

協助一位肺癌末期病人善終之護理經驗

黃澄如¹、蔡錦焜²、徐佳瑋³、吳佩芝³

澄清綜合醫院中港分院 護理部¹、重症醫學科²、呼吸治療組³

摘要

本文為敘述一位肺癌末期個案面臨病情急遽惡化所帶來的身體不適及面臨死亡的威脅下，心中仍牽掛與家人的點點滴滴，照護期間自 2022 年 3 月 18 日至 4 月 15 日，藉由身體評估、觀察、病歷查閱、會談等方式收集資料，運用生理、心理、社會與靈性進行整體性健康評估，發現個案有呼吸道清除功能失效、慢性疼痛及哀傷等護理問題。護理過程提供直接臨床照護以疼痛緩解增加舒適為主，並結合安寧醫護團隊協助，透過有計畫的善終關懷護理措施，於每次會客探視個案時間，給予家屬充分時間陪伴個案，並傾聽家屬訴說內心感受，逐漸建立家屬對醫護的信任感，引導個案與家屬表達出對彼此內心感受與道別，安詳走完人生旅程。照護癌末病人及其家屬對護理人員是一大挑戰，當面對醫療極限疾病仍無法治癒時，安寧緩和療護能提供個案善終與家屬無憾之全人照護，期望藉此個案報告經驗，作為往後照護此類個案的參考。（澄清醫護管理雜誌 2026；22（1）：60-69）

關鍵詞：肺癌末期、哀傷、安寧療護

前言

癌症為 2022 年十大死因位居第一，而肺癌是十大癌症中死亡率第一名 [1]，以男性居多，吸菸為主要風險因子佔 80-90%。患者因腫瘤直接壓迫呼吸道、縱膈，造成肺擴張不全及胸腔積液，其中有 10-70% 病人出現呼吸困難，呼吸困難的症狀加重了病人疲勞、焦慮和抑鬱等其他相關症狀，導致生活質量下降以及家屬照顧負擔增加 [2]。肺癌初期病徵不明顯，等到明顯症狀時多數為末期，末期患者除了需承受生理上的不適，還要面對心理上的打擊，護理人員在患者生命中最後階段除了提供身心靈支持及照顧，應協助面臨喪失至親而生活失序的親屬一起面對「死亡」帶來的衝擊與震撼，進而協助失親者度過哀傷，重新面對未來生活 [3]。

本文為 55 歲男性個案，因下背痛而就醫，經檢查診斷為肺癌，第一次放射線治療後，發現癌症已轉移至淋巴結、左側胸膜及骨頭，病情惡化及體力衰退的速度過快，治療過程中個案面臨疾病威脅與親人間的不捨而產生無助感，和家屬及親密友人討論後決定親自簽署預立安寧緩和醫療抉擇意願書，簽署內容為同意插管、急救藥物注射，面對病情急遽惡化及身體上的不適，使個案及家屬措手不及，此次住院期間觀察到個案面對身體不適及面臨死亡的威脅，但心中仍牽掛家人朋友，引起筆者思索著身為護理人員該如何在緩解個案生理的不適外，同時幫助個案完成遺願並達到善終的照護，期望藉此照護經驗分享，以提供臨床人員照護此類個案之經驗。

通訊作者：徐佳瑋

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：ychin1972@gmail.com

受理日期：2025 年 3 月；接受刊載：2025 年 6 月

文獻探討

本文主要探討肺癌導致生理上不適及臨床護理照護，以及癌症末期患者面對疾病及死亡的心理照護。

一、肺癌末期常見症狀與照護

肺癌末期常見的症狀包括疼痛、呼吸困難、咳嗽、咳血、疲倦，常伴有焦慮、恐懼感。對於病人來說，這些症狀帶來極大的痛苦，並讓他們對死亡感到擔憂，護理重點應盡力減輕因嚴重症狀而遭受的折磨，讓他們能夠在沒有過度痛苦的情況下平靜的離開人世 [4]。呼吸困難可能是由於肋膜積水、胸腔積液、心包積液填塞及肺炎，導致肺擴張不全、氣體交換受影響，造成低血氧，維持呼吸道通暢及增加病人舒適感為首要照護重點。緩解呼吸困難的措施包括藥物和非藥物治療。鴉片類藥物是解決呼吸困難首選藥物，例如：嗎啡；非藥物治療措施如下：（一）協助病人採半坐臥或使用枕頭協助採舒適臥位，緩解呼吸困難的不適感，（二）對無法控制產生的惡性肋膜積水，給予適時抽取引流，（三）適當的氧氣治療，以病人舒適感為主，（四）胸腔物理治療與藥物蒸氣吸入等方式增加痰液排出，（五）使用密閉式抽痰管以減低抽痰時的不適。疼痛除了藥物控制之外，可藉由音樂、精油按摩及協助放鬆姿勢擺位等支持療法，提供病人生理、心理上的舒適感，也可採集中護理，讓病人確實獲得足夠的休息及睡眠 [2,5]。

