

一位末期腎臟病個案撤除 維生醫療之加護護理經驗

陳雅惠、尹基媛*、蔡寶純*

中文摘要

本文是探討一位長期接受血液透析之末期腎臟病個案因嗆食致昏迷，歷經加護病房急性期至撤除維生醫療之護理經驗。護理期間為2015年11月18日至12月10日，運用生理、心理、社會、靈性之整體性全人照顧模式做評估，藉由直接照護、身體評估、觀察、會談、收集病史等方法收集資料，確立個案有低效性呼吸型態、尊重病人之自主權、家屬預期性哀傷等健康問題。護理期間協助個案渡過呼吸衰竭的急性期，以重症末期安寧緩和照護概念，引導家屬做撤除維生醫療決策之準備，期間持續支持陪伴家屬調適哀傷情緒。建議各職類醫療成員皆應接受撤除維生醫療之專業訓練，並推動末期腎臟病個案提早預立醫療決策，才能提升末期腎臟病人之照護品質。(志為護理, 2019; 18:2, 108-117)

關鍵詞：末期腎臟病、撤除維生醫療、加護病房

前言

臺灣因末期腎臟疾病而接受血液透析個案，每年增加近萬人，且健保醫療費用每年超過300億元，是健保費用支出排名前五名，血液透析個案五年存活率高於30%，但整體預後比愛滋病或癌症個案還差(Hwang, Tsai, & Chen, 2010)。末期腎臟病個案共病症多，一旦病情惡

化即轉入加護病房，利用各種醫療照護維持生命，此時家屬承受照顧的責任與壓力極大，如體力耗竭、情緒悲傷、經濟壓力等(陳、胡、楊、高、何，2011；Kane, Vinen, & Murtagh, 2013)。此外，發展重症安寧緩和臨終照護，是各國醫療的努力方向，故單位於個案生命末期撤除維生醫療前醫療團隊內部先達共識，但是醫護人員面對病人與家屬的

臺中榮民總醫院護理長、臺中榮民總醫院護理師*

接受刊載：2018年10月29日

通訊作者地址：尹基媛 40705 台中市西屯區臺灣大道四段1650號護理部

電話：886-928-175-372 電子信箱：yichiyuan@yahoo.com.tw

死亡決策之溝通能力應不斷被教育(吳等, 2011; Olivier, Leloup, & Mamzer, 2015)。

本個案為末期腎臟病個案, 因不可逆性的腦部缺氧性傷害而無法甦醒, 亦無法脫離呼吸器。案妻於會客時間總是神情不安、情緒鬱悶與徬徨無助, 頻頻拜託醫護人員不要讓個案受苦, 但是又於床邊不斷地鼓勵個案:「要醒過來、要回家!」。筆者藉由陪伴案妻時引導其慎思個案的末期善終醫療決策方向, 希望經由獨特性的照護經驗, 提供護理人員執行撤除維生醫療照護之參考。

文獻查證

一、末期腎臟疾病

末期腎臟病(end stage renal disease, 以下簡稱ESRD)個案於病情惡化入住醫院搶救治療超過60%, 但死亡率達20%-25%, 平均住院天數大於兩週, 於死亡前一週的醫療成本耗費超過8,000美金, 但接受緩和善終照護只有10-15%(United Stated Renal Data System, 2015)。

慢性腎病個案進展至第四、五期, 尚未接受腎臟替代療法或已接受腎臟替代療法; 或經原腎臟照護團隊評估嚴重尿毒症個案可能在近期內死亡; 或慢性腎衰竭及腎衰竭病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意, 或因合併下列疾病狀況之一, 不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者, (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症、(2)長期使用呼吸器、(3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症、(4)惡病質、(5)或嚴重之營養不良危及生命者、(6)惡

性腫瘤末期患者、(7)因衰老或其他系統性疾病, 生活極度仰賴他人全時照顧。(中華民國總統府公報, 2013; 行政院衛生福利部中央健康保險局, 2009)。ESRD個案必須被儘快且詳實評估其臨床診斷、預後、共病症、生活功能、身心靈需求與所有治療選擇, 由兩位專科醫師確認生命末期, 召開倫理諮詢緩和醫療家庭會議, 依照個案與家屬的需求以醫病共享決策模式與預立醫療照護諮商訂立客製化的治療目標, 在與個案和家屬充分溝通後判斷是否為無效醫療, 始給予最佳照護(黃、蔡, 2016; United Stated Renal Data System, 2015)。

