

Case Report

一位肺癌末期病患之護理經驗

陳黎雯¹ 陳綱華^{2*}

¹ 三軍總醫院澎湖分院護理師

² 長庚大學護理學系助理教授

本篇報告在描述一位接受化學治療的肺癌末期病患，入院時，除了面臨疾病造成的身體不適，包括疼痛與營養不良外，還包含化療造成身體外觀改變，以及面臨生命最後旅程產生之哀傷反應等問題。筆者於2009年12月5日至2010年1月10日護理期間，以Gordon十一項功能性健康評估工具為指引，運用觀察、會談、身體評估及病歷查閱等方式收集資料，確定個案護理問題為疼痛、營養少於身體所需、身體心像改變與預期性哀傷。住院期間提供疼痛醫療處置，配合非藥物照護措施轉移注意力、促進舒適；藉由提供高熱量、高蛋白之癌症飲食衛教，維持身體基本代謝需求；照護期間在安寧共照師協助下，讓個案藉由生命回顧、社會支持及宗教信仰，並傾聽個案心中感受，降低哀傷反應；也透過肺癌病友經驗分享，重新建立對自我身體心像的正向看法，讓個案在治療過程中獲得個別性的整體照顧，提升生命品質。期望藉此個案報告，提供臨床護理人員在照顧此類病患具個別性且適當之照護。

關鍵詞：肺癌、疼痛、營養不良、身體心像改變、預期性哀傷

前言

依據行政院衛生署2009年統計資料顯示，惡性腫瘤近十年均居國人十大死因首位，其中肺癌在2009年癌症死因中名列第一，佔所有癌症死亡人口數的19.9%^[1]。多數病患在確定診斷時已是末期，常合併胸痛、呼吸困難、肋膜積水等現象，五年存活率相當不樂觀^[2, 3]。癌症病患除了飽受疾病病痛外，在接受一連串檢查與

治療時需面對多重身、心壓力源；特別是瀕臨生命末期的患者，還會飽受各種症狀的折騰，面臨死亡情緒的壓力反應。

本文個案罹患肺腺癌，已接受放射治療與六次化學治療，因疼痛難耐入院，住院期間食慾減退造成營養不良，接受口服標靶藥物治療引起皮膚痊瘡樣疹，出現身體心像改變；個案45歲正值人類發展之生產階段，卻面對生產停滯、生命威脅而有預期性哀傷。護理是一門重視關懷的專業，筆者期待經過整體性護理評估後，藉由護理處置之介入可改善因疾病導致的身體症狀、心理反應，與面臨死亡所引發的哀傷。故引發筆者深入探討的動機，期望藉此個案報告分享照護過程，提供臨床護理人員未來照顧此類病患之經驗，進而提升護理照護品質。

* 通訊作者：陳綱華

通訊地址：桃園縣龜山鄉文化一路259號

聯絡電話：(03) 2118800轉5211

電子信箱：khc@mail.cgu.edu.tw

文獻查證

一、肺癌與治療

肺癌意指發生在呼吸道肺部氣管、支氣管或肋膜的惡性腫瘤，臨床分類上可分為：小細胞肺癌及非小細胞肺癌，其中非小細胞癌約佔75%至80%，包括：鱗狀細胞癌、腺癌及大細胞癌^[4]。肺癌早期不易診斷，為高發生率和低存活率疾病，當病情發展急速且診斷確立時多數已有轉移，難以作根治性治療^[4, 5]。早期沒有任何徵象，之後陸續出現持續咳嗽、呼吸困難、食慾不振、全身倦怠無力、虛弱、疲倦、體重減輕等症狀；轉移後常見症狀包括：神經系統轉移出現平衡失調及意識不清、轉移造成疼痛^[6]。肺癌治療方面，小細胞肺癌確立診斷時已有半數病患發生擴散轉移，無法接受外科手術切除，但對化學治療的敏感度較高，因此，此類診斷的病患在體能允許狀態下皆以化學治療為主。非小細胞肺癌生長速率較慢，第三期A期之前可施行手術，若出現遠端轉移，則須接受放射線治療緩解症狀；晚期無法開刀，須以化學治療降低擴散、減少遠端再復發；一旦化學治療無效，則改用標靶治療，此治療係抑制上皮生長因子受體（epidermal growth factor receptor，以下簡稱EGFR），可減少對正常細胞的傷害，針對EGFR這個路徑的標靶療法主要包括：酪胺酸激酶抑制劑、上皮生長因子受體單株抗體，本文個案服用之Tarceva即屬於酪胺酸激酶抑制劑，大型第三期臨床研究結果顯示可延長非小細胞肺癌病患化療失敗後的存活率^[7, 8]。

