

運用共享決策於一位肺癌脫離呼吸器個案之護理經驗

張寶綾、陳瑞儀、周昭伶、陳玉萍、高秀娥

臺大醫院 護理部

摘要

本文係照護一位77歲肺癌合併肺炎個案，面臨接受氣切決策及脫離呼吸器之護理經驗。護理期間為2016年12月29日至2017年1月25日，筆者依個案生理、心理、社會與靈性等層面進行整體性評估，發現個案有呼吸道清除功能失效、傷口疼痛、知識缺失及無力感之護理問題。在照護期間除了依個別化呼吸器脫離流程執行護理計畫，加強心肺復健促進肺部擴張，進而強化呼吸肌力及提升痰液清除能力。因氣切術後傷口疼痛，藉由止痛藥和看電視節目轉移注意力，達到疼痛控制。陪伴個案與家屬面對氣切之決策歷程時，藉由氣切決策影片了解氣切的優缺點，鼓勵個案抒發內心感受，減少低落情緒和面對氣切的無力感。整合跨團隊合作和臨床倫理委員，讓個案充分了解目前疾病治療與進展，最後個案接受氣切手術，並於2017年1月25日成功脫離呼吸器。建議無法脫離呼吸器的病人，儘早提供氣切決策影片，以利成功脫離呼吸器改善生活品質。（澄清醫護管理雜誌 2019；15（2）：66-74）

關鍵詞：脫離呼吸器、呼吸衰竭、肺癌、氣切、共享決策

前言

惡性腫瘤自1982年已連續35年位居十大死因首位，肺癌更是2016年惡性腫瘤死因第一位[1]。肺癌是指肺部的惡性腫瘤，氣管內有異物或腫瘤阻塞，就容易引起局部肺組織的炎症反應、痰液蓄積而導致肺炎。肺癌常合併肺炎，病人常因痰液增加而引起呼吸困難，因而讓病人感到恐懼與焦慮，但多數的病因可經處理後獲得改善[2]，早期氣切可縮短加護病房及住院總天數及減少呼吸器使用天數，更可加速呼吸器脫離，因此讓病人充分了解目前疾病治療與進展，陪伴病人與家屬面對氣切之決策歷程相當重要。

本文係照顧是一位77歲肺癌男性個案，因肺炎導致呼吸困難需進行氣管內管留置（以下簡稱插管），經加護病房治療後，病情穩定進行後續呼吸器脫離訓練，筆者發現個案常常出現情緒爆怒、敲打床欄、不與醫療人員及家屬配合等負面情緒反應。經了解發現，個案因呼吸器脫離訓練不如預期，經醫師建議個案需要接受氣管切開術（以下簡稱氣切），但個案因插管不能說話且不會寫字導致表達困難，使家屬和醫療人員需花費較長的時間與個案進行溝通，故引發筆者想深入探討之動機。經醫療團隊努力下，個案充分了解目前疾病治療與進展，如果選擇不插管，個案隨時會因一口痰造成呼吸困難，面臨死亡威脅，而個案無法接受呼吸衰竭死亡，筆者藉由氣切決策影片讓個案了解氣切的優缺點，最後個案接受氣切並於氣切手術後依呼吸器脫離計畫成功脫離呼吸器，提升個案生活品質。

通訊作者：高秀娥

通訊地址：臺北市中正區中山南路7號4C1

E-mail：003742@ntuh.gov.tw

受理日期：2018年03月；接受刊載：2018年05月

文獻探討

一、呼吸器脫離訓練之護理

執行呼吸器脫離訓練需事先評估，如身體評估、生命徵象、代謝狀態、理學檢查等，將可能會影響病人呼吸器脫離之潛在病因，或器官功能衰竭等因素應儘早排除。臨床上為了提升病人呼吸器成功脫離，需評估其生理和心理層面。（一）生理方面：1. 監測病人的呼吸型態（呼吸次數 \leq 35次/分鐘、有無使用呼吸輔助肌）、呼吸道清除能力（咳嗽能力）、氧合狀態（ SpO_2 ： $>$ 90%、 FiO_2 ：40~50%）、血液動力學（心跳 $<$ 140次/分鐘、平均動脈壓 \geq 60mmHg）、神經功能（意識清楚、有咳嗽反射）和代謝狀態（無感染、電解質正常）；2. 維持呼吸道通暢：教導病人深呼吸及咳嗽技巧、每2小時翻身、採無菌方式抽痰減少痰液堆積；3. 預防吸入性肺炎及感染：落實手部衛生、採半坐臥姿勢、執行口腔護理並維持身體清潔等。（二）心理方面：1. 病人容易出現害怕、無助等心理問題，可藉由建立治療性人際關係，向病人說明呼吸器脫離計劃及可能面臨的問題和解決方式，讓病人了解未來治療過程，以減少擔心；2. 使用溝通輔助工具，提升雙向溝通品質；3. 強化支持系統，如鼓勵家人探視及陪伴；4. 維持足夠睡眠品質；5. 給予適當感官刺激，如電視、廣播等，以維持病人定向感 [3,4]。

