

運用醫病共享決策 照顧一位慢性阻塞性肺病病人 之急診護理經驗

張庭¹、邱秀娟²

中文摘要

本文描述在急診運用醫病共享決策協助罹患慢性阻塞性肺病病人末期醫療抉擇之經驗。護理期間2019年11月27日0119至1610，依Gordon十一項功能性健康型態評估進行整體性評估，以會談、身體評估、實際照護及病歷查閱等方式收集資料，確立主要健康問題為(一)氣體交換功能障礙；(二)活動無耐力；(三)抉擇衝突。透過復健活動使個案出院前能在無使用氧氣的情況下血氧達到95%，引導個案表達對末期醫療之擔憂，並運用醫病共享決策之醫療輔助工具協助個案訂定醫療目標，當日個案決定簽屬安寧緩和同意書，後續於門診複診及電訪追蹤。期望藉此經驗提供照護此類個案之參考。(志為護理，2023; 22:2, 106-115)

關鍵詞：慢性阻塞性肺病，抉擇衝突，醫病共享決策

前言

慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是呼吸道長期發炎導致呼吸道阻塞，使得氣體無法通暢進出的疾病 (國民健康署，2018年6月26日)。根據衛生福利部統計，2018年全國死亡原因COPD排名第七位，死亡

率高達26.1%，而65歲以上死亡人數更達5721人 (衛生福利部，2019年8月28日)，故此類病人之醫療照護有不可漠視之重要性。

COPD為不可逆之肺實質病變，病人因反覆發作時頻繁進出醫院，危急時被迫面對插管之抉擇，在不安焦慮及龐大的醫療費中，生活品質愈發低下，自

臺北榮民總醫院桃園分院護理師¹、臺北榮民總醫院桃園分院護理長²
接受刊載：2022年12月22日
通訊作者地址：邱秀娟 桃園市桃園區成功路三段100號
電話：886-927-266-963 電子信箱：tiffany.abc321@gmail.com

2009年9月，COPD也納入衛福部「八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」的對象中，使病人除了插管外，多了安寧療護服務的選擇(江，2019)。

本個案報告探討一位COPD急性發作個案反覆至急診救治，因多次急性發作而插管，對於疾病逐漸惡化，個案向護理人員詢問除了插管，是否有其他醫療處置，故筆者以醫病共享決策(shared decision making, SDM)策略，與醫師共同協助個案了解疾病預後及醫療處置方案，讓病人在面對後續醫療處置做出選擇。

文獻查證

一、慢性阻塞性肺病之機轉及治療方式

COPD致病機轉為吸入香菸、其他有害微粒或氣體後，引發肺部慢性發炎，造成肺實質的破壞，使肺部喪失回彈力，且讓肺泡失去對小呼吸道的附著力，小呼吸道也因為發炎導致黏膜腫脹及呼吸道纖維化，(台灣胸腔暨重症加護醫學會，2019)。因肺功能不全，病人肺部時常為充氣狀態，肋骨保持擴張，這種肺部狀態過度膨脹通常會在COPD的後期導致桶狀胸(Daniel, 2018)。在治療方面，首先依據COPD分期給予不同藥物，例如支氣管擴張劑、茶鹼類藥物、類固醇、磷酸雙脂酶4抑制劑，或使用化痰及止咳藥物等；若出現急性惡化則建議予抗生素治療，其他非藥物治療有肺部復健、氧氣治療及呼吸器使用，必要時以外科治療切除部分肺組織以減少肺過度充氣，可改善呼吸，最終亦可行肺臟移植(廖等，2015)。