二、肺癌末期病人及家屬的心理壓力及照護

癌末病人及家屬最常見的心理壓力皆為「面對疾病末期的無助」與「面對死亡的未知數」的焦慮，以病人角度觀看，因疾病導致虛弱，自我照顧能力下降而感到不安；家屬壓力來源則是不知道該用何種方式照顧病人 [6]。隨著病程變化，會出現憂鬱、無望、無助的情緒及哀傷反應，對疾病未知缺乏控制感，和即將與家人分離的情緒皆會威脅到家屬，在所愛之人去世後有17%的喪親照顧者有長期悲傷障礙的症狀，其特徵是難以接受損失與繼續生活，以及出現麻木等創傷性痛苦症狀，至少持續6個月 [7]。醫護人員可藉由溝通技巧、傾聽及陪伴，引導家屬和病人表達情緒，以同理心感受其情緒變化，鼓勵病人及家屬表達內心感受與想法，提供相關資訊並積極症狀緩解及控

制，會客時可給予家屬彈性的會客時間陪伴病人，鼓勵與病人的肢體觸摸、交談，讓家屬在有限的時間裡為病人提供情感支持並參與實際護理照護和決策，完成道謝、道歉、道愛、道別之四道人生，降低親人離世後所造成的心理創傷，冀望達到生死兩相安的境界 [8]。

三、重症病房中安寧緩和療護相關概念

根據世界衛生組織定義，「安寧療護」是指對治療沒有成效的末期病人提供疼痛控制，以達減緩身體上其他不適的症狀，同時處理病人及家屬在心理、社會和心靈上的問題 [9]。入住重症加護病房的患者中，有27%至75%患者出現痛苦症狀，例如：創傷性應激、焦慮和抑鬱等；許多患者在接受延長生命的治療後死於重症加護病房，以救治為主要的醫療已無法幫助病人及其家庭。在20世紀，重症加護臨床醫師開始為“病人膏肓”的病人提供安寧療護治療，包括緩解疼痛、呼吸困難、焦慮、與親屬的溝通和分享決策的能力，同時減輕護理人員的負擔，設定以患者為中心護理目標以確保死亡尊嚴和決策權，並提供臨終關懷及家庭支持（包括悲傷和喪親護理） [10]。藉由安寧共照會議的召開，醫師應主動向家屬說明病人病情治療及照護方向，針對哪些醫療措施為無效，互相溝通瞭解彼此可接受的範圍，進而共同參與醫療決策，決定是否進行治療，減少病人在生命末期之痛苦，提供病人及家屬支持系統，幫助病人盡可能提升生命品質，幫助家人度過病人生病與其身後期間所遭遇的種種壓力 [11-13]。

護理過程

一、個案簡介

O先生，55歲，大學畢業，信奉道教，慣用國語，未婚，與女朋友同住互相照應彼此生活起居，經濟來源獨立，個案哥哥因工作需在中國大陸與臺灣間往返，閒暇時彼此會聯繫與相聚吃飯；個案本身有高血壓、糖尿病、高血脂、焦慮症、憂鬱症、B型肝炎之病史，有抽煙及喝酒嗜好，一天約抽一包菸及1/3瓶高粱酒，無食物及藥物過敏史，無家族遺傳病史。

二、疾病求醫經過

個案於2022年2月因下背痛、呼吸喘至醫院求治，胸部電腦斷層顯示：左上肺部有兩個約5-6毫米

胸膜下結節及無法測量大小的腫塊，疑似肺癌，右上肺疑似肺間轉移，左側大量胸腔積液，縱隔移位，右側胸膜增厚，高度懷疑胸膜轉移。診斷肺癌合併左側胸膜轉移、淋巴結病變和骨轉移，轉入病房治療，2月7日進行放射線治療後返家休養，身體卻日漸衰弱，無法自理生活，而到安養中心接受健康照護服務。3月17日因呼吸喘，至急診就醫，胸部X光檢查顯示左上肺葉肺癌、左側大量胸腔積液、疑似右上肺葉肺炎。予左側胸腔置放 Pig Tail 引流管並辦理住院，生命徵象顯示：心跳：124次/分，呼吸：26-30次/分，脈衝式血氧：85-90%，給予非再吸入性面罩 8L/min 及氧氣鼻導管 3L/分交替使用，切片病理報告結果出爐，為非小細胞癌合併骨轉移，3月18日會診安寧由安寧團隊介入共同照護，個案瞭解自己疾病狀況及預後，與案兄及女朋友討論後決定親自簽署預立安寧緩和醫療抉擇意願書，簽署內容為只同意插管及急救藥物注射，3月18日因呼吸喘情形未改善，轉入加護病房進行密切照護，予氣管內插管合併呼吸器使用，照護期間個案生命徵象不穩定，升壓劑與鎮靜劑使用，4月13日病情極速惡化，4月15日無生命跡象，宣布死亡，安詳離世，協助個案臨終護理並給予關懷家屬身心靈。