無論病患接受上述任何治療，提供足夠的氧合、營養，以及預防感染等支持性照顧，都是最基本也是最重要的^[9]，因此，如何改善食慾、疲倦及減輕疼痛，緩和上述種種症狀引發之心理負向反應，當是護理之首要照護重點。

二、肺癌病患相關護理

本文個案之護理問題為疼痛、營養少於身體所需、身體心像改變與預期性哀傷，以下

將就生理與心理層面分別陳述此四項問題之護理。

（一）生理層面之護理

疼痛是一種主觀感受，住院癌症病患中高達46%因腫瘤發展、癌症治療過程與癌症引起之共病症等，出現中到重度疼痛問題，繼而引起生理、心理、情緒、社會和靈性方面的負向反應，此類病患90%都需要積極處理^[10, 11]。有效的控制須正確、詳細且持續評估病患的疼痛^[6]，依照醫師目前定時給藥原則，多半無法有效降低疼痛到病患可忍受的程度^[10]；在此狀況下，護理人員角色功能更形重要，除依照世界衛生組織3B治療原則（非侵入性口服藥物、定時給藥、遵循三階段止痛用藥）評估醫囑適當性、有效性^[12]，與病患建立不具主觀價值判斷的治療性關係、運用認知行為策略，都是極具價值的護理處置。發展治療性關係方面，信賴與不具批判的互動，讓疼痛病患願意真實的說出自己疼痛程度的變化與心理困擾，使醫療人員能及早了解病患疼痛型態、正確用藥，患者才有機會及早回家，維持生活品質^[13]。非藥物方面的護理，如：認知行為策略、芳香療法及按摩；認知行為策略包括放鬆技巧、轉移注意力（宗教慰藉、閱讀報章雜誌）、冥想和聽音樂，適時運用這些方法可藉由疼痛訊號的阻斷、限制認知功能注意疼痛問題、促進體內釋放腦內啡（endorphins）、減少疼痛加重的思考，進而改善疼痛問題^[10, 12]；芳香療法則是藉由精油的味道，與促進天然豐富的化學物質進入血液循環，以緩解焦慮，間接藉由放鬆達到疼痛減輕的目的^[14]；按摩是利用系統性、有節奏的移動肌肉和軟組織，以輕柔舒服的動作作用於身體外層，協助釋放腦內啡、緩解肌肉緊張、阻斷疼痛傳導^[15]。

癌症末期病患由於食慾受到腫瘤代謝產物的抑制，易因食慾不振及身體不適導致食物攝取不足^[16]，加上化學治療直接抑制細胞複製、引發食慾減退等，進而產生營養不良；飲食照顧需隨時評估病患營養狀況，指導病患及家屬飲食方式，提供流質或半流質食物給予選擇，增

加進食餐數、減少酸性及刺激食物攝取、選擇高蛋白和高熱量飲食、注意色香味調配以增加食慾、適時給予靜脈輸液補充等；並提供口腔清潔護理以增加口腔舒適感，維持良好的通風或空調，及保持用餐時愉快心情亦能提升進食量^[16, 17]。

(二) 心理層面之護理

化學治療常見副作用，如：噁心、口腔炎、食慾不振、掉髮、虛弱等^[10, 12]。另外口服標靶藥物--得舒緩 (Tarceva) 也可能出現皮膚痊瘡樣疹、皮膚乾燥、指甲內插、甲溝炎及腹瀉，但不會造成白血球下降，亦不易引起掉髮^[18, 19]，這些因藥物導致的身體外觀變化，無論是皮膚痊瘡、毛髮脫落或外型改變，可能引起負向的身體心像感、降低自信、影響人際關係，甚至引發焦慮、憂鬱而拒絕治療^[20]。面對身體心像改變的病患，護理人員需讓病患知道這些僅是藥物治療期間暫時出現的副作用，可提供使用假髮、頭巾、帽子遮蓋毛髮脫落問題，或是使用皮膚科醫師核准使用的粉底霜覆蓋皮膚、使用溫和不刺激的清潔產品清洗皮膚、使用溫和乳液維持皮膚溼度，及避免出現痊瘡的皮膚部位直接受陽光曝曬^[18, 21]。另外引導病患在調適過程中正向思維，認清身體其他部位的存在價值，提供資源使其參與社會活動，介紹類似病友，鼓勵多與之討論、分享經驗，同時家屬或朋友能夠一起參與與陪伴，有助於減少病患挫折感、增加自我照顧的信心^[20]。