二、慢性阻塞性肺病之臨床照護

當COPD急性發作時，病人會出現呼吸困難、咳嗽、痰液增加及顏色改變等症狀，研究指出COPD患者，血氧濃度須維持在89%至93%(Richard, K.A. et al, 2016)。除給予相關藥物，亦可教導病人練習噘嘴式呼吸，藉由控制呼吸速率及深度，以預防肺泡塌陷並且改善呼吸困難；同步可提供震顫、扣擊姿位引流等物理治療，可有效清除痰液；維持身體前傾，手臂放大腿上以枕頭支撐則可利橫膈肌收縮、擴張胸腔，以不費力的呼吸姿勢減輕呼吸困難(陳嘉琪，2017)。因COPD病人呼吸肌無力，導致肺部灌流量產生肌肉耐受力不足，故可鼓勵病人於急性期後開始肌力訓練，依據肌力協助進行活動，於活動前後監測生命徵象，教導個案若出現身體不適或呼吸喘等症狀，請立即停止活動，避免造成病人疲倦及增加氧氣的使用量，並可給予精神及情緒上的支持，增加病人自信心(郭等，2018)。

三、醫病共享決策於慢性阻塞性肺病之運用

抉擇衝突是指病人在試圖做有關危險、失落或挑戰價值和信念的抉擇時感到苦惱，認知到各種選擇的不良效果，對選項有不確定感，並出現緊張的生理徵象(黃等，2018)。COPD急性發作時，會導致嚴重呼吸困難，在面臨醫療抉擇時，病人時常猶豫於呼吸器維生醫療及安寧緩和醫療之間搖擺不定，此時，可以適時介入醫病共享模式，分析抉擇醫療過程的利弊、資源及病人的價值觀，鼓勵以開放式問答引導說出對疾病及治

療的想法，增強病人有決策的信心和能力，減少抉擇衝突的困境(蕭、彭，2018；吳、郭，2016)。因COPD末期病情難判斷及常出現非預期性死亡，導致主治醫師尚未及時與病人及家屬討論末期的醫療方向，在病人瀕臨呼吸衰竭或病危之際，因無法確認意識不清之病人的意願，且家屬亦無法抉擇時被匆促插管急救，但研究顯示約80%病人不希望被插管，故適時運用SDM，讓病人與醫療團隊共同做出醫療決定，可有效降低衝突(陳柚綾等，2017)。SDM是運用醫學上證據，並考量病人的價值觀與選擇，所建立的合作過程，在過程中可以運用決策輔助工具(patient decision aid, PDA)，其選項含有利弊及風險，呈現完整訊息，病人能依照價值觀需求喜好及生活習慣作出適合病人的抉擇。協助病人與醫師討論，使病人可以更瞭解臨床狀況，澄清本身的醫療處置，以減少病人對醫療的不確定，以病人的期待為醫療目標(王，2016)。

以上文獻得知，COPD為不可逆的呼吸道阻塞疾病，病人因為疾病病程發展反覆發作時，常出現呼吸困難嚴重至需插管等情形，為了讓病人在短時間內面臨多項複雜醫療抉擇時，能清楚各項醫療方式的優缺點，故以SDM協助病人能在意識清楚時決定好自己醫療處置方向。

護理過程

一、個案簡介

蘇先生73歲，專科畢，慣用國語、閩南語及客語，無宗教信仰，曾有重度菸

癮，一年前戒菸成功。現無職，婚姻狀況為離婚，2子與前妻同住上海，多年不曾往來。經濟來源為低收入戶補助。無藥物、食物過敏史，過去病史有COPD及攝護腺肥大，於2018年行前列腺切除手術。2015年開始因呼吸喘反覆入急診治療，急診治療期間無照顧者。

二、發病與治療過程

2019年11月27日早上01:19病人因呼吸喘故自行求助119後送入，到院時生命徵象：體溫36.6°C、脈搏127次/分、呼吸29次/分、血壓185/119mmHg、nasal cannula 3L使用SPO₂:89%，急診檢傷分級為二級，診斷為COPD急性發作，依醫囑給予醫療處置後於急診留觀，同日16:10症狀改善後出院。

三、護理評估

筆者於2019年11月27日01:19至08:00護理期間，以會談、身體評估、實際照護及病歷查閱等方式收集資料，並依Gordon十一項功能性健康型態評估進行整體性評估如下：

(一)健康知覺與健康處理型態

個案過去幾十年有抽菸的習慣，每天約抽半包，後因罹患COPD，呼吸狀況愈發不穩，認為自己的健康狀況堪憂，故於2018年11月戒菸，並且注重保暖以預防急性發作；平時規律於門診追蹤，曾因呼吸喘反覆入院，2019年就醫次數達22次，急性發作時會請119協助送往急診。11/27個案再次呼吸急促入急診，主訴喘不過氣，急性治療後個案表示呼吸喘非常痛苦，平時已經有好好注意健康狀況，返家藥物使用皆遵從醫囑，但仍會有急性發作情形。

