

一位急性呼吸窘迫症候群個案 其家屬決定撤除維生醫療之 加護經驗

黃柏軒¹、紀巧玲²、粘雅淨³

中文摘要

本文為一位因確診嚴重特殊傳染性肺炎導致急性呼吸窘迫症候群個案放置葉克膜，最終家屬決定撤除維生醫療之加護經驗。照護期間自2023年10月21日至11月13日，藉由筆談、身體評估、觀察、病歷查閱與家屬會談收集資料，運用生理、心理、社會及靈性評估，確立健康問題有氣體交換功能障礙、抉擇衝突及預期性哀傷。照護初期除醫囑給予各項處置，更緊急啟動葉克膜爭取治療時間，經過一連串醫療照護後預期死亡仍不可避免，偕同跨團隊與家屬進行完善的溝通，引導做出生命末期決策，並在協助下完成四道人生，使個案得以善終，家屬也放下心中遺憾。期望此篇可作為日後照護參考，及時發現家屬在此過程的情緒變化及需求，才能達到全人、全程、全家的整體性照護。(志為護理，2025; 24:6, 113-122)

關鍵詞：急性呼吸窘迫症候群、氣體交換功能障礙、抉擇衝突、撤除維生醫療、預期性哀傷

前言

2019年嚴重特殊傳染性肺炎(coronavirus disease 2019, COVID-19)爆發，據資料統計，即便過了三年，2023年國人10大死因中COVID-19仍位居第六(衛生福利部，2024)。感染COVID-19多數會出現發燒、

倦怠感，嚴重則會引發急性呼吸窘迫症候群(acute respiratory distress syndrome, ARDS)需放置氣管內管輔助呼吸，甚至需緊急放置葉克膜爭取更多治療時間(鄭、鄭，2020；Gibson et al., 2020)。當經過一連串醫療照護預期死亡仍無可避免時，則需審慎與家屬溝通，思考撤除維生醫

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理師¹、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理長²、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院副護理長³

接受刊載：2025年6月18日

通訊作者地址：粘雅淨 833高雄市鳥松區大塊路123號

電話：886-7-731-7123 #2859 電子信箱：yaching79@cgmh.org.tw

療的必要性，避免無效醫療延長病人痛苦(陳婉君等，2020；蔡，2023)。然而撤除維生醫療的決定對醫療團隊與家屬而言絕非易事，如何透過完善醫病溝通，適時安寧介入引導進行生命末期的抉擇，及時發現家屬的情緒變化及需求，於重症末期照護格外重要(陳婉君等，2020；蔡，2023)。本文描述一位確診COVID-19併ARDS個案，經治療後家屬決定撤除維生醫療之加護經驗。照護過程因個案感染COVID-19導致雙肺瀰漫性浸潤，引發ARDS緊急協助放置葉克膜維持氣體交換爭取更多治療時間，但最終仍無法延緩病情惡化，家屬不捨個案離去也不希望個案痛苦，產生撤除維生醫療與否的抉擇衝突，且預期個案即將離世，於生理及心理上產生一連串哀傷反應。鑑於生命末期照護應以家庭為核心，並非僅止於個案本身，且重症單位常因忙於照護個案生理上的問題，忽略了家屬在面對至親即將離世時亦背負巨大的哀傷，故引發筆者撰寫此篇照護經驗之動機。期望藉由個別化的護理措施，除維持個案生理上舒適，更重要的是陪伴家屬度過親人即將離世的哀傷，達到生死兩相安，亦將此經驗分享，做為重症醫療團隊進行全人、全家、全程照護時參考。