哀傷是個人面對失落或失去所愛的人而產生的心理及情緒反應，不僅肺癌病患，甚至家屬都可能出現哀傷反應^[21]。護理人員應和病患保持良好的治療性溝通及護病關係，運用語言與非語言溝通，主動傾聽、陪伴，給予支持，並利用生命回顧，讓病患回顧過去，自我肯定一生的努力^[13, 22]；與病患逐一且具體地討論擔心的人與事，運用護理關懷之特質、同理其感受與情緒，疏導宣洩、釋放壓力，並在家屬與醫療團隊協助下完成心願，使其感受愛與被愛、安全感及歸屬接納感，以降低哀傷反應^[23]。

護理過程

一、個案簡介

(一)基本資料：蔡小姐，45歲，離婚兩年，育有一子（2歲），家中排行老大，大學畢，信仰佛教，有一弟（40歲），已婚，平時感情良好。於2009年1月前有穩定工作及收入，目前與雙親（父68歲，母65歲，皆無工作）及小孩同住，此次住院雙親為主要照顧者，無任何家族遺傳性疾病。

(二)過去病史與求醫過程：2008年7月因久咳不適，陸續在小診所就醫未改善，2008年12月至本院求診，於12月31日初次診斷肺腺癌第四期(T4N2M1)合併骨頭轉移，自2009年1月起，定期於門診及住院接受化學治療共六次，便結束治療計畫；2009年7月發現轉移至腦部，住院後改行放射治療。2009年11月起出現下背痛，未做處置，同年12月5日因下背疼痛難耐、頭痛不適、全身軟弱無力就醫，當日住院後改行口服標靶藥物(Tarceva)治療，每日一顆，同時配合疼痛控制及整體性護理後，於2010年1月10日症狀穩定依醫囑辦理出院。

二、護理評估與問題確立

自2009年12月5日至2010年1月10日護理期間，運用Gordon功能性健康型態評估工具為引導，採觀察、會談、身體評估及病歷查閱等方式收集資料，針對個案進行整體評估，確立之護理問題如下：

(一)健康認知-健康處理型態：個案表示過去身體狀況不錯，很少做全身健康檢查，偶爾有感冒，會至住家附近診所求診；平日不抽煙不喝酒。2008年因為咳嗽將近三個月到醫院檢查，結果為肺腺癌，並接受醫師安排的化學治療。個案表示目前經濟主要來自過去存款，生活無慮，也不會擔心治療所需費用，現在只想全心照顧身體。評估此項功能型態正常。

(二)營養-代謝型態：12/5入院，身高165公分，

體重50公斤，理想體重57公斤〔(165-70)×0.6〕屬於體重過輕；身體質量指數(BMI)18.3〔50(Kg)÷(1.65m)²〕質量指數不足。基礎代謝率(BEE)為655+(9.6×50)+(1.7×165)-(4.7×45)=1204大卡，每日營養建議攝取量1204(BEE)×1.2(活動因子)×1.3(壓力因子)=1878.24大卡。12/5~12/14進食量少，每天早餐約100cc全脂牛奶、兩片吐司，午餐只喝幾口魚湯、半碗米粥，晚餐約半碗湯麵和幾顆葡萄，每日約1200至1500大卡，每日飲水約1000cc；叩診腹部無鼓音，腸蠕動10-20次/分鐘。12/13晚餐時間，病患連便當盒都不想打開。12/14「這次住院之前我平常三餐正常，胃口還可以，多吃蔬菜，沒有不吃的，偶爾吃宵夜，體重維持在55公斤至60公斤，現在食慾比較不好。」12/16個案嘴唇呈現粉紅色，皮膚無光澤、飽和度差，雙腳末梢皮膚有些蒼白、乾燥，雙手指甲呈淡粉色，微血管再填充於1~2秒後完全充血，全身皮膚溫暖無冰冷，口腔黏膜無破損、潰瘍。12/18「食慾不好，感覺什麼東西都沒味道，我不想吃東西。」12/18 Hb:9.0 mg/dl、Albumin:2.14mg/dl數值偏低。12/20「我看到東西就想吐。」評估有營養少於身體所需與食慾不振有關之護理問題。

- (三)排泄型態：平時排便一天一次成形便，呈黃褐色、質軟。解尿正常，色黃清澈，無排尿不順及夜間頻尿，每日尿量約為800cc至1000cc。個案因疼痛自12/5起每日服用口服麻醉性止痛藥物Morphine；12/18起因Morphine副作用有便秘問題，腸蠕動約為5~6次/分鐘，醫囑增加Sennoside 2顆睡前服用後，住院期間便秘情形獲得改善。評估此項功能為正常。
- (四)活動-運動型態：個案表示生病前常去爬山或是騎單車；生病後，因體力差，多為散步運動。此次住院因疼痛不適，下床行動緩慢或使用活動點滴架協助下床如廁，於病室活動、閱讀書報；個案父母會主動協助日常

