

一位食道癌末期併氣管食道瘻管個案之重症照護

陳陶霈瑜¹、葉惠玲²

中文摘要

本文是一位中年男性食道癌末期併氣管食道瘻管之重症經驗，照護自2019年3月7日至26日，以生理、心理、社會及靈性四大層面進行整體性評估，以直接照護、身體評估、觀察、筆談、醫療緩和及家庭諮詢會議確立個案有呼吸道清除功能失效、舒適障礙、家庭衝突等健康問題。護理期間使用低壓力抽吸管抽吸口腔分泌物，維持呼吸道通暢及血氧濃度大於95%；依照自覺半坐臥舒服姿勢，協助臀部放置脂肪墊減壓，改善背臀痠痛；鼓勵個案筆談表達感受，安排家庭會議及安寧共照，尊重個案醫療自主，並親簽預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，最後陪伴個案達成善終。期望此護理經驗提供日後照護此類似個案之臨床參考。(志為護理, 2023; 22:2, 77-86)

關鍵詞：食道癌、氣管食道瘻管、舒適障礙、醫療自主

前言

食道癌(esophageal cancer)是全世界第九大最常見癌症，也是第六大癌症死亡原因，預後差且死亡率高(Lagergren et al., 2017)。在國內惡性腫瘤居十大死因首位，男性癌症死因第五位(衛生福利部, 2018)。食道癌早期難以發現，被診斷時通常是晚期，轉移時治療方針相對複雜，五年存活率僅10%，診斷末期

無法以手術根除，同步化學及放射治療是緩解治療(許玉娟等, 2016; Huang & Yu, 2018)，若腫瘤侵蝕食道與氣管就形成氣管食道瘻管，是食道癌晚期常見併發症，發生率約5-15%(Chaddha et al., 2019)，氣管食道瘻管易造成嗆咳及吸入性肺炎，放置食道支架為最有效的治療方式，約有70%個案可以緩解吞嚥困難及預防分泌物溢出至食道，降低吸入隨之而來之肺炎等症狀(蔡、吳, 2016)。

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部內科加護病房護理長¹、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部專科護理師護理長²
接受刊載：2021年5月18日
通訊作者地址：葉惠玲 97004 花蓮市中央路三段707號 護理部
電話：886-3-856-1825 #12225 電子信箱：u0952120730@gmail.com

個案是一位49歲男性食道癌末期併肺轉移，過去病史氣管食道下段瘻管行支架放置術，此次發燒、痰液色黃濃稠量多入病房，後因呼吸喘、血氧不穩入加護病房放置氣管內管。重症加護期間發現氣管食道中段瘻管，個案易嗆咳無法平躺，導致臀部及背痠痛；更因疾病末期案妻期望積極治療，與個案意見相左，故引發筆者書寫的動機，期望在重症病房照護期間，提供整體性護理，協助呼吸道通暢、增進舒適及引導表達醫療自主，達到全人的照護品質。

文獻查證

一、食道癌末期併氣管食道瘻管概述

食道癌以鱗狀上皮細胞癌佔了90%以上，居最多，且預後最差，好發部位主以食道中段，次為下段，與吸菸及飲酒有關，常見症狀有吞嚥困難、聲音嘶啞、心窩灼熱感及體重減輕等(Batra et al., 2019)。食道癌臨床主要篩檢診斷以胃鏡及組織切片為主，食道癌末期且已轉移則無法手術治療，放射線治療與化學治療則是食道癌末期的治療方式(Chaddha et al., 2019)。氣管食道瘻管是氣道與食道之間異常連通的形成，根據瘻管位置和氣道狹窄的存在，對氣管和食道進行氣管支架置入，可緩解咳嗽或吸入性肺炎，提高生活品質量(Schweigert, 2019)。

