

一位口咽癌術後緊急行氣管內管切開於加護病房之照護經驗

摘要

本文描述一位 44 歲男性，罹患口咽癌接受口顎皮瓣重建手術後因呼吸衰竭緊急行氣管內管切開之加護經驗。護理期間於 2014 年 6 月 30 日至 2014 年 7 月 12 日間，筆者運用觀察、筆談、身體評估、直接照護等方式收集資料，運用 Gordon 十一項健康功能型態為評估架構，確立主要健康問題有：急性疼痛／與手術後傷口有關、低效型呼吸型態／與手術後咽喉部組織腫脹及移植皮瓣水腫、組織完整性受損／與手術後有關、無力感／與罹患癌症及缺乏控制感有關。護理期間針對個案提供個別性護理，依據生命徵象給予正確的給藥間隔(by the clock)及視覺評估量表之專業評估藥物反應、預防因疼痛造成血管扭曲壓迫致皮瓣血流不足；維持呼吸通暢及訂立呼吸訓練計畫改善低效型呼吸型態，密切監測口內皮瓣功能及加強口腔清潔以確保術後組織血循的完整性，教導個案正視自己的負向感受，並傾聽、鼓勵表達，增加自我控制降低無力感。期望藉此個案照護經驗能提供未來對於加護病房口腔癌術後患者脫離呼吸器前、後能審慎評估再次插管可能性，密集監測呼吸型態、血氧飽和濃度，避免因緊急置入氣管內管影響皮瓣存活，造成家屬額外負擔，期能提供護理同仁，增進護理專業中在醫療照護上的獨特性。

關鍵詞：加護病房、低效性呼吸型態、組織完整性受損、無力感

前言

根據行政院衛生署福利部 2013 年統計資料，國人十大死因以惡性腫瘤續居首位，其中口腔癌(含口咽癌)居十大癌症死亡原因第五位，與抽菸、飲酒及嚼檳榔密不可分，以 25-44 歲青壯年最常見，相較於 10 年前成長了 13.2%，平均死亡率高於鄰近國家，由此可見台灣男性口腔癌的嚴重性（衛生福利部，2014）。台灣地區口腔癌中，口咽癌發生比率佔 10%，此類病患常因手術後咽喉部組織向內腫脹及軟組織塌陷，導致上呼吸道阻塞，如果未執行完整的術前、術後評估，一旦成功脫離呼吸器後，易造成氣道阻塞引發呼吸衰竭再次插管(蘇、楊、江，2010)，氣切造口是有效維持呼吸道暢通降低不良傷害的常見措施之一(Langerman, Patel, Cohen, Blair, & Stenson, 2012)。本文個案為 44 歲成年中期，因口咽癌疾病接受腫瘤廣泛性切除及皮瓣移植手術，照護期間發現，個案除面臨罹癌惡耗及接受頭頸大範圍手術導致急性疼痛及傷口照護問題之外，拔管後 8 小時內，咽喉部組織及移植皮瓣腫脹、聚積痰液血水，以致術後移除氣管內管後引發呼吸困難，緊急行床邊氣管切開維持呼吸道通暢，同時也加重了個案害怕及無力感引發筆者之探討動機，此時除醫療及適切的護理措施外，最需要家屬陪伴與支持以增加信心，來面對人生中的重大挑戰，期待順利度過疾病過程，回歸正常生活。藉此個案之分享，提供護理人員照顧此個案之參考。

文獻查證

一、口咽癌其相關治療：衛福部定義的口腔癌包含口腔癌、口咽癌和下咽癌。口咽部分包括口咽中的舌根、扁桃腺、軟顎、咽喉，扁桃腺癌是口咽部最常見的惡性腫瘤，最常發生在顎扁桃體，以鱗狀上皮癌最多，多發於 40 歲以上，男性死亡率大於女性 14.3 倍，其致病原因包括吸菸、嚼檳榔及過度飲酒對黏膜刺激有關。由於早期症狀不明顯，當腫瘤隨著病情進展侵犯扁桃體咽側壁，侵襲至鼻咽部至咬肌或翼肌時，會有吞嚥困難、呼吸困難等(王等，2009)，常被誤診為扁桃腺發炎等一般感冒徵狀。臨床診斷包括理學及實驗檢查、電腦斷層及切片組織等檢查確診，多數患者於診斷時已為晚期病患。目前治療以徹底手術切除，包括腫瘤廣泛性切除(tumor wide excision)、頸部淋巴廓清術(neck dissection) 依腫瘤侵犯之範圍，予以切除部分或全部之上、下顎骨，合併術後放射線治療有較好療效(林、厲、廖、林，2013)，上述治療方式仍需依據臨床徵狀和病人期望而有所不同治療方式。

二、口咽癌急性期於加護病房護理：在護理過程中，個案常會出現的護理問題有：急性疼痛、低效性呼吸型態、組織完整性受損及無力感等，針對護理問題敘述如下說明：

(一)急性疼痛與護理措施：口咽癌患者行病灶根除術及皮瓣重建手術後傷口範圍廣大，因此個案只能用筆述或肢體和非肢體語言表示傷口疼痛，主動評估傷口疼痛原因，避免因疼痛造成血管收縮引發皮瓣栓