經評估確立病人有氣體交換功能障礙之健康護理問題。

(二)營養代謝型態

個案平日飲食三餐規律，以清淡為主；急診治療期間，因呼吸喘且沒食慾，進食少量稀飯，無噁心及嘔吐的情形。11/27抽血Hb：14.8g/dl、Cr：0.97g/dl，皮膚顏色正常，彈性佳，無脫髮之情形。

(三)排泄型態

個案每天解便至少1次，曾因攝護腺肥大執行前列腺切除手術，現解尿正常，一天約5-6次；急診期間無解便，評估個案腹部柔軟，無便秘或腹瀉，小便自解順暢，腹部X光無膀胱脹或腸阻塞之情形，尿液呈淡黃清澈無異味。

(四)活動運動型態

個案日常生活可自理，但因COPD的關係，無法長時間運動，若走動約5分鐘就會開始呼吸微喘，休息後可緩解。11/27急診評估四肢肌力皆為5分，觀察個案張口呼吸且使用胸鎖乳突肌輔助，呼吸音為喘鳴音，呼吸頻率29次/分，nasal cannula 3L使用SPO₂:89%，動脈血氧分析值：PH：7.335、PaCO₂：46.3 mmHg、PaO₂：60.6 mmHg、SaO₂：89.6%、BE：-2.0 mmol/L。剛入急診時因呼吸喘故只能坐臥於病床上，依醫囑給予支氣管擴張劑和類固醇，約30分鐘呼吸喘情形改善，可自行下床如廁，但活動後仍有輕微呼吸喘的情形，予氧氣及休息後可緩解。個案表示只要動作稍微大一點就會呼吸喘，執行日常活動需緩慢且小心謹慎，自覺體力衰退許多。

因病人有用力時呼吸困難、疲憊感及

動脈血液氣體分析值異常等徵象，評估有氣體交換功能障礙及活動無耐力之健康護理問題。

(五)睡眠休息型態

個案平時睡眠時間約7小時，睡眠情形良好，無服用安眠藥及睡眠中斷。入急診後，因COPD急性發作呼吸喘，急診照護期間採半坐臥休息，偶閉目養神，叫喚可回應。

(六)認知感受型態

個案意識清楚，無知覺感受異常，無疼痛之主訴，會談時表達順暢對答如流，可自行簽署各項醫療同意書，清楚生病過程，並能理解病情解釋及衛教內容。

(七)自我感受及自我概念型態

個案表示自己既然都患病了也只能接受，仍會希望病情好轉，現在才體認到健康真的很重要，對於社會及醫療人員的照顧感到抱歉也非常感謝，如果有自己幫得上忙的一定義不容辭。

(八)角色關係型態

個案表示已與妻子離婚，兩個兒子也跟妻子一起同住上海，目前台灣只有自己一個人住，與妻兒關係冷淡，偶爾到朋友家作客喜歡與人聊天，平常有社工師會去關心他，人際關係無障礙。與急診護理人員無衝突，醫病關係和諧。

(九)性生殖型態

個案育有2子，生殖能力正常，生殖系統外觀正常，無分泌物或潰瘍。現無性生活，表示已屆老年，無此需求。

(十)適應壓力耐受型態

個案表示現在最大的壓力源就是疾病造成的不適及不便，知道自己的病程已

不可逆，常猶豫是否就直接放棄急救。11/27醫師病情解釋後，個案提出疑問，雖然已有插管經驗，但仍擔心再次插管後便無法移除，觀察個案神情凝重且無力。查閱病歷表示一年內因呼吸喘反覆入急診就醫達22次，亦曾猶豫是否簽署不實施心肺復甦術暨維生醫療同意書，又擔心簽署後無法撤回，除此沒有其他生活壓力，若有經濟上的需要，也可以借助社會和友人的幫助。