二、食道癌末期併發氣管食道瘻管常見生理問題及其護理措施

(一)呼吸道清除功能失效

氣管食道瘻管臨床上常見症狀為嗆咳、呼吸急促、頻繁咳嗽、血氧下降及

痰液濃稠多量，導致反覆性吸入性肺炎等呼吸道問題，需使用呼吸器或氣切留置以維持生命，食道支架置放可改善瘻管，但仍有4%復發新瘻管之可能(劉等，2018；蔡、吳，2016)；其護理措施包括維持呼吸道的通暢、呼吸道的抽吸、姿位引流及給予高頻胸壁振盪拍痰等(趙、游，2017)。此外，使用呼吸器需避免產生重症病房常見之院內感染之呼吸器相關肺炎(ventilator-associated pneumonia, VAP)，臨床以組合式照護策略改善VAP發生率，照護內容共五項：(1)每日評估是否拔管，盡早移除呼吸器；(2)每日定時暫停使用鎮靜劑；(3)床頭維持30至45°；(4)每日使用「0.12-0.2% chlorhexidine gluconate」口腔照護兩次；(5)翻身前抽吸口腔及聲門下分泌物(盧等，2017)。治療吸入性肺炎除了抗生素治療，也包含脫離呼吸器計畫、呼吸訓練、漸進式調降壓力支持及延長自主呼吸訓練；胸腔物理治療及協助上下肢關節運動；監測CXR及觀察肺炎感染控制情形，盡早脫離呼吸器(劉等，2018；盧等，2017)。

(二)舒適障礙

末期個案疾病嚴重度高，需維生醫療設備及醫療儀器監測，長期臥床限制身體活動，容易產生舒適型態改變及壓力性損傷的風險，此外，食道癌末期併發氣管食道瘻管個案頻繁嗆咳無法平躺，故護理措施包括至少每兩小時翻身，避免長時間局部壓迫，姿勢則以個案自覺舒適姿勢為主，使用減壓床墊、矽膠泡棉敷料、脂肪墊等提供適當肢體擺位，減少皮膚暴露於潮濕環境，維持皮膚完

整性，進而降低感染發生(陳等，2018)。

三、末期個案常見家庭衝突、哀傷調適及其護理措施

在加護病房中，醫療依行善原則給予治療，希望盡量延長個案的生命，當個案意識清楚時，藉由告知完整訊息，以知情同意引導參與醫療決策的賦權過程，讓個案有自主決策權利，在面對生命末期重大治療決策，建議採共享決策，醫師協助個案了解醫療資訊及治療間的利弊、引導表達自己喜好或想法，讓個案與家屬能夠選擇自己想要的治療方式(洪等，2017)。當面臨疾病無法治癒，家屬會面臨選擇繼續維持生命的照護或撤除維生醫療的心理壓力(許禮安等，2018)。面臨家庭衝突時更可利用家庭會議，讓個案和家屬能與醫療期望形成共識，面對相關醫療決策，重視家屬需求及哀傷處理，用尊重生命的態度陪伴個案走過人生最後旅程，最後一哩路能無怨無悔圓滿度過(蔡、吳，2016)。

護理評估

一、基本資料

黃先生，49歲，臺灣人，慣用國、臺語，大學畢業，信仰道教，為電子工程師已退休，家中經濟小康，已婚未生育，與案妻同住，為家中主要決策者。抽菸接近30年，與朋友聚餐時才會飲酒，生病後戒菸酒約半年，無嚼檳榔、過敏及癌症之家族史。

二、過去病史及手術史

2018年5月出現吞嚥困難、食慾不振，體重自70公斤減輕至56公斤，10月接受胃鏡檢查發現食道中至下三分之一有腫

瘤併氣管食道瘻管，病理切片檢查為食道鱗狀細胞癌，診斷第四期食道癌肺轉移，病理分期T4N3M1，11月18日放置左鎖骨下人工血管，接受化學治療及放射治療，每週給予cisplatin為時3週，11月19日放置下段食道氣管支架及行空腸造口。

四、疾病求治過程

2019年3月7日因痰液色黃稠量多，雙側肺炎入病房，3月10日呼吸喘、血壓偏低，入加護病房。3月12日接受支氣管鏡及電腦斷層檢查，確認食道中段有瘻管，3月13日接受食道中段放置支架。3月18日第一次醫療緩和和家庭諮詢會議，3月20日照會家醫科、安寧共照，第二次醫療緩和和家庭諮詢會議，呼吸訓練下脫離呼吸器，個案拒絕積極治療，自主不要再插管或氣切，簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，3月26日GCS:E3V4M6轉心蓮病房，4月8日GCS:E1V1M1並於20:45宣布死亡。

五、整體性評估

護理期間自2019年3月10日至3月26日，筆者運用直接照護、身體評估、觀察、筆談、醫療緩和和家庭諮詢會議及團隊討論方式資料收集，依生理、心理、社會與靈性四大層面進行整體性評估。