塞；鴉片類藥物是癌症病患使用最有效的止痛藥物，如 Morphine 常被用在中、重度及急性和持續性疼痛的治療，每四小時 5~10mg 開始，口腔癌術後前三天病患常因鎮靜劑持續使用無法表達疼痛，護理人員可以依據生命徵象給予正確的給藥間隔(by the clock)維持血中濃度，期能達到疼痛前給藥，或以視覺類比量表 (Visual Analogue Scale: VAS) 疼痛評估表 10 分法評估，並監測藥物反應(胡等，2011)。非藥物方式包括保持頭頸部置中、預防血管扭曲壓迫造成皮瓣血流不足進而紅腫、疼痛，教導肌肉按摩放鬆技巧，降低疼痛不適感。

(二)低效型呼吸型態與護理措施：口顎重建手術後，氣道阻塞是早期需要再插管之常見因素，喉咽水腫通常在拔管後 24 小時內，發生延遲性再插管與手術類型有關，尤以頭頸部手術常見，原因在於頸部淋巴結擴清術後，淋巴引流受損導致喉咽氣道水腫、軟組織塌陷阻塞呼吸道，也有可能因持久的鎮靜和肌肉鬆弛劑使用導致(Cavallone, & Vannucci, 2013)，臨床上病患常主訴有「呼吸困難」或「呼吸喘」情形(陳、葉，2009)。醫護人員對於此類病患若缺乏評估呼吸道能力、無法及時偵測呼吸道阻塞及困難插管應變處理，往往引起呼吸窘迫甚至心肺停止，除了緊急給予經鼻道氣管內管插管，氣切造口術也可迅速維持呼吸道通暢降低不良反應及傷害((Langerman, Patel, Cohen, Blair, & Stenson, 2012；蘇、楊、江，2010)。護理措施包括：拔管後密切監測呼吸型態、呼吸音及血氧濃度變化、加強肺部護理促進痰液排

除，維持舒適臥位，改善肺部通氣及氣體交換，與醫師及呼吸治療師共同建立呼吸照護計畫，以期順利脫離呼吸器(陳、葉，2010)。

(三)組織完整性受損護理措施：口腔癌病患執行皮瓣移植手術後前三天，護理人員需具備高度敏感度，評估重點包括移植皮瓣顏色、微血管充盈反應、溫度、彈性、飽滿度，每小時使用 Doppler 監測動、靜脈血流強度等；取皮區傷口肢體需抬高以利靜脈血液回流，減少水腫發生，石膏固定；頭頸部保持平直，避免靜脈壓迫造成血液回流不良引發腫脹，影響到皮瓣存活(林、厲、廖、林，2013)。

(四)無力感護理措施：初次罹患口腔癌，並面臨大範圍皮瓣重建手術，除了身體構造及功能改變之外，過程中可能有部分功能恢復或病情加重的機會，環境限制及無法預測的預後常會引發病人情緒上的困擾及受到操控，如：被動、無助、溝通障礙、害怕與照顧者疏遠等，引發不同程度的無力感(葉、馬，2002；王、李，2013)。護理人員常是發現問題的第一線，但常會因忙碌而忽略病患的心理需求，導致無力感加重，故提供適當護理措施，例如：主動關懷、傾聽使用簡單語卡減少溝通障礙，並發展信任關係；協助個案面對身體改變、參與疾病決策，針對病人需求即刻處理，必要時由家人陪伴滿足安全感，也可藉由平日喜愛音樂、調整室內燈光及空調，降低孤單及無力感(葉、馬，2002；林、厲、廖、林，2013)。

護理評估

一、個案簡介：楊先生，44 歲，高中畢業，已婚，育有一雙子女就讀高中，國、台語溝通，信奉道教，與妻子、兒女同住，為家中經濟來源，並與妻子為共同決策者。本身為警察，自述高中畢業後隨即志願性投入警察行列至今約 30 年。與妻子及子女互動和諧。

二、過去病史及求醫過程：個案於高中時即開始抽菸、喝酒、嚼檳榔約 30 年，5 年前確診有酒精性肝硬化、高血脂，規則門診就醫，規律藥物控制；無重大疾病及住院開刀經驗。5~6 月時因左頸疼痛至耳鼻喉科就診診斷為扁桃腺發炎後，規則服藥有改善情形，相隔 1 個月，右頸疼痛就醫一直無法改善，於 2014/6/30 至本院求診，經電腦斷層及臨床理學檢查發現，右頸扁桃腺上有紅斑且白的腫塊約 34 x 11 x 52 mm，臨床分期為 cT4aN2b(術前)，6/30 入院執行右頸扁桃腺惡性腫瘤廣泛性切除、頸部淋巴廓清術及左饒側自由游離皮瓣重建手術，術後留置經鼻氣管內管入外科加護病房，於 7/3 評估呼吸器脫離指數通過後，於 13 點 40 分移除氣管內管，並吐了一口約 10c.c 鮮血，予以抽吸後可維持血氧 98~99%，當天晚上 21 點 35 分主訴吸不到氣、冒冷汗、呼吸淺快，生命徵象：血壓 163/73mmHg、心跳 86 次/分、呼吸 28 次/分、血氧 89~90%，電聯麻醉科醫師緊急床邊執行經鼻內視鏡插管，因血液和痰液過多，兩次失敗，隨即由醫師緊急執行床邊氣管內管切開手術，於 21 點 55 分完成並接上呼吸器使用，生命徵象：血壓 148/68mmHg、心跳 124 次/分、呼吸 12 次/分、血氧 100%。7/11