生活活動。肢體外觀正常，無攣縮，四肢末梢溫暖、指甲、唇色粉紅，住院期間血壓維持：130-100/80-55mmHg、脈搏：80-105下/分、呼吸次數：16-22次/分、血氧濃度在未使用氧氣下維持93-97%。評估此項功能為正常。

- (五)認知-感受型態：個案意識清楚，視、聽、嗅、觸、記憶、思考、判斷力正常。因肺癌末期合併骨頭、腦轉移，有頭痛、骨頭酸痛情形，12/5主訴住院前疼痛都可以忍受，但這次疼痛的感覺讓他生不如死。12/5「哎呀！我頭好痛喔！就像鐵鎚敲打一樣。」以10分疼痛量表評估個案疼痛指數9分，依醫囑給予Morphine 10mg 1pc IVF立即使用15分鐘後，疼痛指數降為4分，醫囑開立Morpine 10mg IVF q6h prn及Morphine 30mg 1pc q6h PO。12/7主治醫師查房時，個案緊閉雙眼、緊握雙拳、皺眉、呻吟，不斷表示「天啊！好痛苦喔，怎麼這麼痛啊？」。12/09-12/13，病患主訴疼痛情形時好時壞，可忍受。12/14「我移動身體時，疼痛會加重」。12/15增加Fentanyl 25ug/dl止痛貼片使用，每三天更換一次。評估有疼痛與癌症腦、骨轉移有關之護理問題。
- (六)睡眠-休息型態：平日居家睡眠每天約7-8小時，無失眠及吃安眠藥的習慣。自從開始接受第二次化學治療後，夜間睡眠品質不佳，醫師開立鎮靜藥物Lorazepzm 1mg/tab 1顆睡前規則服用。住院期間，疼痛情況改善時夜間睡眠可維持5-6小時，無睡眠中斷；午睡約一小時，白天無打哈欠、黑眼圈；但若疼痛出現，翻來覆去，疼痛入骨，無法好好入眠。評估此項功能受到疼痛問題影響，只要改善疼痛程度，個案自覺能維持足夠的睡眠與休息。
- (七)自我感受-自我照顧型態：案母表示個案生病前生性樂觀、堅強獨立、善良純樸，與同事間相處良好，是個有自信的孩子。此次住院因服用Tarceva治療之副作用，造成臉部出現瘰癧樣疹，以及長期服用類固醇導致

臉部腫脹，12/20「天啊！一個脹大五倍的臉，我怎麼見人啊？」12/22「我的頭髮在化學治療時，就已經掉的很嚴重了，怎麼現在臉上也長滿了一顆一顆的膿疱？」12/24「我不想要親戚朋友看見我這樣，請他們不要來、不要來。」12/25與個案談話時常低頭不語、閉眼，自臉部皮膚出現痊瘡樣疹開始不喜歡走出病房，到廁所照鏡子時，看見自己的臉部外觀會傷心流淚；每日晨間護理時，明顯可見枕頭上有多根掉落的頭髮。評估有身體心像改變與藥物、治療副作用有關之護理問題。

- (八)角色-關係型態：第一角色為45歲女性，第二角色為媽媽、女兒、朋友，第三角色為病人；正處中年期，依照Erikson心理社會發展為生產停滯階段，雖個案為家中主要經濟來源，並未影響其角色功能，且住院期間仍時常關心家中狀況，12/30兒子來院，個案反覆詢問「安安在家有乖嗎？吃飯了沒，」與兒子互動親密，目前兒子暫由前夫照顧。個案與母親互動頻繁、感情良好，案母照顧個案不分日夜、無微不至，個案心存感謝，於1/2表示「謝謝媽咪，我最捨不得媽咪。」1/3「我知道我沒有多少日子了」、「雖然死亡是人生的必經過程，但我從來沒有想過這麼早就要面對」及「我這麼認真的接受治療，就是希望多活一點日子陪陪

家人」。1/4筆者與個案會談時，其神情沮喪、說話哽咽、雙眼泛紅，希望能在未來的日子中，好好陪伴家人與小孩，外表顯出十分不捨與家人分離。評估有預期性哀傷與面臨自我死亡有關之護理問題。