一、生理層面

(一)氧合及循環：3/11案妻：「生病後食道有放支架，平躺就容易咳嗽，連躺都不能躺，胃酸一直跑到嘴巴，咳到呼吸喘，休息5-10分鐘會好一點」。3/10咳嗽有痰量多、呼吸喘及血壓偏低入加護病房，放置氣管內管，呼吸器設定PCV/AC(pressure control ventilation/assist

control) mode, $FiO_2:60\%$, $SpO_2:95-96\%$, 每2小時協助抽痰, 痰液黃色稀狀量中, 口腔分泌物白色黏狀量多, 時而從嘴角留下, 呼吸14-15下/分, 四肢末梢無發紺, 雙側肺葉呼吸音為乾囉音, 胸部X光: 雙側肺炎。3/1咳嗽厲害, 痰黃稀狀量多, 呼吸35-45下/分, $SpO_2:88-90\%$, 胸部X光雙側肺浸潤, 經支氣管鏡及電腦斷層檢查確認食道中段有瘻管, 3/13接受食道中段放置支架。住院前血壓110-120/50-60mmHg, 3/10血壓88/51mmHg, norepinephrine pump 5ml/hr, 3/12血壓112-130/60-72mmHg, 故停止輸注, 雙側橈動脈皆為二價, 雙下肢無水腫, 心率:90-108下/分, 監測心電圖為竇性心搏過速。

(二)營養與代謝: 身高175公分, 體重51.1公斤, 理想體重67公斤, 身體質量指數為 $16.7Kg/m^2$, 體重過輕, 基本能量消耗為1308卡/天。3/11Hb:8.9g/dl、Albumin:3.1g/dl。皮膚外觀乾燥無破損, 左鎖骨下人工血管留置, 外型骨瘦, 臉頰內凹骨突明顯。2018年11月診斷食道癌後放置空腸造口, 開始一般間歇管灌飲食, 每次一灌, 一天5餐。3/10入加護病房, 空腸造口間歇性管灌, 每日六餐, 每餐灌食100毫升/100大卡, 反抽小於10ml, 3/13營養師評估調整每餐200毫升/200大卡, 攝取量為1,200大卡/天, 管灌前反抽空腸造口無內容物, 3/20營養師評估每日攝取量改為1,800大卡/天, Hb:9.2g/dl、albumin:3.6 g/dl、Na:134mmol/L、K:4.2mmol/L。3/11空腸造口外觀微紅、少量滲液, 3/24外觀乾淨無滲液。

(三)排泄: 案妻: 「他生病前大小便

正常無便秘, 生病這半年解便不順, 每日睡前要吃軟便劑, 一天一次黃色軟成形」。3/10腹部平坦無腹脹, 腸蠕音8-10下/分, 常規服用軟便劑, 約1-2天解便於尿布上成形軟便。3/10因插管後意識昏迷放置導尿管, 尿量2,500毫升/日, 黃色清澈, 3/12BUN: 18mg/dl、CRE:1.2 mg/dl。

(四)活動與休息: 3/11案妻述: 「個案生病前活動及日常生活可自理, 無規律運動, 假日偶外出出遊。生病後開始接受化學治療, 體力明顯變差, 開車超過一小時就覺得累」。3/10因放置氣管內管較躁動, 四肢肌力3-4分, 3/25脫離呼吸器解除約束, 日常生活功能由護理師協助完成, 每日兩次會客時間, 案妻及案母會主動協助個案四肢與背部按摩。

3/1案妻述: 「生病前他每天睡6-8小時, 不用吃藥生病, 這半年很容易咳嗽, 每日需吃安眠藥」。3/10入加護病房因氣道食道瘻管經常咳嗽, 鎮靜程度評估表(richmond agitation-sedation scale, RASS): +4、疼痛評估量表(critical-carepain observation tool, CPOT): 6分, lorazepam pump 5ml/hr, morphine pump 2ml/hr, 夜間睡眠3-4小時, morphine pump改3ml/hr, 夜間睡眠可4-5小時。3/1 E3VEM5, 叫個案會睜眼, RASS:1分, CPOT:1分, 夜間睡眠5-6小時, 3/25GCS:E4V4M6, 停用lorazepam及morphine pump, 改每四小時morphine 15mg/tab PO, 多數時間閉眼休息。