護理評估

筆者護理期間自 2022 年 3 月 18 日至 2022 年 4 月 15 日，經由直接照護、觀察、身體評估及與家屬、女朋友會談等方式收集個案相關資料，對個案進行生理、心理、社會及靈性層面進行整體性護理評估。

一、生理層面

(一) 氧合與循環

3月17日因呼吸喘，於急診就醫後辦理住院，入院後心跳：124次/分，呼吸：26-30次/分，脈衝式血氧：85-90%，使用呼吸輔助肌呼吸，予非再吸入性面罩 8L/分及氧氣鼻導管 3L/分交替使用，胸部X光報告顯示左上肺葉肺癌、左側大量胸腔積液、疑似右上肺葉肺炎，醫師予置入 pig tail 引流管引流，聽診雙側肺葉呈囉音。3月18日個案呼吸喘、冒冷汗，呈現腹式呼吸，轉入加護病房進行密切照護，個案採端坐呼吸且呼吸費力、盜汗情形，並使用呼吸輔助肌，呼吸：30-36次/分、脈衝式血氧：89-92%。個

案：「我覺得呼吸很喘，全身冒冷汗，氧氣可以再大一點嗎？我快沒辦法呼吸了，我同意插管，但我不想要電擊和壓胸。」經醫師評估予氣管內插管合併呼吸器使用，採容積控制模式，氧氣濃度：70%、潮氣容積：500ml、呼吸次數：16次/分、吐氣末陽壓：8cm H₂O，痰液自咳能力差，顏色呈黃白稠，量中，需協助抽痰。案哥：「看他好像很喘還一直咳，痰是不是很多，可以抽痰嗎？」Artery Blood Gas Data：PH：7.321、PCO₂：57.8mmHg、PO₂：155.4mmHg、HCO₃：30.1mmol/L、BE：3.3mmol/L、O₂ Sat：99.2%，脈衝式血氧：92-98%，呼吸：22-30次/分，鎮靜劑 Dormicum 4amp in N/S 48ml pump run 10ml/hr 及 Nimbex pump run 2ml/hr 使用，RASS 鎮靜程度評估 (Richmond Agitation-Sedation Scale) 0 ~ -2。3月19日案哥：「護理師，為什麼他插管之後還是感覺很喘？」3月20日個案已插管治療，呼吸器設定為採容積控制模式，氧氣濃度：50%、潮氣容積：500ml、呼吸次數：16次/分、吐氣末陽壓：8cm H₂O，抽痰後呼吸型態偶爾有費力及使用呼吸輔助肌情況，聽診呼吸音為囉音。評估此項目為不適應，有呼吸道清除功能失效的健康問題。

(二) 活動與休息

個案接受放射線治療後，身體狀況虛弱無法自理生活而入住安養中心，平常沒有固定運動的習慣，每日平均睡眠為 6-8 小時，無服用安眠藥習慣，睡眠品質尚可。3月18日入住加護病房後因活動受限於床上，期間皆臥床休息，插管後呼吸呈現喘且費力狀，給予鎮靜劑使用，RASS：0 ~ -2，意識狀態維持 E2-3M4VE，四肢肌肉力量 2-3 分，每兩小時翻身並維持肢體功能性擺位，四肢無攣縮情形，因個案身上管路多，為防止自行拔管，雙手保護性約束，於翻身及會客時會鬆開約束 15-20 分鐘協助病人肢體活動，此項目評估為適應。

(三) 營養

入院身高 170cm，體重 63kg，BMI 值為 21.7kg/m²，屬於正常範圍，平時三餐皆由護理之家準備，因生病關係食慾差，採少量多餐，無特殊禁忌或偏好，皮膚外觀呈黃色，指甲外觀正常，口腔內膜完整無破損。入住加護病房期間因氣管內插管治療置入鼻胃管採鼻胃管灌食，依營養師建議給予糖尿病管灌飲食熱量

1,500大卡/天，蛋白質為9克/天，管灌餵食消化佳，規則服用口服降血糖藥物 Ankomon 500mg 1 tab BID PC 控制血糖，血糖值介於 99mg/dl-134mg/dl，此項目評估為適應。

(四) 排泄

個案住於安養院期間維持 2-3 天自主排便習慣，入住加護病房後插管併呼吸器使用，個案意識 E2-3M4VE，排便型態平均約兩天至三天會自行解便一次，顏色為黃褐色、糊便，予觸診膀胱脹且無法自解尿液，置入導尿管，尿液顏色呈黃色、透明清澈，尿液檢驗報告皆無異常，此項目評估為適應。