二、撤除維生醫療之概念

2013年安寧緩和醫療條例修正相關撤除維生醫療之法條, 個案有醫學證據, 近期內病程不可避免將進行至死亡, 經兩位專科醫師認定是疾病末期, 且於醫療委任代理人或一位最近親屬同意下, 可撤除原施予之心肺復甦術或維生醫療(中華民國總統府公報, 2013)。

當個案及家屬做撤除維生醫療決策過程遇到倫理兩難時, 可依據臨床倫理四象限評估考量個案主要醫療問題、預後狀況、病程是否可逆、治療目標等醫療層面; 尊重個案於心智正常時對自己的治療意見、或心智失能時由醫療決策代理人考量個案對醫療照護的觀點或意向作適當決定; 思考個案接受治療後回到正常生活等生命品質問題; 考量家庭、經濟、社會等其他情境問題(許等, 2015; 黃、蔡, 2016)。

撤除維生醫療是過程而非結果, 醫療機構應訂定撤除維生醫療作業指引, 第

一步驟是撤除維生醫療之決策與記錄，先經兩位相關專科醫師判斷為末期；第二步驟是撤除維生醫療前之準備，召開家庭會議，由醫師解釋呼吸器撤除後可能面臨的情況，可能幾分鐘或幾天死亡，或呈現穩定的心肺功能，並說明撤除過程以個案舒適為首要，給予氧氣和藥物緩解症狀；第三步驟是撤除維生醫療時提供嗎啡、鎮靜藥物緩解呼吸困難症狀、類固醇減少拔管後的喉頭水腫、抗膽鹼性藥物減少呼吸道的分泌物，提供家屬支持；第四步是撤除維生醫療後追蹤輔導，提供家屬哀傷撫慰(陳，2015；蔡、方、陳、王，2012)。

三、撤除維生醫療之加護護理

撤除維生醫療護理包含：

(一)尊重病人善終之自主權：病人曾清楚表達醫療決策相關照護選項需求時，醫療人員應協助訂立疾病各階段之健康計畫，以符合病人的意願，更應提供末期病人的醫療決策需求(林等，2014)。護理師應敏銳評估家屬的心理需求，凝聚醫療團隊的共識，耐心與家屬溝通後，徵得簽署撤除維生醫療同意書，肯定家屬決策撤除維生醫療的努力，明確告知將提供病人舒適照護，讓家屬認同護理師是病人與家屬的代言人(吳等，2011；許等，2015)。

(二)維持基本生理照護：照護使用呼吸器之個案，應維持呼吸道的通暢及促進分泌物的清除，協助胸腔叩擊及姿位引流，促進痰液的清除，評估呼吸型態、呼吸音、痰液型態，加強呼吸器相關肺炎的組合式照護。促進個案的舒適，減少疼痛與症狀的困擾，給予嗎

啡、鎮靜藥物緩解呼吸困難症狀，給予類固醇減少拔除氣管內管後喉頭水腫、給予抗膽鹼性藥物減少呼吸道的分泌物(陳，2011)。

(三)提供家屬哀傷支持:護理師重視家屬的預期性哀傷反應，評估其心理與靈性需求，營造內安全接納的環境，運用傾聽、同理家屬抒發哀傷情緒，並引導家屬作生命回顧，以四道人生，教導家屬以言語或肢體接觸個案，安撫哀傷情緒；強調家庭重要性，使其了解個案往生後，醫療團隊仍會提供連續性照護，依家人的宗教信仰及習俗移靈，護送遺體離開病室(許等，2015；Olivier et al., 2015)。

護理過程

一、個案簡介

蔡先生，75歲，中學畢，已婚，育有三子，以國、臺語溝通，信奉民間信仰，年輕時從事房仲業買賣，經濟能力佳，與配偶同住。

二、過去病史

1995年診斷第二型糖尿病，未規則藥物控制，併發雙眼視網膜病變致右眼失明與左眼模糊。2013年因糖尿病併發末期腎臟病變，需每週血液透析三次。2014至2015年因嗜食致吸入性肺炎多次住院。