(五)感覺與知覺: 3/10案妻述: 「他住院前人很清楚, 對人、時、地都知道, 有近視會戴眼鏡, 沒重聽」。3/10入加護病房放置氣管內管後意識漸醒,

GCS:E4VEM6，雙眼瞳孔均2.5mm 對光有反應。呼吸治療師抽痰時會用力咳嗽，因氣道食道瘻管採半坐臥，常扭動臀部，皺眉，戴眼鏡筆談背後、屁股痠痛。

(六)性生殖型態：個案生殖器外觀正常，無皮膚破損、分泌物及異味。案妻表示與先生感情融洽，但無小孩，生病後無性生活。

二、心理層面

3/11案妻述：「他是電子工程師，心思細膩很有主見，不喜歡麻煩別人，生病後常不說話，說自己不會好，睡也不能好好睡，吃也要從空腸造瘻管子灌。但我一直鼓勵他，因為哥哥十年前也是下咽癌末期，醫生說只剩六個月，他有配合治療，到現在還活著，只要積極治療病情可以控制」。3/18召開第一次醫療緩和和家庭諮詢會議，討論內容疾病因素易反覆發生肺炎，若氣管內管訓練有機會可以移除，是否要移除？若移除了再發生呼吸衰竭希望怎麼處置，案妻堅持希望積極治療是有希望的，但案母不希望個案太痛苦，要讓個案舒服，婆媳意見相左，會議結果無共識。3/25第二次醫療緩和和家庭諮詢會議，主治醫師向家屬提出個案意識清楚，要直接詢問個案，希望個案自主，走至病床旁向個案解釋病情，個案眼眶泛紅，筆談白板：「我想要拔管、不要氣切與急救」。案妻看著病人不停地落淚，約5分鐘後案妻哽咽尊重個案的決定。

三、社會層面

個案排行老大一個弟弟，在家中為兒子及先生，平日與案妻同住，父母住外

地會每天打電話互動，與家人感情好，常回家探視父母。3/11案妻述：「他自尊心強報喜不報憂，遇到困難會自己處理」。3/12案母憂傷：「他還年輕真捨不得他受這麼多苦，他自己也希望這過程不要痛苦，狀況不好就緩和安寧治療」。入住加護病房期間每日兩次會客時間案妻、案父及案母都會探視，探視時語言及肢體能充分表現關懷，跟家人會點頭搖頭回應，或用筆談板溝通。3/18第一次醫療緩和和家庭諮詢會議，因案母與案妻針對個案處置意見衝突，案母都會等案妻會客後，再入內病室探視。

四、靈性層面

個案信仰道教，固定星期日會去拜拜，平時遇到壓力也會去拜拜，求神明保平安心裡安定。住院中案妻會求符水來擦拭個案臉部及四肢，3/17案妻在個案耳邊說：「有向神明請示，你好好配合病情就會好轉，委請護理師將神明照片貼在個案床頭」。對於生死的話題，案母表示個案曾說：「拜拜心安，若病不會好不要太痛苦，也希望神明成全」。

問題確立、護理措施與結果評值

綜合以上護理評估，發現個案有以下三個健康問題，分述如下：

- 一、**呼吸道清除功能失效：與食道癌併氣管食道瘻管導致噎咳、吸入性肺炎放置氣管內管有關**
(2019/03/10~2019/03/25)

(一)主觀資料：

3/11寫在小白板口水多吞不下，一直想咳嗽。

(二)客觀資料：

3/10放置氣管內管銜接呼吸器扶助呼吸，呼吸器設定：PCV/ACmode，FiO₂:80%，SpO₂:93%，胸部X光：雙側肺部浸潤。3/10每 1-2小時需協助抽痰，氣管內管痰液為黃色稀狀多量，口腔內透明分泌略稠多量，雙肺呼吸音乾囉音。3/12頻繁用力咳嗽，呼吸35-45下/分，SpO₂ 88%，胸部X光雙側肺浸潤，支氣管鏡及電腦斷層確認食道中段有瘻管。3/13接受食道中段放置支架。