成功脫離呼吸器 24 小時，於 7/12 轉病房持續治療中。

三、護理評估：筆者於 2014/6/30 至 2014/7/12 照護期間，採 Gordon 十一項健康功能評估進行資料收集，以觀察、筆談、身體評估、直接照護方式收集資料，加以整理歸納分析，確立其護理問題。

(一)對健康的理解及處理型態：個案平時抽菸、喝酒、吃檳榔約30年，直到今年5月因為喉嚨痛一直沒有改善，才開始減少碰觸酒和檳榔。自5年前健康檢查發現有酒精性肝硬化、高血脂症即開始固定在門診服藥追蹤，平時也會吃B群和吃蜆精保養，平時自覺健康很重要。7/5太太訴：「端午節後他又開始喉嚨痛，吞嚥困難，以為又是扁桃腺發炎，結果吃藥都不會好、越來越嚴重，入院檢查才發現是口咽癌需開刀處理」。住院期間由太太決定醫療處置，個案顯淡漠，眼神常常放空。

(二)營養代謝型態：個案身高165公分，體重79.6公斤(理想體重 53.9-65.9公斤)，身體質量指數(BMI)：29.06 kg/m² 為體重過重範圍，基礎能量消耗BEE (basal energy expenditure ; BEE)：1497.5 Kcal/day、總能量(thermic Effect of Exercise ; TEE)：2156 Kcal/day (BEE*活動因子1.2*癌症因子1.2)，平日不挑食。6月30日手術後傷口：口腔內右頰下植皮處約2*2cm，傷口呈膚色，左、右側頸部(人字形狀)縫線約40公分，左前臂取皮區傷口約7*3cm石膏固定、左大腿取皮區9*5cm彈繃包紮，取皮處末梢溫暖、皮膚無蒼白、末梢感覺正常、脈搏兩價，頸部三條引流液呈淡紅血水約120-150ml/天。毛髮顏色黑灰色光澤及質

地正常，雙手水腫約1~2價，白蛋白：2.7g/dl、總白蛋白6.5g/dl、BUN：10mg/dl、Creatinine：0.82mg/dl、Na：140.9mmol/L、K：4.2mmol/L，術後鼻胃管留置，7/2開始進食，由營養師調配愛美力牛奶50-250ml 6餐／天及Amiofluid 1000ml IVD QD，總熱量約1920Kcal/day。

(三)排泄型態：個案住院前大小便正常，無便秘情形。術後因Morphine 5mg IVP prnQ4h及Propofol 20mg/ml by pump持續使用，視診腹部突出、腸音約3~5次／分、腹部無硬塊及瘀青、叩診為鼓音。手術後存留導尿管，尿液呈淡黃清色，尿量約為1800ml-2200ml/天，7/5解黃軟便約150g，7/11移除尿管，尿液自解順暢。

(四)運動活動型態：個案平日沒有固定運動習慣。6/30手術後氣管內管留置，propofol 20mg/ml IV pump5~10ml/hr使用3天，RASS-2~3分，偶爾扭動身軀想爬起，雙手保護性約束。7/3呼吸器脫離指數：呼吸淺快指數:102、最大吸氣壓：-20cmH₂O、最大呼氣壓：+22cmH₂O。7/3移除氣管內管後氧氣面罩+潮濕瓶35%、8L/min使用，血氧濃度95%，心跳86次/分，呼吸28次/分，血壓163/73 mmHg、血氧濃度：99~100%。床上翻身時因咳嗽引起傷口疼痛，呼吸淺快，需護理人員協助呼吸道抽吸；床上活動，左手取皮傷口副木固定，四肢肌力約4分。

(五)睡眠休息型態：7/1晚上會客時間案妻表示：「他平常睡眠時間約4~5小時，工作關係需輪班，睡眠品質較差，現在看他睡的這麼好，就讓他睡不要吵醒他。」7/3氣切留置，夜晚常因咳嗽、傷口疼痛中斷

睡眠，睡前Alprazolam(Xanax) 1# HS使用可持續5小時睡眠。

(六) 認知感受型態：個案意識清醒，無聽視覺障礙。6/30術後縫線傷口交接處滲血，右臉頰紅腫，頭頸部常偏向右側無法保持平直，7/2個案皺眉、四肢用力欲爬起，筆訴：「我要打針！很痛！」，心跳：105次/分、呼吸：30次/分、血壓166/96mmHg，VAS：6~7分，一天需打4~5次止痛針劑。