文獻查證

一、COVID-19併ARDS之治療與照護

COVID-19為一種具有外套膜的RNA病毒，感染後嚴重會出現肺纖維化、肺部順應性下降、胸部X光呈現兩側瀰漫性肺浸潤等ARDS症狀(Gibson et al.,

2020、Meyer et al., 2021)，此時會放置氣管內管幫助氧合，並計算PaO₂/FiO₂(P/F ratio)了解ARDS嚴重程度，倘若氣體交換功能出現障礙，則會建立體外循環系統(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)合併使用鎮靜、止痛或肌肉鬆弛劑減少耗氧，改善肺泡氣體交換功能(陳柏豪等，2022；Tonna et al., 2021)。根據ECMO照護指引，治療目標維持PaO₂大於70mmHg，護理措施著重於協助每日追蹤胸部X光及動脈氣體分析、依醫囑投予抗生素與類固醇降低發炎反應、密切監測生命徵象、給予分泌物抽吸以維持呼吸道通暢、適當的胸腔物理治療增加通氣量、協助搖高床頭30-45度以促進肺擴張、減少會增加耗氧的活動(鄭、鄭，2020；Meyer et al., 2021；Tonna et al., 2021)，並進行多項數值監測，包括呼吸器通氣設定、動脈血壓、實驗室檢查與動脈氣體分析，根據數值調整ECMO設定(陳柏豪等，2022；Tonna et al., 2021)。然而ECMO使用目的在於爭取治療時間，無法治療疾病本身，倘若經過一連串醫療照護病人臨床問題仍無法改善，醫療團隊則需與家屬討論延續的必要性，避免無效醫療延長病人的痛苦(陳柏豪等，2022)。

二、影響撤除維生醫療之相關因素與護理

當醫療已無益於病情改善，進展至死亡已不可避免時，為維護末期病人最大利益，醫療團隊會與家屬討論撤除維生醫療的意願。面臨撤除抉擇無疑會讓家屬產生龐大的心理壓力，且據過往研究，住院天數大於21天、診斷有癌症、

具宗教信仰等因素皆會影響撤除維生醫療之決策(張、張，2022)，作為家屬與醫療人員間溝通的橋樑，護理措施應著重於了解家屬對治療的想法並幫助表達(陳婉君等，2020、Saeid et al., 2020)。透過家庭會議，說明病況及各項醫療決策的利弊，以尊重不批判的角度同理家屬做出的決定，衛教後續治療所需做的準備，時刻察覺家屬的情緒反應及心理需求，主動關懷，根據宗教信仰提供支持，減少家屬的徬徨與不安(宋等，2022；張、張，2022)。

三、末期病人及家屬身心照護

生命末期的照護不僅止於個案本身，而是以整個家庭為中心。於病人生理方面，末期病人會有疼痛、呼吸困難等不適，可給予止痛藥物進行疼痛控制並緩解呼吸困難；於家屬心理層面，在親人離世前的此段過程，家屬容易產生抑鬱、憤怒、罪惡感等負面情緒，而導致預期性哀傷的問題產生(Saeid et al., 2020)。根據學者陳婉君等(2020)與Saeid et al.(2020)研究，良好的溝通可有效幫助家屬接受哀傷的事實，以中立不批判的角度給予回覆，接納家屬過程中產生的負面情緒，提供表達情緒的空間，透過輕拍背部、提供衛生紙等具體行動，陪伴並安撫家屬情緒(陳柏豪等，2022；陳婉君等，2020)。提供舒適安靜的環境，彈性延長會客時間，可將有意義的宗教物品放置病床旁，偕同安寧共照師共同評估靈性需求，最後引導家屬一同回憶與親人的過往，陪伴度過哀傷過程，引導說出對親人的感謝、愛與歉意，最終道別，完成四道人生，使整

個過程得以圓滿(陳柏豪等，2022；蔡，2023)。

護理評估

一、個案簡介

鐘女士，61歲，大學畢業，已婚育有一女一子，與案夫同住，主要經濟來源為積蓄與子女，因案夫癌症住院治療，住院中主要決策者為案女，慣用語言為國語，無抽菸、喝酒、嚼檳榔，無藥物食物過敏史，宗教信仰為道教。2020年11月診斷急性骨髓性白血病，於2021年9月進行骨髓移植後定期於本院追蹤。

二、治療經過

2023年10月9日因呼吸困難至本院急診治療，COVID-19快篩呈現陽性，胸部X光顯示雙上肺實質病變及雙下肺浸潤，因血氧下降放置氣管內管接呼吸器使用，10月10日轉加護病房。個案意識清楚，10月25日呼吸喘予鎮靜藥物Midazolam 90mg in N/S 100cc run 3cc/hr，GCS呈E1VEM4。11月1日因ARDS放置V-V ECMO，放置後至11月3日前PaO₂皆大於70mmHg，11月5日因意識昏迷停止鎮靜藥物，病情急轉直下，周邊血氧88-89%，雙線升壓劑使用仍無法維持正常生命徵象，與家屬討論後於11月13日撤除維生醫療(ECMO與氣管內管)，撤除後當日死亡。