(三)護理目標：

3/14個案使用呼吸器狀態下，血氧濃度可以大於95%，3/27個案插管期間無呼吸器相關肺炎。

(四)護理措施：

3/11每小時監測並記錄生命徵象及血氧濃度，血氧濃度可維持98-100%，與呼吸治療師討論後下調呼吸器FiO₂:60%，血氧濃度96-98%。3/11與個案說明，放一個鈴鐺在右手，若想吸口水右手可搖晃讓護理師知道，也可寫在懸吊病床前的「護病溝通板」讓團隊知道，3/11-3/13依分泌量適時使用低壓力抽吸管抽吸口腔內分泌物，3/11-3/17協助呼吸治療師使用高頻胸壁振盪拍痰，4次/天，每次20分鐘，3/11-3/25執行VAP bundle包括(1)每日評估是否拔管，盡早移除呼吸器；(2)每日定時暫停使用鎮靜劑；(3)床頭維持30至45°，但個案要求65°；(4)每日使用「0.12-0.2% chlorhexidine gluconate」口腔照護兩次；(5)翻身前抽吸口腔及聲門下分泌物。3/25移除氣管內管後，提供高流量鼻導管10L/min使用，每小時密集監測血氧濃

度及呼吸次數與型態。

(四)評估：

3/14血氧濃度維持97-98%，3/25移除氣管內管，3/26追蹤CXR雙側肺炎改善，無VAP產生。後續追蹤3/30個案於心蓮病房仍使用高流量鼻導管，血氧濃度95-96%，4/9探視時病房護理師表示個案在4/8 03：30意識漸漸嗜睡，呼吸淺快至喟嘆式呼吸，20：45宣布死亡。

二、舒適障礙/與氣管食道管易造成噎咳，需長時間半坐臥，導致背臀部痠痛有關(2019/03/10-2019/03/25)

(一)主觀資料：

3/11案妻：「坐這麼高，看起來很不舒服」。

(二)客觀資料：

3/11平躺時咳嗽厲害，面紅耳赤，採床頭搖高至65°才點頭表示這姿勢舒服；下一個翻身時間點要將床頭搖下時，個案搖頭並用手指床，手左右搖晃，表示不要將床頭搖下，不斷移動臀部背部，表情顯痛苦，筆談臀部、背、熱、痠痛、不舒服，痠痛指數6分。3/11薦骨皮膚3×3公分發紅可反白。

(三)護理目標：

3/15個案背臀部痠痛指數小於2分，3/25個案無發生壓力性損傷。

(四)護理措施：

3/11協助更換氣墊床，以矽膠泡棉敷料貼在薦骨預防壓力性損傷，左右腋下個墊一個枕頭立放，雙手可倚靠，避免身體搖晃，加護期間個案皆採約65°臥位，依需求每2小時協助翻身，翻身時會由護理師協助輕拍背部放鬆，與個案約定若感到不舒服想翻身時，可手搖鈴

鐘加眼睛眨兩下代表想翻身，或寫在護病溝通白板，3/12將脂肪墊墊在臀部位置，預防壓力性損傷。

(五) 評值：

3/15背臀部痠痛指數0~1分，3/25皮膚完整，無壓力性損傷傷口。後續追蹤3/30個案薦骨部位持續使用矽膠泡棉敷料，皮膚完整。

三、家庭衝突/與老婆期望積極氣切及治療，但個案及案母傾向安寧有關 (2019/03/17-2019/03/26)

(一) 主觀資料：

3/17 案妻：「老公要加油！要跟舅子一樣配合治療，就會好起來」。3/18案母：「末期不希望兒子痛苦」。3/19個案筆談好累、要舒服。3/25拔管後沙啞說我撐不下去不要插管我想回家。

(二) 客觀資料：

3/19案妻探視個案，個案筆談：媽媽呢？案妻不語，換父探視時告知案母等會就到，3/25主治醫師問個案是否要氣切，個案皺眉，眼角泛淚，筆談：「我想要拔管、不要氣切與急救」。

(三) 護理目標：

3/25前案妻能尊重個案自主醫療決策，3/26家人能有共識接受安寧療護的治療。

(四) 護理措施：

3/17 10：35~10：55 與案妻互動並同理案妻的感受，回饋案妻你很用心地照顧個案，每次你希望個案怎麼做，個案都會點頭配合，但個案狀況真的不好。3/18 09：25協助個案管灌食與個案互動，告知3/17與案妻互動狀況「在你老婆的心中，你真的很重要，個案嘴微