(七)自我感受與自我概念型態：個案筆訴：「5月開始自覺喉嚨痛時，開始減少菸酒檳榔，沒想到還是生病了。」住院期間可配合醫護照護及護理措施，7/3 -7/5但有時個案會靜靜的看天花板，時而顯得淡漠，眼神游移，有時候還會皺眉的搖頭，顯得無力感重重，護理人員詢問才會回應。7/3晚上會客後主訴：「我吸不到氣！」，表情痛苦、全身冒冷汗、嘴唇發紫，緊急置入氣切後，主訴表達：「喉嚨痛很久了，結果是癌症！還讓我連話都不能說話，老天爺為什麼這樣折磨我」、7/4換藥時「換藥幹嘛？反正也快死了」、「我覺得自己像廢人一樣」、「為什麼都沒有人在身邊陪我，我是不是沒有救了。」住院期間談及疾病感受，態度消極，情緒較負向。

(八)角色關係型態：目前有丈夫、父親及警察、病人，根據Erikson人類發展階段個案目前處於「生產」與「停滯」角色，平時家中重擔由個案一肩扛起，住院期間因疾病因素及角色改變顯得孤單、害怕。觀察太太每天會客時間必準時出現，個案與之互動像小孩，顯依賴，會

客結束後即會開始生氣、沉默，不太搭理護理人員。

(九)性生殖功能型態：個案生殖器外觀正常，無皮膚破損及紅腫熱痛。

個案表示與妻子感情融洽，育有一雙兒女，女兒因為早產兒併發腦性痲痺，經由長期復健後已可以正常走路，目前無再生育之打算。

(十)壓力應付與耐受型態：個案自覺把工作與家庭分配良好，平時心情不好會找家人或朋友喝酒紓解壓力；住院期間常因傷口疼痛、多重管路留置以及無法言語表達顯得情緒低落。7/6會客結束，個案太太準備離開時，個案突然皺眉並拉扯身上的衣服引起注意，覺得自己無法工作、無法說話活動自如顯得沮喪，對於疾病治療預後開始感到擔憂。

(十一)價值信仰型態：個案信奉道教，平時家中固定每個月初一、十五燒香拜拜。妻子放置平安符於病床上祈求開刀住院期間順利平安。7月10日表示：「我很害怕自己沒辦法在為這個家做什麼，但有家人的陪伴，我相信會平安度過的。」

問題確立及護理計畫

從Gordon 十一項健康功能型態進行資料收集及分析，確立個案之護理問題包含：一、急性疼痛/與手術後傷口有關；二、低效性呼吸型態/手術後咽喉部組織腫脹及移植皮瓣水腫；三、皮膚完整性受損/與手術後有關；四、無力感/與罹患癌症及缺乏控制感有關，茲訂定護理計畫並提供適當的護理措施如下：

一、急性疼痛/與手術後傷口有關 (2014/06/30~07/12)

主觀資料	7/2 個案皺眉、四肢用力欲爬起，筆訴：「我要打針！很痛！」
客觀資料	6/30 手術後氣管內管留置，鎮靜劑使用 3 天，鎮靜指數 RASS-2~3 分，喚醒時會扭動身軀欲爬起，拉扯呼吸器，VAS：5~6 分。 6/30 開刀傷口集中在頭、頸部共 40 公分、左前臂供皮區縫線傷口約 7x3cm、左大腿供皮區 9x5cm。 6/30 侵入性管路有氣管內管、中心靜脈導管、動脈導管、頸部引流管 3 條、左手 1 條、導尿管。 7/1 個案臉部明顯有皺眉、試圖掙脫約束，雙眼緊閉、雙手握拳及四肢用力情形。體溫:37°C,心跳:105 次/分,呼吸:30 次/分,血壓 166/96mmHg, VAS：6~7 分，止痛針一天 3~4 次。 7/3 緊急 7.0# soft 氣切留置，夜晚常因咳嗽、傷口疼痛中斷睡眠。
護理目標	1. 住院期間給予止痛針後 30 分鐘能表示疼痛緩解、VAS<2 分。 2. 住院期間個案施打止痛針次數由 1 天 3 次降到 1 天 1 次。
護理措施	1. 每小時除使用 VAS 評估、紀錄疼痛部位、頻律、性質及持續時間，衛教目前使用的止痛藥不要擔心藥物上癮等問題，鼓勵表達疼痛。 2. 依醫囑予定時止痛劑(Morphine 5mg IVP q4h+Fentanyl 2.5mg 1piece Q3D，給藥後 30 分鐘以 VAS 評值結果並監測藥物副作用。 3. 傷口換藥時動作輕柔，避免拉扯到引流管及呼吸器管路。 4. 告知案妻可使用乳液或薄荷油按摩個案肩膀、背部右側肢體(非取皮側)，達到身體放鬆減少其肌肉緊繃感，並於會客時一同協助按摩。 5. 協助個案頭頸部至於正中，避免壓迫頸部血管，影響回流，左側患肢以棉被捲起抬高超過心臟處，減少腫脹引發疼痛情形。 6. 執行抽痰或協助移動時能動作輕柔，並使用氣切棉帶繩固定，避免呼吸器管路拉扯氣切傷口。 7. 執行護理照護前告訴個案即將進行更換頸部傷口或取皮傷口，使其有心理準備，並採舒適臥位及集中於白班早上 9 點更換。 8. 夜間睡前使用止痛劑、鎮靜安眠藥物：Alprazolam(Xanax) 1# HS，並協助舒適臥位，使個案得到足夠、舒適不中斷睡眠。
護理評估	7/1~3 給予 morphine 5mg ivp prn 使用，約 5 分鐘表情放鬆，VAS：1~2 分。 7/3 止痛劑使用 30 分鐘後個案臉部表情及四肢呈現放鬆休息姿勢。 生命徵象為體溫:36.9°C,心跳:72 次/分,呼吸:16 次/分,血壓 135/70mmHg。 7/3 個案使用止痛針後有疼痛緩解並口述疼痛指數可降至 0-1 分。 7/10 換藥前詢問個案是否打止痛針，其表示沒那麼痛了，表情無皺眉不適，四肢自然擺放，VAS：1 分，止痛針約一天施打一次。 7/12 轉出加護病房，7/18 後續於病房追蹤頸部引流管已移除，傷口部分已結痂，氣切仍存，個案主訴已可適應，止痛針約 2~3 天使用 1 次。

