

# 一位主動脈弓動脈瘤術後併發 食道氣管瘻管重症個案之護理經驗

蔡蕙雯 吳家榛\*

## 中文摘要

本報告主要是描述護理師藉由關懷溝通及跨團隊合作，協助主動脈弓動脈瘤併發食道氣管瘻管的69歲個案及家屬共同面對接受手術或安寧照護的護理經驗。護理期間為2013年6月13日至8月17日，整體性評估個案生理、心理、社會和靈性層面，以觀察、傾聽、筆談與會談察覺需求，進行主客觀資料收集，發現其因術後併發症導致病情變差，當醫師建議需再次行食道與氣管修補或肺葉切除術時，出現拒絕手術及面對死亡焦慮與無奈情緒，然家屬因不捨放手猶豫無法決策。於照護過程藉由關懷與個案及家屬建立互信，代言溝通並介入安寧共照，使其情緒舒緩，全家達成共識，個案獲得善終。期望此照護分享能提昇護理師重症安寧照護能力及重視病人自主決策權。(志為護理, 2016; 15:2, 119-128)

關鍵詞：末期病人、重症安寧照護、自主決策

## 前言

現今醫療科技發達，外科加護病房主要提供高階與積極醫療，並收治緊急手術或需進行手術者，若術後引發全身性發炎反應或敗血症等併發症，治療超過7天未改善時，將增加35%死亡率

(Mosenthal et al., 2012)，且隨著疾病惡化，若持續給予大量、積極及侵入性處置，除意味著增加醫療成本，亦失去善終意義(Strand & Billings, 2012)。故當病人無法治癒時，加護醫療團隊如何轉換角色，並以跨團隊合作方式搭配緩和治療(Luce, 2010)，協助病人與家屬渡

國立成功大學醫學院附設醫院護理部外科加護病房護理師 國立成功大學醫學院附設醫院護理部護理長\*

接受刊載：2016年1月6日

通訊作者地址：吳家榛 台南市東豐路166號920室

電話：886-6-276-6135 電子信箱：scwu@mail.ncku.edu.tw

過生命最後的旅程，達到善終，相當重要。

本文為一位主動脈弓動脈瘤併發食道氣管瘻管反覆入住進加護病房的69歲個案，短期內因術後多次出血，難以脫離呼吸器，接受多項檢查及治療後仍無法控制，逐步進展為敗血症休克，個案拒絕手術且引發情緒反應，由於不論選擇接受或拒絕再次手術，對個案及家屬而言都相當重要，故期望於照護過程能協助全家屬共同面對決策，使個案能達到善終。

## 文獻查證

### 一、食道氣管瘻管治療與照護

胸腔腫瘤(如食道癌、肺癌等)是產生食道氣管間瘻管最常見的原因，因同時侵蝕食道與氣管產生破洞，會造成吞嚥困難或嗆咳，目前臨床治療以置放食道支架為最安全且有效，約70%病人可緩解症狀(鄭、周、張、李，2008)。但食道支架置放後，有4%病人5個月內會再出現瘻管且引發肺炎、縱膈腔炎和肺膿瘍等問題，其中50%需終身接受管灌，23%需行氣切或使用呼吸器，當出現如敗血症等併發症時，更有30%會於1個月內死亡(Bick et al., 2013)。因此如疾病已進展到末期時，應避免過多無效醫療以免徒增痛苦，需重視病人心理情緒，協助面對死亡焦慮(Borowske, 2012)，且以家庭為中心，溝通末期治療方向。