開，笑著點頭，在小白板寫2人，後又搖頭皺眉寫痛，同理並陪伴。3/18召開第一次醫療緩和和家庭諮詢會議，透過會議讓家屬知道清楚個案的病情變化，並了解家屬對於個案的期待與想法，過程中案妻表達只要個案願配合治療絕對可以撐過去的。案母表達個案很痛苦要放手，婆媳意見相左，倆人難過哭泣，傾聽並陪伴及接受其想法。3/19與醫師討論讓家屬在加護病房進行共照，依家屬時間可彈性陪伴並提供床旁椅，陪伴過程中引導家屬利用筆談了解個案目前內心的想法。3/20照會家醫科、安寧共照，向案妻、案母、案父解釋安寧共同照護及治療方式，給予舒適照護及協助引導家人進行有效溝通，鼓勵表達內心感受，同理對方及共同面對問題。3/25召開第二次醫療緩和和家庭諮詢會議，主治醫師向家屬解釋在評估下可移除氣管內管，且能在個案意識清楚下能讓個案自主表達醫療自主，在移除氣管內管後，陪伴案妻及案母。

(五) 評值：

3/17案妻在引導下能夠說出希望個案可以積極治療的原因。3/25案妻願意尊重個案的決定。後續追蹤3/30探視個案意識是清楚的，案妻、案母及多位家屬等均在旁陪伴，案妻表示轉至安寧病房是舒服的，可以躺在浴缸洗澡，有精油按摩，有護理師教我們要把時間表達內心的感謝、愛意、抱歉與道別。

討論與結論

本文描述一位49歲男性，罹患食道癌末期併氣管食道瘻管，由病房入住加護

病房，因短時間內病情變化面臨插管，過程中又發現食道中段新出現氣管食道瘻管，導致個案容易嗆咳，有呼吸道清除功能失效、背臀部位痠痛不適及在面臨醫療決策有家庭衝突等健康問題。照護過程執行提供低壓力口腔抽吸、高頻胸壁振盪拍痰、運用組合式照護預防個案 VAP，並維持血氧濃度大於95%，以個案舒適臥位姿勢，提供氣墊床、矽膠泡棉敷料及脂肪墊維持皮膚完整性，及改善背臀部位痠痛感。此外家庭衝突讓個案及家屬都感到痛苦與壓力，透過二次醫療緩和及家庭諮詢會議及安寧共照團隊，聆聽家屬的想法，理解家屬的壓力與情緒，協助全家表達情緒及相互間的感受，最終家人願意尊重個案醫療自主意願，在計劃性移除氣管內管後，轉至安寧病房。安寧病房期間案母及案妻在引導下能夠跟個案圓滿地完成四道人生，末期享受家人的陪伴，於4/8安然離世。

生命得以善終是癌末個案最後的心願，加護病房個案照護重點仍偏於積極性的醫療處置，往往忽略末期個案具有醫療自主權，此為護理限制級困境，加護病房的護理人員面對癌末個案，若能運用安寧照護理念將可滿足需求，藉此照護經驗提出三點建議：(1)於臨床依年資不同設計在職教育中，加強末期個案身心照護技巧、悲傷輔導、溝通技巧、安寧療護及死亡教育；(2)設計臨床常見情境，以擬真情境教育方案練習；(3)應盡早召開醫療緩和及家庭諮詢會議，及時了解個案想法，互相有效溝通及共識，讓個案能獲得更有尊嚴的走完人生。期望此護理經驗提供日後照護此類