執行心肺復健有助於增加呼吸肌力並建立復健計畫，每週至少五天，每項活動執行時間依病人復健情況逐漸增加，有助於提高呼吸器成功脫離率 [5]。臨床上常置放氣切管以增加病人舒適度、降低呼吸器相關肺炎及提高呼吸器成功脫離率 [6]。

二、氣切術後傷口疼痛之相關護理

疼痛可能讓人痛不欲生，更可能影響病情、睡眠、活動力，因而影響其生活品質。病人術後疼痛最常發生於活動及換藥時，此時可透過疼痛評估及合宜的照護，九成的疼痛將可有效控制，如未能被有效緩解的術後疼痛，對病人的身心健康以及醫療費用將帶來負面的衝擊 [7]。氣切術後傷口的疼痛是屬於急性疼痛，護理師應使用疼痛評估量表，以十分法評估病人疼痛程度，以提供個別化之疼痛護理。疼痛處置措施有使用藥物及非藥物兩種方式，使用藥物是最為迅速的措施，另外可教導非藥物之

疼痛處置，如聽音樂、深呼吸放鬆、聊天或舒適擺位等。良好的疼痛控制可增加舒適感與活動，並減少合併症發生，以提供更人性化的護理 [8]。

三、癌症病人面臨醫療決策的無力感

癌症病人面對疾病的無法改變與控制，因而導致不同的適應狀態。了解病人所感受到的心理意義與困擾外，適當的給予協助，臨床心理師的介入，將有助於提升病人的心理安適 [9]。主動了解病人的想法，病人想活下來，我們要給予活下來的動力。並且確認病人知情後去做選擇和決策，無論任何人都沒有權利違反病人意願，對其進行醫療干預 [10]。醫療團隊面對病人呼吸器脫離困難，會和病家討論是否進行氣切手術，就病人而言，是相當困難與煎熬 [11]。無力感是個人自覺對目前的情境或事件，無法控制或解決問題，認為自己無法影響事情結果的主觀感受 [12]。

四、醫病溝通及決策方法

人體記憶是以數字、文字、聲音及圖像等方式紀錄而成，而聲音及圖像比較不容易忘記；透過圖片、文字幫助病人獲得充分的訊息，可幫助其下決定 [13]。醫護人員除了引導病人說出擔憂的問題，應提供相關資訊，如病人想知道呼吸器脫離訓練及復健的進度，我們就提供呼吸器脫離訓練及心肺復健流程的單張或海報；想了解氣切，我們就提供氣切相關影片，讓病人了解目前進度，以增加病人控制和參與感，進而提升病人與疾病共存的能力。近年來衛生福利部與財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會推動醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM），主要在提供病人所有可考量的選擇，讓其充分了解所選擇的醫療選項之優缺點，由醫療人員和病人共同達成醫療決策共識，做出符合病人的醫療決策。

個案簡介

一、基本資料

張先生 77 歲，不識字，慣用台語，信仰道教，育有五位子女，與太太及三位未婚子女同住。家中經濟小康，經濟來源為退休金，主要照顧者為太太及三位未婚子女，個案無特殊藥物及食物過敏史，其家庭樹如圖一所示。

二、家族史

個案無特殊家族病史。

三、過去病史

個案於 2006 年罹患心臟病、高血壓和中風，規律在門診追蹤並服藥控制；2016 年 1 月確診為肺癌，故至本院接受放射治療及化學治療。2016 年 6 月發現腦部癌細胞轉移，經醫師評估其狀況，無法再次接受放射治療及化學治療，此後定期門診追蹤。

