一位肺癌骨轉移復發病人之照護經驗

鄭念慈、楊佩瑄
高雄醫學大學附設中和紀念醫院 護理部、癌症中心

摘要

本文探討一位肺癌病人，接受轉移性骨腫瘤手術、化學藥物治療與放射線治療後，因腫瘤復發壓迫脊椎導致雙下肢癱瘓無法行走而面臨癌症疼痛、身體活動受限及面對疾病惡化的預期性哀傷之護理問題。筆者於2015年9月11日至2015年9月22日門診跟診及注射室照護期間，以Gordon十一項功能性健康評估工具，藉訪談、觀察照護等方式收集主、客觀資料，確定個案健康問題爲疼痛、身體活動功能障礙、預期性哀傷。筆者教導個案配合醫師處方正確使用止痛藥物，並運用轉移注意力、肌肉放鬆按摩技巧來降低骨轉移所造成的疼痛不適；協助個案照會復健科，配合復健師運動處方進行物理及職能復健，鼓勵個案執行主動與被動關節運動，增進肢體活動力；同時運用家人支持系統及宗教信仰力量，傾聽並接納個案情緒表達，鼓勵其堅強面對疾病復發之挑戰，以正向態度面對悲傷過程提升生命品質。作者期望藉此個案報告，提供臨床護理人員未來照護此類病人之照護經驗參考。

關鍵詞：肺癌、骨轉移、疼痛、身體活動功能障礙、預期性哀傷

通訊作者：楊佩瑄
通訊地址：高雄市三民區自由一路100號
E-mail：yaugtaug@ms.kmuh.org.tw
電話：07-3121101轉5363

受理日期：2017年11月；接受刊載：2018年02月

前言

肺癌發生率為全球癌症之冠，亦為國人癌症死亡率第一位[1]。多數病人在確定診斷時已是末期，也常合併其他器官轉移，五年存活率約2-21%[2]。病人除了飽受病痛之外，同時需接受一連串檢查與治療之多重身、心壓力，對個人及家庭造成很大的影響與傷害[3]。護理人員在照顧癌症病人扮演了重要的支持角色，面對肺癌病人所遭遇的壓力與磨難，應深入了解其症狀嚴重度和照護需求，除了給予良好疼痛控制以促進病人身體舒適之外，也需考量病人與家屬的心理層面，給予信賴感、安全感，激發病人內心力量，使其能勇敢面對疾病過程所帶來的衝擊及死亡威脅[4,5]。

本文個案為一位罹患肺癌合併骨轉移，因腫瘤復發壓迫脊椎導致雙下肢癱瘓無力，造成身體活動功能障礙、骨轉移疼痛等生理不適影響日常生活，因疾病惡化使個案感受即將面臨死亡，產生哀傷情緒反應，故引發筆者想探討的動機。護理是一門重視關懷的專業，筆者透過整體性護理評估，衛教個案按時使用止痛藥物重要性，也提供非藥物止痛方法、教導肢體關節活動訓練、哀傷引導之護理措施來改善個案因疾病導致的身、心理不適症狀。期望藉由本文臨床照護經驗之分享，提供日後護理人員未來照護之參考。

文獻探討

一、肺癌合併骨轉移之症狀與治療

肺癌組織學分類分為小細胞癌及非小細胞肺癌，後者約佔85%[6,7]。肺癌骨骼轉移中，約

30-50%會發生脊椎腫瘤轉移，頸椎佔8-15%，胸椎轉移佔68-70%，腰薦椎佔16-20%[8]，晚期或遠端轉移的非小細胞肺癌臨床治療以化學藥物、放射線、標靶或合併治療來延長病人生命，降低腫瘤擴散，減少遠端再復發，主要目標在於舒緩病人症狀及維持生活品質[5,7,9]。

目前對於晚期肺癌的化學治療方式主要以兩種化療藥物合併使用為主流，第一線化療藥物Ciaplatin或Carboplatin加上第二線化療藥物如Palitaxel、Docetaxel、Vinorelbine、Gemcitabine等，此種雙效療法是晚期肺癌病人的治療準則。副作用以嗜中性白血球減少佔88%，噁心、嘔吐、疲倦及食慾不振等約佔10%[6,7]。晚期肺癌接受骨轉移腫瘤切除手術，目的為減少因腫瘤壓迫導致神經功能損壞，同時維持脊柱穩定，手術後再輔以放射線治療除了可緩解疼痛外，亦能預防病理性骨折和椎體崩塌，恢復神經功能，療程分為10-14天，總治療劑量一般為25-50Gy[8]。