三、入院與治療經過

個案於區域醫院血液透析，2015年11/13血液透析過程因嗜食致呼吸困難及失去意識，置入氣管內管後呼吸器治療。11/18轉至本院加護病房欲脫離呼吸器，11/19四肢及軀幹間斷性抽搐，腦

波圖顯示瀰漫性皮質功能不全。11/20-11/26生命徵象不穩定，升壓劑levophed使用。11/27主治醫師於家庭會議中向家屬說明：「個案是不可逆的缺氧性腦病變且合併肺、腎、腦多重器官衰竭，未達拔管測試標準，建議家屬選擇長期照護或撤除維生醫療」。12/9家屬於家庭會議達共識並決定隔日執行撤除維生醫療。12/10 10：00個案執行撤除維生醫療，拔除氣管內管關閉呼吸器、停用升壓劑、停止血液透析，於當日中午12：30在加護病房往生。

四、護理評估

護理期間為2015年11月18日至12月10日共23天，筆者透過身體評估、觀察、家屬會談等方式收集資料，依生理、心理、社會、靈性之整體性全人照顧評估模式如下：

(一)生理層面

1.健康史

吸菸史30年，每天抽1包菸，已戒菸20年。案妻陪同下每週三次血液透析達2年多，未能完全配合健康指導，未攝取偏方或健康食品。11/20案妻：「這幾年常進出醫院，體力越來越差，都是我陪他到醫院，他自覺來日不多！」。11/27案妻：「老伴說過，不行讓他舒服走啦！」。

2.營養代謝

身高165cm，體重67.5kg、BMI：24.79kg/m²。因消化情形差，11/20調整為預解元素300卡/天。11/20案妻：「這幾月吃東西常咳嗽不停，我會用胃管幫他灌些牛奶，不過他喜歡自己吃，當天

血液透析時自己吃幾口飯就猛咳嗽，之後不醒人事」。

住院前每週三次常規血液透析，無小便自解。11/13急性期於外院置入導尿管，11/18至本病房皆無小便故移除導尿管。每天解便1-2次，未使用軟便藥。

3.活動運動型態

日常生活可自理並自行進食，需他人陪伴注意活動安全。11/18入院時雙上肢肌力3分，雙下肢肌力2分，氣管內管留置接呼吸器使用，痰液無法自行咳出，胸部X光片顯示雙側肺部浸潤；案妻：「一直咳，好像有很多痰！」。案子：「機器一直叫!我爸一直咳，臉紅、很喘」。聽診呼吸音為雙下肺葉濕囉音，呼吸喘至38-42次/分，SpO₂：86-90%。11/19微弱咳嗽音，11/20痰液黏稠、量多呈黃色，口水量多，抽痰次數每小時1次，ABG 為PH:7.349、PaCO₂:40.7、PaO₂:82.8、HCO₃⁻:21.9，唇色微紫。11/20-11/26因生命徵象不穩定，升壓劑Levophed使用，血氧不穩未通過呼吸器脫離測試。

4.睡眠及休息

個案最近兩個月在家睡眠每天超過12小時，一天斷續睡約3-4小時。入院後，個案在急性期鎮靜劑(dormicum pump)使用。

5.認知感受

11/18入院時意識狀況為E4VTM5，雙耳重聽，大聲叫喚個案可睜眼。11/19肩膀、雙腳微震顫，11/20持續軀幹四肢抽動。於11/25 GCS：E2VTM2，意識未甦醒，雙側瞳孔大小皆2.5-3.5mm，對光反應不明顯。

(二)心理層面

11/26案妻於會客時間探視，態度顯關切、焦慮，於個案耳邊說些家中事給個案聽。11/27案妻：「我老伴曾說，無法醫就不要讓他受苦，他想舒服走，不要整天躺床上，等死啦！」。12/1案妻搖頭嘆氣：「我老伴一直躺床上！真糟糕！」。12/3案子表清淡漠，語氣失落：「爸爸這次應該是出不去了！」。12/6案妻探視時哭泣，搓雙手，低頭沉思：「不要讓他在醫院受苦啦！」。12/7案子：「爸爸，日子不多了，我上班忙，不常陪他說說話！」。12/9案妻：「管子拔掉後會不會不舒服？」