三、護理評估

照護期間自2023年10月21日至11月13日，藉由筆談、身體評估、觀察、病歷查閱等方式搜集資料，當個案意識不清時透過觀察及與家屬會談等方式搜集資

料，並使用生理、心理、社會與靈性四大層面進行評估如下：

(一)生理層面：

1.營養與代謝：入院時身高159公分、體重53公斤、BMI：20.9kg/m²，屬正常範圍。筆述飲食清淡，於家中每日三餐約1碗飯量，無服用保健食品習慣。10/21觀察口腔黏膜完整無破損，牙齒無搖晃、四肢末梢粉紅，觸診溫暖，四肢脈搏強度皆2+。因氣管內管留置，加護病房期間以鼻胃管批次灌食，每日灌食安素1500卡，每餐反抽皆無未消化物。10/21抽血結果Albumin：2.59g/dL、Na：145mEq/L、K：4.2mEq/L。

2.消化與排泄：筆述住院前排尿正常，每日排便一至兩次，皆為黃褐色成形便。10/21聽診腸蠕動音12-19次/分，視診腹部對稱、觸診腹部柔軟，無壓痛，叩診為鼓音，觀察每日可自解1-2次黃褐色糊便。因治療需密切監測尿量，10/23放置導尿管，觀察尿液色黃呈清澈狀，10/23-10/30每日尿量1200-1700cc，攝入排出量皆於±500cc內。

3.休息與睡眠：主訴住院前作息規律，每日約晚上10點入睡，隔日6點起床，每日可睡眠7-8小時不中斷，無服用安眠藥物習慣。查閱病歷發現住院初期因主訴睡不著，故於10/18起依醫囑使用Alprazolam 0.5 mg 睡前口服，10/21-10/23觀察使用安眠藥物後每日夜眠約5-6小時，若中斷可於3-5分鐘內再次入睡，日間活動時無打哈欠等徵象，閉眼休息時輕喚可叫醒。10/25因呼吸喘使用Midazolam 90mg in N/S 100cc run 3cc/hr，因此GCS呈E2VEM4。

4.活動與運動：個案表示平日生活起居可自理，每日會於自家附近公園走路運動，照護初期四肢肌力5分，因醫囑限制臥床日常需求由護理人員協助完成。因血氧下降留置氣管內管合併呼吸器FiO₂：45%使用，初期床上活動時呼吸平穩，周邊血氧可維持95-100%，10/21COVID-19快篩仍為陽性，10/22筆談：「很多痰都咳不出來」、「想把床頭搖高比較好喘」，聽診雙側肺部為濕囉音，10/23追蹤胸部X光呈現雙下肺實質病變、雙側肺葉瀰漫性浸潤，筆談：「感覺一直很喘」，血氧濃度88-89%，呼吸速率38次/分，於呼吸器FiO₂：60%使用下追蹤動脈氣體分析pH：7.464、PaCO₂：32.4mmHg、PaO₂：54.8mmHg、HCO₃：22.7mmol/L、SAT：91%、P/F ratio = 91.3mmHg，觀察於床上活動或翻身時呼吸速率會逐漸加快至30-32次/分，血氧下降至89-93%，胸腹明顯呈費力狀，10/25-10/30呼吸器FiO₂於60-80%之間上下調整，P/F ratio於80-91mmHg，11/1於呼吸器FiO₂：100%使用下P/F ratio = 54mmHg，血氧下降至80%，胸腹明顯呈費力狀。評估有氣體交換功能障礙之健康問題。

(二)心理層面：

住院初期個案對醫護人員互動皆會微笑並筆談回應，也會關心醫護人員是否吃飯。於10/21 COVID-19快篩仍呈陽性開始，個案時常閉上眼睛，與醫護人員互動時反應減少，表情淡漠，常望著天花板或前方發呆，10/22表示：「醫生說肺纖維化，我以後是不是都不會好了」、「我擔心會變成家裡的負擔」。