(五) 體液與電解質

皮膚外觀呈黃色，觸摸飽滿有彈性，四肢無水腫情形，每日靜脈點滴輸液依醫囑予 300-500ml、鈉離子：133-142mmol/L、鉀離子：3.7-4.7mmol/L、尿素氮：19mg/d、肌酸酐：0.25mg/dl，監測每日尿流量約 1,500-1,800ml，此項目評估為適應。

(六) 皮膚完整性

2022 年 2 月 7 日接受一次放射線治療，出院後有掉髮情形，毛髮較顯稀疏，全身皮膚無破損及壓瘡情形，但較顯乾燥粗糙，每日協助塗擦乳液，3 月 17 日胸部 X 光顯示左側胸腔肋膜積液，放置左側 pig tail 引流管，4 月 11 日因引流管無引流量，醫師予移除管路，傷口周圍乾淨，無發紅及滲液情形，此項目評估為適應。

(七) 感覺與神經

入院前意識清楚，2022 年 2 月 22 日因下背痛、呼吸喘至門診追蹤胸部電腦斷層及磁共振影檢查報告：淋巴結病變、左肺門和雙肺縱隔轉移、左側胸膜及骨轉移，主治醫師開立醫囑予止痛貼片 Fentanyl 12mcg/patch 2pack Q3D 及口服藥物 Codeine Phosphate 30mg 1tab TID&HS 控制疼痛，2022 年 3 月 17 日因呼吸喘入院住普通病房，3 月 18 日呼吸喘情形未改善，呈腹式呼吸、冒冷汗，需轉入加護病房插管治療，3 月 18 日個案：「我覺得我的後背好像有什麼一直隱隱作痛，怎麼改變姿勢都沒有辦法緩解。」同時簽署預立安寧緩和醫療決策意願書，簽署內容為只要氣管內插管及急救藥注射，插管後因個案呼吸喘依醫囑予鎮靜劑 Dormicum 4amp in N/S 48ml pump run 10ml/hr 及 Nimbex pump run 2ml/hr，案家屬：「他插管之

後兩隻手被綁著，身體一直動來動去的，好像全身都很不舒服」。3 月 22 日案家屬：「他眼睛閉著一直皺眉，又沒辦法回答我的問題，他是不是哪裡很痛？」仍有表情皺眉疑似疼痛及呼吸費力情形，意識 E2-3M4VE，雙眼瞳孔 2.0mm 有反射。3 月 24 日個案目前使用鎮靜劑 Dormicum 4amp in N/S 48ml pump run 10ml 及 Nimbex pump run 2ml/hr 仍顯呼吸費力，疑似肺癌轉移導致不適及疼痛感，生理監視器顯示案者體溫：36.1 度、心跳：134 次/分、呼吸：22-24 次/分、血壓值：155/64mmHg、脈衝式血氧：94%，表情皺眉疑似疼痛。4 月 15 日臨終時雙眼瞳孔 6.0mm 無反射，此項目評估為不適應，有慢性疼痛護理問題。

二、心理層面

個案本身與女朋友同居住，僅有中國大陸及臺灣往返的一位親人哥哥相互扶持，平時自認為身體健康沒什麼不舒服，2022 年初因下背痛及呼吸喘就醫檢查後，卻被告知是肺癌且已轉移了，情緒陷入憂鬱及焦慮，2 月 7 日接受放射線治療後，持續性的身體狀況虛弱，無法自理生活，而入住安養中心，個案認為自己無法給女朋友未來，心情更加喪志，認為自己一無是處，開始對平時喜歡的活動失去參與力，不願與其他人談話，3 月 18 日個案與哥哥及女朋友討論後，決定只接受插管治療及急救藥物注射，親自簽署預立安寧緩和醫療抉擇意願書，個案：「我很喘很不舒服，突然轉到加護病房，是不是代表我的病情惡化，是不是沒辦法再繼續陪伴哥哥及女朋友？」3 月 22 日案哥：「弟弟曾經說過癌症轉移達到末期，已不願意再做太多積極治療。」個案女朋友：「他還這麼年輕就受到癌症纏身的苦，我實在捨不得他走。」此項目評估為不適應，有哀傷與個案及家屬面對疾病末期瀕臨死亡邊緣有關之護理問題。

三、社會層面

第一角色為 55 歲男性，第二角色為弟弟、男朋友，第三角色為病人，平時由哥哥和女朋友輪流陪伴就醫及討論病情，2022 年 2 月醫師初次診斷肺癌末期，曾進行一次放射線治療，放射線治療後的不適及體力不如以前，個案就向哥哥及女朋友表示：「若哪天我真的不行了，我不想要再有太大的痛苦折磨，反正我也好不起來。」哥哥與女朋友於加護病房會客時會主動詢問個案病情狀況，學習如何協助個案翻