二、低效性呼吸型態/手術後咽喉部組織腫脹及移植皮瓣水腫

(2014/07/03~07/12)

主觀資料	7/3 筆訴：「我吸不到氣！」 7/3 右手多次指口腔示意要抽痰。
------	--------------------------------------

客觀資料	<p>6/30 手術後 propofol 使用持續至 7/3 給予至早上 10 點 DC, GCS:E3V2M6。</p> <p>7/3 手術後病理切片腫瘤分級為 PT4aN2bMx, 拔完管後吐了一口 10c.c 鮮血。</p> <p>7/3 夜間會客後, 個案表情皺眉不適, 冒冷汗, 嘴唇發紫, 呼吸型態淺快、聽診雙側頸部有喘鳴聲, 並使用呼吸輔助肌。</p> <p>7/3 體溫:37.3°C, 心跳 86 次/分, 呼吸 28 次/分、血壓 163/73 mmHg、SAT 95%。</p> <p>7/3 晚上 09:35 使用氧氣面罩 8L~15L/min, SAT: 89-90%。</p> <p>7/3 動脈氣體分析值: PH: 7.34、PCO2: 47.6mmHg、PO2 70.1mmHg、HCO3: 27.6mmol/L、ABE: -2.2mmol/O2 SAT 89%。</p> <p>7/3 病床邊執行置入經鼻腔氣管內, 因咽喉腫脹及痰、血液大量湧出, 2 次失敗, 緊急行氣管內管切開。</p>															
護理目標	<p>1.個案自主呼吸時能將痰液咳出, 維持呼吸道通暢, 血氧飽和濃度 >95%。</p> <p>2.可配合呼吸訓練計劃 >24 小時, 轉出前能脫離呼吸器。</p>															
護理措施	<p>1.每小時監測意識狀況、生命徵象、血氧飽和濃度、呼吸型態、有無使用呼吸輔助肌情形, 必要時給與 solu-cortef 50mg IVP Q6h 或者支氣管擴張劑使用, 觀察藥物反應, 並隨時與醫師或呼吸治療師討論給予適切護理。</p> <p>2.維持舒適臥位, 抬高床頭 30~45 度, 以利肺部擴張</p> <p>3. 每天 09-14-17 執行體外高頻震動拍痰, 一次 15 分鐘, 結束後以無菌技術抽痰, 並於抽痰前給予 100% 氧氣, 並觀察痰液顏色、量、性質; 訓練自主呼吸時, 協助個案學習有效咳痰技巧: 先做深呼吸→雙手將小枕頭置於腹部固定後憋氣→用力呼氣將痰液咳出, 每日 2 次; 呼吸器移除後, 每日 3 次。</p> <p>4.預防呼吸器相關性肺炎措施包括: 依醫囑術後 3 天開始, 抬高床頭 30 度、促進肺擴張及預防胃部液體逆流、每次翻身前給予抽痰、集水杯以無菌蒸餾水清洗、每班交接班 08-16-00 執行口腔護理。</p> <p>5.與醫師和呼吸治療師共同討論個案呼吸訓練時機及計畫, 於 09-16 各別訓練自主呼吸 2-4 小時, 晚上接回呼吸器使個案維持足夠睡眠及體力。</p> <table border="1" data-bbox="319 1198 1220 1523"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>呼吸器模式</th> <th>時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7/8</td> <td>PS</td> <td>14:00</td> </tr> <tr> <td>7/9</td> <td>T-Mask 3L/min</td> <td>09:55(開始)-11:55 16:00-18:00(共4小時)</td> </tr> <tr> <td>7/10</td> <td>T-Mask 3L/min</td> <td>7/10 08:00-12:00 7/10 16:00-20:00 (共8小時)</td> </tr> <tr> <td>7/11</td> <td>T-Mask 3L/min</td> <td>7/11 08:00-7/12 08:00 (共24小時)</td> </tr> </tbody> </table> <p>6.呼吸訓練依照個案呼吸型態及耐受力進行, 一旦有心跳加快超過 20 下/分、呼吸淺快費力及使用呼吸肌輔助肌情形, 須停止呼吸訓練。</p>	日期	呼吸器模式	時間	7/8	PS	14:00	7/9	T-Mask 3L/min	09:55(開始)-11:55 16:00-18:00(共4小時)	7/10	T-Mask 3L/min	7/10 08:00-12:00 7/10 16:00-20:00 (共8小時)	7/11	T-Mask 3L/min	7/11 08:00-7/12 08:00 (共24小時)
日期	呼吸器模式	時間														
7/8	PS	14:00														
7/9	T-Mask 3L/min	09:55(開始)-11:55 16:00-18:00(共4小時)														
7/10	T-Mask 3L/min	7/10 08:00-12:00 7/10 16:00-20:00 (共8小時)														
7/11	T-Mask 3L/min	7/11 08:00-7/12 08:00 (共24小時)														
護理評估	<p>7/3 個案氣切置入後經由呼吸道抽吸, 血壓 148/68mmHg、心跳 124 次/分、呼吸 12 次/分、血氧濃度可達 100%。</p> <p>7/4 個案清醒後, 經由醫師及呼吸治療師講解氣切目的後, 個案可配合日後呼吸訓練計畫。</p> <p>7/9 個案早上 09:55 開始脫離呼吸器, 使用 T-mask 3L/min 可自行呼吸 2 小時, 自咳能力佳, 痰量中微白稠, 生命徵象: 心跳 76 次/分, 呼吸 18~20 次/分, 血壓 135/60 mmHg、血氧濃度: 99~100%。</p> <p>7/9 醫師與呼吸治療師護理師討論下, 評估脫離呼吸器指數達正常範圍, 開始進行 4-8-24 小時自行呼吸訓練, 7/11-12 可成功脫離呼吸器 24 小時, 無呼吸喘急不適情形, 血氧濃度: 98~100%</p> <p>7/10 胸部 X 光呈現兩側肺部已擴張, 肺浸潤情形有改善。</p>															