10/23於主治醫師查房時筆談詢問：「真的很痛苦，不知道要怎麼辦」、「治療很久都沒有好轉」、「有沒有好一點的藥可以比較快好起來」。評估有無望感之健康問題。

(三)社會層面：

個案61歲，目前角色有病人、妻子與母親。已退休，主要照顧者為案女，於新竹工作，住院期間一周探視3-4次，案夫因癌症住院治療中，案子定居中國大陸經商，約1-2周前來會客一次，故案女探視時會使用手機協助個案與案夫、案子視訊，互動時有說有笑，相處融洽。11/1因氧合未改善，故由案女與其照護初期家人討論後決定放置ECMO。11/5病情惡化，醫師提及對於個案死亡要有心理準備，並提到撤除維生醫療的選項，案子情緒激動大哭，案夫視訊時露出哀傷神情，表示：「怎麼會這樣，放完葉克膜都好好的，怎麼才幾天妳就變成這樣，妳如果走了我怎麼辦」、案子：「媽你要加油，大家都在等你回來，孫子快出生了你要用意志力撐下去！」，11/6案女會客時不停流淚，眼眶泛紅表示：「跟爸爸還有弟弟討論過了，覺得媽媽很辛苦，但不知道該怎麼辦，想放棄但是很難決定……」、「我們不希望讓媽媽這麼辛苦，她用葉克膜這麼久都沒有好轉，醫師有提到如果不想媽媽痛苦，考慮是不是拿掉葉克膜，我跟爸爸同意放手，但是弟弟很捨不得……」、「葉克膜拿掉她是不是很快就會離開了？」、案子則持續輕晃個案肩膀呼喚個案，表示：「知道媽媽這次有可能真的會離開我們

後真的吃不下也睡不著」。評估有抉擇衝突之健康問題。

(四)靈性層面評估

個案信仰道教，表示平時會去廟宇燒香拜拜，住院期間也會將平安符置於床頭與胸前等視線所及處，住院初期觀察個案也會於閒暇時間手寫經文祈福，家屬會客時也會於床邊唸經文祈求平安。

問題確立

依據上述評估，確立身、心及社會各方面之健康問題有：一、有氣體交換功能障礙-與雙側肺葉瀰漫性浸潤有關；二、無望感-與疾病失去控制有關；三、抉擇衝突-家屬面臨撤除維生醫療的抉擇有關；四、預期性哀傷-與家屬面臨個案即將死亡有關，以影響個案生命及家庭身心健康優先順序，針對氣體交換功能障礙、抉擇衝突與預期性哀傷三項健康問題擬定照護計劃。

一、氣體交換功能障礙-與雙側肺葉瀰漫性浸潤有關(10/23-11/13)

護理目標

放置葉克膜期間個案 $\text{PaO}_2 \geq 70\text{mmHg}$ 。

護理措施

每小時觀察並記錄生命徵象、呼吸頻率及深度，觀察是否使用呼吸輔助肌。每日計算P/F ratio以評估ARDS嚴重程度。11/1 因呼吸器FiO₂：100%使用下P/F ratio = 54mmHg，屬重度ARDS，故協助心臟外科放置V-V ECMO，設定轉速2202bpm、ECMO Flow：3.65 L、gas blender：3.5L、ECMO FiO₂ 100%，在放置ECMO後除原midazolam鎮靜藥物，於11/1協助給予止痛藥fentanyl 1mg

in N/S 100cc run 3cc/hr及肌肉鬆弛劑 cisatracurium 200mg in N/S 250cc run 5cc/hr，並依醫囑每小時評估意識及4小時追蹤動脈血液氣體分析，每日主動回報抽血數值，並與醫護團隊討論ECMO及呼吸器設定。依醫囑投予常規抗生素及類固醇藥物。放置ECMO期間每日追蹤胸部X光確認管路位置與肺部變化，治療或翻身時注意管路位置，避免牽扯或滑脫。葉克膜放置期間每小時記錄氧合器是否出現凝血、凝固、血漿滲漏或凹折等異常狀況。

護理評值

11/1放置ECMO後於呼吸器FiO₂：40%使用下周邊血氧99%，鎮靜藥物使用下，呼吸速率15-20次/分，動脈氣體分析PH：7.440、PaCO₂：22.1mmHg、PaO₂：85mmHg、HCO₃：14.7mmol/L。11/2 ECMO FiO₂：100%，與醫療團隊討論後調整呼吸器FiO₂為35%，調整後動脈氣體分析PH：7.40、PaCO₂：30.1mmHg、PaO₂：101.2mmHg、HCO₃：23.7mmol/L。