四、住院及治療經過

個案 2016 年 12 月 10 日因發燒、呼吸喘至本院急診求治。由於肺炎導致呼吸衰竭故插管後轉入加護病房治療。2016 年 12 月 29 日因病情穩定但呼吸器脫離困難，故轉入本病房接受呼吸器脫離訓練及後續治療。2017 年 1 月 4 日評估呼吸器脫離參數已達脫離標準，移除氣管內管（以下簡稱拔管）。2017 年 1 月 5 日個案因低血氧併呼吸衰竭，故再次

插管。於 2017 年 1 月 17 日行氣切手術，於 2017 年 1 月 18 日進行呼吸器脫離訓練，於 2017 年 1 月 25 日成功脫離呼吸器轉一般病房繼續照護，其住院及治療經過詳見表一所示。

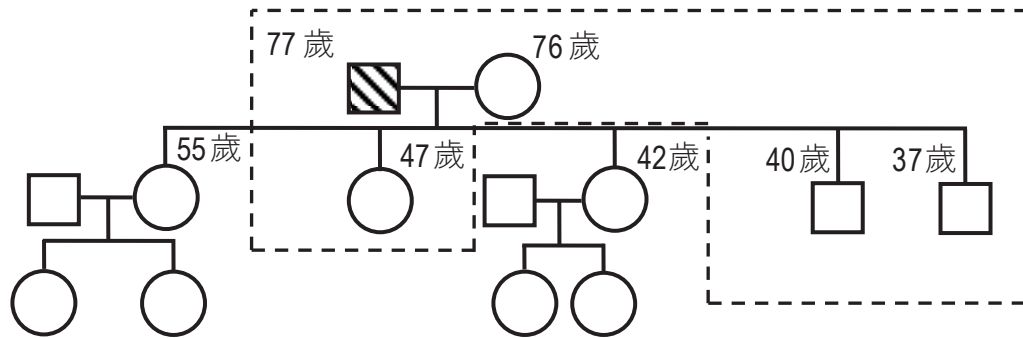
護理評估

筆者自 2016 年 12 月 29 日至 2017 年 1 月 25 日，藉由身體評估、直接照護與觀察及與家屬會談等方式收集資料，依個案生理、心理、社會與靈性等層面進行整體性評估，內容分述如下：

一、生理評估

（一）氧合循環系統

個案 2016 年 12 月 29 日 BT：36~37°C，HR：70~90 次/分鐘，竇性正常心律，BP：110~140/40~65mmHg。呼吸器使用下，RR：15~20 次/分鐘，SpO₂：100%，指甲床呈粉紅色，微血管充盈時間 ≤ 3 秒，Hb：



圖一 家庭樹

表一 病程與治療進展

日期	病程與治療進展
2016/12/10	發燒、呼吸喘至本院急診求治，插管、休克，升壓劑使用，轉入加護病房治療。
2016/12/29	轉入本病房治療，執行心肺復健運動及呼吸器脫離訓練。
2016/12/30	自主呼吸測試 40 分鐘時心跳過快，測試失敗。
2017/01/02	自主呼吸測試 1 小時測試通過。
2017/01/03	呼吸器脫離參數測試通過，拔管前氣囊漏氣測試通過。
2017/01/04	呼吸管脫離評估達標準進行拔管，照會臨床倫理委員會。
2017/01/05	低血氧併呼吸衰竭再次插管。
2017/01/06	臨床心理師與個案及家屬會談。
2017/01/09	臨床倫理委員與家屬進行溝通。
2017/01/10	臨床倫理委員及門診主治醫師與個案及家屬進行溝通。
2017/01/17	進行氣切手術。
2017/01/20	T-piece 40% 10L/min 12 小時，下床坐輪椅 30 分鐘。
2017/01/21	T-piece 40% 10L/min 24 小時，下床坐輪椅 60 分鐘。
2017/01/25	T-piece 第 4 天成功脫離呼吸器轉病房。

11.9g/dl。抽痰時有咳嗽反應，痰液呈黃白稀。12月31日呼吸器脫離訓練結果為呼吸平順（RR：15~30次/分鐘）。2017年1月4日進行拔管後O₂ mask 40% 10L/min使用，但2017年1月5日SpO₂：85~88%且呼吸費力和奇異呼吸型態，聽診雙下肺葉痰音嚴重，不到半小時就要抽一次痰，抽完還會一直咳嗽痰音很重，個案表示：「痰很多，咳不完，呼吸很難受！」，案子表示：「我爸爸一動就有痰就想咳！」。調整O₂ mask 98% 15L/min，但SpO₂仍掉至90%以下，使用雙相正壓呼吸器（Bilevel Positive Airway Pressure, BiPAP）後，SpO₂仍無法維持90%以上，故進行插管，胸部X光：進行性左肺浸潤，因痰變多，夜間覺醒次數增加，躺床時間變多活動量減少，評估個案因痰液清除效能差，確立個案有呼吸道清除功能失效之護理問題。