病人在試圖做決定時感到苦惱有延遲下決策情形，經評估確立病人有抉擇衝突之健康護理問題。

(十一)價值信念型態

個案無宗教信仰，偶而會參與民間信仰，相信助人為快樂之本，利用自己的老年年金幫助需要的人，生活隨興，希望健康狀況改善，曾表示羨慕國外有安樂死，希望自己的臨終由自己決定，不過對於自己的醫療方向還是很猶豫，擔心自己的選擇錯誤，不確定選擇的治療是不是自己想要的，尤其每次急性發作時，要在短時間決定要不要插管都會有很大的壓力。

病人認知到各種選擇的不良後果，並在選項之間猶豫不決，經評估確立病人有抉擇衝突之健康護理問題。

問題確立

個案11月27日01：19至08：00急診護理期間，經上述護理評估結果確立以下健康問題(一)氣體交換功能障礙、(二)活動無耐力、(三)抉擇衝突。

護理計畫

一、氣體交換功能障礙/與肺泡換氣不足、呼吸喘賣力有關(11/27 01：19—08：00)

(一)主客觀資料：

「我喘不過氣！」、「每次都喘的那麼痛苦真的很累。」、「我這次喘到快死了一樣！」。

觀察個案張口、端坐呼吸，並使用呼吸輔助肌，呼吸音呈喘鳴音。評估個案胸廓左右徑與前後徑幾乎相等，為桶狀胸；胸部X光呈現陳舊性慢性阻塞性肺病。呼吸頻率29次/分，nasal cannula 3L使用SPO₂:89%。動脈血氣分析值：PH：7.335、PaCO₂：46.3 mmHg、PaO₂：60.6 mmHg、SaO₂：89.6%。

(二)護理目標：

急性期在給予氧氣治療下，呼吸喘緩解，無喘鳴音，血氧濃度能夠維持93%。並在出院前個案無使用氧氣的情況下，血氧濃度維持90%以上。

(三)護理措施：

急性期每15分鐘監測個案生命徵象、血氧濃度，並密切觀察個案呼吸型態、速率、深度等變化，評估喘鳴音是否改善；協助床上如廁，予個案尿套及尿布使用，盡量減少個案下床或大幅度的移動，避免增加耗氧量；協助調整個案姿勢，床頭抬高15度角，採半坐臥姿，促進肺部擴張增加氣體交換；鼓勵個案咳嗽，促進痰液排除維持呼吸道通暢，協助予扣擊拍痰，個案若無法自咳，個案知情同意後予抽痰；教導個案噘嘴式呼吸法：將嘴唇噘成圓型，以鼻子吸氣、嘴巴吐氣，吐氣的時間約為吸氣時間的二倍；教導個案放鬆呼吸技巧：坐於床

上時身體前傾，手臂放大腿上以枕頭支撐。若在室外可倚靠欄杆、牆壁或椅子等，自然放鬆肩頸部肌肉；評估病人是否規則服藥，並予藥物指導；依醫囑給予氧氣治療，予nasal cannula 3L以增加肺泡氧氣濃度提昇動脈血氧濃度，及依醫囑給予besmate 1 vial inhalation ST及solu-cortef 2vial IVD ST，以改善病人通氣量，並觀察藥效及病人反應。

(四)護理評估：

11月27日04：00評估個案無費力呼吸及使用呼吸輔助肌情形，喘鳴音改善，呼吸速率：18次/分，nasal cannula 3L使用下SPO₂：93%。當日16：10離院時，呼吸速率：18次/分，無費力呼吸及使用呼吸輔助肌情形，無使用氧氣下SPO₂：90%。隔日16：00電話追蹤個案病況，表示皆有遵從醫囑服藥，出院後暫無呼吸喘之情形，門診回診無使用氧氣下SPO₂：90%。

二、活動無耐力/與氧氣供需不平衡導致體力、耐力降低有關(11/27 01：19—08：00)

(一)主客觀資料：

「在家中只要動作稍微大一點就會喘起來，全身沒力氣，做什麼事都要慢慢來。」、「天氣冷的時候也很容易喘起來，都會圍圍巾保暖氣管，不敢做其他活動。」、「自從罹患COPD後感覺體力變很差。」。