二、抉擇衝突-家屬面臨撤除維生醫療的抉擇有關(11/5-11/13)

護理目標

11/10前家屬能對撤除維生醫療與否達成共識。

護理措施

做為照護第一線，於會客時傾聽家屬對於治療的期待，關心並同理家屬的擔憂，建立信任感。11/7會客後偕同主治醫師、安寧共照師、呼吸治療師與案子、女開立家庭會議，案子則以手機通話方式參與，說明目前病程與治療方

向，了解家屬間對治療的期望，並說明撤除維生醫療的目的、過程及撤除後可能會發生的狀況及處置。11/8因案子擔心撤除過程中個案感受痛苦，故偕同主治醫師向其說明撤除過程中會維持止痛藥使用，透過搖高床頭30至45度、調整臥位促進肺擴張等方式，幫助個案在撤除過程的不適感降到最低。11/9案子會客時情緒激動落淚，故偕同安寧共照師共同關懷，向家屬說：「媽媽辛苦很久，相信你們也很捨不得，無論做任何決定，相信媽媽都會體諒你們，我們也會盡力幫助你們」，以同理及不批判的態度尊重家屬做的任何決定。11/10個案升壓劑已使用到最大劑量，故偕同主治醫師再次召開家庭會議，家屬表示已達成撤除維生醫療共識，與家屬確認撤除日期、再次詳細說明撤除的流程，確保家屬完全了解，並協助簽署撤除流程相關同意書。11/12協助案子提前完成撤除行政流程，讓家屬於撤除當天有足夠時間做最後道別。

護理評值

11/7案子可理解撤除ECMO為醫療選項之一，並向醫療團隊表示「希望媽媽不要再那麼辛苦，她已經努力很久了，看她這樣我們會很捨不得」，並表會與案子、案子共同討論是否撤除葉克膜。

11/10經案子、案子共同討論決定於11/13撤除ECMO。

三、預期性哀傷-與家屬面臨個案即將死亡有關(11/5-11/13)

護理目標

11/10家屬可接受個案即將離世，並於個案離世前可完成四道人生。

護理措施

家屬會客時主動關懷家屬情緒，同理家屬的情緒反應，建立治療性關係。11/6引導家屬參與照護以維持個案舒適感，例如協助使用乳液幫個案按摩、以棉花棒沾溼嘴唇等，透過讓家屬參與末期照護減輕無助感。11/7視家屬需求調整會客時間，會客時拉下床簾，輕掩門扇，營造安靜舒適的空間，引導家屬透過語言、輕拉個案的手、觸摸或擁抱等方式陪伴個案，將帶來保平安的符水擦拭個案四肢皮膚，提供心靈安慰，增加内心安定，減少家屬對個案清醒時不能常陪在旁的愧疚。因案夫疾病住院治療、無法前來會客，故11/8協助案夫視訊，鼓勵案夫可與個案說說過往的回憶或對她的思念，也可用錄音機錄製其他家屬與親朋好友對個案的思念、感受或想說的話放在床邊播放。11/10家屬決定撤除維生醫療，案女會客時情緒激動落淚，一言不發，故與安寧共照師一同進行哀傷撫慰，給予充分的時間發洩情緒，用回憶平衡哀傷，理解並關懷：「死亡不會切斷你們的關係，她在你們心中永遠延續著，你們可以跟她說說以前發生的事或是覺得遺憾的事，她或許還聽得到」，案子女哭泣時給予支持，如主動提供衛生紙、輕拍背部、提供椅子讓家屬陪伴在旁。11/11案女表達擔心撤除後個案呼吸不順而感到痛苦，再次偕同安寧共照師與主治醫師，強調撤除過程及撤除後止痛藥會一直使用，並全程給與100%氧氣濃度支持。因每日會客僅30分鐘，11/10與主治醫師及護理長討論後於夜間治療活動空檔額外提供30

分鐘讓家屬病危探視。11/10家屬決定撤除維生醫療後，偕同安寧共照師開始引導家屬訴說心裡的不捨，對個案道謝、道愛、道歉及道別，表達家屬心理的遺憾，減少心理的失落。