二、肺癌合併骨轉移復發之相關護理

（一）生理層面之護理

骨轉移疼痛屬於連續性的鈍痛及銳痛，高達64%病人會出現中到重度疼痛問題，將會影響日常活動並導致失眠，出現焦慮、憂鬱、易怒等社會和靈性之負向反應[3,10]。疼痛評估需正確、詳細、持續評估病人疼痛性質、強度、部位、持續、時間，相信病人主觀感受，利用視覺疼痛量表紀錄病人疼痛分數。有效疼痛控制依照世界衛生組織口服藥物優先（By the mouth）、按時給藥（By the clock）、三階段止痛（By the ladder） 之3B用藥治療，藉由非類固醇消炎止痛藥及嗎啡類止痛藥獲得緩解[3,10,11]。當突發性疼痛發生時，可與醫師討論止痛藥物治療方式，可考慮使用短效性藥物控制，維持良好生活品質[4]。非藥物護理措施包括：舒適擺位（枕頭支托）、熱敷促血液循環、按摩緩解肌肉緊張、深呼吸放鬆訓練、轉移注意力（宗教慰藉、書報閱讀）、聽音樂及集中護理等，藉由疼痛訊號阻斷，限制認知功能，進而改善疼痛[4,10,11]。

脊椎腫瘤轉移不會直接致命，但劇烈疼痛、伴隨的神經學症狀，如：運動和感覺功能的嚴重障礙，甚至因脊椎壓迫造成癱瘓，對生活品質影響極大[8]。病人大多只能臥床或坐在輪椅上，身體局部容易因長期受壓而導致血循不良，此時護理人員可教導每兩小時協助改變體位、全關節被動及主動運動以預防身體攣縮；運用按摩技巧促進血液循環，提供適當的肢體支托、保護及防壓技巧[12,13]。早期轉介物理及職能復健，配合復健團隊指導，應用適當輔具（輪椅、四腳拐杖）完成位移技巧，鼓勵病人定期運動以增加肌肉張力及柔軟度，進而有效減輕疼痛，強化身體功能與控制感，幫助病人恢復健康活動[13,14]。

（二）心理層面之護理

隨著疾病不斷惡化，面對死亡威脅及與家人分離痛苦，病人及家屬兩者皆會面臨預期性哀傷、身分及角色的改變，涵蓋身、心、靈、社會等層面[4,15]。護理人員應與病人保持良好的治療性溝通及護病關係，提供一個支持性和安全的環境，協助病人和親友明白此感受是常見的，於家庭內重新定義自己角色，減輕因死亡迫近所產生不安，並且透過生命回顧，領略生命歷程中重要人事物，肯定一生的努力[2,3,15]。高達88.8%肺癌末期病人需要醫護人員給予更多整體性訊息，可與其討論安寧照護及簽屬不施行心肺復甦術同意書，讓病人擁有決策權，依需求提供適切照護[5,16]。75%癌症末期病人相信宗教力量可以幫助心靈沉澱，產生正面能量，相較於無宗教信仰的癌症病人而言，擁有宗教信仰的病人反而更能渡過漫長治療及緩解不適症狀，較不會感到孤單無助[17]。醫療團隊成員應引導家屬化悲傷為祝福，藉由病人對宗教的信賴，配合禱告、禮拜、念佛等信仰，給予病人心靈的安適和滿足，協助去除心理恐懼及死亡威脅；利用親友支持系統完成心願，重建生活價值，協助病人做好死亡準備以達善終境界[17,18,19]。

護理評估

一、個案簡介

彭女士，54歲，大學畢業，慣用國語、客語，已婚，育有2子，大兒子10年前因車禍病逝，小兒子未婚，25歲，現於台北工作，約1個月返家一次。個案現與先生住一起，信仰佛教，生病前從事農會金融服務，個案於2003年經案夫建議提早退休當家庭主婦至

今，案夫也為老師退休，生病期間主要由先生照顧。

二、過去病史

個案有輕微糖尿病6年，目前使用口服藥控制穩定。2012年1月因雙大腿內側疼痛無力而跌倒，至高醫求治，診斷疑似肺癌併骨轉移，同年接受雙側髖骨腫瘤切除與內固定裝置手術，病理報告確診為非小細胞肺癌合併骨轉移，分期T1bN2M1b，stage IV。個案隨即接受化學治療（Cisplatin、Gemzar、Alimita）及口服標靶藥物（Iressa）；2013年5月完成化學藥物治療及緩和放射線治療；2013年1月改口服標靶藥物（Tarceva）服用至2015年。

三、現在病史

2015年8月個案雙下肢突然無知覺且無法行走，追蹤脊椎核磁共振檢查後發現腫瘤復發壓迫胸椎第6、9、11、12節及尾椎第3節，導致雙下肢癱瘓；癌症指數CEA：21.71ng/ml，因疾病復發不適用標靶藥物治療，與醫師討論治療計畫，個案選擇單一種第二線化學藥物（Taxotere）作為緩和化學藥物治療，一週注射一次，注射時間約4-5小時/次，療程共18次；同時配合脊椎緩和放射線治療，總劑量30Gy，療程共10次。

