

照護一位脊髓星形細胞瘤 併發急性呼吸衰竭病人 預立醫療決策之護理經驗

李慧玲¹、吳春桂²

中文摘要

本文描述脊髓星形細胞瘤併發急性呼吸衰竭病人，面對病情危急時的恐懼與預立醫療決策之焦慮及案母對於病情變化引發照護緊張的護理經驗。護理期間2018/11/21~11/29，以Gordon十一項健康功能型態進行護理評估。健康問題：氣體交換障礙、焦慮、照顧者角色緊張。護理措施：跨團隊合作照護及呼吸器脫離訓練計畫，發展照護技術步驟圖示卡以手機錄影方式教導照護技巧，鼓勵參予治療計畫澄清疑問緩解心理壓力提升生活品質。建議臨床複雜情境及不符合重大疾病健保給付或長照2.0補助範圍者，利用院內社工資源或社會福利團體補助減輕經濟或照顧負擔。。(志為護理，2022; 21:2, 111-120)

關鍵詞：急性呼吸衰竭、焦慮、照顧者負荷

前言

文獻指出，每十萬人口中罹患脊髓星形細胞瘤(Spinal Astrocytoma)人數約為0.8-2.5人，再發生率約4-10%(林等，2010)，一旦腫瘤壓迫或轉移造成脊髓功能損傷會造成相當程度的後遺症而演

變為長期臥床，併發症使病患反覆進出醫院，甚至引發急性呼吸衰竭造成死亡(許、戴，2016)。在臺灣死亡是忌諱的，生死交關之際才會討論到預立醫療決策議題，當病人病重或神智不清時，已無法參與討論，最終皆由家屬來決定病人末期決策與治療方向，除影響病人

臺大醫院雲林分院護理長¹、臺大醫院雲林分院督導長²

接受刊載：2021年8月10日

通訊作者地址：吳春桂 640 雲林縣斗六市雲林路二段579號 臺大醫院雲林分院護理部

電話：886-5-5323911 #2258 電子信箱：Y00135@ms1.ylh.gov.tw

醫療自主權及疾病尊嚴，更讓家屬面臨不同層面的心理壓力(陳、林，2015)。一線醫療人員除執行醫療照護，更應將預立醫囑的概念傳達給病人及家屬，提升醫療自主權，讓病人獲得更完善的照護品質。

本篇是探討一位因星狀細胞瘤壓迫脊髓導致行動不便、肢體癱瘓個案，因長期臥床導致肺炎併發急性呼吸衰竭入院，經評估應放置氣管內管改善呼吸喘情形，同時亦向個案及家屬提出簽屬預立醫囑之選擇，讓個案與案母感受到震驚、挫敗，因為如此努力與配合治療，卻仍必須面臨死亡的情境，引發筆者進一步探討動機，藉此特殊疾病照護經驗，提供護理專業領域參考。

文獻查證

一、脊髓星狀細胞瘤常見問題及其護理

脊髓星形細胞瘤屬瀰漫性原發纖維瘤，佔原發性髓內腫瘤的30% (Lavrador, J. P et al., 2017)，臨床上少能經手術完全切除，症狀多以疼痛表現。當逐漸惡化則造成患者肢體無力、感覺減退、行動不便、失禁及癱瘓等(楊等，2013)。長期臥床容易引起墜積性肺炎、肺活量減少和二氧化碳滯留，引發急性呼吸衰竭造成死亡(許、戴，2016)。

急性呼吸衰竭(acute respiratory failure, ARF)指肺部氧氣及二氧化碳的交換無法應付身體所需，出現缺氧和呼吸性酸中毒，常見呼吸困難、費力(白，2018)。氧氣治療為主，必要時放置氣管內管保持呼吸道通暢，或使用非侵入式正壓呼吸器(bilevel positive airway pressure,

BiPAP)增加通氣量，減少耗費能量改善二氧化碳滯留(何、廖，2015)。護理措施(一)維持有效呼吸型態：評估呼吸速率、深度、使用呼吸輔助肌，監測生命徵象及動脈血液氣體數據(二)維持呼吸道通暢：聽診呼吸音，利用叩背、震顫及姿位引流，必要時抽痰促進痰液排出，抽痰前後予100%氧氣(三)維持足夠氣體交換：觀察是否缺氧並監測血氧變化，抬高床頭促進血液循環增加氣體交換(白，2018)。家屬是最大支持者，透過互動與支持系統，緩解因疾病產生的焦慮情緒(Jiang & He, 2012)。