個案身體虛弱，日常生活需案妻幫忙，11/20案妻：「我先生曾說，覺得自己很沒用，什麼事情都要別人幫忙，在家裡常常感覺他很緊張」。11/26案妻：「我先生曾說過一旦病醫不好，要舒服的走，若拔管後又喘起來，不要再插管了」，12/6案妻：「這陣子家人心裏有底，他隨時會走，所以兒媳也跑來跑去，沒心上班啦！」。

(三)社會層面

個案原本是家中主要決策者，入院後由案妻、兒子及媳婦輪流探視，家庭成員互動良好。11/20案妻情緒低落表示：「老伴這幾年受盡病痛折磨，沒有享福過，捨不得他走！」，12/6案媳婦表情嚴肅、皺眉且僵硬，雙手撫摸著個案的身體，說話時嘴唇顫抖並流淚。

(四)靈性層面

民間信仰，以前節日會和案妻去廟宇拜拜，2年多來因血液透析體力差，未曾去廟宇拜拜。12/7案妻：「能讓他好走

最重要，求菩薩保佑！」。

問題確立與護理計畫

綜合以上評估，確立個案有低效性呼吸型態、腦組織灌流改變、營養狀況少於身體需要、尊重病人之自主權、預期性哀傷等健康問題，評估個案危急程度挑選三項健康問題，分述如下。

(一)低效性呼吸型態／因噎食致肺部擴張不全(11/18-11/30)

主客觀資料

- S1：11/18案妻：「一直咳，好像有很多痰！」。
- S2：11/18案子：「機器一直叫!我爸一直咳，臉紅、很喘」。
- O1：11/18氣管內管留置，痰液無法自行咳出。
- O2：11/18胸部X光片顯示雙側肺部浸潤。
- O3：11/18雙下肺葉濕囉音，呼吸喘至38-42次/分，SpO₂：86-90%。
- O4：11/19微弱咳嗽音。
- O5：11/20痰液黏稠、量多呈黃色，口水量多，抽痰次數每小時1次。
- O6：11/20 ABG 為PH:7.349、PaCO₂:40.7、PaO₂:82.8、HCO₃⁻:21.9，唇色微紫。

護理目標

- 1.11/20個案配合呼吸器，呼吸:16-25次/分，SpO₂ ≥92%。
- 2.11/30協助下能除去個案呼吸道的分泌物，抽痰次數每2-3小時1次。

護理措施

- 1-1.評估氣管內管位置及輕柔固定，以避免管路滑脫。
- 1-2.維持採抬高床頭30-45度的姿勢，使肺部完全擴張。

1-3.使用魔鬼氈固定呼吸器管路，避免呼吸器管路拉扯，並適時排除管路積水。

1-4.追蹤胸部X光檢查結果。

1-5.於會客時間主動向家屬說明呼吸狀況，減輕家屬的不安。

2-1.需要時以無菌技術抽吸氣管及口鼻分泌物，維持呼吸道通暢。

2-2.每日單時執行翻身及背部叩擊。

2-3.每8小時聽診呼吸音，評估呼吸型態、咳嗽能力與痰液性狀及量。

2-4.與醫師討論QID使用拍痰機，根據個案痰液量及胸部X光，彈性調整使用次數及時間。

評值

1.11/20個案配合呼吸器，呼吸:16-25次/分，SpO₂:92~96%。

2.11/30每3小時抽痰1次，痰液微黏、量中色黃。

(二)尊重病人之自主權／與代理決策撤除維生醫療有關

(11/27-12/10)