四、整體性護理評估

護理期間為個案回癌症中心門診並於注射室接受化學藥物治療，同時配合個案回診接受復健治療，自2015年9月11日至2015年9月22日護理期間，藉訪談、觀察照護，運用Gordon十一項健康評估工具，進行資料收集、分析、整理如下：

（一）健康認知與健康處理型態

個案生病前身體狀況良好，很少感冒，無家族癌症病史。2012年因雙下肢疼痛不適，檢查後確診罹患肺癌合併骨轉移，開始接受化學藥物與放射線治療。個案表示此次與醫師討論後決定只選擇一種化療藥物治療，主要希望能降低副作用，維持生活品質，化療期間無噁心、嘔吐、腸胃不適及血球降低等情形。評估此項功能型態正常。

（二）營養與代謝型態

個案生病前很少外食，三餐正常，不會挑食。生病後一樣維持家中簡單烹飪，因有糖尿病史，採均衡飲食，沒有服用中藥或營養食品。身高158公分，體重51公斤，理想體重52.8公斤，BMI：20.4kg/m2，屬正常範圍。9月11日抽血報告：WBC：5,600/ul、Hb：11.80g/dl、PLT：298k/ul、GOT：29IU/L、GPT：22IU/L、Albumin：3.56g/dl；9月18日抽血報告：WBC：5,620/ul、Hb：11.0g/dl、PLT：496k/ul。接受化學藥物治療期間，食慾未受到影響，三餐正常，個案藉由少量多餐、高蛋白與挑選喜歡的食物做飲食調控，多以魚肉、牛肉、蔬果、糙米飯等做每餐搭配，個案一天所需熱量約1,200-1,500卡/天，化療期間每日熱量可達1,600卡/天。膚色完整，嘴唇成紅色無脫皮，口腔黏膜完整無破皮。評估此項功能型態正常。

（三）排泄型態

個案生病前排尿、排便正常，解尿量一天約1,500ml/天，無血尿情形，兩天解一次黃褐色軟便，量中。疾病復發後，排尿型態未受影響，顏色黃清、尿量1,000-1,500ml/天，9月11日抽血報告：Bun：15mg/dl、Creatinine：1.03mg/dl。排便感覺仍存在，但因雙下肢癱瘓，活動量少，較沒有力氣將糞便一次排乾淨，易有餘便殘留，為了預防嗎啡止痛藥的副作用，9月11日醫師開立軟便藥Sennpur 2# HS與塞劑Ducolax 1# supp prn使用，個案能配合增加水分及高纖蔬果攝取，案夫協助腹部按摩，個案較能用力將糞便一次解乾淨，維持兩天解一次黃褐色軟便，量中，觸診腹部柔軟，聽診腸蠕動音正常。評估此項功能型態正常。

（四）活動與運動型態

個案生病前會與先生至家附近公園散步或慢跑。自雙下肢突然癱瘓後，多臥床休息，少外出活動。個案9月11日表示「我的腳完全不會動，手也沒有力氣撐起來，我先生還不太會幫我上下床，常搞得我們全家人都好累，我的體力也不好，根本幫不上忙」，評估個案雙上肢肌力5分，雙下肢肌力0分，無關節僵硬或肌肉萎縮情形，下肢末梢有麻刺痛感，觸覺、溫度、尖鈍感不明顯，深部肌腱反射消失，有垂足情形，日常生活評估量表分數30分，屬重度依賴。門診注射化療期間，觀察個案無法完整自行翻身及上下床移位，大小便及日常活動需家屬協助，個案9月11日表示「兩隻腳都沒辦法動，很不好意思常要麻煩你們幫我移上床移下床的。唉，很糟糕！」依據以上評估，個案有身體活動功

能障礙之健康問題/與肺癌脊椎轉移導致雙下肢無力有關。

（五）睡眠與休息型態

個案平日睡眠約7小時，無失眠及服用安眠藥習慣。自疾病復發，睡眠狀況未受影響，每日能睡8-9小時，偶會因為雙下肢突然出現麻、抽痛而中斷睡眠，案夫協助熱敷、按摩後能再度入眠，白天在家會坐在客廳閉目休養，精神狀況尚可，無打呵欠與黑眼圈情況。評估此項功能型態正常。