身擺位減輕疼痛，此項目評估為適應。

四、靈性層面

個案入住加護病房期間，女朋友探病時都會拿一些平安符水輕擦拭病人身體，並且和病人說話給予心靈上的支持及鼓勵。

問題確立

經由上述評估後，確立護理問題如下：

- 一、呼吸道清除功能失效 / 與肺癌合併的呼吸困難及痰液黏稠導致分泌物滯留有關。
- 二、慢性疼痛 / 與肺癌伴有淋巴結病變、左側胸膜轉移和骨轉移有關。
- 三、哀傷 / 個案及家屬面對疾病末期瀕臨死亡邊緣有關。

護理計畫

問題一、呼吸道清除功能失效/與肺癌合併的呼吸困難及痰液黏稠導致分泌物滯留有關（3/18-4/15）

<p>主/客觀資料</p>	<p>3/18 S1：我覺得呼吸很喘，全身一直冒冷汗，氧氣可以再大一點嗎？ S2：我快沒辦法呼吸了，我要插管，但是我不要電擊及跟壓胸。 S3：我覺得我的喉嚨有痰卡著，咳不出來，而且呼吸好喘。</p> <p>3/19 S4：案哥：「護理師，為什麼他插管之後還是感覺很喘？」</p> <p>3/17 O1：胸部X光報告顯示左上肺葉肺癌、左側大量胸腔積液、疑似右上肺葉肺炎。</p> <p>3/18 O2：個案採端坐呼吸且呼吸費力，盜汗情形，並使用呼吸輔助肌，呼吸：30-36次/分、脈衝式血氧：89-92%。 O3：3/18追蹤動脈血液氣體分析報告：PH：7.321、PCO₂：57.8mmHg、PO₂：155.4mmHg、HCO₃：30.1mmol/L、BE：3.3mmol/L、O₂ Sat：99.2%。 O4：個案自咳痰能力差，痰呈黃白色，性質稠，量中，需協助抽痰。</p> <p>3/20 O5：個案插管治療，呼吸器設定為採容積控制模式，氧氣濃度：50%、潮氣容積：500ml、呼吸次數：16次/分、吐氣末陽壓：8cm H₂O，因呼吸型態淺快且費力，依醫囑給予Dormicum IVF pump使用，抽痰後呼吸型態偶爾有費力及使用呼吸輔助肌情況，聽診呼吸音為囉音。 O6：3/21 XRAY報告顯示漸進性肺纖維化間質性肺、大量胸腔積液。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.3/21插管合併使用呼吸器治療後，呼吸費力及過度使用呼吸輔助肌情況改善，血氧飽和濃度大於94%。 2.3/27個案可以維持呼吸道通暢，無呼吸費力情形。 3.3/29停止使用鎮靜劑，個案可自行將痰液由氣管內管咳出，有效清除分泌物。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.3/18氣管內插管合併呼吸器採容積控制模式，氧氣濃度：70%、潮氣容積：500ml、呼吸次數：16次/分、吐氣末陽壓：8cm H₂O；3/19氧氣使用濃度調降至50%，氧氣飽和濃度大於94%。 2.3/18依醫囑給予鎮靜藥物以降低個案過度使用呼吸輔助肌呼吸及對氧氣的消耗，並每班使用RASS評估，大於-3分則與醫師討論Dormicum IVF pump與Nimbex IVF pump使用。</p>

問題一、呼吸道清除功能失效/與肺癌合併的呼吸困難及痰液黏稠導致分泌物滯留有關 (3/18-4/15) (續)

<p>護理措施</p>	<p>3.3/18當呼吸器發生警訊聲或氣管內管有痰液，護理師立即處理並抽痰，前後給100%氧氣，每次抽吸小於15秒。</p> <p>4.依醫囑執行胸腔物理治療，以拍背、震顫及姿位引流，增加痰液分泌物移除，使用密閉式抽痰，每兩小時或需要時抽痰並評估痰液顏色、性質。</p> <p>5.每日聽診呼吸音，觀察痰液量、顏色及性質。</p> <p>6.三班評估呼吸型態、呼吸音及監測血氧濃度，密切觀察氣道壓力及潮氣容積的變化。</p> <p>7.每兩小時協助個案翻身，並採側躺及俯臥，維持在肺充氣最佳和分泌物可流出的姿勢，以促進肺擴張和通氣。</p> <p>8.3/21協助醫師執行胸腔放液，並密切監測患者的病情變化，包括心率、呼吸頻率、血壓和氧氣飽和度及液體再度蓄積情形，並監測電解質及蛋白質變化。</p> <p>9.依醫囑必要時協助個案使用藥物蒸氣吸入Combivent (2.5ml) 1vial INHL QID，以利痰液清除。</p> <p>10.偕同醫師及呼吸治療師，進行病情討論，每日評估個案是否適合進行呼吸器脫離訓練。</p> <p>11.使用密閉式抽痰，在持續供氧下進行抽痰，避免中斷氧氣的供給。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.3/20個案氣管內管合併接呼吸器使用，呼吸約18-21次/分，無呼吸費力與使用呼吸輔助肌情形，血氧濃度維持於94-97%。</p> <p>2.3/21個案於每次胸腔放液後，心跳：100-110次/分，呼吸：16-20次/分，血壓維持120-135/60-65mmHg，脈衝式血氧維持94-97%。</p> <p>3.3/27將鎮靜劑Dormicum 4amp in N/S 48ml pump run 10ml/hr下調至8ml/hr、Nimbex pump run 2ml/hr劑量下調至1ml/hr。</p> <p>4.3/29痰液量多黃，呼吸器維持容積控制模式，氧氣濃度由70%調降至40%使用。</p> <p>5.4/2鎮靜劑使用，意識狀況E2M4VE，呼吸器使用模式由容積控制調整為壓力支持換氣模式，30分鐘後評估個案呼吸次數大於30次/分，使用呼吸輔助肌，血氧濃度小於90%，呼吸器模式重新調回容積控制模式。</p>