- (九)性-生殖型態：育有一子，表示離婚後不曾交男友，亦不會有再婚、性需求的想法。生殖器外觀正常，個案初經在14歲，最近一次月經是2009年12月27日。評估此項功能為正常。
- (十)適應-壓力耐受型態：個案表示個性獨立，不願麻煩他人，之前工作時常處於非常忙碌的狀態；因工作壓力大，常以彈鋼琴或是外出郊遊散心紓解壓力。12/30案母表示「家裡有事情我們大家都會一起討論，這次他生病這麼嚴重，我們大家會尊重並且支持他的決定」。個案住院期間面對身、心壓力，多半會告知父母、醫療人員，尋求正向之壓力紓解。評估此項功能為正常。
- (十一)價值-信念型態：信仰佛教，十分虔誠，深信心存善念，才會有福報。住院時，案母至廟裡求平安符掛於個案胸前，也會在病室播放佛經；個案平日以小孩為重，認為將小孩照顧好是人生最重要的事情，並希望生病不要拖累家人，很滿足與家人的相處模式。評估此項功能為正常。

三、護理計劃與評估

綜合上述評估結果，依照問題發生順序逐一呈現護理過程。

護理問題一：疼痛與癌症腦、骨轉移有關 (12/5-12/20)

主/客觀資料	護理目標	護理措施	結果評估
S1:12/5「這次的疼痛感覺，讓我生不如死。」 S2:12/5「哎呀！我的頭好痛喔！就像鐵鎚敲打一樣。」	1.12/12個案能說出減低疼痛方法至少三項。 2.12/20之前個案能說出疼痛有改善且疼痛指數等於或低於4分。	1.12/5依醫囑給予Morpine 10mg IVF q6h prn及Morphine 30mg lpc q6h PO，監測止痛藥物效果必要時與醫生討論止痛藥物劑量。 2.12/8協助個案採舒適臥位及頸部下方放置小枕頭支撐頸椎。	1.12/12個案能說出三項減低疼痛方式，如：使用枕頭支撐頸部、聽音樂看報紙以及與家人親友聊天。 2.12/09~12/13個案主訴疼痛情形時好時壞，但逐漸在可忍受的範圍。

<p>S3:12/7「天啊！好痛苦喔！怎麼這麼痛啊？」</p> <p>S4:12/14「我移動身體時，疼痛會加重。」</p> <p>O1:12/5個案疼痛指數9分（滿分10分）。</p> <p>O2:12/7主治醫師查房時，緊閉雙眼、皺眉、不斷呻吟。</p> <p>O3:2008年12月31日初次診斷肺腺癌第四期(T4N2M1)合併骨頭轉移。</p> <p>O4:2009年7月確診肺癌轉移至腦部。</p>		<p>3.12/10與個案討論減輕疼痛的方法如:看報紙、聽音樂、看書、輕柔按摩肢體轉移注意力。</p> <p>4.12/12教導個案穿著舒適寬鬆的衣物，或穿比體型大一號之病患服，以增加身體舒適度。</p> <p>5.12/15依醫囑增加Fentanyl 25ug/dl每三天更換，監測止痛藥物效果並適時與醫生討論調整止痛藥物劑量。</p> <p>6.12/16教導個案緩慢呼吸，可以試著深吸氣2秒再慢慢吐氣4-6秒，放鬆肌肉達到減輕疼痛效果。</p> <p>7.12/20鼓勵個案描述疼痛感覺，在旁陪伴傾聽，適時藉由輕拍肩膀及握手，表達同理心。</p>	<p>3.12/20個案在Morphine 10mg 1pc q6h PO及Fentanyl 25ug/dl每三天更換止痛藥物使用下，疼痛指數降為4分。</p> <p>4.個案出院前，疼痛指數大多維持在3-4分之間，出院一週電訪得知個案在家規則服用止痛藥物及止痛貼片，疼痛程度都能在自己控制的範圍。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

護理問題二：營養少於身體所需與食慾不振有關 (12/5-12/30)