二、病人面對預立醫療醫囑之焦慮問題及其護理

自主權利法第14條第1項：除末期病人，包括處在不可逆轉的昏迷、永久植物人狀態、極重度失智情形，及經中央主管機關公告的疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之5種臨床情況，預立醫療決定皆可實施(衛生福利部，2018)。

癌末病人常須忍受罹癌的生理不適及心理壓力，對於無法掌握疾病更是焦慮的來源，焦慮的特徵會有莫名的被威脅感，情緒變化而產生生理、心理及情感上的變化(藍蕙娟、謝，2015)。醫療團隊在疾病初期告知病人疾病歷程讓病患參與治療計畫，針對焦慮作出澄清與討論緩解焦慮情緒並思考面對臨終時的期望與想像，在可控制狀態下了解預立醫療決策的涵義，擁有自主性思考末期決策，臨床醫療團隊應透過任何形式諮商會議，選擇最佳治療方式，當疾病發展

至不可逆時減少無效醫療，以舒適、減輕疼痛、愛及五全照護為目標，提升臨終照護品質降低焦慮，以達生死兩無憾(陳、林，2015；藍堉瑄等，2020)。

三、長照病人之主要照護者負荷及其護理

照護者負荷(caregiver burden)指照顧者因執行照顧角色被剝奪個人時間進而影響身心狀態、社交狀況及經濟來源，產生身、心、靈不適的負面反應(柳等，2014)。高負荷照護活動容易產生憂鬱、焦慮和壓力，睡眠亦受影響，家庭關係因此惡化，照護期間可尋求跨團隊介入提供照護技巧，轉介社會資源，藉由關懷與傾聽鼓勵照護者說出面臨問題，讓病人及照顧者得到支持(李、莊，2018)。

護理過程

照護期間為2018年11月21日至2018年11月28日，運用Gordon十一項健康功能評估收集資料，並於出院後持續追蹤。

一、個案基本資料

30歲女性，未婚，高中肄業，信仰基督教，肢體攣縮無力，ADL：0分，輪椅代步，藉由網路資訊取得外界訊息。父親已過世與媽媽同住，排行老大，弟妹皆在外地工作，經濟來源為媽媽幫忙種菜及弟妹不定時給予，主要照顧者與決策者為案母。

二、病史與治療過程

無藥物、食物過敏及高血壓、糖尿病等慢性病家族史，2001年(13歲)脊椎側彎開刀，2003年(15歲)時因不明原因雙手無力、腰背痛，檢查後診斷為脊髓

星形細胞瘤同年開刀治療，因腫瘤壓迫神經導致開刀後無法行走，以電動輪椅輔助活動，休養一年後繼續高中學業，復學後肢體功能逐漸喪失，高二時因身體不堪負荷休學，期間常規追蹤發現腫瘤轉移，評估後建議保守治療，2007年脊椎側彎植入金屬物感染及背部壓瘡進行清瘡與金屬固定器移除，2007-2018年因發燒併發肺炎或泌尿道感染住院多次，2018/11/20因呼吸喘、痰液不易咳、嗜睡入急診，動脈血液氣體分析值PH：7.292、PCO₂：77.2mmHg、PO₂：82.6mmHg、HCO₃⁻：36.5mmol/L，診斷為高碳酸血症、二氧化碳滯留，以非侵入性正壓呼吸器治療，因療效不佳經醫師解釋後建議放置氣管內管緩解呼吸喘情形，案母對於插管無法接受，先以BiPAP治療，11/21辦理住院。

三、護理評估

(一) 健康認知與健康處理型態

2003年患病至今15年，期間若不適即到醫院就診，因腫瘤壓迫神經導致長期臥床，11/21入院動脈血液氣體分析值PH：7.341、PCO₂：60.6 mmHg、PO₂：53.4mmHg、HCO₃⁻：32.0mmol/L、base excess：6.3 mmol/L，痰液無力自咳給予抽痰並依醫囑執行combivent 1Amp inhalation Q6H、musco 1# PO TID。11/22個案：「國三前身體都很好，生病後狀況越來越糟，完全要靠媽媽協助」，與個案談及疾病歷程表示也沮喪過，但現在能輕鬆面對了，疾病造成家中經濟及照護負擔無法釋懷，11/23案母：「唯一的信念是相信醫師，以醫師的意見為主要決策考量」。