	7/18 下午 5 點病房探視已拔除氣管內管，鼻導管 2~3L/min 使用，血氧濃度 100%，個案太太欣慰的表示個案可以一小時坐著玩 i-pad 遊戲，精神佳，無呼吸喘及不適情形；針對此個案護理問題的後續照護持續評估低效性呼吸型態情形。
--	--

三、組織完整性受損/與手術後有關 (2014/06/30~07/12)

主觀資料	6/30 術後太太訴：「個案 5 月開始自覺喉嚨痛時，開始減少菸酒檳榔，沒想到還是生病了。」
客觀資料	6/30 因口咽癌手術行 1.廣泛性惡性腫瘤切除、2.右頸根治性淋巴廓清術、3.左饒側自由游離皮瓣重建手術。 6/30 口腔內右頰下皮瓣約 2*2cm，傷口呈膚色，腫脹存，頭頸部傷口：以下嘴唇為起點往下延伸至左、右兩側頸部(呈人字形狀)縫線約 40 公分，近皺褶處縫線傷口有少許滲血情形，左前臂供皮區傷口約 7*3cm、左大腿供皮區 9*5cm，紗布覆蓋彈繃包紮，左手以石膏固定。頸部引流管 3 條，左前臂 1 條，引流均為深紅血水，120~150ml/Day。 6/30 口咽處皮瓣顏色偏膚色，Doppler 監測血循正常，右側頸部沿著縫線中斷處三個點，Doppler 監測動脈血循為 2 價，臉頰至下頷處紅腫。 6/30 實驗室數據 WBC:12.89*THSD/ul、Hb:13.9g/dl、CRP:3.5mg/dl、Albumin:2.7g/dl、T/P:6.5g/dl、HbA1C:3.2。 7/1 口腔內皮瓣處和牙齦齒槽常聚積血水、口水及乾掉的痰塊，舌頭大且乾燥，牙齦腫脹。 7/2 白班幫個案清潔口腔時發現舌下約 1*1 潰瘍。 7/2 術後病理分期為 PT4aN2bMx。
護理目標	1. 口腔皮瓣功能無缺損。 2. 術後傷口無續發性感染發生。
護理措施	1.口腔皮瓣區傷口護理 (1)接觸病人前後洗手，戴清潔手套 (2)術後前三天每小時觀察皮瓣顏色有無瘀青、出血或紫斑情形，隨時評估口腔黏膜有無發紅破損，記錄在「脈動評估表單上」。 (3)術後 3 天每 2 小時使用 2%cholorhexdine 及海棉軟刷清洗，執行口腔清潔，潰瘍破皮處以口內膏擦拭。每班觀察口腔分泌物味道、顏色及性質，並使用 50mmHg 左右抽吸口腔分泌物。 (4) 以凡士林保持嘴唇潤滑。若有舌苔可使用溫水以紗布或軟毛海棉清除，若有異味可使用檸檬水促進傷口癒合降低異味，個案舌頭較大，使用濕紗闊覺牙齒與舌頭摩擦，預防破皮，保持舌頭濕潤有彈性。 2.頭頸部縫線傷口照護 (1)每小時以 Doppler 監測右側頸部沿著縫線中段三個點處測量動脈搏動大小，並做紀錄，若脈搏微弱或消失需緊急告知主治醫師。 (2)白班換藥時將縫線上血滯擦拭乾淨，較難清理處使用小棉棒或 ENT 棉籤清除，易滲血處抗生素藥布使用，未滲血處以 Neomycin 厚塗後以紗布覆蓋。 3.取皮區傷口照護 (1)取皮區傷口會以彈紗和石膏固定，須以軟枕抬高，促進靜脈回流。 (2)取皮區的傷口不需要每天換藥，但須每天拆開彈繃觀察有無滲液、水泡、瘀青及異味。保持乾燥及周圍皮膚的清潔。 (2)手術後約 7 天左右取皮區的傷口會逐漸癒合、乾燥，此部位的新生皮膚