主/客觀資料	護理目標	護理措施	結果評值
<p>S1:12/14「這次住院之前我平常三餐正常，胃口還可以，多吃蔬菜，沒有不吃的，偶爾吃宵夜，體重維持在55公斤至60公斤，現在食慾比較不好。」</p> <p>S2:12/18「食慾不好，感覺東西都沒什麼味道。」</p> <p>S3:12/20「我看到東西就想吐。」</p> <p>O1:12/5體重50公斤，理想體重為57公斤屬於體重過輕；BMI18.3為質量指數不足。</p> <p>O2:12/5~12/14進食量少，每日進食約1200至1500大卡，理想卡路里為1878.24大卡。</p> <p>O3:12/13晚餐時間，個案便當盒未打開進食。</p> <p>O4:12/16個案皮膚無光澤、飽和度差，雙腳末梢皮膚蒼白、乾燥。</p>	<p>1.12/22之前個案維持每日熱量攝取大於2000大卡。</p> <p>2.12/22起至12/30體重增加0.5kg至1kg/週。</p>	<p>1.每日監測個案腸蠕動狀況。</p> <p>2.12/7給予「癌症飲食」衛教手冊，教導個案選擇具高蛋白高營養價值的食物，如雞湯、魚湯。</p> <p>3.12/15與醫師討論個案進食量之後，給予D5W 1000cc IVF 60cc/hr補充，以及50% Glucose 4pc q6h IVF使用。</p> <p>4.12/6-12/25教導個案和家屬每日增加一次高熱量、高蛋白食物，提供每星期的飲食表，如：豬肉湯、魚湯、雞湯等。</p> <p>5.12/6-12/30請家屬紀錄個案所吃飲食種類以利護理人員計算熱量。</p>	<p>1.到12/14個案進食量仍維持在1200-1500大卡之間。</p> <p>2.12/22個案三餐共吃了兩碗白飯(450大卡)、全脂牛奶200cc(300大卡)、點滴(400大卡)、雞湯3碗(600大卡)、青菜(150大卡)、葡萄500克(200大卡)，當日熱量約1900-2000大卡。</p> <p>3.12/29抽血 Hb:9.5mg/dl、Albumin:3.0mg/dl，較12/18有改善。</p> <p>4.12/30體重：51公斤，BMI：19。</p>

O5:12/18 Hb : 9.0 mg/dl、 Albumin : 2.14mg/dl。		6.自12/20起依醫囑飯前給予Metoclopramine 1pc PO tid及飯後Megestrol 4cc Bid PO。	5.個案出院前體重52公斤，再次衛教高熱量飲食種類，案母口述包括：雞湯、鮮魚湯及蒸蛋。
--------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

護理問題三：身體心像改變與藥物、治療副作用有關 (12/20-12/31)

主/客觀資料	護理目標	護理措施	結果評值
<p>S1:12/20「天啊！一個脹大五倍的臉，我怎麼見人啊？」</p> <p>S2:12/22「我的頭髮在化學治療時，就已經掉的很嚴重了，怎麼現在連臉也長滿了一顆一顆的膿疱。」</p> <p>S3:12/24「我不要親戚朋友看我這樣，請他們不要來、不要來。」</p> <p>O1:12/25談話時常低頭不語、閉眼，自臉部出現痤瘡開始不喜歡走出病房，到廁所照鏡子時，看見自己的臉部外觀會傷心流淚。</p> <p>O2:每日晨間護理時，明顯可枕頭上有多根掉落的頭髮。</p>	<p>1.12/25個案能說出修正身體外觀的方法至少兩項。</p> <p>2.12/27個案能增加離開病室活動次數每天至少一次。</p> <p>3.12/31個案能說出自己接受身體外表的改變。</p>	<p>1.12/20提供化學治療、標靶治療及類固醇資料給個案，增加治療與副作用相關知識。</p> <p>2.12/23與個案討論增進外觀的方法，如：戴帽子、假髮、頭巾及化淡妝，促進對自己外表的正向看法。</p> <p>3.12/25與個案會談，鼓勵說出對於自我心像感受，適時表達同理心，如：握住雙手、點頭表示理解感受。</p> <p>4.12/27會診安寧共照師，安排個案拜訪病房相同經驗病友，並傾聽與分享病友調適身體心像改變與面對疾病治療的過程，增加自信心及增加與外界接觸機會。</p> <p>5.12/28~12/29在個案午睡後，與之會談一小時，確認其了解身體外觀改變原因，鼓勵說出心中感受。</p>	<p>1.12/25個案說出兩項修正外在形象方為：戴帽子或頭巾、淡妝。</p> <p>2.12/27使用母親購買的頭巾並由母親陪同使用輪椅外出至公園散步30分鐘。</p> <p>3.12/28個案接受親戚、朋友的探訪，並神情愉悅的示範各式各樣的頭巾與帽子搭配方式。</p> <p>4.12/30個案主動參與病房相同經驗病友聚會，並分享治療經驗與心情。</p> <p>5.12/31個案表示「我覺得現在這樣很好啊，每天可使用不一樣的頭巾」</p>

護理問題四：預期性哀傷與面臨自我之死亡有關 (1/2-1/9)