(二) 營養與代謝型態

11/21個案體重40Kg，肢體攣縮以量測膝長推估身高約144公分，BMI：19kg/m²。視診下眼瞼及皮膚蒼白、四肢末梢冰冷，因配合案母工作，三餐進食時間不固定，11/23案母：「除正餐及牛奶外，也會買她喜歡喝的手搖飲」、「現在吃的少，有時一餐只吃1~2口飯，她想吃甚麼就吃什麼」，住院期間觀察個案平均飲食，早餐一罐亞培牛奶，中餐2/3碗米食，晚餐1/2碗稀飯，案母表示住院期間飲食量無變化。11/21抽血報告NA⁺：140mmol/L、K⁺：4.0mmol/L、Alb：3.4g/dL、HB：12.4g/dl。

(三) 排泄型態

使用尿布，尿液仍可自解量少，案母每日視尿量給予單次導尿2-3次，因急性期需監測尿液輸出量，11/21依醫囑置放導尿管，尿液色黃、清澈無沉澱物無發燒感染症狀，U/A WBC：0-2/HPF、bacteria：Neg/HPF，11/29出院移除尿管，每日排便約1-2次，黃色量少稀狀，聽診腸蠕動8-10次/分，觸診腹部柔軟無壓痛。

(四) 運動活動型態

肢體肌肉萎縮活動受限於輪椅，四肢muscle power皆0分，ADL：0分。11/21胸部x光：雙側肺部浸潤，配戴BiPAP設定I/E：20/6、RR：20次/分、O₂：3L/min，BT：37.5度、HR：98次/分、RR：26次/分、BP：132/80mmHg、SPO₂：83%。11/23案母：「因為她沒辦法自己動，有空就幫她肢體伸展按摩，希望可以減慢她肢體攣縮速度」，11/23觀察到案母與個案聊天時，習慣性協助個案做

肢體的伸展活動，白天坐於輪椅上使用BiPAP降低臥床時間。

(五) 睡眠休息型態

在家無固定睡眠時間，夜眠約9-10小時，自備改良式輪椅椅背可至完全平躺，半坐臥時可架設餐桌，11/21個案：「平躺時會呼吸不順，半坐臥睡會比較舒服」，觀察個案睡眠時間多在特製輪椅，夜間BiPAP的聲響使個案睡眠易片斷，未使用安眠輔助藥物，11/22個案：「我覺得我又開始喘喘的，痰咳不出來，沒辦法休息」，11/24夜間可睡眠7-8小時，11/25個案：「我的輪椅是特製的可以平躺，在家想睡就睡，媽媽去工作時我就看個電視，累了就直接在輪椅睡覺」，因病房靠近護理站，案母短暫外出時會將個案推至病房門口，護理師可隨時注意個案狀況並與其互動。

(六) 認知與感受型態

意識清醒GCS：E4V5M1，對人、時、地點和記憶力清楚。11/22-28住院期間在抽痰時感短暫不適，無其他疼痛情形。2016年由「社團法人臺灣破冰專業服務協會」協助申請頭點機(頭部紅外線滑鼠)，代替手持式滑鼠以利電腦使用，11/26個案：「有頭點機後生活比較有趣，會用臉書或Line來與外界溝通，能夠上網看影片及知道現在流行甚麼就已經讓我很開心了」，與個案談及此次疾病的醫療決策相關事項時可明顯感受其情緒緊張，眼神隨時注意媽媽的情緒變化，11/22個案：「簽了不急救同意書，如果又變喘了，是不是就不救我了?」、「醫師說我甚麼時候走也不知道，但我不能那麼快就死掉！」。

(七) 自我感受與自我概念型態

自覺開朗樂觀又獨立不喜歡麻煩別人，剛罹病時與媽媽皆積極面對，隨著狀況越變越差也讓自己越來越沮喪，父親過世後媽媽重心皆在個案身上，個案擔心離開將會造成媽媽很大的衝擊，現在的狀況又加重媽媽照顧上的負擔，11/21個案：「誰可以接受開完刀就不能動，而且越來越糟，我也想問為什麼是我？」、「如果我走掉了，媽媽怎麼辦？」、「第一次覺得那麼接近死亡，會不會喘一喘就不喘了，我只能決定要不要插管，沒有其他選擇嗎？」、「什麼是共同的醫療決策？」。