### 二、加護病房生命末期病人的照護

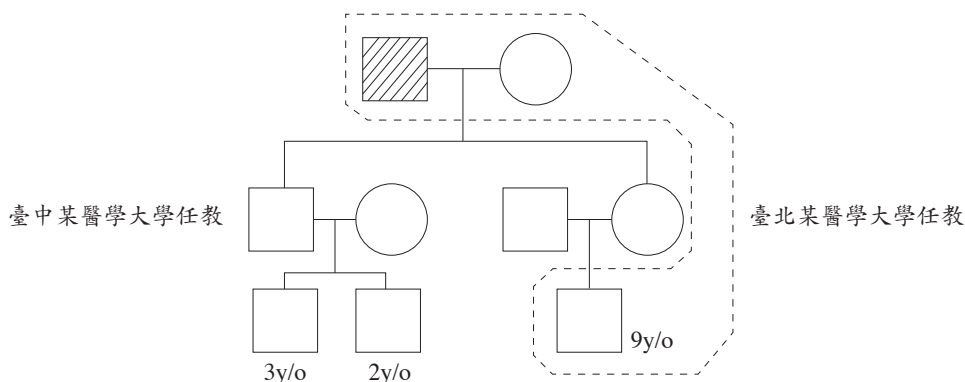
生命末期病人及家屬在面對死亡時，

通常擔心死亡過程的痛苦，而非真正害怕死亡(康，2008)。在加護病房中，重症醫療多採權威式決策，以對病人最好的「行善、不傷害」原則給予治療，但病人有自主決策的權利，因此對於生命末期如此重大的治療決策，建議採共享決策(shared decision making)，讓病人與家屬選擇自己想要的治療方式(林、葉、陳，2009；Luce, 2010)，當評估到病人面對死亡的焦慮與無助時，可導入安寧療護，且藉由懷舊治療、生命回顧、宗教信仰介入、主動關懷、正向肯定、澄清疑慮、傾聽意願、促進舒適、評估焦慮及給予鎮靜藥物協助放鬆等(蔡、古、馬，2012；Borowske, 2012)；更利用家庭會議，讓病人和家屬能與醫療期望形成共識(Luce, 2010)，使其能夠面對相關醫療決策，且應重視家屬需求及哀傷處理、避免無效醫療等以維護最佳生命品質，用尊重生命的態度陪伴走過人生最後旅程，並輔導家屬重新面對生活(馬、蔡，2013；國民健康署，2013)。

## 護理過程

### 一、個案簡介及家庭型態

個案為69歲男性，高中畢業，原為勞工已退休，與妻子同住，育有一子一女，子女皆已成家，工作穩定；家中成員互動良好，子女雖未同住，但經常返家探視，並且將最小的孫子交由個案與妻子照顧，三人一起生活。其家族樹如下：



## 二、過去病史

個案有高血壓、糖尿病、高血脂、B型肝炎帶原及雙側腎臟囊腫等病史，2012年始飽受慢性病體質相關併發症所苦，有多次住院治療經驗，2013年1月

28日因發燒，肝膿瘍住院治療，3月7日因肺炎再次住院，返家後於門診規律追蹤。

## 三、發病經過與治療過程

日期	治療過程
05.29	2013.04.24因乾咳、呼吸喘、胸痛，診斷主動脈弓動脈瘤導致左支氣管壓迫，安排胸主動脈血管內修補支架術(TEVAR)及氣管支架置放，返家後陸續發燒。門診追蹤建議入院，電腦斷層檢查發現食道、氣管間瘻管。
05.30	胸腔鏡手術(VATS)發現食道破裂予食道支架，做空腸造口，放置胃管、氣管內管及雙側胸管，入加護病房
06.05	轉病房
06.07	因咳血、盜汗、呼吸喘，再插管，轉加護病房
06.13	呼吸訓練後拔除氣管內管，因呼吸喘再插管
06.21	召開家庭會議，建議討論氣切造口成形術
06.25	執行氣切造口成形術及左支氣管支架上再置放新支架
06.28	反覆出血，執行經導管動脈栓塞術(TAE)
06.29	討論食道與氣管修補或肺葉切除
06.30-07.13	持續咳血，執行經支氣管鏡檢查
07.14	建議再次手術評估行食道與氣管修補或肺葉切除
07.19	照會安寧共同照護
07.23	召開安寧共同照護會議
07.24	簽署不施行心肺復甦術意願書及同意書
08.17	個案安祥辭世