主客觀資料

S1：11/27案妻：「我老伴曾說，無法醫就不要讓他受苦，他想舒服的走，不要整天躺床上，等死啦！」

S2：12/1案妻搖頭嘆氣：「我老伴都一直躺床上！真糟糕！」

S3：12/6案妻探視時哭泣，搓雙手，低頭沉思：「不要讓他在醫院受苦啦！」

S4：12/7案妻：「能讓他好走最重要，求菩薩保佑！」

O1：末期腎臟病。

O2：不可逆缺氧缺血性腦病變合併多重

器官衰竭。

O3：個案無決策能力且未簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。

護理目標

1.12/5案妻主動向其家人表達讓個案善終的想法。

2.12/9家屬針對撤除維生醫療之決策達成共識並簽立同意書。

3.12/10全部家屬參與撤除醫療之流程。

護理措施

1-1.11/27安排第一次家庭會議，由主治醫師向家屬說明個案病情，告知家屬有長期照護或撤除醫療之選擇，在旁陪伴評估家屬的情緒反應、傾聽其意見，鼓勵家屬共同溝通。

1-2.12/1會診社工師與安寧個管師，與團隊成員共同評估家屬對於撤除維生醫療想法，以協助家屬做後續治療之決策。

2-1.12/1會診神經內科醫師與胸腔內科主治醫師，於電子病歷共同註記「末期個案」。

2-2.12/9安排第二次團隊成員與家屬開家庭會議，提供撤除維生醫療相關之訊息並解答其疑問，了解家屬對於撤除後相關事宜包括喪葬準備度，並說明在醫院往生死亡診斷書的開立及離院程序。

3.解釋及協助家屬12/10執行撤除醫療之流程。

(1)07：30整理並提供安靜、隱私且溫暖的環境，於床邊使用唸佛機，以尋求心靈的平靜。

(2)09：00撤除維生醫療前一小時依醫

囑給morphine 3mg SC stat，撤除前30分鐘buscopan 20 mg IVA stat、solu-cortef 100mg IVA stat，以緩解疼痛、喉頭水腫及呼吸哮鳴的問題，減少不舒服。

- (3) 陪伴在個案旁，由主治醫師向家屬說明開始啟動撤除維生醫療，安排社工師與安寧共照師陪同家屬於會客室等候。
- (4) 於呼吸治療師調降呼吸器過程中，觀察其呼吸及血氧狀況，依反應調整嗎啡及鎮靜藥的劑量。
- (5) 由主治醫師移除氣管內管後，監視器警告聲調成靜音，輸液幫浦與呼吸器輕移至床尾，將床旁布置素潔較寬敞的環境，提供座椅容納7位家屬一齊陪伴。
- (6) 將個案頭抬高或側睡，利口水流出，或用棉花棒將口腔分泌物清出；四肢冰冷及發紺，予保暖但不要過於厚重，防止不適；意識由嗜睡、昏迷到死亡，減少刺激，家屬可慢慢與個案說話道別。

評值

- 1.12/5案妻：「我已經與兒媳說，讓他們的父親快活走，完成他的心願」。
- 2.12/9家屬於家庭會議中與醫療團隊達共識並簽立同意書，決定隔日撤除維生醫療。
- 3.12/10 7位家屬於病房輪流陪伴，期間再增加嗎啡劑量緩解個案呼吸困難，至12：30個案往生，家屬皆隨側在旁。

(三) 預期性哀傷／與重要親人將瀕臨死亡有關(11/26-12/10)

主客觀資料

S1：11/20案妻：「老伴這幾年受盡病痛折磨，沒有享福過，捨不得他走！」

S2：12/6案妻：「這陣子家人心裡有底，他隨時會走，所以兒媳也跑來跑去，沒心上班！」

S3：12/3案子語氣失落：「爸爸這次應該是出不去了！」

S4：12/7案子：「爸爸，日子不多了，我上班忙，不常陪他說說話！」

S5：12/9 案妻：「管子拔掉之後會不會不舒服？」

O1：11/26案妻於會客時間探視，態度顯關切、焦心，於個案耳邊說一些家中事給個案聽。

O2：12/6案媳婦表情嚴肅、皺眉且僵硬，雙手撫摸著個案的身體，說話時嘴唇顫抖並流淚。

護理目標

- 1.12/8案妻能對個案表達心中的感受。
- 2.12/10家屬能夠主動向團隊人員抒發悲傷情緒。

護理措施

- 1-1. 會客時間主動了解家屬對個案將過世的情緒反應與需求，予以傾聽及陪伴，並解釋說明其疑慮。
- 1-2. 當家屬有情緒反應或哭泣時，給予輕拍肩膀及陪伴，鼓勵說出心中的感受，同理其心中不捨，告知會陪伴家屬度過此過程。
- 1-3. 彈性調整會客時間，讓家屬多陪伴個案。
- 1-4. 圍起隔簾，給個案及家屬一個安靜不受打擾的環境。
- 2-1.12/9引導家屬生命回顧，回憶與個案相處時光，肯定個案與妻子相互扶持

