由口進食，目前由營養師調配提供軟質飲食，進食狀況良好。」</p>

問題三、焦慮/與面對未知病情變化和擔心預後照護有關 (9/25訂)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：9/24 筆述：「病這麼嚴重，會好嗎？」 S2：9/25 筆述：「我是不是要住院很久？」、「這病會不會拖很久？」、「病這麼重，如果一直沒好轉，該怎麼辦呢？」 S3：9/26 筆述：「如果要治療很久？誰來照顧我？會不會花很多錢？」 O1：9/24-9/25 個案神情顯得擔憂，會看向某處發呆。 O2：9/25 個案表情愁苦，主動關心個案，與個案說話，個案不停搓揉雙手，顯緊張不安。 O3：9/26 個案眼神顯無助、淚流、雙手發抖。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.9/28 個案能主動表達心理感受。 2.10/5 個案了解疾病可能進展並與家屬討論後續照護事宜。 3.10/10 個案能主動表達焦慮減輕且執行兩項減少焦慮行為的方法。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.9/25 每天撥出 15-20 分鐘陪伴個案，了解個案需求，並鼓勵個案表達內心感受及不安。 2.9/25 當個案沮喪或哭泣時，同理其感受，緊握個案雙手或輕拍背部，讓個案獲得安慰。 3.9/25 陪同醫師一起與個案討論治療計畫，讓個案了解治療過程。 4.9/26 提供紙筆，引導個案寫出擔心及對未來的想法並採納。 5.9/26 陪同醫師主動向個案解釋說明病情進展，告知可能預後情形。 6.9/26 提供肺部呼吸訓練衛教影片，向個案說明之肺部呼吸訓練過程。 7.9/27 執行呼吸訓練，在旁陪伴，請個案放輕鬆，教導深呼吸，調整呼吸。 8.9/28 轉介社工協助申請住院醫療相關費用補助，提供支付住院所需費用。 9.9/28 幫個案將喜愛的檀香精油擦抹在四肢且按摩舒緩肌肉緊張，一天 3 次，每次 5-10 分鐘。 10.9/28 播放個案喜愛的宗教佛法音樂，減緩焦慮。 11.9/30 告知呼吸器使用超過 21 天仍無法脫離呼吸器，會轉至呼吸照護中心持續照護。 12.10/4 提供呼吸照護病房相關資料給個案及案母選擇，並從旁解釋說明。 13.10/5 陪同醫師主動向個案解釋安寧緩和共照照護內容，讓個案了解及接受。 14.10/6 會診安寧緩和照護，提供安寧緩和共照照護相關醫訊。 15.10/8 安排安寧緩和團隊會議向個案和案母解釋安寧共照計畫，即時給予適切詢問和關懷，並說明拒絕心肺復甦術同意書內容。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.9/28 高流量氧氣面罩 FiO₂：31%；peak flow：60min/L 使用，呼吸 25 次/分，表情顯憂愁，表示：「今天有點很喘，管子會不會又要插回去？」、「很害怕管子再插回去。」、「我不想再插管子。」 2.10/5 筆訴：「我知道有可能管子沒辦法順利拔掉。」，了解個案及案母對於可能下轉呼吸照護病房的想法，筆訴：「如果真的管子沒辦法拔掉，想轉到離家近一點的醫院。」、案母表示：「離家近一點，我探病比較方便些。」 3.10/10 陪同醫師於床邊與個案討論下轉呼吸照護病房的安排，個案會主動參與討論和提出自己的想法。筆訴：「有了解下一步該怎麼做，知道慢慢來，每天進步一點，就有動力，也不會感到焦慮、害怕了。」、「知道大概花費和補助的錢，就不用擔心錢不夠。」、「聽音樂和按摩，能讓我身體放鬆，不會胡思亂想。」 4.10/28 持續電話追蹤，呼吸照護病房護理師表示個案心情平穩，態度正向積極。代訴：「個案表示雖然知道自己已經是末期，也許活不久，但還是希望能不要一直躺著。」</p>

結論與討論

本文為一位 56 歲男性個案，因呼吸困難、肺炎出現呼吸肌疲憊呼吸喘、無法有效咳痰，產生低效性呼吸型態問題；腸胃消化吸收不良，有腹脹、嘔吐情形，導致營養攝取不足問題；面對未知病情進展變化又擔心後續照顧問題，產生焦慮。護理過程中，運用王 [2] 及莊等 [6] 文獻提及，藉由呼吸肌訓練，增強呼吸肌耐力，提供胸腔物理治療及搭配高頻胸壁振盪機，並教導咳嗽技巧，有效排除呼吸道分泌物，改善呼吸問題。運用吳 [9]、馮 [8] 及葉、林 [3] 文獻提及，由營養師評估提供營養照護計畫，並教導腹式運動和適度腹部按摩增加腸蠕動，改善腸胃道消化功能，提升營養攝取。運用傾聽、筆談技巧，解釋病情變化、治療計畫及後續照顧，召開全人跨領域團隊會議，結合安寧共照團隊，配合音樂治療和精油按摩等方法，減輕焦慮感，與姜等 [10] 及陳、吳 [13] 及賴、陳 [11] 文獻提及相符。