（二）感覺神經系統

個案2016年12月29日意識清醒，昏迷指數（Glasgow Coma Score, GCS）為E₄V₁M₆，定向感正常，因不會寫字又插管說不出話，平常以點頭搖頭回答問題。於2017年1月17日行氣切手術，抽痰有血絲，個案皺眉痛苦表情。案子說：「爸爸平常很怕痛，手術後爸爸可能會很痛，可以把止痛藥加量嗎？」詢問個案氣切傷口痛嗎？個案扭動身體、流淚、躁動不安，點頭表示痛7分。個案於2017年1月18日咳嗽抽痰時仍有痛苦表情，痰液呈鮮血色，害怕傷口痛不敢用力咳嗽。評估個案因氣切術後傷口疼痛，確立個案有傷口疼痛之護理問題。

（三）皮膚肌肉骨骼系統

個案臉色蒼白，四肢末梢溫暖，皮膚完整無受損；身體外觀無異常，四肢肌肉力量皆為5分，評估無皮膚肌肉骨骼系統問題。

（四）泌尿生殖系統

生殖器外觀正常，無分泌物，排尿正常，夫妻性生活無異常，評估無泌尿生殖系統問題。

（五）消化營養系統

個案身高160cm，入院時體重51kg，身體質量指數（Body Mass Index, BMI）為19.9kg/m²（體重正常範圍：50~61kg）。理想熱量攝取應為1,500~1,830kcal（50~61kg×30kcal/kg）。因呼吸器脫離訓練階段擔心二氧化碳堆積，營養師建議採管灌

低糖高脂配方，濃度：1kcal/ml，熱量：1,500kcal，鼻胃管灌食每4~6小時一次，反抽消化良好，排便一天一至二次，排便正常，血液電解質、白蛋白指數正常；評估無消化營養問題。

二、心理評估

個案於2016年12月29日轉入本病房時，筆者向個案說明要進行呼吸器脫離訓練，個案面帶笑容點頭回應。2016年12月30日在呼吸器脫離訓練過程中（T-piece 40% 10L/min），約40分鐘後心跳偏快（HR：110~120次/分鐘），呼吸喘（RR：30~35次/分鐘），表情疲累不理人。2016年12月31日個案雙手拉扯氣管內管和鼻胃管，予以安撫並詢問個案是否想早點脫離呼吸器，個案點頭臉部皺眉無奈表情。2017年1月2日個案用舌頭將氣管內管往外頂，以頭就手拉扯氣管內管，向個案說明自拔管喉嚨會腫會受傷，反而會導致拔管失敗，只要達到呼吸器脫離標準，醫師就會馬上進行拔管，個案點頭接受。2017年1月4日呼吸器脫離評估達標準，個案拔管順利。案子詢問個案：「如果再度面臨呼吸困難，是否要重插管？」個案閉眼不表示，醫師詢問個案：「如果呼吸困難，不插管，就會呼吸衰竭死亡，這是你想要的嗎？」個案搖頭表情憤怒雙手作勢打人，情緒激動。案子表示等個案情緒穩定會再詢問個案的決定。2017年1月5日個案再度面臨呼吸困難並且重新插管。2017年1月5日家屬與個案溝通後，案子主訴：「爸爸對治療不了解，他只想治療好，不想像現在這樣，躺在床上的一輩子！爸爸現在很不舒服，想趕快好起來！我們也想幫爸爸，但是不知道該怎麼幫，覺得很無力！」當天臨床倫理委員詢問個案，是否擔心呼吸器無法脫離會躺一輩子，個案點頭回應；詢問個案不插管會面臨呼吸衰竭死亡，這是你想要的嗎？個案未回應；詢問個案想活下來嗎？個案點頭。經評估後個案對疾病治療過程的資訊不足，導致個案擔心治療後會躺一輩子喪失原本生活型態，備感挫折，確立個案有知識缺失、無力感之護理問題。