討論與結論

本文描述一位昏迷且呼吸器依賴長期接受血液透析之末期腎臟病個案，護理期間筆者運用安寧療護全人、全家、全隊、全程的四全理念，為個案代言，召開家庭會議、釐清案妻心中的疑問。12/15電話訪問時案妻表示：「很感謝加護病房幫助老伴善終，這幾天我們回憶以往的生活點滴、兒媳肯定他們父親對家庭的付出，人生得啦！不用再受苦了！」。個案能於加護病房善終且家人無遺憾，對於加護病房醫護人員是鼓舞與支持。

經此照護經驗。筆者提出二項照護限制與建議，其一：加護病房拔除氣管內管常規由呼吸治療師執行，當天上班呼吸治療師突然提出心理壓力大無法執行拔管動作，於不驚擾家屬狀況下，改由主治醫師執行拔管。此照護限制與蕭等(2014)研究中指出呼吸治療師在撤除維生醫療中應扮演重要的角色，但只有1/3受訪者曾有臨終拔除氣管內管的經驗，且對臨終撤除呼吸器的認知與態度仍相當陌生之研究結果相似。故建議全院各職類成員皆應接受撤除維生醫療照護之訓練，更需於病房團隊會議宣導並包容現階段尚無法接受撤除維生醫療的團隊成員。其二：已長期接受血液透析末期腎臟病個案未預立醫療決策，面臨突發狀況而急救並執行過多侵入性治療，家屬對於撤除維生醫療與緩和照護的概念，於此次入住加護病房才被引導思考，故建議針對末期腎臟病個案，原醫療團隊應於常規血液透析治療時及早衛教個案預立醫療決策之重要性，減少個

之過往，與子女相處甜蜜的回憶，鼓勵家屬幫個案身體按摩時，向個案道謝，肯定個案一生的陪伴及付出。

- 2-2.依照個案及家屬的宗教信仰，胸前放置家屬求來的護身符，床頭放置佛珠。
- 2-3.12/9向家屬保證撤除過程會讓個案獲舒適，使用相關用藥，例如嗎啡、類固醇及鎮靜類藥物，以緩解疼痛、喉頭水腫及呼吸哮鳴的問題，協助改善症狀。
- 2-4.12/9了解家屬葬儀準備情形，主動提供相關資訊及協助。
- 2-5.12/10引導家屬在陪伴個案瀕死過程中，能夠於個案身旁陪伴握著個案的手向個案道謝、道愛、道歉、道別。
- 2-6.個案往生後徵求家屬的意願，引導家屬一起執行遺體護理，包括用熱毛巾淨身，過程適度覆蓋遺體避免暴露，梳理乾淨整齊；換穿個案最喜歡的衣服，維持其容貌莊嚴。
- 2-7.12/15致電案妻，了解家屬葬儀處理情形，並持續追蹤情緒調適狀況。

評值

- 1.12/8案妻：「尊重你的意思，讓你快活走，也讓兒媳放心啦！」。
- 2-1.12/9案子在個案旁做生命回顧時，提到父親對家庭的付出，大家以面紙拭淚。
- 2-2.12/10案妻主動向筆者說到：「雖然心裏不捨，但看到老伴能平靜無痛苦的走，內心欣慰無壓力」。