（六）認知與知覺型態

個案意識清楚，判斷力與定向感正常。自雙下肢突然癱瘓後，下肢失去知覺、痛覺，但左臀及腰背痛卻令個案無法忍受，9月11日個案表示「我只要移動身體，屁股跟後腰都會抽痛、刺痛，分數有7分，持續大概十分鐘超過吧，很難受！躺著沒動，就比較不那麼痛，分數5分。」，9月11日個案表示：「有什麼方法可以不要這麼痛呀！幾乎在上下床時候，腰背會痛到像螞蟻鑽進骨子裡！」，9月11日個案表示：「腰背部痛到睡不著，我都會請我先生起床幫我按摩」。9月11日醫師開立Morphine 2# Q4H、Arcoxia 1# TID、Fentanyl 25 μg/h貼片Q3D使用，個案會擔心藥物影響腎臟功能，無定時服用Morphine藥物，不痛時就不使用疼痛貼片 。9月11日觀察到個案於家屬與護理師在協助上下床移位時，常因疼痛而眉頭深鎖、臉部肌肉緊繃且發出呻吟，視覺疼痛指數8分，轉位結束後可稍緩解，視覺疼痛指數5分，一天疼痛發生約3次，案夫需定時協助更換姿勢來改善疼痛。依據以上評估，個案有疼痛之健康問題/與肺癌移壓迫脊髓有關。

（七）自我感受與自我概念型態

個案是個善良純樸、傳統顧家、凡事以家庭為重的人。個案9月18日表示「剛得知癌症復發然後腳又不能走，我很害怕、恐懼，很難想像日後沒辦法走路的生活，我先生一直都很鼓勵我、陪著我再做治療，雖然我知道病是不會好了！只要努力配合，能活久一點，就還能再多陪他們一些時間，我是這樣想的。」個案於接受化療藥物注射期間，精神狀況尚可時，願意分享對疾病及家人的看法。評估此項功能型態正常。

（八）角色與關係型態

個案退休後為家庭主婦，自雙下肢突然癱瘓，則由案夫擔起家裡所有事情。門診注射化療藥物期間，主要由案夫陪同照顧，案子偶爾請假回來探視。個案9月15日表示「我知道癌症是不治之症，日子一天一天過，只是沒想到居然兩隻腳會不能走路，為什麼倒楣的事都發生在我身上，如果老天真要把我帶走，早點死也好，很不想成為他們的累贅。我兒子也大了，不希望我造成他結婚的負擔。」，9月15日表示「我先生提早退休照顧我，兒子也得請假回來看我，我覺得很愧對家人，帶給他們很多負擔，復健很累，撐到現在，只希望能多陪陪他們，能活一天是一天。」，9月18日案夫表示「是我鼓勵她再做治療，我也會擔心她撐不下去，也捨不得她走，不然家裡只剩兒子相依為命！我不能在她面前哭！」，9月15日與個案會談時，神情沮喪、無神、眼眶泛淚，不時望著案夫，深感不捨。案夫也常陪伴在側，寸步不離，常輕撫個案背部。依據以上評估，個案有預期性哀傷之健康問題與疾病復發，感到自己即將面臨死亡有關。

（九）性與生殖型態

個案與先生結婚30年，育有2子，自從個案生病後已停止性生活，案夫也能體恤個案身體狀況，夫妻感情融洽。評估此項功能型態正常。

（十）因應與壓力耐受型態

生病前，遇有事或有壓力時，個案會與案夫一同討論尋找解決方法。個案9月11日表示「好慶幸我們一家人感情很好，能陪我渡過這辛苦的治療。只是兩隻腳不能走，我真的好難過！我家人還是陪著我從頭開始做治療，還要照顧我生活起居，我要繼續努力才行。」個案注射化療與復健期間，會主動向護理人員諮詢相關復健護理，案夫也參與討論、分擔。個案與案夫皆已退休，現無收入來源，就醫期間之經濟仰賴保險給付及原有的積蓄，加上案夫每月的退休金給付，暫時無經濟困難。評估此項功能型態正常。