## 護理評估

主護於2013年6月13日到8月17日護理期間，透過臨床照護以觀察、傾聽、筆談及會談等方式進行主客觀資料收集，評估個案生理、心理、社會與靈性狀態，呈現以下結果：

### 一、生理評估

#### 1. 心血管及呼吸

個案一直飽受疾病之苦，常因發燒、感染反覆入院治療。此次因確診主動脈弓動脈瘤術後入院，6月5日曾脫離呼吸器轉至病房，但因咳血、盜汗及呼吸喘，6月7日插管再轉入加護病房，呼吸器FiO<sub>2</sub>：100%，呼吸24-29次/分，ABG：PH:7.4、PCO<sub>2</sub>：46.7mmHg、PO<sub>2</sub>：107mmHg、SaO<sub>2</sub>：95%。反覆血痰及鼻胃管流出鮮血，執行支氣管鏡檢查及血管攝影術無法確認出血位置，胸部X-ray顯示雙側肺炎且右側肋膜積液，雙側肺部聽診呈濕囉音。因持續高燒(39-40°C)收縮壓常高至180~200mmHg，退燒後可降至100~120mmHg。加上持續咳血、血痰、腸胃道出血及血氧濃度下降，6月13日執行經支氣管鏡檢查及血管攝影術，確認氣管支架、食道與氣管間瘻管周圍持續滲血，6月25日雖於左支氣管支架上再置放新支架且經導管動脈栓塞術等多項檢查及治療仍無法控制支架、氣管與食道處糜爛出血，感染逐漸蔓延，痰液培養出pseudomonas、stentrophomonas，持續抗生素使用。因痰多微稠，色鮮紅帶血塊，咳嗽能力弱，加強抽痰及呼吸訓練，但因出血及肺炎未改善，仍存在氣

體交換障礙及呼吸道清除功能失效問題，雖於6月13日第2次拔管，但1小時後因呼吸喘再次插管，短期內無法脫離呼吸器，醫師評估後建議執行氣切手術。

#### 2. 營養與排泄

個案身高163公分，體重64.8公斤，BMI：24.4kg/m<sup>2</sup>，BEE：1305、TEE：1,723，皮膚乾燥，右腋下胸腔鏡術後傷口，外觀淨；雙下肢水腫1價，因疑似食道瘻管處滲血，6月13-18日禁食，先給予全靜脈營養(TPN)約1,850kcal/day。導尿管留置，尿色清黃，每天約1,800ml；輕微腹脹，易便秘，每3天使用軟便栓劑，可解約250gm糊便，6月19日因腸蠕動正常，會診營養師逐步調整為高蛋白管灌1,800kcal/day，albumin：2.8~3.0 g/dl，Hb：7.8g/dl，依醫囑自費給予補充白蛋白及輸血。

#### 3. 活動與休息

個案平時多靜態活動，喜愛觀賞美國職棒大聯盟及網球轉播賽事，其餘時間陪伴妻子與孫子或騎車在住家附近閒晃。

住院期間精神及體力顯虛弱，因病情需絕對臥床休息；但身上管路眾多導致疼痛及活動限制，又害怕咳血，情緒不安，肢體緊繃，6月14日筆述：「我怕會再流血，怎麼睡！」，經與醫師討論予鎮靜止痛劑使用，每晚約6小時處於鎮靜藥效中，疼痛指數維持2分，且可配合治療。6月15日會客時主護鼓勵下開始由案妻陪伴主動執行肺部復健運動，至少2次/天，30分鐘/次，互動過程表對治療較有信心：「幫助肺部，可以趕快好！」。但6月25日氣切與再次放置支架

術後，胃管仍持續引流出鮮血，當6月29日醫師說明如再出血需討論食道與氣管修補或肺葉切除，個案明顯心情低落，白天時段時而皺眉，時而苦笑且不願再執行關節活動。從個案狀態察覺因醫師告知如持續出血需再次手術，已影響其情緒及活動的意願。

## 二、心理評估

個案個性獨立，為不增加家屬負擔，有病就看醫師，一直認為只要聽醫護人員的話，積極治療應該就會好，筆談：「我生這麼多病，總覺得服藥治療，就應該沒事了！」。住院期間對人時地均可正確回應，無定向感障礙，情緒尚穩定，6月13日主護介入照護時，發現個案意識清醒，但因多次咳血及出血，每次抽痰鮮血直流就會出現害怕及激動情緒，進而引發頻繁咳嗽，造成更易出血，過程需不斷說明及安撫發現仍相當害怕，主護予回應：「我知道你不想抽痰，我會輕輕的，會花點時間，但我會陪著你！」，個案可微點頭，案妻充滿不捨，偷偷拭淚不願被看見，表示個案很怕血。