	<p>會與紗布緊密接合，外表呈乾硬狀，請家屬自備嬰兒油塗抹在乾硬的紗布上，讓乾硬的紗布與皮膚自動分離，以剪刀小心修剪剝離的紗布。</p> <p>(3)取皮區所覆蓋之皮膚代用敷料:如 Framycin、Neomycin，乾燥後將慢慢脫落，請勿自行勉強撕去，以免造成新生皮膚損傷。</p> <p>4.氣切傷口</p> <p>(1)密切觀察氣切傷口有無持續滲血或氣囊漏氣問題，保持清潔乾燥。</p> <p>(2)每天白班更換氣切傷口，使用無菌生理食鹽水，勿使用優碘消毒以防氣管癒肉增生；避免使用消毒藥膏或者抗生素藥膏，前者會導致口水和痰無法藉由紗布毛細現象吸收乾淨，後者很容易破壞正常菌落導致黴菌感染。</p> <p>(3)使用氣切棉繩增加舒適感。</p>
護理 評估	<p>7/3 口咽處皮瓣顏色呈膚色，並且有長一根毛，Doppler 監測血循環動 2 價。</p> <p>7/3 右臉頰紅腫無漸散無擴大情形，觸摸溫暖有彈性。</p> <p>7/5 口腔無異味情形，舌頭及口腔黏膜紅潤，潰瘍縮小約 0.1*0.1cm。</p> <p>7/10 頸部傷口引流管血水約 50ml/day，縫線處乾燥無紅腫情形</p> <p>7/10 左前臂取皮處乾硬紗布已移除，新生皮已長出，成粉膚色，柔軟有光澤。</p> <p>實驗室數據 WBC:9.89*THSD/ul、Hb:14.3g/dl、CRP:1.3mg/dl、Albumin:2.1g/dl、T/P:6.7g/dl。</p> <p>7/12 針對此個案護理問題的後續照護持續評估組織完整性受損情形。</p>

四、無力感/與罹患癌症及缺乏控制感有關(2014/07/3~07/12)

主觀 資料	<p>7/3 訴：主訴表達：「喉嚨痛很久了，結果是癌症！還讓我連話都不能說話，老天爺為什麼這樣折磨我」</p> <p>7/4 換藥時突然要求紙筆訴：「換藥幹嘛？反正也快死了」、「我覺得自己像廢人一樣」、「為什麼都沒有人在身邊陪我，我是不是沒有救了。」「喉嚨這個東西什麼時候可以拿掉，我以後是不是連說話都不行了？」</p>
客觀 資料	<p>7/3-5 個案會靜靜的看天花板，時而顯得淡漠，眼神游移，有時候還會皺眉的搖頭，顯得無力感重重。</p> <p>7/6 晚上會客時間結束，個案太太要準備離開時，個案突然皺眉開始扯身上的管路和衣服引起注意，太太溝通近 30 分鐘才離去。</p>
護理 目標	<p>1.7/5 病人可正視疾病進展及治療方向。</p> <p>2.7/11 轉出加護病房前，個案能說出控制感增加，感到有信心與希望。</p>
護理 措施	<ol style="list-style-type: none"> 與個案建立治療性人際關係，以開放傾聽及誠懇關懷的態度來照護個案，如做任何治療前均先告知，並利用治療時間陪伴聊天增加信任感，面對個案的呼叫能即刻處理。 提供本院「口咽腫瘤手術簡介及治療單張」、「氣管切開造口介紹」，了解疾病治療過程及加強健康照護知識。 接納個案情緒反應行為，非語言態度，當個案不想回應仍適時給予陪伴和支持，床旁置叫人鈴，並告知護理人員都在附近，需要時儘管搖鈴。 針對病人常見主訴製作簡單口語常用圖卡，如抽痰、打止痛針、很冷或很熱等，掛在右邊床欄以便取用，減少溝通困難引發的焦慮及無力感。 引導個案說出對於疾病感受，給予時間抒發，並表達同理情緒，護理人員應作為溝通橋樑，除了澄清錯誤觀念，也可與醫療團隊共同討論病情進展和治療方向。 衛教家屬給予病人正向思考及持續建立希望，體認生命的意義與價值，如：提供類似疾病過程及復原良好的口腔癌病友現身交流。