（十一）價值與信念型態

個案為虔誠佛教徒，生病前常到廟裡拜拜，生病後早晚會在家裡誦經十分鐘，表示可讓心情暫時平靜些。評估此項功能型態正常。

健康問題確立及護理過程

健康問題一：疼痛/與肺癌轉移壓迫脊髓有關（9/11-9/18）

主客觀資料	S1：9/11 主訴：「我只要移動身體，屁股跟後腰都會抽痛、刺痛，分數有 7 分，持續大概十分鐘超過吧，很難受！如果躺著沒動，比較不那麼痛，分數 5 分。」 S2：9/11 主訴：「有什麼方法可以不要這麼痛呀！上下床時候，腰背痛到像螞蟻鑽進骨子裡。」 S3：9/11 主訴：「腰背部痛到睡不著，我都會請我先生起床幫我按摩。」 O1：8/7 脊椎核磁共振報告發現第 6、9、11、12 節胸椎及第 3 節尾椎有骨轉移，伴有脊髓壓迫。 O2：9/11 觀察到個案於家屬與護理師在協助上下床移位時，常因疼痛而眉頭深鎖、臉部肌肉緊繃且發出呻吟，視覺疼痛指數 8 分，轉位結束後可稍緩解，視覺疼痛指數 5 分，一天疼痛發生約 3 次。 O3：9/11 個案至門診注射化療，案夫常陪伴在側，不斷協助按摩病人腰背酸、刺痛處。
護理目標	1. 9/11 個案於癌症中心注射化療藥物期間（4-5 小時），能主動說出減低疼痛方法至少三項。 2. 9/15 個案於執行復健運動時，能說出在轉位活動進行中，疼痛有改善且指數等於或低於 3 分。 3. 9/18 個案癌症中心回診，能正確說出突發性疼痛的記錄方式，並能主動與醫師討論止痛藥物劑量調整。
護理措施	1. 9/11 教導案夫可提供翻身枕或棉被放置個案雙膝與足踝之間，協助個案採取舒適擺位，減輕關節壓迫造成不適。 2. 9/11 教導個案緩慢呼吸技巧，如：深吸氣 2 秒後再慢慢吐氣 4-6 秒，藉由深呼吸方法轉移注意力，達到放鬆肌肉、減輕疼痛。 3. 9/11 教導個案可於睡前選擇喜愛輕音樂或佛教音樂如：大悲咒，透過平靜悅耳的音樂分散對疼痛的注意力。 4. 9/11 教導案夫協助個案進行轉位活動前，可先在疼痛部位，如：腰背、左臀，使用熱毛巾熱敷 20 分鐘，再配合肌肉按摩，由遠端至近端循序往上，使用指腹力量，每次按摩約 10-20 分鐘，緩解肌肉緊繃、關節僵硬情形，促進筋骨舒適方便伸展，減少活動所帶來的不適。 5. 9/11 利用視覺疼痛評估量表，記錄個案疼痛分數、性質、疼痛時間、性質，監測止痛藥物效果並與醫師討論調整劑量。 6. 9/11 依據醫師開立的止痛藥物（Morphine 2# Q4H、Arcoxia 1# TID、Fentanyl 25 μg/h 3 片 Q3D），衛教個案按時使用藥物的重要性及副作用，改善個案對使用止痛藥不正確的觀念，也能減少突發痛的產生。 7. 9/15 教導個案按時配合止痛藥使用 30 分鐘後，當疼痛降低至 4 分，再進行復健活動，避免個案因擔心疼痛加劇而不敢活動。 8. 9/15 教導個案遇突發疼痛時，可立即投予醫師額外開立的 Morphine 1# p.r.n 使用，並利用視覺疼痛評估量表記錄疼痛分數、時間長短、性質、誘因、強度等，以利醫師調整藥物；同時也應按時服用原本開立的止痛用藥，維持血中藥物濃度。
護理評值	1. 9/11 個案於化療藥物注射期間，能正確說出減低疼痛方法，如：深呼吸技巧、肌肉放鬆按摩、適當肢體擺位等。 2. 9/15 個案表示已經了解止痛藥物的副作用，能按時使用止痛藥物，於復健運動進行前可配合熱敷、按摩技巧，並表示復健進行中，左臀、腰背酸疼痛指數 3 分。 3. 9/18 個案回診表示一星期內除了於家中上下床活動或進行復健運動時疼痛較為明顯，但因有按時服用止痛藥，疼痛情況改善許多，分數多落在 3 分，並無突發性疼痛發生。醫師將 Morphine 2# Q4H 改 1#Q4H；停止 Arcoxia 服用，Durogesic 貼片維持原劑量。