觀察個案於急診上廁所時移動時步伐緩慢，須倚靠床欄等工具才能平躺或起身移動，返床位後出現臉色蒼白、呼吸費力之情形，SPO₂:88%，使用nasal cannula 3L SPO₂:90%。急診期間清醒時

多半坐臥於床上，較少活動，表情顯得倦怠，動作遲緩費力，咳嗽及翻身時會有輕微呼吸急促。四肢肌肉力量為5分，用力會有手腳抖動的情形，日常作息屬柯式量表第一級：可步行，可從事輕度活動。

(二)護理目標：

急診留觀期間個案能在床上活動10分鐘，活動後使用氧氣SPO₂:>=93%，並無呼吸費力情形。並在出院前能步行至掛號櫃台後返回急診，且SPO₂>=90%，無呼吸費力情形。

(三)護理措施：

住院期間監測個案活動增加時的生理反應，包含呼吸速率、心率及氧合，5分鐘內這些數值應當降至正常範圍；急性期告知個案臥床休息，若需要協助可以請護理人員幫忙，並將個案所需之用物備於床旁桌，隨手可取之處；教導個案採漸進式活動方式，協助其站於床邊，由2分鐘漸進增加至5分鐘，若出現身體不適或呼吸喘等症狀，則立即停止活動；教導床上抬腿運動，每組5下，若體力可負荷，一天可運動2至3次；陪伴個案下床走路5分鐘，並密切觀察個案呼吸型態、有無費力情形，注意預防跌倒；訓練個案在無使用氧氣下，走路至廁所，返床位後無呼吸費力之情形，SPO₂:90%以上；訓練個案走至批價櫃檯，返床位後無呼吸費力之情形，SPO₂:95%以上；教導個案返家後每天2次，下床站立5分鐘，若無呼吸喘或費力之情形，可酌量增加至10分鐘，以增加肌耐力；提供個案在執行日常活動時節省能量的方法，以減少細胞代謝和氧氣

需求，例如：穿衣服時坐著或著容易穿脫的鞋子。

(四)護理評估：

11月27日06：30個案可於床上執行抬腿運動10分鐘，無呼吸喘及使用呼吸輔助肌之情，使用氧氣3L/min SPO2:93%。16：10個案可下床走動無呼吸喘之情形，SPO2:90%，協助辦理出院手續後，個案步行出院乘公車返家。隔日16：00電話追蹤個案病況，表示會在家中執行抬腿運動，通常5至10分鐘，雖活動完呼吸微喘，但休息後可改善，現可自行乘公車至門診回診。

三、抉擇衝突/與做決策的經驗有限，及對治療選項的不確定感有關(11/27 01：19—08：00)

(一)主客觀資料：

「雖然知道嚴重的時候要插管，但是有時候又想放棄急救，擔心自己的選擇錯誤，不確定選擇的治療是不是自己想要的，尤其每次急性發作時，要在短時間決定要不要插管都會有很大的壓力」、「自己這次症狀在急性治療後穩定不需插管，但如果下次又喘起來，插管之後會不會拔不掉？」、「既然這病都好不了了，與其那麼痛苦，會不會早點解脫比較好？」。