(八) 角色關係型態

第一角色為女性，第二角色為女兒、姐姐，第三角色為病人，家中成員相處和睦，母女關係緊密，自覺造成媽媽的負擔，遇到任何問題都讓媽媽做主要決定。幾乎沒有社交活動，沒有特別想完成的事情，只期望自己身體能平順，不要再造成媽媽的照顧負擔。住院期間案母對於個案照護相當盡心，可感受到個案為案母的生活重心。

(七) 性生殖功能型態

案母表示個案月經來時經血量少，沒有不舒服的感覺，無記錄月經周期，床上沐浴時觀察個案會陰部外觀正常無分泌物。

(七) 壓力調適與耐受型態

談及未罹病前語調平順無太大的情緒起伏，11/22個案：「生病後對媽媽充滿了愧疚感，要顧我還要工作，沒幫忙賺錢還一直花錢」，因醫囑夜間睡眠時需佩戴呼吸器輔助，讓個案擔心這筆額外

花費，11/23個案：「媽媽那麼辛苦都覺得她快撐不住了，我也想她能夠休息」，11/23案母：「醫師跟我說過，她可能睡一睡就走了，每次一有狀況都讓我特別緊張與擔心！」，11/23教導案母學習抽痰技巧，因個案抽痰過程中的不適，使案母對於學習顯退卻，案母：「真的覺得她抽痰很不舒服，一定要抽痰嗎？晚上還要裝呼吸器，都不能回去怎麼辦？」，11/24與案母會談返家計畫，觀察案母神情焦慮，緊張、不知所措，案母：「醫療儀器都很貴，用租的也要好幾千塊，醫院有在借嗎？」，11/25案母：「照顧她我也會累，晚上也睡不好，常常都會頭痛」。

(十一) 價值與信仰型態

個案與案母皆為基督教徒，若身體狀況許可案母會開車載往教堂聚會，11/26個案：「信仰是我重要寄託，上帝帶領我渡過許多困境」，11/26案母在病房關懷白板寫聖經的內容「願耶和華向你仰臉，賜你平安」鼓勵個案。

問題確立

筆者經上述評估後，歸納其問題如下：

一、肺炎導致呼吸衰竭引起氣體交換障礙

個案於11/21入住病房時，呼吸喘使用呼吸輔助肌，需24小時持續佩戴BiPAP，胸部x光：雙側肺浸潤，聽診呼吸音：雙側喘鳴音，觀察個案平躺時容易呼吸不順，自訴半坐臥睡會比較舒服；11/21抽血動脈血液氣體分析PH：7.292、PCO₂：77.2mmHg、PO₂：82.6mmHg、HCO₃：36.5mmol/L。

二、面對醫療決策及可能死亡恐懼感到

焦慮

因個案第一次感到自己那麼接近死亡，擔心自己的死亡會對媽媽造成衝擊，在與個案談及醫療決策事項時明顯感受其情緒緊張，眼神直視遠方，皺眉、面露擔憂神情，對於簽署不急救同意書仍然充滿疑慮，認為簽了不急救同意書後，如果又變喘，就不會再給予個案任何得醫療處置，個案與筆者對話時案母在旁顯焦躁並多次嘗試打斷醫療團隊與個案對話。

三、疾病變化及學習新技能使照顧者角色感到緊張不安

案母雖照護個案已有數年時間，長期照護也造成媽媽健康受到影響，但每次一有狀況還是會特別緊張與擔心，醫師曾向媽媽說過，個案也許於睡夢中就會離開，觀察個案住院期間接受抽痰治療時，案母會下意識避開視線，對個案因接受抽痰處置而帶來的不適感到不忍心，並在裝置呼吸器時顯示肌肉緊繃、手部顫抖，對於學習抽痰技術與呼吸器照護充滿抗拒與不安。