照護期間，本加護病房因個案經濟限制，無法自行攜帶有視訊功能之行動電話，只能透過單位傳統型電話溝通，個案因置放氣管內管無法說話，只能寫下部分想法，由護理師簡易傳達給案母，是本文之限制。建議醫院未來可增設網路視訊裝置，提供家屬能透過視訊與個案互動。經這次護理經驗，瞭解到面對首次罹癌病人及家屬在住院期間要學習及適應的事物很多，面對到很多意想不到的事。而透過跨領域團隊照顧，提供醫療健康照護資源，也經由個案管理師與家屬共同協商，協助病人解決後續下轉照顧問題，獲得連續性完善的照顧，提升照護品質。

參考文獻

1. 衛生福利部：110 年國人死因統計結果。2022。Retrieved from <http://www.mohw.gov.tw/cp-16-70314-1.html>
2. 王桂芸：呼吸系統疾病之護理。成人內外科護理上冊。台北市：華杏。2020；1180-1188。
3. 葉子綺、林佑樺：重症病人的灌食與營養。護理雜誌 2021；68（3）：15-20。
4. 黃秀霖、郭鳳霞、樊君儀 等：探討運動方案改善晚期肺癌病人癌因性疲憊及症狀困擾之成效。榮總護理 2019；36（2）：178-190。
5. 李曜任：肺癌。聲洋防癌之聲 2020；166：12-18。
6. 莊文穎、曹昭懿、陳佩珊：癌症生存者的運動指引。物理治療 2022；47（1）：1-20。
7. Cavalheri V, Granger CL: Exercise training as part of lung cancer therapy. *Respirology* 2020; 25(2): 80-87.
8. 馮馨醇：癌症病人的營養評估與照顧。台大護理雜誌 2019；15（1）：5-17。
9. 吳尚蓉：鼻胃管留置病人吸入性肺炎的預防照顧。護理雜誌 2022；69（1）：18-24。
10. 姜亭妤、簡淑慧、徐鴻智 等：心理調節措施在癌症患者身體心像改變及情緒困擾之成效-系統性文獻回顧。長庚護理 2018；29（3）：350-361。
11. 賴冠文、陳詩宜：音樂治療是否能有效降低呼吸器使用患者的焦慮程度。彰化護理 2021；28（1）：16-26。
12. Candy B, Armstrong M, Flemming K, et al.: The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: a systematic review. *Palliative Medicine* 2020; 34(2): 179-194.
13. 陳淮羽、吳秀春：運用醫病共享決策輔助策略提升癌症病人不施行心肺復甦術簽署率。安寧療護雜誌 2020；24（2）：137-152。

Experience of Providing Intensive care to a Patient with a First-time Diagnosis of Terminal lung Cancer

Lin-Ya Wang¹, Chai-Yuan Lee³, Yu-Cheng Chen¹, Shu-Hao Chang²

Department of Nursing¹, Chest Medicine², Cheng Ching General Hospital;

Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital³

Abstract

The present paper describes the experience of providing intensive nursing care to a 56-year-old patient who sought medical attention for dyspnea. He was initially diagnosed with pneumonia, but a subsequent diagnosis of terminal lung cancer was made based on a pathological examination of abnormal neck swelling. Nursing care was provided from September 20 to October 11, 2021. The patient was assessed using Gordon's Eleven Functional Health Patterns, with data collected through conversations, observations, and physical assessments. Results of the assessment confirmed the presence of multiple health problems in the patient. In view of the length constraint of this paper and order of priority of nursing care needs, we only investigated the top three health problems of the patient, namely ineffective breathing pattern, deficient nutritional status, and anxiety. During the nursing care process, respiratory muscle training methods were taught to enhance respiratory muscle endurance. Chest physiotherapy and training on effective coughing techniques were provided to improve breathing problems. A nutrition care plan was formulated in collaboration with a dietitian, and a moderate abdominal massage was provided to promote gastrointestinal motility, improve nutrient absorption in the gastrointestinal tract, and increase nutrient intake. Emotions expressed by the patient were listened to and empathized with, and the patient was encouraged to face his feelings of unease. Besides receiving an explanation of the treatment plan, the patient was also allowed to participate in discussions regarding the treatment approach through holistic cross-disciplinary team meetings. Music therapy and guidance on aromatherapy and massage techniques were provided to alleviate the patient's feelings of anxiety. Under the premise that patient privacy has been provided, the use of video conferencing in future nursing care is recommended to enable effective communication without being affected by unexpected limitations, such as the coronavirus disease 2019 pandemic, and distance. This also contributes to the alleviation of patient anxiety and improvement of quality of care. (Cheng Ching Medical Journal 2023; 19(4): 67-76)

Keywords : *Terminal lung cancer, Ineffective breathing pattern, Anxiety*

Received: February 2023; Accepted: July 2023