三、社會評估

依Erikson發展理論，個案此階段為統合/絕望。2017年1月4日案子主訴：「我媽平時會陪爸

爸外出運動，和鄰居相處和睦。生活開銷由爸爸退休金和我們五個小孩一起支付，無經濟問題。」每次會客時間都有家人探視，並鼓勵個案執行心肺復健運動，家人相處融洽。評估無此方面的問題。

四、靈性評估

案子 2017 年 1 月 9 日代述：「家中擺設佛堂，每天早上燒香拜拜，宗教信仰為道教！爸爸得知

肺癌後除了在家燒香拜拜，也常常去廟裡參拜」。住院期間家屬特地為個案到廟裡求平安符，貼於病室床頭。

問題確立

經護理評估確立個案主要護理問題包括：呼吸道清除功能失效、傷口疼痛、知識缺失及無力感。

護理措施與結果評值

護理問題一：呼吸道清除功能失效/與痰液無法有效咳出有關（執行日期：2017/1/4-2017/1/20）

護理目標：1. 轉出病房前個案能運用有效咳痰技巧，將痰液咳到氣切套管外。

2. 呼吸器脫離訓練期間，沒有使用呼吸輔助肌且 SpO₂ 維持在 90% 以上。
3. 每天執行心肺復健時，呼吸次數小於 30~35 次 / 分鐘。

支持 資料	<p>主觀資料</p> <p>1.1/5（拔管後未重插管前）個案主訴：「痰很多很多，咳不完，呼吸困難！」。</p> <p>2.1/5 案子：「我爸爸一動就有痰就很有想咳！」。</p> <p>客觀資料</p> <p>1.1/5 拔管未重插管前 SpO₂：80% 奇異呼吸型態。X 光：進行性左肺浸潤。聽診雙下肺葉濕囉音。</p> <p>2.1/5 使用 BiPAP 後呼吸淺快約 35 次 / 分，無法維持 SpO₂：90% 以上。</p>
護理 措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 減少痰液堆積，臥床時抬高床頭至少 30~45 度防止吸入性肺炎，以利肺部擴張，促進呼吸及增加舒適感。 2. 評估個案咳嗽力量，以無菌方式抽痰，每兩小時抽痰一次，並觀察痰液之性質、顏色及量。 3. 每 4 小時監測生命徵象、SpO₂、呼吸型態及有無使用呼吸輔助肌。 4. 執行呼吸器脫離訓練或心肺復健過程中，隨時監測生命徵象及意識變化，若出現不適症狀，如使用呼吸輔助肌、呼吸費力、呼吸次數大於 30~35 次 / 分時，暫停執行治療活動。 5. 教導心肺復健，每週星期一、三、五之下午會客時間，護理師協同物理治療師教導個案執行心肺復健，依身體狀況約 30~60 分鐘。 6. 建立每日心肺復健計劃表：1/18 擴胸運動、直舉腿活動。1/20 坐床緣，可自己支撐身體至少 30 分鐘。1/23 下床坐輪椅至少 30 分鐘。 7.1/5 與醫師討論支氣管擴張劑、祛痰劑、類固醇和抗生素治療，維持適當換氣及氧合狀態。
護理 評值	<p>1-1.1/20 個案可在協助下坐在床緣，主動作深呼吸、咳嗽，將痰咳到氣切管。</p> <p>1-2.1/24 會用力咳出黃白色痰液到氣切套管上。</p> <p>2-1.1/20 使用 T-piece 40% 10L/min 12hr 訓練下，生命徵象穩定，SpO₂：97~100%，沒有使用呼吸輔助肌。</p> <p>2-2.1/23 T-piece 40% 10L/min 第 2 天，可自行呼吸，次數約 24~28 次 / 分，SpO₂：98 ~ 100%。</p> <p>3.1/23 個案從完全臥床進步至協助下可坐輪椅繞病房並到窗台復健，看窗外風景，自行呼吸次數約 25~30 次 / 分。</p>