個案待人客氣，一直想擺脫呼吸器，相當努力配合醫療，因拔管失敗又重新插管，雖失望，但6月25日醫療團隊建議行氣切時表：「只要有機會，試試看」。然而個案出血與感染問題卻仍持續進展，6月29日醫師與家屬討論因持續出血可能需進行食道與氣管修補或肺葉切除時，個案表情愁苦筆談：「很累，不好睡，不好呼吸」、「再開刀會好嗎？」，醫師回覆：「成功率五成以

下，如支氣管損壞太厲害需行肺葉切除，因敗血症發生要回到原本的狀況，不太可能」。個案聽到解釋後閉眼、停筆不願再寫。因病況持續變差，醫師建議再手術時，其情緒明顯低落，出現皺眉且神情絕望，眼角留下淚水。家屬對醫師建議不知所措？案妻：「他很努力，每次生病住院，醫生護士說的話都會記住，很配合，這次很嚴重，住這久也不知會好嗎？甘攏無機會？」，案妻及家屬頻拭淚。主護察覺家屬對於是否要再次手術不知所措，陷入兩難，無法決策。

## 三、社會評估

個案個性隨和，交友廣闊，深受朋友信任，為家中主要決策者。近年因身體不佳，少與朋友往來，平時多在家中活動，與家屬及親家關係緊密且支持系統良好。住院期間會客，家屬因工作無法來院時，親家會前來探視，總握住個案雙手：「親家，你要堅強，大家都希望你好起來」，個案因疼痛影響睡眠及情緒，給予鎮靜止痛劑使用後，雖昏沉仍勉強睜眼手握親家。除家庭關係良好，個案對醫護人員客氣且關心，會客曾寫下：「護理師們都很辛苦」，對醫療團隊表示感謝。

## 四、靈性評估

個案無宗教信仰而妻子皈依佛教。6月20日筆談：「我想活著，但一直好不了，我好累！」「每個人早晚的事！」。此次住院，案妻常帶來菩薩水沾點及灑落個案肢體，並祈求平安符讓



個案隨身放，也不時口頭叮嚀，若害怕可於心中唸佛，個案會點頭或筆談回應。照護過程表：「一直流血很痛苦，檢查和開刀好幾次都好不了」，「希望好起來，可以看棒球賽！可以看孫子！」，「我真的還有機會回家嗎？」發現個案對於自己疾病的進展，產生需面對死亡的焦慮與無奈情緒。

### 問題確立

綜合評估及臨床照護過程，發現個案因疾病因素導致出血、感染、氣體交換障礙及呼吸道清除功能失效需依賴呼吸器，雖醫療團隊給予積極治療，仍成效不彰。當個案面臨需再行食道與氣管修補時，開始出現不願意再活動、拒絕手術，且有無奈與需要面對死亡的焦慮情緒，家屬更是不捨與猶豫，無法進行後續決策。故主護藉由關懷溝通及介入安寧共照，期待符合醫學、法律及倫理下，協助個案及家屬獲得足夠資訊，正確決策。照護過程與結果如下：

### 護理目標

主護期望藉由與個案及家庭建立互信關係後，進而引導個案適時表達其內心真正的想法與感受，以緩解其無奈及面對死亡的焦慮情緒，而家屬能與個案分享彼此心中的想法，最後雙方皆能做出生死兩無憾的決策。