護理評值

11/9會客時案女將錄音機帶來，表示：「昨天你說完後我就連絡親戚和媽媽以前很好的朋友幫忙錄音，原本覺得很難過，晚上在回放錄音時突然覺得很感動，有那麼多人關心她，自己也被安慰到的感覺」。11/10案女詢問撤除後如何準備後事，向其說明醫院往生與病危出院的差異，及臨終事宜及用物準備，其表示：「我跟爸爸還有弟弟討論過了，如果拿掉葉克膜媽媽離開的話，我們決定要在醫院往生，我們會帶媽媽喜歡的衣服來」。11/12案女輕撫個案臉頰：「媽媽謝謝你辛苦的養我們長大，明天你要拔管了，你放心我們都會好好生活的。」。11/13撤除前半小時，依醫囑Fentanyl 1mg in N/S 100cc run 3cc/hr，由案子女陪伴在旁，緊握個案雙手：「媽媽你放心，我們會好好照顧自己，也會照顧好爸爸，你要安心地離開」。11/13撤除後依醫囑予以非再吸入型氧氣面罩100%使用，個案於當日15：07離世，與案子女共同為個案換上衣物，案子緊握個案雙手：「媽媽病痛都好了我們要出院了喔」。後續11/15案女回病房辦理結帳手續時給予心理關懷，其語氣平穩表示：「這幾天在忙著辦理媽媽的後事，過程很平靜也很溫馨。謝謝你們在醫院的陪伴與協助，讓我們有機會好好和媽媽道別」。表示家人目前能自我

調適悲傷情緒，並感謝醫療團隊提供的善終照護。

討論與結論

本文描述一位COVID-19合併ARDS，最後家屬決定撤除維生醫療之護理經驗。過程運用生理、心理、社會與靈性評估，確認個案有氣體交換功能障礙及家屬有抉擇衝突與預期性哀傷之健康問題。護理過程除醫囑給予藥物、定期監測動脈氣體分析及調整臥位維持個案氧合，更協助啟動ECMO爭取治療時間，在積極治療仍無法避免面臨死亡的情況下，筆者應用宋等(2022)、Saeid et al.(2020)文獻提出之觀點，偕同團隊成員開立家庭會議與家屬進行完善的溝通，詳細說明目前病情進展及撤除維生醫療的過程，引導家屬做出生命末期的決策，同理家屬情緒給予正向支持度過哀傷，最終家屬決定撤除維生醫療，在團隊成員的引導下完成四道人生，使個案得以善終。

個案住院初期意識清醒，家屬本期盼使用ECMO爭取治療時間，但後續疾病惡化快速，因此在提及撤除維生醫療之初難以接受，花費一段時間陪伴家屬面對與做出決定，為照顧過程困難之處。此外，重症護理常面臨病情急轉直下，生死一瞬間只能先選擇積極救命，故未能在個案清醒時瞭解其對於後續治療的想法，此為照護過程之限制。另外，統整文獻發現住院大於21天、診斷包含癌症、具宗教信仰，家屬對於家庭會議召開及簽署安寧緩和意願較高(張、張，2022)，與此次筆者照護個案相呼應，最

後家屬也以個案善終為期望，選擇撤除維生醫療，後續至病房辦理手續時案女也表示：「看她離開的時候表情沒有痛苦，我們也覺得比較安心，謝謝你們讓媽媽安穩走過人生最後一段」。建議除照護個案生心理問題外，也要訓練發現家屬情緒變化及需求的靈敏度，達到全人、全程、全家的整體性照顧，以提供更完整的重症照護品質。