問題二、慢性疼痛/與肺癌伴有淋巴結病變、左側胸膜轉移和骨轉移有關 (3/18-4/15)

<p>主/客觀資料</p>	<p>3/18</p> <p>S1：我覺得我的後背每天晚上睡覺時都好像有針在刺，隱隱作痛，疼痛感有時候延伸到胸口，怎麼改變姿勢都沒有辦法緩解。</p> <p>S2：案家屬：「他插管之後兩隻手被綁著，身體一直動來動去的，好像全身都很不舒服。」</p> <p>3/22</p> <p>S3：案家屬：「他眼睛閉著一直皺眉，又沒辦法回答我的問題，他是哪裡很痛？」</p> <p>S4：案家屬：「他是不是有聽到我們講話但是卻沒辦法回答，全身又不舒服所以表情才那麼痛苦？」</p> <p>3/19</p> <p>O1：評估病人身體姿勢呈現緊張，表情皺眉；生理監視器顯示案者體溫：36.1度、心跳：134次/分、呼吸：26-28次/分、血壓值：155/64mmHg、血氧濃度：94%。</p>
----------------------	--

問題二、慢性疼痛/與肺癌伴有淋巴結病變、左側胸膜轉移和骨轉移有關（3/18-4/15）（續）

<p>主/客觀資料</p>	<p>3/20 O2：會客時個案意識清醒，以疼痛評估數字計算型量表（Numerical Rating Scale, NRS）詢問目前疼痛指數為4-5分。</p> <p>3/23 O3：案者目前使用鎮靜劑Dormicum 4amp in N/S 48ml pump run 10ml/hr及Nimbex pump run 2ml/hr仍顯呼吸費力，疑似肺癌轉移導致不適及疼痛感。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.3/20個案意識清醒，並主訴疼痛感達到改善及緩解。 2.每日會客時間家屬學習協助病人精油按摩及放鬆姿勢擺位。 3.3/28個案能緩解因疼痛而導致的生命徵象不穩定。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.每日落實依醫囑檢視個案止痛貼片，並定時給予止痛藥物Fentanyl 12mcg/patch 2pack Q3D及口服藥物Codeine Pgosphate 30mg 1tab TID&HS，並每班使用NRS讓個案描述疼痛的程度，大於4分則與醫師討論Fentanyl與Codeine Phosphate使用。 2.依醫囑予暫停鎮靜劑每日喚醒，評估個案有無躁動不安、呼吸喘情形。 3.個案雖使用鎮靜劑狀況下，仍於個案耳邊輕聲播放家屬帶來的音樂，透過音樂療法減輕不適及痛苦。 4.採集中護理，若無任何不適不需特別叫醒個案，增加個案休息時間。 5.抬高床頭30-45度，使用枕頭協助姿勢擺位，減輕痛苦，達到舒適的位置以緩解疼痛。 6.會客時教導並協助家屬幫個案按摩背部及肩膀做簡單被動式肢體活動，增加血液循環，減輕身體不適。 7.當個案疼痛時，避免過度移動身體，並有彈性的調整治療時間（採集中護理），以提供完整休息。 8.更換密閉式抽痰管執行抽痰，以減少因抽痰時引起之疼痛狀況。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.會客時案女友會主動幫個案用精油按摩，動作輕柔小心，對於生理監視器發出警報時，會詢問護理人員是否按摩動作太粗魯。 2.3/30案哥及案女友可利用圓形抱枕協助個案翻身且動作輕柔，避免拉扯管路。 3.4/2每日喚醒後個案意識狀況E2M4VE，常規止痛貼片與口服止痛藥使用中，心跳：100-110次/分、血壓：131/64mmHg、呼吸：18-20次/分、血氧濃度96-98%，可維持至少一小時。 4.使用密閉式抽痰與開放式抽痰比較，密閉式抽痰時個案眉頭放鬆，較無掙掙的表情。</p>