### 護理措施與結果評估

#### 一、主動關懷陪伴，鼓勵表達內心感受並輔以懷舊方式

因主護每天照護個案，鼓勵可隨時

提出需求及問題會盡力協助，過程已建立信任關係。當6月29日醫師解釋開刀復原機率低後，明顯察覺個案焦慮及無奈情緒，藉筆談了解想法，其表：「好累，想回家，回新營」，表情憂愁且眼角流淚，同理個案情緒，持續引導表達：「不想帶管子回家」，「如真的沒辦法回新營，也只能這樣」、「只是擔心家裡，擔心太太無人陪伴，捨不得孫子」，明顯無奈，故主護除肯定個案生命的意義與價值，也建議寫下心情和想法抒發情緒，亦將書寫內容轉交家屬並協助代言。會客詢問家屬對個案疾病進展知多少？對後續治療想法？因而了解家屬對個案疾病痊癒有所期待，當其表達想放棄再開刀時，家屬認為不讓個案治療是不孝，無法接受。主護反思面對疾病帶來的痛苦，不只個案受苦，家屬也煎熬，團隊需再介入。另外因發現個案看到案妻及孫子神情舒緩，故教導孫子對個案說：「阿公加油！我們去騎腳踏車」，輔以懷舊方式請家屬帶來相簿及主護錄製棒球節目，由家屬陪伴翻看及觀賞，增加全家互動及分享想法。個案因子女對治療想法不一而難過，主護告知心中可唸佛取得平靜，而家屬是因捨不得放手，需要時間放下會再協助溝通。

#### 二、適時傾聽，協助溝通並澄清疑慮

經由連日與個案、案妻及子女多方溝通後，主護發現家屬對個案後續醫療難有共識，希望能復原才有機會孝順和陪伴。故主護與主治醫師多次討論後決定照會安寧共照，先於家庭會議中再確認家屬是否了解個案疾病面臨的

問題，希望能促使家屬對後續治療有共識，鼓勵表達對個案疾病治療的想法：「我們放不下啊！要放棄嗎？再開一次不行嗎？」，「過去很辛苦，還沒享受？」，尊重家屬想積極治療的心情，但委婉告知這與個案心願相違；再請醫師說明個案病情並不樂觀，讓家屬了解其正處於瀕死狀態需有心理準備，且告知：「安寧並非放棄治療，是在病人疾病不可逆及意識清醒下，選擇讓病人不受病痛折磨的治療，且家屬可陪伴在側」，「不論討論決定為何，團隊絕對尊重，但阿公回家的意願希望可以獲得支持及尊重。」同理家屬心情，但仍希望能了解個案想法，亦告知持續出血予輸液治療後肢體會更腫，外觀會變樣；但6月30日到7月18日期間家屬除同意執行經支氣管鏡檢查，仍堅持想再次手術力拼，不想失去。

### 三、尊重意願，協助全家共享決策，緩解情緒

主護清楚個案面對生命即將結束有許多不捨，但卻堅決不想再繼續痛苦，可體會其心中的苦，但家屬卻想盡量救，無法放手也不想討論這個中國人禁忌的話題-死亡，故持續引導家屬以個案立場思考，引導對話及肢體接觸，並鼓勵共同討論對全家都好的方式。幾經溝通，最終於7月23日召開安寧共照會議，過程以個案意願為主，輔以目前病情趨勢與家屬反覆討論，期望能達成共識，鼓勵說出想法且傾聽安撫情緒；安寧共照師亦分享其他病人照護經驗，以降低家屬不安；最後家屬哭訴表達不知怎麼做才是對個案最好，女兒拭淚：「好不捨，

放棄就看不到了！怎麼辦？」。主護對於家屬想法適時給予支持及回饋：「我能感受阿公是你們很重要的家人！相信要做決策很難，是我也會猶豫不決，很難放手」，「但以阿公的意願討論看看，找出家人都不會有遺憾的做法」，過程案妻表：「希望他活，又怕他艱苦」，持續手握及注視個案。於7月24日兒子表：「全家討論既然爸爸清楚狀況仍不手術，我們尊重他，放手，順其自然，不要再增加他的痛苦！」，「請告訴我們該怎麼做？對他最好……但先不討論拔管和移除呼吸器，讓我們多陪他好嗎？」，個案聽見了，點頭也面露微笑，最後和家屬共同簽署不施行心肺復甦術意願書及同意書。因為親人陪伴是最溫暖的，7月24日到8月17日持續增加會客時間及次數。