護理措施與執行過程

筆者運用以下措施，依照呼吸器脫離訓練計畫改善個案呼吸喘情形，並以直接教學及拍攝影片方式進行回覆示教，教導家屬返家後完善照護技能，緩解個案與照顧者焦慮不安情形。

一、依照呼吸器脫離計畫逐步脫離呼吸器及密切監測動脈血液氣體分析數據

1. 護理目標：

11/25前肺部呼吸音清晰、胸部X光清

澈，BiPAP使用SPO2維持在95%以上，並依呼吸器脫離訓練計畫於11/27前夜間使用BiPAP的時間可小於5小時。

2. 護理措施：

每4小時給予監測生命徵象及血氧值，維持輪椅椅背30度增進血液循環，指導並告知避免突然改變姿勢以防影響呼吸型態，協助案母幫個案轉位移位時，當從躺姿改為輪椅坐姿時應採漸進式移動，以雙手繞過病人腋下，手掌環扣於病人後背，並且停留於床上坐姿約5分鐘再平行移動至輪椅上。使用自製之顏色辨識卡，教導案母及個案返家後可由唇色及趾甲床判別有無缺氧徵象；11/22教導個案噉嘴式呼吸，吸氣時使用鼻子吸氣嘴巴閉氣，將嘴巴噉起像吹蠟燭方式緩慢將氣由嘴巴吐出，心中默念1、2、3、4，一天四次，每次至少10分鐘，避開飯前飯後一小時。

11/21依醫囑給予抗生素治療sintrix 1000mg IF Q12H in NS 100ml、combivent 1Amp inhalation Q6H，11/22由於病情變化更改醫囑為N/S 5ml inhalation Q6H，herbesser 30mg/tab 1tab PO Bid，11/22與醫師及呼吸治療師召開團隊會議，擬訂BiPAP診療計畫採間歇性模式，規劃白天與夜間各使用時間逐步脫離BiPAP治療，並決議醫療儀器以租賃合作方式選擇適合個案的廠商及型號，並在11/23進一步與醫療團隊擬訂呼吸訓練計畫，團隊共識確立由醫師開立醫囑weaning protocol當PCO2值小於50mmHg可先調整為O2 MASK 6L/min使用，紀錄配戴時間並觀察呼吸型態及意識狀況。

二、運用跨團隊合作照護模式緩解個案

焦慮情緒

1.護理目標：

11/24前個案能與醫療團隊共同討論說出焦慮的原因，並在11/25前能了解預立醫療決策的意義。

2.護理措施：

每日晨間治療前，主動表達關心及問候增加信任感，在執行醫療處置前詳細說明每個步驟，讓個案有安全感共同參與治療計畫，與個案會談溝通時專心傾聽表達內容，確保會談時間充分，並在會談時使用智慧型手機下載大自然音樂，使個案心情放鬆減輕焦慮，引導個案說出對於未來醫療處置的看法，給予心理支持及慰藉；11/23列印2017/3/11臉書文章瓊瑤女士-「寫給兒子和兒媳的一封信預約自己的美好告別」及2018/8/24安寧醫師朱為民-「人生最後的期末考」網路文章，說明其內涵，目的是可以自己主導、自己做主預立醫療決策，當醫療走到極限，指導個案事先選擇自己美麗的告別方式，避免造成家人的負擔，若到生命的終點家人也能堅強的好好活下去，當日請案母連絡個案之弟妹返家陪伴，讓個案感受到家人的關心與支持，了解並非是自己一個人獨自面對所有的醫療處置，引導家人說出彼此「心內話」凝聚家人相互扶持與關心一起面對；11/25與社工師共同探視個案及案母，肯定個案的努力與案母於漫長治療過程的付出，同日召開家庭會議，成員包括：心理師、社工師、醫師、個案及案母，告知所謂生命末期是指六個月內經醫師判定疾病病程已不可逆將接近死亡，治療目標以舒適不痛為主，避