似個案之臨床參考。

參考文獻

- 洪聖惠、柯彤文、許瑋庭、朱嘉琳、王拔群 (2017)·病家參與新利器～談醫病共享決策·*醫療品質*，7(1)，26-34。
- 許玉娟、成佳憲、李章銘、黃培銘、陳佳慧(2016)·食道癌患者於治療期間面臨的困境與其照護策略·*臺灣醫學*，20(6)，634-635。https://doi.org/10.6320/FJM.2016.20(6).10
- 許禮安(2018)·安寧緩和醫療條例·許禮安、黃裕雯、高碧月、高以信、根秀欽、許煌汶編著，*安寧緩和療護*(2版，43-49頁)·華杏。
- 陳怡君、李婉菱、鄭之助、徐珮容、黃筱芳、高秀娥(2018)·降低某加護病房病患壓瘡發生率之改善方案·*臺灣醫學*，22(1)，76-86。https://doi.org/10.6320/FJM.201801_22(1).0009
- 趙麗玫、游金靖(2017)·探討高頻胸壁振盪治療對患者痰液清除之成效·*澄清醫護管理雜誌*，13(4)，44-54。
- 劉梅英、王昭慧、朱宗藍、吳教恩、林怡欣、簡淑慧(2018)·應用[吞嚥障礙問題分析 照顧樹狀圖]對改善食道癌吸入性肺炎及治療完成率之探討·*新臺北護理期刊*，20(2)，9-21。https://doi.org/10.6540/NTJN.201809_20(2).0002
- 蔡蕙雯、吳家榛(2016)·一位主動脈弓動脈瘤術後併發氣管食道瘻管重症個案之護理經驗·*志為護理-慈濟護理雜誌*，15(2)，119-128。
- 衛生福利部(2018)·107年死因統計結果分析·https://www.mohw.gov.tw/cp-16-48057-1.html
- 盧敏吉、黃淑如、陳澄淳、施智源、陳彥旭、姜秀子、李聰明(2017)·呼吸器相關肺炎應用組合式照護的實證與臨床運用·*源遠護理*，11(1)，12-17。https://doi.org/10.6530/YYN/2017.5.2

- Batra, R., Malhotra, G. K., Singh, S., & Are, C. (2019). Managing squamous cell esophageal cancer. *The Surgical Clinics of North America*, 99(3), 529 - 541. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.02.006>
- Chaddha, U., Hogarth, D. K., & Murgu, S. (2019). Perspective on airway stenting in inoperable patients with tracheoesophageal fistula after curative-intent treatment for esophageal cancer. *Journal of Thoracic Disease*, 11(5), 2165 - 2174. <https://doi.org/10.21037/jtd.2018.12.128>
- Huang, F. L., & Yu, S. J. (2018). Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. *Asian Journal of Surgery*, 41(3), 210-215. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2016.10.005>
- Lagergren, J., Smyth, E., Cunningham, D., & Lagergren, P. (2017). Oesophageal cancer. *The Lancet*, 390(10110), 2383-2396. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31462-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31462-9)
- Schweigert, M. (2019). Interventional treatment of tracheoesophageal/bronchoesophageal fistulas. *Der Chirurg; Zeitschrift für Alle Gebiete der Operativen Medizin*, 90(9), 710-721. <http://doi.org/10.1007/s00104-019-0988-z>.

靜
思
語

生命無常，慧命永存；
愛心無涯，精神常在。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Transient though life may be,
one's contributions will live on;
as love knows no boundaries,
its spirit will always remain.

~ Master Cheng Yen ~



Critical Care for a Patient with End-Stage Esophageal Cancer Complicated by Tracheoesophageal Fistula

Pei-Yu Chen¹, Hui-Ling Yeh²

ABSTRACT

This paper presents the author's experience in providing critical care to a middle-aged male patient with end-stage esophageal cancer complicated by tracheoesophageal fistula from March 7 to March 26, 2019. The physiological, psychological, social, and spiritual conditions of the patient were comprehensively evaluated. Through direct care, physical assessment, observation, conversation by writing, and a family meeting, the patient was confirmed to be confronted with several health problems. Problems included, insufficient airway clearance, impaired comfort, and family conflicts. During care, a low-pressure suction tube was used to remove the oral secretions of the patient to keep his airway unobstructed and his blood oxygen concentration higher than 95%. According to his self-assessed comfortable semi-recumbent position, the patient was assisted in placing a fat pad on his buttock to reduce pressure and mitigate back and buttock soreness. The patient was encouraged to express his own feelings by writing. Family meetings and hospice shared care were arranged. The medical autonomy of the patient was respected. The patient also personally signed the Hospice Palliative Care & Life-Sustaining Treatment Advance Care Plan and was accompanied until the peaceful end of his life. The nursing experience described in this paper serves as a reference for providing clinical care to similar case patients in future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:2, 77-86)

Keywords: esophageal cancer, impaired comfort, medical autonomy, tracheoesophageal fistula

Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; Head of Nurse Practitioner, Hualien, Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²

Accepted: May 6, 2021

Address correspondence to: Hui-Ling, Yeh 707, Sec. 3, Zhong-Yang Rd., Hualien, Taiwan, 97004

Tel: 886-3-856-1825 #12225 E-mail: u0952120730@gmail.com