健康問題二：身體活動功能障礙/與肺癌脊椎轉移導致雙下肢無力有關（9/11-9/18）

主客觀資料	S1：9/11 主訴：「我的腳完全不會動，手也沒有力氣撐起來，我先生也不知怎麼幫我上下床，常搞得我們全家人都好累，我的體力大不如前。」 S2：9/11 主訴：「兩隻腳都沒有力氣，很不好意思時常麻煩你們來幫我移上床移下床的。唉，很糟糕！」 O1：8/7 脊椎核磁共振報告發現第 6、9、11、12 節胸椎及第 3 節尾椎有骨轉移，伴有脊髓壓迫。 O2：9/11 個案雙上肢肌力 5 分，雙下肢肌力 0 分，深部肌腱反射消失，無關節僵硬或肌肉萎縮情形，下肢末梢有麻刺痛感，對觸、溫、尖頓感不明顯，深部肌腱反射消失，有垂足情形。 O3：9/11 個案完全無法自行坐起、轉位、如廁、上下床移位，需家屬協助下方能完成。 O4：9/11 日常生活評估量表分數 30 分，屬重度依賴，功能性分級為第 3 級（需要他人協助並使用輔助器或設備）。
護理目標	1. 9/15 個案復健回診，能說出復健運動主要的目的兩項，同時願意每日於家中持續執行復健運動 20 分鐘。 2. 9/18 個案於癌症中心注射化療藥物期間（4-5 小時），個案及案夫能正確執行上下床乘坐輪椅之活動，且雙下肢無肌肉萎縮、壓瘡等合併症發生。
護理措施	1. 9/11 協助個案轉介復健科門診，接受一週兩次復健計畫包括：肌力、平衡、運動訓練及物理治療，每次 40 分鐘，案夫皆陪伴練習。 2. 9/11 教導案夫每兩小時翻身技巧與重要性，主要能夠預防壓瘡、深部靜脈血栓合併症，同時利用棉被、枕頭支撐雙下肢來維持正確關節擺位；避免於床上進行拖拉方式，減少皮膚摩擦造成受損。 3. 9/11 教導案夫協助個案每兩小時進行雙下肢被動關節運動技巧，包含雙側髖部、雙膝、雙踝及雙趾間，動作緩慢而溫和，每個動作 5-10 分鐘，預防關節攣縮變形。 4. 9/11 於個案執行任何活動時，適時給予讚美與鼓勵，增加學習動力。 5. 9/15 教導個案及案夫每日評估雙下肢肌肉力量，並作記錄。 6. 9/18 教導個案按時服用止痛藥後 30 分鐘，再進行復健運動，同時配合熱毛巾熱敷雙下肢以預防關節僵硬造成疼痛不適，增加活動意願。 7. 9/18 配合復健師指示，教導輔具（四腳助行器、輪椅）正確使用方法。 8. 9/18 教導個案及案夫正確穿著背架，於平躺時，以圓滾木方式穿著戴背架後再起身；衛教正確穿戴背架可提供脊椎良好的支撐；臥床時使用垂足板，預防垂足變形。 9. 9/18 教導個案及案夫正確上下床轉位技巧：先將個案從床上扶坐起於床緣，輪椅靠近床邊，固定輪子後，案夫再協助個案轉移至輪椅上方坐好。衛教正確轉位技巧能避免個案及案夫因姿勢不對造成肢體或肌肉拉傷。
護理評值	1. 9/15 個案復健回診，表示每週二、四早上會按時至醫院進行復健運動，每次 40 分鐘；也能配合復健師的建議於家中自我練習站立 20 分鐘 / 天；並能說出復健主要目的為預防關節攣縮、壓瘡等合併症。 2. 9/18 個案於化療藥物注射期間，經由案夫協助下，可正確使用雙上肢的力量執行上下床乘坐輪椅之活動，雙下肢肌力現由 0 分變 1 分，雙腳趾頭可微微上下左右移動。