觀察個案神情猶豫、臉色凝重，表達時語氣疑惑，期望醫護人員能給予更詳細的解說，且時常皺眉，回話心不在焉。

(二)護理目標：

在引導下，個案能主動說出心中擔憂與考量的問題。並在提供醫療決策的輔助工具及醫師解釋後，個案能了解

COPD末期治療選項的優缺點，做出醫療抉擇。

(三)護理措施：

急性期後在個案生命徵象穩定時，鼓勵說出對於疾病的認知，接受他的表達，過程中傾聽個案做抉擇時所擔心的事，用不帶偏見的態度鼓勵個案表達其感覺；對於個案錯誤的觀念，再次予以澄清，並告知正確知識，例如：插管後無法拔除——若呼吸窘迫改善，經由醫師評估後可予以移除；運用ipad播放慢性阻塞性肺疾病SDM衛教影片給個案看，向其說明COPD末期醫療選項如安寧緩和醫療及呼吸器等各式醫療抉擇之利弊，認識各項措施之優缺點，增加個案的認知度；急診留觀期間會診胸腔內科專科醫師向個案說明疾病進展與未來治療計畫；運用慢性阻塞性肺疾病SDM公版PDA，協助個案釐清自己傾向安寧緩和醫療或呼吸器等維生醫療，幫助釐清自己的偏好，促使個案有決策的信心和能力；確認個案在了解決策內容後，協助填寫PDA，及追蹤後續醫療末期意願，告知若有任何疑慮都可以回電諮詢；根據病人病情及末期意願，會診安寧共照師及呼吸治療師。

(五)護理評估：

11月27日在引導下個案表示擔心置入氣管內管後再也無法移除，勢必得住院，沒錢也沒人可以照顧他，擔心無法離開病床。經護理人員以書面及影片衛教後，使用PDA後決定依疾病自然病程選擇安寧緩和醫療，13：20會診胸腔專科醫師及安寧共照師，依個案期望協助填寫預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇

意願書，註記於電子病歷。隔日16:00電訪個案表示知道有其他末期醫療較安心，且信任醫療團隊，若有疑問會隨時諮詢。

結論與討論

本文為一位COPD反覆急性發作後入急診之73歲男性個案的照護經驗，8個小時內的急性照護中，筆者以指導適當的呼吸方式及身體臥位等物理治療，使個案呼吸窘迫之症狀能得以緩解。個案表示對於這次急性發作症狀，及以往就醫經驗感到緊張及不安，因曾有插管經驗造成內心的害怕，身體不適之際也對於醫療處置恐懼，是本個案照護上阻力。為避免個案對於末期醫療的質疑及排斥，增加末期醫療的難度，筆者與醫師及醫護團隊討論後，以SDM理念協助個案增加疾病末期醫療知識，使用PDA讓個案在各式呼吸治療及安寧緩和醫療中做抉擇(王，2016)，針對個案擔憂之問題加以釐清，並由急診醫師合併會診胸腔專科醫師病情解釋後協助預立安寧緩和醫療意願書，是本個案照護上助力。因個案滯留急診時間較短，無法予更全面的評估與建議，故預約胸腔內科門診追蹤，持續以電訪追蹤個案病況。

因COPD末期病人已併入「八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」中，針對COPD反覆入急診求治的病人，本急診合併胸腔專科醫師、安寧共照師、呼吸治療師等醫療團隊，以個別收案之方式協助COPD病人參與SDM，並利用衛服部實證之PDA(衛生福利部醫病共享決策平台，2020)幫助個案訂定

醫療目標，維護其醫療自主及知情同意原則，不過因COPD發作入急診病人多為急性期的呼吸窘迫，未必能在意識清楚的情況下，決定是否置放氣管內管，在危及性命之緊急情況下，若病人未先簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，急診多先插管以維持病人呼吸道通暢，但多數病人不願意急救(陳，2017)，此為急診緊急醫療特性造成之限制，故除了急診外，建議將團隊延伸至門診，能夠在病人病情穩定回診胸腔科門診時，視需求照會安寧共照師或呼吸治療師，在門診即以SDM輔助其擬好末期目標，並註記在電子病歷中，避免病發時的急性醫療處置與病人意願相違背。

參考文獻

- 王英偉(2016)·醫病共享決策輔助工具與臨床運用·*醫療品質雜誌*，10(4)，15-24。
- 台灣胸腔暨重症加護醫學會(2019，12月18日)·*慢性阻塞性肺病診治指引*。https://www.tspccm.org.tw/media/7073
- 江貞欣(2019)·從安寧緩和醫療條例與病人自主法看生命的意義·*諮商與輔導*，404，46-52。
- 吳柏勳、郭嘉琪(2016)·「急」刻救援—急性腦中風病人面臨施打rt-PA的急診護理經驗·*澄清醫護管理雜誌*，12(1)，61-72。
- 陳嘉琪(2017)·一位慢性阻塞性肺疾病患者反覆進出加護病房之護理經驗·*彰化護理*，24(1)，83-94。https://doi.org/10.6647/CN.24.01.18
- 陳柚綾、黃采薇、陳妮婉(2017)·慢性阻塞性肺病患者接受安寧療護相關因素之探討·*澄清醫護管理雜誌*，13(1)，46-54。
- 郭喬閔、蔡衣帆、陳頌云、楊時芳、林美玲