	<p>8. 鼓勵太太或兒女於非會客時陪伴，並給予情緒上支持，床旁放置一小白板可隨時以紙筆溝通。</p> <p>9. 提供疾病相關資訊，如：提供東部區域陽光基金會相關資訊，內容包括經濟協助、心理調適支持、生理服務、就業服務與社會參與等。</p>
護理 評估	<p>7/9 筆訴：「我以為我會死在這裡，經過醫師說明我才了解自己不是一直要靠那個很吵的機器過活，其實也沒那麼糟！」。</p> <p>7/9 筆訴：「謝謝護士不厭其煩的教導我怎麼咳痰、抽口水，原來我也可以自己照顧自己。」表情顯愉悅，眼神堅定，精神佳。</p> <p>7/10 「我很害怕自己沒辦法在為這個家做什麼，但有家人的陪伴，我相信會平安度過的。」太太帶女兒前來探視給予打氣，告知明日轉病房之訊息，露出難得微笑，個案全家人感情相處融洽。</p> <p>7/11 筆述：「轉出加護病房我要為了我的家人努力康復，我還想要回去當警察，回家當爸爸，跟我女兒好好地”開口”聊天，跟全家人一起吃飯」</p> <p>7/12 針對此個案護理問題的後續照護持續評估無力感情形。</p>

討論與結論：本文描述一位44歲男性，罹患口咽癌接受口顎皮瓣重建手術後因呼吸衰竭緊急行氣管內管切開之加護經驗，經護理過程發現個案在術後面臨傷口疼痛，利用視覺類比量表及定時止痛針劑降低生理不適；維持呼吸道通暢、增加肺部氧合，訂立脫離呼吸器計畫預防再次呼吸衰竭發生；每小時嚴密監測皮瓣功能及取皮處正確換藥方式使得皮膚正常新生，因疾病過程及暫時失去基本口語溝通能力，個案除面臨重大疾病噩耗及冗長的手術過程，還未開始適應疾病帶來的身、心理改變即刻面臨緊急氣切手術，筆者鑒於此，加強術後溝通，如：維持良好信任關係、製作文字卡及簡單圖案卡加強溝通，給予正確疾病訊息，以其恢復自信與希望降低疾病帶來無力感。本文限制在於本院對口腔癌手術的經驗約3年，30~40%病人術後並未行氣切手術原因在於醫師判斷及病人、家屬本人不同意，觀察此次個案緊急氣切經驗，個案在醫護人員全力搶救下成功建立呼吸道維持適當氧合，但過程中，醫護人員對於協助氣切手術不熟悉、求援機制不明確，若未

及時建立呼吸道，個案可能持續缺氧導致意識喪失、心跳停止，建議整合性跨團隊(重症醫學、麻醉科、耳鼻喉科、呼吸治療、護理人員)應訂定困難插管作業標準及應變教育訓練，對於術後脫離呼吸器的高危險群(如：頭頸部手術、極度肥胖和曾經困難插管紀錄等)應由專業人員進行完整的術前、術後評估，建立口腔癌術後拔管指引。再者，根據調查指出，疾病特性造成之說話、吞嚥、呼吸的毀損，與憂鬱的發生率呈高度相關，其中以口咽癌(22-57%)為最大發生率(李、陳、李、唐、方，2011)，病人轉至病房及要開始面對化、放療等又是一項難關，容易再次深陷無力感引發情緒障礙，除運用團隊照護模式及關懷小組給與後續相關資源及醫療照護外，提供陽光基金會資訊將病友們將來會遇到的難題給予正面的回應，進而做到全人的醫療護理關懷。希望藉由此次成功護理經驗，提供護理人員照護之參考。

參考資料

王昭凌、李佳倫(2013)·一位口腔癌接受氣管切開術病人的照護經驗·

馬偕護理雜誌，7(1)，83-93。

王宏銘、廖俊達、范綱行、吳樹鏗、詹勝傑、閻紫宸(2009)·頭頸

部鱗狀細胞癌治療的新進展·腫瘤護理雜誌，9(S) 51-67。

李政洋、陳虹汶、李玉蟬、唐婉如、方俊凱(2011)·癌症照顧的自殺

防治·內科學誌，22(5)，335-343。

林翠姬、厲佩如、廖玉美、林采蓉(2013)·照顧一位口腔癌接受口顎皮瓣重建手術之加護經驗·*長庚護理*，24(1)，90-98。

胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃翰心、陳幼貴(2011)·成人癌症疼痛臨床照護指引·*腫瘤護理雜誌*，11(S)，87-127。

陳夏蓮、葉明珍(2010)·呼吸系統疾病病人之護理·於胡月娟總校閱，*內外科護理學*(三版，927-1135頁)·台北：華杏。

葉月珍、馬素華(2002)·無力感之概念分析·*長庚護理*，13(2)，146-150。

衛生福利部統計處(2014，6月25日)·102年死因統計結果摘要，取自於http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5012。

蘇崑山、楊遠誠、江誌雄(2010)·頸部挫傷造成的困難插管-個案報告·*若瑟醫護雜誌*，4(1)，65-76。

Cavallone, L. F., & Vannucci, A. (2013). Review article: Extubation of the difficult airway and extubation failure. *Anesth Analg*, 116(2), 368-383. doi: 10.1213/ANE.0b013e31827ab572

Langerman, A., Patel, R.M., Cohen, E.E., Blair, E.A., & Stenson, K.M. (2012). Airway management before chemoradiation for advanced head and neck cancer. *Head Neck*, 34(2), 254-259. doi: 10.1002/hed.21729.