問題三、哀傷/個案及家屬面對疾病末期瀕臨死亡邊緣有關（3/18-4/15）

<p>主/客觀資料</p>	<p>3/18 S1：個案：「我很喘，很不舒服，突然轉到加護病房，是不是代表我的病情惡化，是不是沒辦法再繼續陪伴哥哥及女朋友。」 S2：個案女朋友：「二月份突然知道是肺癌而且還轉移了，醫生建議他先做放射線治療，哪知道做完身體越來越虛弱，不得已才住到安養院，叫我不管他，說沒辦法給我什麼。沒有他我該怎麼辦。」（個案女朋友邊說著邊流眼淚）</p>
----------------------	--

問題三、哀傷/個案及家屬面對疾病末期瀕臨死亡邊緣有關 (3/18-4/15) (續)

<p>主/客觀 資料</p>	<p>3/22 S3：案哥：「弟弟曾經說過以及寫下一封信放在家中，內容表示癌症轉移達到末期，已不願意再做太多積極治療。」 S4：個案女朋友：「他還這麼年輕就受到癌症纏身的苦，我實在捨不得他走。」</p> <p>3/24 S5：案哥：「我在大陸工作，他打電話跟我說得了肺癌末期，我聽了心裡很不能接受，怎麼…就這麼…，一個弟弟就這樣生了重病（搖頭沉默不語）」。</p> <p>3/29 O1：個案因呼吸喘而依醫囑使用鎮靜劑Dormicum 4amp in N/S 48ml pump run 8ml及Nimbex pump run 1ml/hr，意識狀況E2M3-4VE，會客時無法與家屬對談及回應，家屬表情凝重，情緒較顯緊張。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.3/30家屬能主動表達對個案即將往生的感受。 2.4/2個案能在家屬陪伴下，以表情、點頭及搖頭方式回應家屬，表達內心感受及想法，心情得以抒發，平安善終。 3.4/2在醫療團隊、案哥及案女友討論下達成共識，尊重個案選擇，以身體舒適，減輕痛苦為主。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.3/19（及需要時）於會客結束後召開安寧共照會議，針對個案病情和預後說明，包括疾病的發展情況、治療選項和可能的結果。鼓勵家屬參與個案的護理照護和提供情感上的支持。同時，提供家屬需要的資源和指引，以便他們更好應對個案的需要和變化。 2.每日會客主動告知個案目前症狀及疼痛控制狀況，了解家屬希望獲得之協助，幫助家屬接受哀傷過程，家屬哭泣時安靜陪同在身旁並拍拍肩膀給予安慰，以達到哀傷的情緒宣洩。 3.每日會客時，醫師主動告知個案目前病情狀況，了解家屬希望獲得之協助，安寧共照護師提供個案臨終時可施行的管道，提供不同的協助。 4.會客前執行每日喚醒，會客時將床簾拉起營造一個安靜隱私安全空間，讓家屬陪伴個案，必要時延長會客時間，以達到對於心靈上的寄託。 5.會客時間主動提供關懷，傾聽案兄與個案女朋友對個案的不捨與個案的相處點滴。 6.協助家屬及個案完成道謝、道歉、道愛、道別之四道人生。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.3/19、3/26、4/2安寧共照會議後，家屬會客時對於個案生理監視器與呼吸器的緊報聲響時，不再如剛入加護病房時的緊張無助，甚至可協助安撫個案，例如：會客時個案不放心女朋友及哥哥而有躁動不安情形，家屬會一手握著個案的手另一手輕拍個案胸口，跟個案說他們會好好的，讓個案放心。 2.3/30家屬放置平安符水於病床床頭，每日協助個案進行床上沐浴時，倒平安符水輕擦拭身體，提供心靈慰藉。 3.4/2案兄將所有後續安排全權交由個案女朋友處理，於4/3放下回大陸處理事情。 4.4/15個案在家屬陪伴下安詳離世，家屬藉由哭泣宣洩悲傷，冷靜配合辦理個案死亡出院手續。</p>