健康問題三：預期性哀傷/與疾病復發，感到自己即將面臨死亡有關（9/15-9/22）

主客觀資料	S1：9/15 主訴：「我知道癌症是不治之症，日子一天一天過，只是沒想到居然兩隻腳會不能走路，為什麼倒楣的事都發生在我身上，如果老天真要把我帶走，早點死也好，很不想成為他們的累贅。我兒子也大了，不希望我造成他結婚的負擔。」 S2：9/15 主訴：「我先生提早退休照顧我，兒子也得請假回來看我，我覺得很愧對家人，帶給他們很多負擔，復健很累，撐到現在，只希望能多陪陪他們，能活一天是一天。」 S3：9/18 案夫主訴：「是我鼓勵她再做治療，我也會擔心她撐不下去，也捨不得她走，不然家裡只剩兒子相依為命！我不能在她面前哭！」 O1：9/15 與個案會談時，神情沮喪，眼光泛淚無神，反覆的談論著對家人深感不捨。 O2：9/18 案夫於個案接受化學藥物治療期間會在旁邊陪伴，常輕撫個案背部。
護理目標	1. 9/18 個案於癌症中心注射化療藥物期間（4-5 小時）能夠正向表達自我感受，並接納治療措施統合在生活之中。 2. 9/22 個案於癌症中心注射化療藥物期間（4-5 小時），能主動表達面對死亡的想法及感受。
護理措施	1. 9/18 以主動溫和的態度與個案及案夫建立良好護病關係，當筆者完成其他病人治療時，隨即提供個案陪伴與關懷。 2. 9/18 與個案會談時，提供一個隱私的環境，例如：拉上圍簾、輕聲細語，引導個案說出內心的害怕、擔憂及對外來的看法，如：對案夫的身心疲倦的擔心與不捨、雙下肢能否再次行走的機會、小兒子隻身在北部工作等顧慮。 3. 9/18 當個案表達內心想法時，採取中立不批評之態度接納個案之情緒及想法。 4. 9/18 與個案會談完，提供安靜舒適環境，採集中護理，讓個案可以沉澱心思，整理不安情緒。 5. 9/18 引導案夫參與心理支持過程，鼓勵案夫可用非語言方式親近個案（擁抱、握手），維持親密關係，給予個案更多支持力量。 6. 9/18 個案主動向主治醫師提及欲了解安寧照護事宜，主治醫師向其確立想法，協助個案轉介同天安寧門診，安寧醫師向其解釋緩和安寧條例所提及不施行心肺復甦同意書內容、目的及意義；並讓個案與案夫共同討論死亡，讓雙方了解死亡的意義及安寧療護內容。 7. 9/22 鼓勵個案說出個人一生成就及助人事件，如：退休後曾於南部某醫學中心醫院擔任志工 2 年服務病友經歷、首次罹癌於注射室接受化療藥物治療時，常給予病友鼓勵支持；筆者傾聽後給予正向回饋。 8. 9/22 提供院內佛教相關資訊，如：醫院 15 樓設置佛堂可供誦經等，鼓勵個案可於治療結束後，可至佛堂誦經，或平日可拱手默念祈求眾神保佑，藉由宗教力量讓心靈有所寄託，減輕焦慮與不安。
護理評值	1. 9/18 個案表示：「從 8 月中生病到現在，也治療一段時間，我 知道死亡遲早會來，我先生、兒子都鼓勵我繼續接受治療。真的遇到了，還是要再試試。」個案很感謝一路上一直有家人陪伴，不離不棄，給予個案面對雙下肢癱瘓有更多希望。 2. 9/22 個案表示照會過安寧門診後，對安寧緩和療護已有概念，與案夫討論後，深知死亡是遲早的事，因疾病帶來生活不便也感謝家人陪伴。慶幸自己信佛多年，能透過念經拜佛，讓自己心情沉靜下來，有更多力量面對病魔的種種挑戰。

討論與結論

本文描述一位肺癌骨轉移復發病人，面對雙下肢身體功能障礙、疼痛及死亡的衝擊，產生身、心理問題的護理經驗。筆者運用關懷態度，與個案及案夫建立治療性信任關係，採用同理心、陪伴、傾聽引導個案表達內心感受，勇於面對疾病治療過程。根據文獻[3]指出有效疼痛控制原則為正確、詳細且持續評估病人的疼痛狀況，筆者除了衛教病人按時服用止痛藥的重要性，並提供非藥物治療護理措施如：肌肉按摩、舒適擺位等，將骨轉移疼痛減輕到最低，與[10]提出運用非藥物止痛方式來減輕病人疼痛相呼應。在復健過程中，個案會因腰背疼痛、身體疲累無法確實執行，筆者從中不斷鼓勵個案，向其說明復健目的能避免關節攣縮，增加自我照顧能力，同時指導個案與案夫正確轉位、上下床技巧，提升個案自我控制感，使其慢慢接受復健帶來的正向幫助。家屬的陪伴往往是病人心靈上最大的寄託，個案對於家屬，內心有百般不捨，無奈疾病惡化，讓個案面對生命即將逝去，而將面臨與家人死別感到哀傷。文獻[17]指出宗教力量可以幫助心靈沉澱，產生正面能量，因個案是虔誠佛教徒，筆者鼓勵其藉由宗教方式得到心靈抒發，個案也採取每天早晚固定誦經，達到壓力及哀傷情緒的舒緩，更能以正向態度面對癌末治療。

筆者利用個案每週五返回癌症中心門診，於化療藥物注射4-5小時期間，提供個別性護理措施，以及個案每週二及四復健治療時間，筆者電訪得知其相關治療、自我照護情形及恢復進度。然而，癌症中心門診注射室應視為日間病房，與病房相比，護理師在照護病人方面是採功能性護理，較無法對同一病人進行連續性、整體性護理，實為照護過程中較大的限制。筆者建議癌症中心注射室改採同一區由固定的主護護理師進行照護，同時需具備腫瘤照護知識，應用學理及相關文獻，能在短時間照護中深入了解病人遭遇的困境，評估病人所需，適時提供精確的護理。也鼓勵癌症中心門診護理師能多參與心靈及哀傷輔導等相關課程，相信可提供個案及家屬適當的全面性整體照護，以提高癌症存活者之生活品質及自我照護能力。