護理問題二：傷口疼痛/因氣切術後導致傷口疼痛有關（執行日期：2017/1/17~2017/1/21）

- 護理目標：**
1. 術後個案能主訴疼痛指數減至3分以下。
 2. 每次氣切傷口護理時沒有痛苦表情。
 3. 在護理指導及使用止痛藥物，每天可下床坐輪椅。

支持資料	<p>主觀資料</p> <p>1.1/17 案子說：「爸爸平常很怕痛，氣切後爸爸可能會痛，可以把止痛藥加量嗎？」</p> <p>2.1/17 個案痛苦表情，詢問個案氣切傷口痛嗎？個案表示：「痛7分。」</p> <p>客觀資料</p> <p>1.1/17 氣切術後頸部有氣切傷口。</p> <p>2.1/18 咳痰抽痰時仍有痛苦表情，痰液呈鮮血色，感覺害怕傷口痛不敢用力咳嗽。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 觀察疼痛情況並止痛處理，每 3-4 小時評估個案疼痛部位、強度、性質、並記錄，每天查房與醫療團隊討論疼痛情況。 2. 每 3-4 小時觀察個案非語言不適徵象，如皺眉、躁動不安等，依醫囑給予 Fentanyl 1mg in 0.9% saline 100ml titration 使用。 3. 觀察氣切傷口情況並預防感染，保持氣切傷口清潔、乾燥，避免口水、痰液弄濕傷口，每天更換 Y 紗，傷口汙染時隨時清潔傷口。 4. 每次氣切口換藥時觀察傷口顏色、傷口味道，傷口變大痰液會從氣切口滲痰時，必要時聯絡手術醫師是否縫合，並記錄每日換藥頻率及傷口情形。 5. 保持口腔清潔，依醫囑給予漱口水口腔護理 Q8H，預防感染。 6. 護理照護時避免氣切傷口拉扯，術後 3 天使用預防呼吸管拉扯的保護帶，避免造成傷口拉扯疼痛。 7. 翻身時調整呼吸管路長度，確保翻身時管路長度足夠，預防呼吸管路拉扯。 8.1/17 自製橡皮圈安全夾，將橡皮圈套住呼吸管夾住氣切固定帶，避免呼吸管鬆脫拉扯，造成氣切傷口疼痛。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/19 HR:70次/分，詢問個案是否氣切傷口疼痛，個案表疼痛指數1分，往下調整Fentanyl劑量。 2.1/20 個案可配合執行氣切傷口護理，沒有痛苦表情。 3.1/20 家屬協助下，個案每天可坐輪椅 30 分鐘，沒有疼痛不舒服。

護理問題三：知識缺失/與疾病治療過程的資訊不足有關（執行日期：2016/12/29~2017/1/25）

- 護理目標：**
1. 呼吸器脫離訓練期間讓個案充分瞭解呼吸器脫離訓練流程。
 2. 1/10 前讓個案充分瞭解氣切帶來的好處。
 3. 經多元方式的訊息傳遞後個案能做最適合自己的決定。

支持資料	<p>主觀資料</p> <p>1.1/4 醫師詢問個案：「如果呼吸困難，不插管，就會呼吸衰竭死亡，這是你要的嗎？」個案搖頭表情憤怒雙手作勢打人。</p> <p>2.1/5 臨床倫理委員詢問是否擔心呼吸器無法脫離會躺一輩子？個案點頭回應；詢問個案不插管會面臨呼吸衰竭死亡，這是你要的嗎？個案沒有點頭回應；詢問個案要活下來嗎？個案點頭回應。</p> <p>3.1/5 案子訴：「爸爸對治療不了解，他想治療好，不想像現在這樣，躺在床上輩子！」</p>
------	--