參考資料

- 宋聖芬、陳煌麒、楊婉萍(2022) · 末期醫療抉擇的家庭會議溝通模式之回溯性分析 · 台灣公共衛生雜誌，41(2)，226-233。[https://doi.org/10.6288/TJPH.202204_41\(2\).110147](https://doi.org/10.6288/TJPH.202204_41(2).110147)
- 張文演、張淑美(2022) · 某醫院生命末期病患接受家庭會議、安寧緩和照護與簽署不施行心肺復甦術之回溯性研究 · 安寧療護雜誌，26(3)，224-238。[https://doi.org/10.6537/TJHPC.202211_26\(3\).02](https://doi.org/10.6537/TJHPC.202211_26(3).02)
- 陳柏豪、朱建民、宋黃平、林麗梅、許佑明、趙偉如、陳淑馨、林亭慧、覃紹凱、許秀玲、李苡甄、洪明銳、謝文斌(2022) · 重度急性呼吸窘迫症之處置 · 臺灣醫界，65(8)，14-20。
- 陳婉君、潘雪幸、劉淑皎、陳佳宏、洪東源、張芳維、歐淑華(2020) · 某離島醫護人員對末期病人撤除維生醫療行為意向及其相關因素探討 · 安寧療護雜誌，24(2)，112-126。[https://doi.org/10.6537/TJHPC.202006_24\(2\).02](https://doi.org/10.6537/TJHPC.202006_24(2).02)
- 蔡兆勳(2023) · 末期病人適切的醫療照護—以病人為中心的安寧緩和醫療 · 澄清醫護管理雜誌，19(4)，4-9。
- 鄭舒帆、鄭高珍(2020) · 新冠肺炎之處置：

- 藥物治療及重症照護・內科學誌，31(4)，239-246。[https://doi.org/10.6314/JIMT.202008_31\(4\).03](https://doi.org/10.6314/JIMT.202008_31(4).03)
- 衛生福利部(2024, 6月17日)・112年國人死因統計結果。<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-79055-1.html>
- Gibson, P. G., Qin, L., & Puah, S. H. (2020). COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS): Clinical features and differences from typical pre-COVID-19 ARDS. *The Medical Journal of Australia*, 213(2), 54 - 56.e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50674>
- Meyer, N. J., Gattinoni, L., & Calfee, C. S. (2021). Acute respiratory distress syndrome. *Lancet*, 398(10300), 622-637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00439-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00439-6)
- Saeid, Y., Salaree, M. M., Ebadi, A., & Moradian, S. T. (2020). Family intensive care unit syndrome: An integrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(5), 361-368. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_243_19
- Tonna, J. E., Abrams, D., Brodie, D., Greenwood, J. C., Rubio Mateo-Sidron, J. A., Usman, A., & Fan, E. (2021). Management of adult patients supported with venovenous extracorporeal membrane oxygenation (VV ECMO): Guideline from the extracorporeal life support organization (ELSO). *American Society for Artificial Internal Organs Journal*, 67(6), 601 - 610. <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001432>

靜思語

把他人拿來作自己的鏡子，
看到優點可以自我鞭策，
看到缺點則自我反省。

～證嚴法師靜思語～

We should view the people around us as mirrors,
so that we can learn from their strengths
and avoid repeating their mistakes.

～Master Cheng Yen～



Intensive Care Experience for a Patient with ARDS that the Family Decided to Withdraw Life-Sustaining Treatment

Po-Hsuan Huang¹, Chiao-Lin Chi², Ya-Ching Nien³

ABSTRACT

The paper describes the experience of a family member who decided to withdraw life-sustaining treatment for a patient with acute respiratory distress syndrome post-extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). The nursing period was from October 21 to November 13, 2023. Data was collected through communication via writing, physical assessment, observation, medical record review and interview with family. Gas exchange impairment, decisional conflict, and anticipatory grief were identified. Through regular monitoring, ECMO was placed in an emergency to gain more treatment time. As death approached, the family meeting was held to make end-of-life decisions. Guiding family to complete the four themes of life. As a result, the patient died a good death and the family members left no regrets behind. We hope this nursing experience can provide as a reference for clinical staff when caring for patients with similar conditions and help to promptly discover the emotional changes of family during the process and achieve holistic healthcare involving the patient, the process and the family. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:6, 113-122)

Keywords: ARDS, gas exchange impairment, decisional conflict, withdraw life-sustaining treatment, anticipatory grief

RN, Chang Gung Medical Foundation, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital¹; Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation, Kaohsiung Chang Gung Memorial hospital²; Assistant Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital³

Accepted: June 18, 2025

Address correspondence to: Ya-Ching Nien No. 123, Ta-Pei Rd, Niao-Sung, Kaohsiung county 833, Taiwan
Tel: 886-7-731-7123 #2859 E-mail: yaching79@cgmh.org.tw