免執行侵入性治療。

三、運用影片拍攝及回覆示教模式指導技能操作，提供多元資源分享

1.護理目標：

11/27前案母能正確執行抽痰技術及說出抽痰前後注意事項，於11/28前案母能正確操作呼吸輔助器面罩方式及儀器操作標準步驟。

2.護理措施：

發展BiPAP裝置操作及抽痰步驟示意圖卡，錄製呼吸治療師操作裝置BiPAP影片及護理師執行抽痰技術影片供案母居家參考，並於11/22-11/23循序漸進分段教導案母抽痰技術步驟與BiPAP使用步驟，使用案母手機協助錄影案母在操作儀器時影片，撥放影片針對操作錯誤處分段式指引與澄清；11/24照會社工提供院內補助資源，包括經濟及喘息服務，另外聯絡出院準備服務小組確立準備返家計劃及出院後照護方向，讓個案及案母能安心出院。並將護理站電話留給案母表達可以24小時接受諮詢，告知出院當天晚上會電話聯絡以追蹤返家情況，特別再提供居住地附近三家居家護理所服務模式供案母參考，讓個案出院後能得到持續性的醫療照護。

結果評值

(一)改善氣體交換障礙

個案11/23 SPO₂：98%，聽診呼吸音：輕微喘鳴音，可忍受無使用BiPAP 2小時，無呼吸不順；11/27 PH：7.319、PCO₂：46.4mmHg、PO₂：81.8mmHg與醫師及呼吸治療師討論後調整BiPAP配戴時間為夜間睡眠使用3小時；11/28生

命徵象BP：104/68mmHg、HR：89次/分、RR：16次/分、SPO₂：99%，呼吸喘情形改善聽診雙側呼吸音清澈，胸部x光清澈，BiPAP夜間睡眠使用3小時，觀察手指指甲紅潤。

(二)焦慮緊張情緒獲得緩解

個案11/23：「自從我生病之後，所有的日常生活都是媽媽在替我處理，這些事(簽署DNR意願書)讓媽媽決定就好，我已經造成媽媽負擔，但又擔心媽媽沒辦法接受我的離開」；11/25：「昨天睡覺前與媽媽聊了很久，她說雖然捨不得我離開，但也不希望我一直那麼累，希望我離開時能舒服一點」；11/25：「我知道當我的疾病無法控制時，我會比媽媽還早離開，但不希望我的離開造成媽媽的另一種壓力與負擔，謝謝你們讓我知道，我可以決定怎麼走自己的最後一段路」；11/26案母與案妹見證以蓋手印方式由案母代為書寫DNR意願書。

(三)照顧者技能學習獲得成效改善

11/24案母可獨立正確配戴面罩及操作BiPAP裝置並於11/26案母可在護理師陪同下獨立執行抽痰技術，說出抽前、後應給100%氧氣、進食前後1小時避免抽痰；11/29案母：「現在已經敢幫她抽痰了，熟練後就不會那麼緊張了。」

結論與討論

本文為脊髓星狀細胞瘤個案因腫瘤壓迫頸椎與胸椎導致長期臥床引發急性呼吸衰竭，筆者在此次護理照護經驗中，除依依醫囑給予必要的治療措施外，亦提供新聞事件中相似公眾人物案例，使個案同理而凝聚家人的向心力降低焦

慮，並以團隊合作模式讓案母學習抽痰及配戴呼吸輔助器，緩解案母擔心與焦慮情緒，提供相關資源補助讓個案在經濟及照護資源無後顧之憂。未來臨床照護有相似個案時，可以在第一時間尋求協助，快速取得醫療儀器，在住院期間學習返家後之醫療設備，讓照護者對於出院返家照護更具信心，使患者獲得更完善居家照護。

因為疾病不符合呼吸相關重大疾病及長照2.0服務範圍，使得個案後續照護及案母喘息服務有所限制。長期臥床嚴重依賴病人經濟負擔是沉重的，因健保法規與政策不符合重大疾病申請，無法獲得居家呼吸器補助，照護期間評估出經濟問題時照會社工師諮詢院內資源及緊急難救助金方式，減輕經濟壓力，建議臨床上若有相似案例且不符合補助條件時可以尋求院內資源幫忙，讓病患及家屬在與疾病奮鬥時能減輕經濟負擔。