案生命末期於突發狀況下遭受過多的侵入性醫療照護。

參考文獻

- 中華民國總統府公報(2013)·安寧緩和醫療條例·取自：<http://www.president.gov.tw/Default.aspx?tabid=84&lctl=view&itemid=9625&ctid=96&q=>
- 行政院衛生福利部中央健康保險局(2009)·新增八類非癌症重症末期個案也能接受安寧療護服務-並正式納入健保給付。取自：http://www.nhi.gov.tw/information/News_Detail.aspx?menu=9&menu_id=544&No=808
- 吳春桂、林宏茂、林芳如、林亞陵、蔡紋苓、廖婉伶…黃勝堅等(2011)·重症生命末期照護之新趨勢·*台灣醫學*，15(1)，37-46。doi:10.6320/FJM.2011.15(1).07
- 許禮安、高以信、黃裕雯、高碧月、許煌汶、根秀欽(2015)·安寧緩和療護(一版)·臺北市：華杏。
- 陳玉葉(2014)·談末期病人不予/終止/撤除為生醫療與護理角色·*全聯護訊*，108，12-15。
- 陳夏蓮(2011)·呼吸系統疾病個案之護理·於胡月娟總校閱，*內外科護理學*(三版)，1034-1050頁·臺北市：華杏。
- 陳淑雅、胡文郁、楊郁、高芷華、何昌益(2011)·安寧緩和醫療於末期腎臟病透析老年個案之應用·*臺灣醫學*，15(3)，311-319。doi:10.6320/FJM.2011.15(3).10
- 黃政文、蔡宏斌(2016)·生命末期腎臟病人安寧

- 緩和醫療評估指引·臺北市：臺大醫院。
- 黃靜微、林家綾、喬佳宜、程子芸、林麗秋、郭惠敏、張秉宜合譯(2014)·最新護理診斷手冊：護理計畫與措施·臺北市：華杏。
- 蔡甫昌、方震中、陳麗光、王榮德(2012)·長期呼吸器依賴病患撤除維生治療之倫理法律議題·*台灣醫學*，16(2)，156-173。
- 蕭秀鳳、林蕙鈴、周蘭娣、高國晉、蔡熒煌、許光宏(2014)·呼吸治療師對不施行心肺復甦術及終止或撤除人工氣道態度及其相關因素探討·*呼吸治療*，13(2)，1-10。
- Hwang, S. J., Tsai, J. C., & Chen, H. C. (2010). Epidemiology impact and preventive care of chronic kidney disease in Taiwan. *Nephrology*, 15(2), 3-9.
- Kane, P. M., Vinen, K., & Murtagh, F. E. (2013). Palliative care for advanced renal disease: A summary of the evidence and future direction. *Palliative Medicine*, 27(9), 817-821. doi:10.1177/0269216313491796
- Olivier, L., Leloup, M., & Mamzer, M. (2015). Withholding or withdrawal of treatment under French rules: A study performed in 43 intensive care units. *Annals of Intensive Care*, 5(1), 1-12. doi:10.1186/s13613-015-0056-x
- United States Renal Data System. (2015). End-of-life care for patients with end-stage renal disease: 2000-2012. Retrieved from https://www.usrds.org/2015/download/vol2_14_EOLCare_15.pdf

An Intensive Care Experience of Withdrawal of Life-Sustaining Treatment from an End-Stage Renal Disease Patient

Ya-Huei Chen, Chi-Yuan Yi*, Pao-Chun Tsai*

ABSTRACT

This article aimed to present an intensive care experience of an end-stage renal disease patient on chronic hemodialysis withdrawing from life-sustaining treatment after admitted to ICU due to coma after choking. The nursing period lasted from November 18th to December 10th, 2015. The authors utilized Gordon's functional health patterns for a comprehensive assessment. Data was collected by direct nursing, physical assessment, observation, and interview. The patient's health problems were ineffective breathing pattern, readiness for enhanced decision making, and anticipatory grieving. We recommend all healthcare professionals regardless of disciplines to receive training on withdrawal of life-sustaining treatment. We would also like to promote early medical decision making for end-stage renal disease patients to effectively enhance the quality of care for these patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2019; 18:2, 108-117)

Keywords: end stage renal disease, intensive care unit, withdrawal of life-sustaining treatment

Head Nurse, Taichung Veterans General Hospital; RN, Taichung Veterans General Hospital*

Accepted: October 29, 2018

Address correspondence to: Chi-Yuan Yi 40705 Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, Taiwan 40705, Department of Nursing Taichung Veterans General Hospital

Tel: 886-928-175-372 ; E-mail: yichiyuan@yahoo.com.tw