### 結果評值

幾經溝通，終於圓滿達成個案對後續治療自我作主的心願。7月25日開始協助全家進行四道人生：道謝、道愛、道歉、道別，先由主護用生命回顧方式對個案說：「阿公，兒女成就都很好，你和太太辛苦拉拔他們長大，都成家立業了，你和太太功勞很大喔」。鼓勵家屬緊握個案雙手及在耳邊說話，兒子輕喚：「爸，我帶孫子來看你」，孫子說：「阿公你快回來陪我騎腳踏車」、 「阿公我愛你」，女兒和媳婦說出：「我們都很愛你」，兒子再次表達：「爸，家裡的事不用擔心，我會照顧媽媽」，案妻微笑陪伴在旁，雙手不停撫摸其肢體，全家人情緒逐漸轉為接納與

平靜。7月27日家屬探視，因個案體力虛弱，對叫喚僅微回應，妻兒皆潸然淚下，主護引導撫摸個案及互動說話。7月29日兒子告訴主護：「我知道再次出血就可能走了，但他有聽到我們說話，也沒再流淚，這樣就夠了」，案妻握住個案雙手口念：「阿彌陀佛，沒流血，不痛了，全都好了！」。7月31日兒子訴說：「爸，我們要您舒服就好，開刀會很痛，您好好休息。」個案點頭表情祥和，認同全家人的決定。8月1日兒孫探視，孫子唱兒歌及擁抱，個案面露微笑，孫子大聲說：「謝謝阿公」，個案也用唇語說出：「謝謝」。8月2日到16日個案逐漸進入彌留狀態，不再給予輸液。8月17日個案安祥辭世，家屬對於最後能陪伴在側，且個案身體無明顯水腫變形，能穿得下最喜愛的衣服往生，表示心裡相當的欣慰，已經不會有遺憾了；也分享在至親生命的盡頭，要放手真的需要智慧與勇氣，但至少到最後全家人都能體會父親內心的想法，共同做出不讓其再受苦的決策。雖然，因為許多因素的考量，無法讓個案於清醒時撤除呼吸器返家，但歷經近80天的苦難，個案終於如願的回家了。

## 討論

當病人或家屬對醫療決策出現猶豫不決時，因醫護人員對病人有救治責任，總是盡可能解釋病情，常忽略病人或家屬的情緒及壓力，主護認為照護過程應深入瞭解全家真正想法，方能協助面對疾病進展，以下分享照護過程的省思：

## 一、尊重病人醫療決策自主

多數末期病人都希望在清醒、平靜時回家，但並非皆能如願，很許多影響因素；但既然病人是決策主角意見應受到重視，故除藉由告知完整資訊，以「知情同意」引導病人參與醫療決策的賦權過程，增進其決策能力外，亦應為病人代言，提供必要協調，以維護最佳利益，落實尊重自主。

## 二、正視重症末期病人緩和照護需求

重症醫療人員應協助末期病人及家屬於穩定狀況思考未來有關生命末期的照護，過程可照會安寧團隊於病人相對穩定及有較多能力表達時，說明疾病進展、治療及可能面臨情況，藉由討論結果讓家屬於危急時能有決策依據，減少心理負擔，使病人得以有尊嚴走完人生。另外安寧是種精神，安寧緩和療護可運用在任何地方，並非只能在安寧病房執行，未來應加強重症醫療人員對安寧緩和照護相關知識與訓練。

## 結論

本個案因主動脈弓動脈瘤併發食道氣管瘻管反覆入住加護病房，短期內團隊雖積極治療，但仍因發生併發症生命進入末期，引發其出現拒絕手術及面對死亡的焦慮與無奈，而家屬因不捨放手無法決策；主護於關鍵時刻不斷透過關懷溝通及介入安寧共照，協助全家表達情緒及相互間的感受，並陪伴家屬渡過個案疾病轉變的階段，最後得以善終。在介入安寧照護的過程，最大的困難及限制是加護病房團隊同仁曾出現不同觀點



及想持續積極治療的想法，加上家屬初期無法放棄個案的滿滿孝心，但因主護堅持不放棄，不斷透過無數的溝通，為個案代言而逐一克服，故期待未來重症單位能藉由跨團隊合作及家庭會議，互相取得更有效溝通與共識，使照護過程更加圓潤，讓病人及家屬均達到身心靈平安，生死兩無憾，真正落實重症安寧的理念。