參考文獻

- 白玉珠(2018)．呼吸衰竭病人護理．於吳孟凌總校閱，急重症護理學(一版，377-382頁)．華杏。
- 李芷宜、莊昭華(2018)．癌症病人主要照顧者照顧負荷之論述．*彰化護理*，25(3)，12-19。
[https://doi.org/10.6647/CN.201809_25\(3\).0004](https://doi.org/10.6647/CN.201809_25(3).0004)
- 何慧敏、廖淑貞(2015)．照護一位肌無力合併急性呼吸窘迫症候群患者之照護經驗．*領導護理*，16(2)，23-32。
[https://doi.org/10.29494/LN.201506_16\(2\).0005](https://doi.org/10.29494/LN.201506_16(2).0005)
- 林美妙、郭素青、陳佩英、何秀玉(2010)．一位脊髓星狀細胞瘤患者術後復健之護理經驗．*腫瘤護理雜誌*，10(2)，87-97。
[https://doi.org/10.6880/TJON.201012_10\(2\).07](https://doi.org/10.6880/TJON.201012_10(2).07)
- 柳秋芳、書儀、簡淑慧(2014)．從實證觀點談-

- 緩解癌症病人家屬負荷之介入處置・*腫瘤護理雜誌*，14，59-70。https://doi.org/10.3966/168395442014121403005
- 陳願任、林益卿(2015)・臺灣DNR制度與預立醫囑・*家庭醫學與基礎醫療*，30(11)，326-330。
- 許鈺絹、戴秀好(2016)・運用組合式照護於老年人中風後合併肺炎之護理經驗・*長庚護理*，27(1)，112-121。https://doi.org/10.3966/102673012016032701011
- 楊照彬、鄭均洹、李英玄(2013)・脊髓內星狀細胞瘤以頸背痛症狀呈現・*臺灣復健醫學*，41(1)，69-76。https://doi.org/10.6315/2013.41(1)08
- 衛生福利部(2018，無日期)・*病人自主權利法施行細則條文*・取自https://www.moh.gov.tw/cp-16-44221-1.html
- 藍堉瑄、林雅如、邱白恩、陳紀雯(2020)・一位肺癌末期病人與家庭照顧者共同面臨死亡適應過程之護理經驗・*長庚護理*，31(4)，559-570。https://doi.org/10.6386/CGN.202012_31(4).0009
- 藍蕙娟、謝春金(2015)・一位肺癌末期個案面臨死亡焦慮之護理經驗・*長庚護理*，26(1)，91-100。https://doi.org/10.3966/102673012015032601009
- Lavrador, J. P., Oliveira, E., Pimentel, J., & Livraghi, S. (2017). Adult pilocytic astrocytoma of conus medullaris: Clinical considerations and review of the literature. *CNS Oncology*, 6(2), 107-110. https://doi.org/10.2217/cns-2016-0030
- Jiang, X., & He, G. (2012). Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression, and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Research Nursing Health*, 35(4), 409-418. https://doi.org/10.6540/NTJN.2013.2.013

靜
思
語

甘願做，歡喜受。

～證嚴法師靜思語～

Be willing to do,
be happy to bear.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Experience in Patient Care and Autonomous Advance Decision Making With a Patient of Spinal Astrocytoma Complicated With Acute Respiratory Failure

Hui-Ling Lee¹, Chun- Kuei Wu²

ABSTRACT

This article describes my personal nursing experience in taking care of a patient with spinal astrocytoma, complicated with acute respiratory failure. During the nursing period from November 21st 2018 to November 29th 2018, we used Gordon's 11 Health Function Patterns for holistic nursing evaluation. The health problems included gas exchange disorder that contributed to the caregiver's anxiety. The measures we used this address this problem included collaboration across functional teams and protocoling a weaning strategy for respiratory training. We also introduced graphic cards and mobile phone-recorded teaching videos of nursing care to the caregiver. We strongly encouraged the patient to participate in his own treatment plan in order to clarify any doubts and questions and to relieve psychological pressure to improve quality of life. We also suggest that resources from hospital socialwork and non-governmental welfare organizations can be utilized by patients who have complex clinical conditions and do not meet qualifications of national health insurance or Long-term Care 2.0. (Tzu Chi Nursing Journal, 2022; 21:2, 111-120)

Keywords: acute respiratory failure, anxiety, caregiver burden

Head Nurse, National Taiwan University Hospital Yunlin Branch¹; RN, Nursing Supervisor, National Taiwan University Hospital Yunlin Branch²

Accepted: August 10, 2021

Address correspondence to: Chun-Kuei, Wu No.579, Sec. 2, Yunlin Rd., Douliou City, Yunlin County 640, Taiwan

Tel: 886-5-532-3911 #2258 E-mail: Y00135@ms1.ylh.gov.tw