主/客觀資料	護理目標	護理措施	結果評值
<p>S1: 1/2「謝謝媽咪，我最捨不得媽咪。」</p> <p>S2: 1/3「我知道我沒有多少日子了。」</p> <p>S3: 1/3「雖然死亡是人生的必經過程，但我從來沒有想過這麼早就要面對」、「我這麼認真的接受治療，就是希望多活一點日子陪陪家人。」</p>	<p>出院前個案可主動表達面對死亡的想法與感受。</p>	<p>1.1/3鼓勵案母常帶案子前往陪同個案，減少孤單及寂寞感。</p> <p>2.住院期間，當個案家人不在身邊，且筆者完成其他病人治療時，適時陪伴及關懷個案，建立良好護病關係。</p> <p>3.1/4提供個案及家屬肺癌病友團體相關訊息，並鼓勵參與。</p>	<p>1.個案會主動打電話跟兒子聊天，兒子於假日都會至醫院探視個案。</p> <p>2.1/7主動與母親至醫院佛堂拜拜，心情平靜的表示「加油!我要奮戰到最後一刻」。</p>

<p>O1: 1/4 會談時，神情沮喪、哽咽，雙眼泛紅，對於目前身體一切變化深感無奈與無力。</p> <p>O2: 1/3 會談時外表顯出十分不捨與家人分離。</p>	<p>4.1/4 告知案母，若案子無法來院探視，可藉由手機聯絡或是攜帶案子照片，增加互動溝通的機會。</p> <p>5.1/5 會診安寧共照師進行會談，引導生命回顧，使其發現生命的意義和存在的價值。</p> <p>6.1/7 提供院內佛教相關資訊，例如：醫院設有佛堂，可誦經及念佛號。</p>	<p>3.1/9 表情祥和的表示「對於未來的日子，我已經做好準備，並計劃出院後與家人再一次的同遊中台禪寺並謝謝爸媽這段時間無微不至呵護。」</p>
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

討論與結論

本文描述一位肺癌末期病患，在疾病衝擊及化學藥物治療下產生的身心問題與護理經驗。李文英指出，有效的疼痛控制原則為正確、詳細且持續評估病患的疼痛^[6]，筆者不僅密切評估疼痛控制藥物的效果與副作用，也適時運用非藥物治療護理措施，讓個案疼痛得以控制在可忍受之範圍，護理成果突顯出護理人員在依醫囑執行護理業務外之獨立功能，只要適時、適性地發揮專業所學，不僅能促進病患舒適，也能提升個人成就與對專業的認同。照護期間，筆者針對個案營養不足，衛教其及案母如何選擇高蛋白、高熱量飲食，讓個案不僅在住院期間能夠維持至少2000大卡之熱量攝取，甚至在出院後，也知道攝取何種食物更有助於體力恢復^[11]。在身體心像改變、預期性哀傷等心理問題方面，透過個案最大的支持系統--雙親與案子，以及朋友的鼓勵支持，引導宣洩心中負向情緒，使其壓力、哀傷獲得紓解；也藉由宗教力量，使心靈得到慰藉，並以正向態度面對未來。個案2010年1月10日症狀穩定出院，於病患返家一週後電訪關心其狀況，預計1月25日回診追蹤，口述表示做好長期對抗病魔的準備，接下來就是規劃未來生活。

此次照護過程，經由醫師、安寧共照師與護理人員的團隊合作，提供個案適切生理照護、心理支持與靈性慰藉，使其能夠接受疾病，調適心理衝擊，提升自我照顧能力及生

活品質。筆者深刻體認，在照顧此類病患時，護理人員絕對需要與個案及其家庭成員建立互信與合作的護病關係，方能提供個別化護理措施、給予關懷，使個案重燃生活希望，坦然面對接續而來的生命挑戰。

面對癌症末期病患，筆者自身也會陷入一種無力感的限制中，幸有專業團隊，尤其是安寧共照師的協助，使臨床第一線的護理人員，能夠更完整地提供病患整體性照顧。建議：醫院網站可建立肺癌病友會相關網站的連結，讓護理人員得以由院內網站快速、有效的提供病患其他病友的經驗，且在出院前、返家後亦能隨時參與此類團體，從中獲得更多正向的支持與抗癌經驗，使其得到完整之生、心、社會、靈性整體性照護。

參考文獻

1. 行政院衛生署網站：民國九十八年死因統計結果分析，取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2pO2.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11122&level_no=3&doc_no=76512
2. 潘雪幸、王桂芸：肺癌併發肋膜積水之病理生理變化-案例分析。護理雜誌2004；51：91-96。
3. 劉會平：肺癌診斷與治療。腫瘤護理雜誌2004；4：25-33。
4. 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；20：490-496。
5. Calman L: Lessons learned from being a lung cancer nurse researcher. Cancer Nursing 2011;