結論與建議

本文主要探討一位為肺癌末期病人，因下背痛至醫院檢查發現已部位轉移至淋巴結、左側胸膜及骨頭，經第一次放射線治療後，身體日漸虛弱，日常生活無法自理，而入住安養中心接受健康照護，面對疾病未知缺乏控制感，和即將與家人分離的情緒，讓個案不願意面對死亡而拒絕積極治療，此次住院經醫療團隊與個案、家屬及女朋友討論後，決定同意插管並同時預立安寧緩和醫療抉擇意願書，面對這一連串病情噩耗及病況急轉直下，讓病人及家屬們感到措手不及，最終在入院將滿一個月時安詳臨終離世。面對癌症末期病人，最需要疼痛緩解和陪伴，與各醫療團隊共同完成整體性評估，提供適合的醫療及護理處置，生理層面上，病人因肺癌導致呼吸有極大的不適，醫療處置為尊重病人想法並給予適當的氧氣治療，使用密閉式抽痰，增加照護過程中病人的氧氣飽和穩定度，控制疼痛則使用止痛貼片，減少因疼痛不適感，心理層面上適時延長每次會客時間，讓家屬多陪伴個案，並陪伴家屬協助面對哀傷，完成人生告別，讓個案及家屬在臨終前彼此都沒有留下遺憾。護理人員無法在個案診斷癌症第一時間介入關懷，無法達到心理層面上的完整陪伴與評估，以及因罹患末期肺癌疾病，疾病急遽惡化死亡，導致護理目標和措施無法完全達到有效評值，是本報告限制與困難的地方。平時護理人員應多深入瞭解心理諮商及溝通技巧，不斷自我學習，提升面對癌末或臨終病人上心理層面的照護能力，落實安寧緩和醫療，可以提供良好的照護品質，還能增加自我工作價值。

參考文獻

1. 行政院衛生福利部：111年國人死因統計結果。2023。
2. Hui D, Bohlke K, Bao T, et al.: Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 2021; 39(12): 1389-1411.
3. 梁惠茹、賴維淑：「帶著悲傷前行」：以焦點團體法探討喪親家屬哀傷經驗。 *安寧療護雜誌* 2020；24（3）：193-208。
4. Lu F, Liu J, Ning X, et al.: Practice of palliative care: experience of a patient with advanced lung cancer at the end of life. *Acta Academiae Medicinae Sinicae* 2022; 44(5): 773-776.
5. Raimundo RD, Sato MA, da Silva TD, et al.: Affect pulmonary function in mechanically ventilated subjects. *Respiratory Care* 2021; 66(5): 785-792.
6. 徐瑛霞、傅家芸：一位肺癌末期個案面臨死亡之加護經驗。 *高雄護理雜誌* 2019；36（2）：98-108。
7. Mah K, Swami N, Pope A, et al.: Caregiver bereavement outcomes in advanced cancer: associations with quality of death and patient age. *Supportive Care In Cancer* 2022; 30(2): 1343-1353.
8. Anu SJ, Kaisa M, Heli V, et al.: Family members' experiences of psychosocial support in palliative care inpatient units: a descriptive qualitative study. *Eur J Oncol Nurs Nursing* 2022; 61: 102201.
9. 行政院衛生福利部國民健康署：安寧療護。2022。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210>
10. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A: Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology* 2018; 18(1): 106.
11. 馬宜君、賴維淑：緩和鎮靜於末期病人存在性受苦之照護倫理與臨床處置思辨。 *安寧療護雜誌* 2021；25（3）：239-252。
12. Ferner M, Nauck, Laufenberg-Feldmann R, et al.: Palliativmedizin meets intensivmedizin. *AINS* 2020; 55(1): 41-53.
13. Glajchen M, Goehring A, Johns H, et al.: Family meetings in palliative care: benefits and barriers. *Curr Treat Options Oncol* 2022; 23(5): 658-667.

End-of-life care Experience of a Patient with Terminal lung Cancer

Ying-Ju Huang¹, Chin-Kun Tsai², Chia-Cheng Hsu³, Pei-Chih Wu³

Department of Nursing¹, Division of Critical Care Medicine², Division of Respiratory Therapy³,
Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

Abstract

We describe the case of a patient with terminal lung cancer who experienced physical discomfort due to rapid disease progression and imminent death, along with distress due to their desire to spend every moment with family members. The nursing period spanned from March 18, 2022 to April 15, 2022. Data were collected through physical assessments, observations, reviews of medical records, and personal interviews. A holistic health assessment incorporating physiological, psychological, social, and spiritual dimensions was conducted. Nursing care issues identified through this approach included ineffective airway clearance, chronic pain, and grief. The nursing care process included direct clinical care focused on pain relief and increased comfort in conjunction with planned end-of-life care provided by hospice personnel. This approach provided the patient's family members to spend sufficient time with the patient during each visit and allowed them share their feelings with hospice personnel and build trust. Hospice personnel also guided the patient and family members in expressing their feelings toward one other and saying goodbye, thereby helping them achieve a sense of closure. Caring for patients with terminal cancer and their families is a major challenge for nursing personnel. The aim of this case report is to provide a reference for similar future cases and to help develop a holistic approach to hospice and palliative care that alleviates regrets for patients and their family members facing incurable disease. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(1): 60-69)

Keywords : *Terminal lung cancer, Grief, Hospice care*

Received: March 2025; Accepted: June 2025