參考文獻

1. 行政院衛生福利部：民國105年度十大死因統計結果。2017。Retrieved from https://www.mohw.gov.tw/dl-33686-f713f1fb-bd64-4c0d-a810-cefabef4cb2e.html
2. 易婉儀、潘玉玲：照顧一位肺癌末期病人面對死亡焦慮之照護經驗。源遠護理 2015；9（1）：72-79。
3. 陳黎雯、陳綱華：一位肺癌末期病患之護理經驗。中山醫學雜誌 2011；22（4）：457-484。
4. 林雅萍、羅樺鈴、巫怡翎 等：照顧一位肝癌末期病人之護理經驗。長庚護理 2015；26（2）：203-213。
5. 高淑雰、宋易珍、黃于芳 等：肺癌病人照護需求及其相關因素之探討。榮總護理 2013；30（4）：329-339。
6. 施穎銘、陳育民：非小細胞癌手術後輔助性化學治療。內科學誌 2009；20（6）：490-496。
7. 陳偉武、洪敏瑛、陳幼貴：肺癌治療回顧及發展。腫瘤護理雜誌 2010；10（2）：39-54。
8. 賴昆鴻、楊榮森：脊椎腫瘤轉移的診斷與治療。台灣醫學 2015；19（4）：402-412。
9. Lin S, Chen Y, Yang L, et al.: Pain, fatigue, disturbed sleep and distress comprised a symptom cluster that related to quality of life and functional status of lung cancer surgery patients. Journal of Clinical Nursing 2013; 22(9-10): 1281-1290.
10. 陳思妤、何岱爭、沈惠珊：一位青年期肺癌併腦、骨轉移病人之末期照護經驗。安寧療護雜誌 2017；22（2）：228-239。
11. 李雅萍、黃馨葆、蔡兆勳 等：癌症疼痛控制的現況。安寧療護雜誌 2012；17（1）：62-75。
12. 史意絹、伍碧琦：一位頸椎損傷加護病房患者之護理經驗。新臺北護理期刊 2015；17（1）：67-76。
13. 林小萍、呂沛晴：一位格林-巴瑞症候群病人面臨突發性身體活動功能障礙之護理經驗。馬偕護理雜誌 2014；8（1）：62-75。
14. Swann J: Monitoring movement: detecting impaired mobility. British Journal of Healthcare Assistants 2010; 4(12): 583-585.
15. 鄭沛綾、林玉菜、陳芝文：一位年輕肝癌末期病人之整體性護理經驗。榮總護理 2017；34（2）：207-214。

16. Kypriotakis G, Francis LE, O’ Toole E, et al.: Preferences for aggressive care in underserved populations with advanced-stage lung cancer: looking beyond race and resuscitation. Support Care Cancer 2014; 22(5): 1251-1259.
17. Sun V, Kim JY, Irish TL, et al.: Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. Psycho-Oncology 2016; 25(12): 1448-1455.
18. 郭懿玲、林采蓉、黃敏瑢：照顧一位肺癌病人面臨生命末期之加護經驗。長庚護理 2012；23（3）：381-389。
19. Brady M: A good death: Key conceptual elements to end of life care. Journal of Paramedic Practice 2013; 5(11): 624-630.

Nursing Experience of a lung Cancer Patient who Relapsed with bone Metastases

Nien-Tzu Cheng, Pei-Hsuan Yang

Cancer Center, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital

Abstract

This article describes the nursing experience of a lung cancer patient, who underwent surgery, chemotherapy, and radiotherapy for bone metastases and experienced tumor recurrence with spinal compression. This caused paralysis of the lower limbs and resulted in pain, the inability to walk, limited physical mobility, and anticipatory grief in the face of disease exacerbation. The author collected subjective and objective data through interviews and observation using Gordon's functional health assessment tool in the outpatient clinic and injection room from September 11-22, 2015. Three major health problems were identified: pain, physical activity dysfunction, and anticipatory grief. The author taught the patient how to properly use analgesic medications that had been prescribed by the physician and techniques such as attention diversion and muscle relaxation massage to reduce pain and discomfort caused by bone metastases. The author also assisted the patient in receiving rehabilitation, including physical therapy and occupational therapy, to promote physical activity. The patient was encouraged to carry out active and passive joint exercises to improve physical activity. At the same time, family support systems and religious beliefs were used to listen to the emotions of the patient and encourage the patient to be strong in the face of the challenge caused by disease recurrence, so that the patient could face the grieving process with a positive attitude and improve his/her quality of life. The author hopes that this case report can provide nursing experience as a reference for the future care of this type of patients by clinical nurses.

Keywords : ***Lung cancer, Bone metastases, Pain, Physical activity dysfunction, Anticipatory grief***

Received: November 2017; Accepted: February 2018