### 參考資料

- 林美伶、葉莉莉、陳清惠(2009)·影響病人參與醫療決策之論述·*護理雜誌*，56(3)，83-87。doi:10.6224/JN.56.3.83
- 馬瑞菊、蔡惠貞(2013)·提供重症善終服務：改善加護病房生命末期照護·*馬偕護理雜誌*，7(1)，7-13。
- 康金玟(2008)·一位中年女性胰臟癌患者面對死亡威脅的護理經驗·*志為護理*，7(3)，120-128。
- 國民健康署(2013)·*癌症防治組—安寧療護*·取自<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicArticle.aspx?No=201312230003&parentid=200804090002>
- 鄭子傑、周紹賓、張寶源、李超群(2008)·惡性吞嚥困難使用食道支架：病例報告·*中華放射醫誌*，33，31-35。
- 蔡惠貞、古雅如、馬瑞菊(2012)·一位心肌梗塞病人於加護病房之臨終照護經驗·*領導護理*，13(2)，31-42。
- Bick, B. L., Song, L. M., Buttar, N. S., Baron, T. H., Nichols, F. C., Maldonado, F. ... Topazian, M. D. (2013). Stent-associated esophagorespiratory fistulas: Incidence and risk factors. *Gastrointestinal Endoscopy*, 77(2), 181-189. doi:10.1016/j.gie.2012.10.004
- Borowske, D. (2012). Straddling the fence: ICU nurses advocating for hospice care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 24(1), 105-116. doi:10.1016/j.ccell.2012.01.006
- Luce, J. M. (2010). End-of-life decision making in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(1), 6-11. doi:10.1164/rccm.201001-0071CI
- Mosenthal, A. C., Weissman, D. E., Curtis, J. R., Hays, R. M., Lustbader, D. R., Mulkerin, C. ... Nelson, J. E. (2012). Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: A report from the improving palliative care in the intensive care unit (IPAL-ICU) project advisory board and the center to advance palliative care. *Critical Care Medicine*, 40(4), 1199-206. doi:10.1097/CCM.0b013e31823bc8e7
- Strand, J. J., & Billings, J. A. (2012). Integrating palliative care in the intensive care unit. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(5), 180-187. doi:10.1016/j.suponc.2012.06.001

# A Postoperative Nursing Experience of an ICU Patient with Aortic Arch Aneurysm Complicated with Esophageal-Tracheal Fistula

Hui-Wen Tsai, Chia-Chen Wu\*

## ABSTRACT

This case report described the nursing experience of 69-year-old male patient in ICU who had an aortic arch aneurysm complicated with esophageal-tracheal fistula, and the interdisciplinary collaboration in assisting the patient and family to agree to surgery or palliative care. The nursing period lasted from June 13 to August 17, 2013. A comprehensive evaluation was conducted to assess the patient's physical, psychological, social and spiritual conditions. Objective and subjective data were collected, and the patient's needs were identified, via observation, listening, written discussion, and interviews. According to the nursing diagnosis, the patient exhibited death anxiety and helplessness resulted from the deteriorating health conditions due to postoperative complications. When recommended by his physician to receive esophageal and tracheal repair or lobectomy, the patient refused surgery. The family's attachment to the patient resulted in hesitation and indecisiveness. During the nursing period, the author established mutual trust with the patient and family through active care, facilitated communication between the patient and family, and intervened in the palliative care. As result, the family reached consensus and followed the patient's wishes to the end. We hope to share this nursing experience to promote the terminal palliative care and bring awareness to patients' right to autonomous decision making. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:2, 119-128)

**Keywords:** autonomous decision making, palliative care in intensive care unit, terminal patient

---

Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital, RN, National Cheng Kung University Hospital, Head Nurse, National Cheng Kung University Hospital\*

Accepted: January 6, 2016

Address correspondence to: Chia-Chen Wu Room 20, 9F., No.166, Dongfong Rd., North Dist., Tainan City 70449, Taiwan

Tel: 886-6-276-6135; E-mail: scwu@mail.ncku.edu.tw