- (2018)·慢性阻塞性肺病運用肺部復健脫離呼吸器之護理經驗·*北市醫學雜誌*，15(2)，111-122。https://doi.org/10.6200/TCMJ.201806_15(2).0012
- 黃靜微、林家綾、胡慧蘭、喬佳宜、程子芸、林麗秋、郭惠敏、張秉宜(2018)·*最新護理診斷手冊*(八版)·華杏。
- 廖盈謹、陳信均、楊曉菁(2015)·慢性阻塞性肺部疾病之新觀念·*台灣專科護理師學刊*，1(1)，57-63。
- 衛福部國民健康署(2018年6月26日)·*慢性呼吸道疾病*。https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=215
- 衛生福利部統計處(2019年8月28日)·*107年度死因統計*。https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-4472-113.html
- 衛生福利部(2017，8月8日)·*決策輔助工具應用於末期腎臟病患者腎臟替代療法的選擇*。https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/Public/MediaInfo?sn=12&id=1253
- 蕭逸函、彭殿王(2018)·慢性阻塞性肺病的發炎反應與急性發作之關係·*臨床醫學月刊*，81(3)，128-133。https://doi.org/10.6666/ClinMed.201803_81(3).0024
- Daniel, M. (2018). What's to know about barrel chest?. *Medical News Today*. Retrieved from:https://www.medicalnewstoday.com/articles/314967
- Richard, K. A., David, H. A., Amanda, L. B., Richard, C., Allen, C., Gerard, J. C., Philip, D., Anne, L. F., Steven, E. G., Richard, E. K., Neil, M., Fernando, J. M., Ralph, J. P., Steven, P., Frank, S., David, S., Thomas, S., James, K. S., Robert, W., Roger, D. Y., James, T., Alice, L. S., & William, B.,(2016). A randomized trial of long-term oxygen for COPD with moderate desaturation. *The New England Journal of Mmedicine*, 375(17), 1617-1627. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1604344

靜
思
語

即使已達智慧圓融，更應含蓄謙虛，
像稻穗一樣，米粒愈飽滿垂得愈低。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Those who have great wisdom,
must all the more be humble and unassuming,
just like the rice stalk that bows,
under the weight of ripe grain.

~ Master Cheng Yen ~



Experience in Nursing: Using Shared Decision-Making on a Patient with COPD at Emergency Room

Ting Chang¹, Hsiu-Chuan Chiu²

ABSTRACT

This article describes the emergency care experience of a patient with chronic obstructive pulmonary disease, using shared decision-making between doctors and patients to help patients make final medical decisions. During the nursing care period, from 01:19 am to 04:10 pm on November 27, 2019, an overall assessment was carried out according to the Gordon 11 Functional Health Pattern. Three major health problems were identified, 1. gas interchange disturbance, 2. Activity Intolerance, 3. Decisional Conflict. The patient was guided to express their concerns about terminal medical care and provided with answers to their questions, using the medical aid tool of shared decision-making between doctors and patients to assist cases in setting medical goals. Additionally, through rehabilitation activities the patient could reach Oxygen saturation 95% without oxygen use before discharge. At 04:10 pm of the same day, the patient decided to sign the consent form of hospice palliative and was discharged from the hospital. On November 28, outpatient follow-up visits and follow-up telephone interviews were conducted. It is hoped that this nursing experience will provide a reference for caring for such cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:2, 106-115)

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, decisional conflict,
shared decision-making

RN, Taipei Veterans General Hospital, Taoyuan Branch¹; Head Nurse, Taipei Veterans General Hospital, Taoyuan Branch²

Accepted: November 10, 2022

Address correspondence to: Hsiu-Chuan Chiu No. 100, Sec. 3, Chenggong Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City 330023, Taiwan

Tel: 886-927-266-963 E-mail: tiffany.abc321@gmail.com