- 34:85-86.
6. 李文英：一位肺癌末期病患之護理經驗。高雄護理雜誌2004；21：96-111。
 7. 施穎銘、陳育民：非小細胞癌的標靶治療。內科學誌2008；19：8-13。
 8. 徐昀耀：非小細胞肺癌之新型治療藥物。嘉基藥訊2004；54：1-5。
 9. 蕭世欣、周俊良、余志騰、郭漢彬：早期肺癌的診斷。內科新知2001；4：25-31。
 10. Kwekkeboom KL, Bumpus M: Individual difference variables and the effects of progressive muscle relaxation and analgesic imagery interventions on cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36: 604-615.
 11. Herr K, Titler M, Fine P, Sanders S, Cavanaugh J, Swegle J et al : Assessing and treating pain in hospices: current state of evidence-based practices. *Journal of Pain and Symptom Management* 2010; 39: 803-819.
 12. 楊婉伶、李存白、張靜安：運用安寧療護於肺癌末期病人的護理經驗。新台北護理期刊 2007；9：81-90。
 13. D'Arcy Y: Managing chronic pain in acute care. *The Nurse Practitioner* 2010; 35: 14-16.
 14. 許譯瑛、陳淑慧：一位下咽癌末期病人之護理經驗。埔里醫療雜誌 2009；1：34-41。
 15. 劉波兒、林麗君、江晏榆、曾佳瑩、林佩萱、簡瑜秀等：精油按摩應用於頸肩疼痛成效之初探。領導護理2008；9：18-30。
 16. 羅湘云：探討一位肺癌末期患者初次接受化學治療之護理經驗。澄清醫護管理雜誌2008；4：40-45。
 17. 周繡玲：癌症病人營養問題與照顧需求。安寧療護雜誌2000；5：51-59。
 18. Perez-Soler R, Delord JP, Halpern A, Kelly K, Krueger J, Sureda BM et al : HER1/EGFR inhibitor-associated rash: future directions for management and investigation outcomes from the HER1/EGFR inhibitor rash management forum. *Oncologist* 2005; 10: 345-356.
 19. 江建平、周繡玲、陳宇欽：標靶治療相關併發症的臨床表徵與處置。腫瘤護理雜誌2009；9：1-10。
 20. 唐秀治、林玉娟：化學治療引起之毒性。癌症化學治療護理，台北，匯華，2002；94-97。
 21. Nesci DA: Multimedia psychodynamic psychotherapy: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Practice* 2009; 15: 211-215.
 22. 曾雅玲、涂秀妮：一位口腔癌末期合併惡性腫瘤傷口病患之護理經驗。腫瘤護理雜誌2009；9：61-70。
 23. Little LP, Dionne BB, Eaton JA: Nursing assessment for depression among palliative care cancer patient. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2005; 7: 98-106.

Case Report

Nursing Experience Caring for a Terminal Stage Patient with Lung Cancer

Li-Wen Chen¹, Kang-Hua Chen^{2*}

¹ RN, BSN, Department of Nursing, Tri-Service General Hospital, at Penghu

² Assistant Professor of School of Nursing, Chang Gung University, Tao-Yuan, Taiwan (R.O.C.)

This article describes the experience providing nursing care for a terminal stage lung cancer patient suffering from physical pain and psychological disturbances. Using Gordon functional health patterns as a guide, the authors collected and assessed data through observations, interview, physical assessment, and chart review from December 5 in 2009 to January 10 in 2010. The patient's health problems were recognized as pain, reduced appetite, body image disturbance, and anticipatory grieving. The nurses provided the patient with individualized nursing care including teaching her non-analgesic methods of pain control and imparting knowledge regarding the consumption of high calorie and high protein foods. During the care period, the nurse helped coordinate a hospice nurse for her, helped help her positively back on her life, facilitated family and peer support, and helped her look for religious support upon her request. By listening empathetically to the patient and sharing the experiences of other patients, the nurses decreased the patient's grieving and increased positive thinking about her body image. We hope this article can serve as a reference for other nurses caring for terminally ill patients.

Key words: lung cancer, pain, malnutrition, body image disturbance, anticipatory grieving²

* Corresponding Author: Kang-Hua Chen
Address: 259 Wen-Hwa 1st Road, Kwei-Shan, Tao-Yuan,
Taiwan, R.O.C.
Tel: 886-3-2118800 ext 5211
E-mail: khc@mail.cgu.edu.tw