支持資料	<p>客觀資料</p> <p>1/2 個案用舌頭將氣管內管往外頂，以頭就手拉扯氣管內管，向個案說明自拔管喉嚨會腫受傷會導致拔管失敗。</p>
護理措施	<p>1.1/2 解釋呼吸器脫離訓練及因應方式，讓個案有參與感，提供有圖片、文字混合說明的呼吸器訓練及復健流程的單張和海報，向個案說明呼吸器脫離訓練計劃，過程可能會出現的不適，如呼吸困難、疲累等，並採適合個案的呼吸器脫離訓練，減少個案不安的感覺，並鼓勵個案積極參與治療。</p> <p>2. 維持個案足夠的睡眠品質，晚間和午休時間關燈，集中護理使睡眠不中斷，以應付呼吸器脫離訓練過程的體力耗費。</p> <p>3.1/6 提供氣切決策影片，讓個案了解氣切手術優缺點，可增加其舒適度、提高呼吸器成功脫離，達成醫療決策共識，提升有效率的醫病溝通。</p> <p>4. 增加家屬訪客時間，一起觀看氣切決策影片，個案向家屬表示會躺在床上「一輩子」，向個案解釋氣切後積極復健，不會躺床「一輩子」。</p> <p>5. 個案觀看氣切決策影片時，鼓勵個案用唇語表達想法，給予心理支持，減少個案不安的感覺。</p> <p>6.1/6 應用氣切決策影片，透過圖片、文字幫助個案及家屬獲得充分的訊息，讓個案於知情同意中下決定。</p> <p>7. 運用 SDM 及相關資料（呼吸器脫離訓練及復健流程的單張、氣切決策影片、解說），幫助個案更精準地知道決策的優、缺點並參與決策。</p>
護理評估	<p>1.1/19 個案手指呼吸器脫離訓練流程表，詢問個案是不是快接近成功脫離轉病房，個案微笑點頭。</p> <p>2-1.1/9 詢問個案：「會幫你做最好的治療，氣切後可以把痰清乾淨，更有機會呼吸器訓練脫離，這樣好嗎？」個案點頭回應。</p> <p>2-2.1/24 案子：「還好有做氣切，爸爸才能成功脫離呼吸器，現在就不會躺在床上「一輩子」，個案雙手合十比謝謝。</p> <p>3.1/25 詢問個案：「我們跟你說的和提供給你的單張、海報及影片，有沒有讓你更確認你做了最好的選擇？」個案點頭回應。</p>

護理問題四：無力感/與呼吸器脫離不如預期及面臨氣切決策有關（執行日期：2016/12/29~2017/1/25）

護理目標：1. 能正向表達滿意現在照護。

2. 能配合護理師和物理治療師復健，行為有正向改變。

支持資料	<p>主觀資料</p> <p>1.12/31 個案雙手拉扯氣管內管和鼻胃管，詢問個案是否想早點脫離呼吸器，個案點頭臉部皺眉表情無奈。</p> <p>2.1/5 案子主訴：「爸爸現在很不舒服，想趕快好起來！我們也想幫爸爸，但是不知道該怎麼幫，覺得很無力！」。</p> <p>客觀資料</p> <p>1/5 個案再度呼吸困難重新插管後，個案情緒激動。</p>
護理措施	<p>1. 與個案建立良好治療性關係，介紹自己，關切個案情況，說明筆者隨時在旁注意個案病情變化，增加信任感，且接觸個案前，解釋治療項目、過程、時間。</p>

護理措施	2. 鼓勵個案使用手勢或唇語表達想法，給予充分時間並耐心臆測個案表達，使其有被尊重感。 3. 深入瞭解引起個案無力感的情境，如呼吸器脫離訓練過程或失敗時，觀察個案情緒反應，引導表達其感受，給予正向支持，增加個案信心。 4. 1/6~10 透過倫理委員諮詢，確認個案想活下來，與臨床心理師協助個案正向思考，給予心理支持。
護理評值	1. 1/20 治療期間，個案無出現皺眉情形且不會拒絕照護。 2-1. 1/23 個案微笑，手指著輪椅要家屬及物理治療師協助個案坐輪椅。 2-2. 1/24 個案微笑，舉手、揮手、打招呼。

討論與結論

本文係探討一位 77 歲肺癌男性個案，因肺炎導致呼吸衰竭，在進行呼吸器脫離訓練過程中，個案和家屬面臨氣切決策歷程之護理經驗。經護理評估後發現個案有呼吸道清除功能失效、傷口疼痛、知識缺失及無力感之護理問題。筆者透過維持呼吸道通暢，加強心肺復健運動以強化肌力，進而改善呼吸道清除功能。藉藥物及非藥物達到良好的疼痛控制。經由與個案建立良好治療性關係，協助個案了解呼吸器脫離流程，提供呼吸器脫離訓練及心肺復健流程的單張和海報，讓個案了解目前進度以增加其控制和參與感，藉由氣切決策影片，讓個案了解氣切之優缺點，積極與個案溝通釐清想法，降低個案面對醫療決策時產生的無力感，最後個案成功脫離呼吸器。

因個案不識字無法筆談，又處於插管治療階段，要讓情緒易激動的個案瞭解治療過程，並讓家屬和醫護人員明白個案心裡真正想要表達的想法，在溝通上非常困難，目前有使用呼吸器下的病人可以說話的氣切管，但並沒有使用呼吸器下可以說話的氣管內管，無法讓氣管內管放置的個案，有效率的對話也是本文之限制。面對決策困難的病人，建議儘早提供醫病共享決策，當面臨抉擇時才能確保病人於知情、同意下做決策，並遵照病人的意願進行醫療處置，若在相當透徹了解的狀態下，病人仍舊不願參與決策，我們也應當尊重病人的意願，透過適切的代理決定做出醫療決策，以達到醫病雙贏局面。期望藉此經驗分享，提供日後臨床護理師照護此類個案之參考。

參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署：民國104年國人死因統計結果。衛生福利部。2016。Retrieved from <http://www.mohw.gov.tw/news/572256044>

2. Bonk AK: Management of dyspnea in a patient with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39(3): 257-260.

3. 白玉珠、陳美娟、鄒茵茵 等：建立使用呼吸器重症病人之臨床營養護理指引。榮總護理 2014；31（2）：144-157。

4. 張美玉：脫離準備度之概念分析。榮總護理 2013；30（1）：95-102。

5. 廖敏季、邱靜娥、簡榮彥 等：復健運用於長期呼吸器依賴病人之成效。臺灣醫學 2013；17（5）：468-475。

6. Sanabria A, Gómez X, Vega V, et al.: Prediction of prolonged mechanical ventilation in patients in the intensive care unit: a cohort study. *Colomb Med* 2013; 44(3): 184-188.

7. 郭瑞萍、翁靜美、陳金玟：護理人員在術後疼痛照護中的挑戰。領導護理 2015；16（4）：11-20。

8. 王惠美、趙慧玲、黃薇瑄 等：一般外科病患術後傷口換藥疼痛改善專案。領導護理 2014；15（3）：96-107。

9. 施秀鈴、曾煥棠、羅雅芬 等：護理人員對癌末病人照護行為之相關研究。護理暨健康照護研究 2015；11（2）：129-136。

10. 許澤天：消極死亡協助與病人自主決定權：德國學說、立法與實務的相互影響。臺北大學法學論叢 2016；100：179-243。

11. 江吉文、徐秀娥、黃耀斌 等：從實證醫學觀點探討長期使用呼吸器之重症病人氣切的時機。醫學與健康期刊 2013；2（1）：13-19。

12. 許向妤、楊麗玉：運用整體力量模式協助一位無力感之腎衰竭病患接受透析治療之護理經驗。高雄護理雜誌 2016；33（1）：63-71。

13. 施盈君、王雅慧、楊詠仁：以結合輔具的溝通方式降低額顱葉失智症病人躁動之護理經驗。護理雜誌 2014；61（6）：98-103。

Nursing Care Experience of Shared Decision-Making for Weaning a Lung Cancer Patient from a Mechanical Ventilator

Bao-Lin Chang, Jui-Yi Chen, Chao-Ling Chou, Yu-Ping Chen, Hsiu-O Kao

Department of Nursing, National Taiwan University Hospital

Abstract

This case report describes the nursing care experience of a 77-year-old patient with lung cancer and comorbid pneumonia faced with decisions regarding tracheotomy and mechanical ventilator weaning between December 29, 2016 and January 25, 2017. Integrated assessment of the physiological, psychological, social, and spiritual aspects was carried out. The patient had impaired respiratory clearance functions, wound pain, lack of knowledge, and feelings of helplessness. In addition to planned nursing care based on an individualized weaning protocol, the patient also received cardiopulmonary rehabilitation to enhance pulmonary expansion and improve respiratory muscle strength and sputum clearance ability. Owing to wound pain after the tracheotomy, analgesics were provided to achieve pain relief and watching television programs served as a distraction from her pain. We assisted family members during the decision-making process for tracheotomy by presenting to them and the patient a video on tracheotomy so that they could understand the pros and cons of this procedure. They were also encouraged to express their feelings to help them cope with the patient's low mood and sense of helplessness. Furthermore, interprofessional team and clinical ethics committee members provided opportunities for the patient to fully understand her existing disease treatment and progress. The patient finally agreed to undergo a tracheotomy and was successfully weaned off the ventilator on January 25, 2017. We recommend that patients with respiratory failure who are unable to be weaned off the ventilator should view a video on tracheotomy as soon as possible to facilitate the process of successful weaning off the ventilator and improve their quality of life. (Cheng Ching Medical Journal 2019; 15(2): 66-74)

Keywords : *Mechanical ventilator weaning, Respiratory failure, Lung cancer, Tracheotomy, Shared decision-making*

Received: March 2018; Accepted: May 2018