

前言

根據衛生福利部國民健康署統計，惡性腫瘤為十大死因之首，其中口腔癌為 2013 年台灣十大癌症排行第五名，佔罹癌男性死亡的 21.4%，研究發現口腔癌的好發年齡集中在 40-70 歲之間，死亡年齡平均 57 歲，逐年有下降之趨勢（衛生福利部，2014）；台灣地區推行口腔癌篩檢不易，以東、南部地區為尤，東部地區源自於經濟水準及地遠偏僻造成認知差異及民眾接受度降低，在者口腔癌的發生，絕大部分的黏膜細胞已惡化形成常見之鱗狀細胞癌，侵襲至夾黏膜、牙齦、舌頭等引發不適後就診，延誤寶貴就醫時機(曾、曾，2011)。本文為一位的 45 歲男性，正值青壯年時期，在初次罹患口腔癌，隨即接受頸部廓清術與顯微皮瓣重建手術完成後入住加護病房僅短短不到 60 天，除了要面對術後臉、頸部大面積傷口及氣切，護理期間感受個案初次罹患口腔癌面臨的害怕、恐慌，以及手術後的顏面受損、說話、咀嚼及吞口水功能暫時喪失造成的身體心像紊亂，讓原本個性樂觀開朗正值壯年期的個案面臨前所未有的焦慮引發筆者之動機，期待由個別性及專業護理，協助個案面對疾病所帶來的衝擊，希望藉此護理經驗分享，提供護理同仁參考。

摘要

本文描述一位 45 歲男性，初次診斷口腔癌術後於加護病房之經驗。護理期間於 2014 年 11 月 26 日至 2014 年 12 月 04 日，筆者以直接照顧、筆談、身體評估及護理記錄等方式收集資料，運用 Gordon 十一項健康功能性型態為評估架構，歸納分析個案護理健康問題在加護病房有：一、急性疼痛/與頸部術後傷口及氣切留置有關，二、皮膚完整性受損/術後傷口，三、焦慮/與初次罹癌及對疾病後續照護不瞭解有關，四、身體心像紊亂/與外觀改變有關。針對個案的健康問題提供適切的專業的護理活動。依評估除給予止痛劑外，另外指導放鬆技巧以緩解不適；執行有效監測皮瓣，維持皮瓣完整性；降低頭頸部傷口續發性感染；透過主動關懷、以傾聽、有效溝通，鼓勵個案表達心理感受，給予心理支持以減輕焦慮；建之良好的護病關係，給予正面的鼓勵及支持，適應外在的改變。加護病房多著重於急性照護及嚴密監測生命徵象、意識狀況，對清醒的個案常忽略其心理方面是更需要個別性照護，文獻研究情緒困擾對癌症治療及復原是有影響的，藉此期望改善個案對於疾病所產生的情緒困擾，達到全人護理的目的。建議針對此疾病之病患，能更有完善的術前教育，以減少病患情緒困擾產生。

文獻查證

一、口腔癌概述

口腔癌是指發生在口腔任何的惡性腫瘤，常好發於男性，而口腔癌是由黏膜細胞惡化所形成，其中鱗狀細胞癌佔了 90%，(曾、曾，2011)，致病因子有香菸、酒精、檳榔、與陽光的曝曬，或飲食上維生素 A 與維生素 B 低攝取量。主要症狀，早期是腫塊，通常不會痛，或是長期沒有癒合的潰瘍，晚期則會有吞嚥困難或疼痛、牙關緊閉、頸部淋巴腺腫大，及淋巴結的轉移。可運用 X 光、全身骨頭掃描，及腹部超音波來評估是否有肺部、骨骼或是肝臟轉移的現象，病理切片檢查可以得知是否為惡性腫瘤；治療方式為手術為主，其次為化學治療及放射線療法 (曾、曾，2011；More & D，Cruz，2013)，手術治療包括頸部廓清術與顯微皮瓣手術重建，先針對病灶作大範圍切除，隨後根據缺損的部位、範圍和複雜性，提供游離皮瓣、骨頭或者兩者合併進行顯微皮瓣手術重建，術後需於加護病房接受密集護理和特殊性治療 (林、厲、廖、林，2013)

二、加護病房口腔癌術後護理

(1) 急性疼痛

手術後的傷口疼痛是一種急性不舒適，具有個別性與主觀的特性，口腔癌患者行重建術後，因傷口範圍擴大，故病患術後多會主訴嚴重疼痛 (黃、王，2009)。在病患術後前三天無法表達疼痛時，可運

用重症照護疼痛觀察工具 (Critical-Care Pain Observation Tool, CPOT), 來觀察意識不清或插管的病人之疼痛, 包括四項疼痛行為觀察指標, 分別為病患的臉部表情, 身體動作, 順從呼吸器及肌肉緊張。每一指標可評分的範圍為 0-2 分 (0 分代表全沒有疼痛, 2 分代表即極度疼痛), 總分最低為 0 分最高為 8 分, 分數愈高代表疼痛程度愈高; 數字計分量表 (Numerical Rating Scale, NRS) 適用於清醒可表達病人, 如術後第三天傷口血管移植較穩定時, 鎮靜劑調低劑量於 RASS-1~+1 分; NRS 0 分代表完全不痛, 10 分代表非常痛 (陳、曾、陳, 2011)。

在加護病房有效地使用止痛劑可減少病患壓力、焦慮、睡眠周期失調以及譫妄等症狀, 目前止痛劑以鴉片類為主, 最常使用的是 morphine、fentanyl。在使用上以定時或連續注射會比 prn 間歇性給藥更能提供良好的止痛 (杜、陳、鄭, 2009); 除此之外, 非藥物的疼痛緩解方法, 如呼吸放鬆技巧、舒適臥姿、音樂療法等方法來分散病人的注意力, 進而緩解疼痛 (鄭、洪、周, 2013)。

(2) 皮膚完整性受損

病患執行皮瓣移植手術後前三天每小時之評估和照護是非重要的, 評估內容包括移植皮瓣顏色、飽滿度、微血管充盈反應、針扎回血速度及使用 Doppler 監測 (林、厲、廖、林, 2013); 移植區的傷口如需換藥應以乾濕紗進行, 敷料必須是非壓迫性、環繞性包紮。需注意傷口縫線處是否妥善固定, 以避免傷口外露受分泌物污染。供皮區

的傷口，若有補皮會以石膏副木固定，故需抬高供皮區之肢體，以利血液回流以減少水腫發生。術後第 3-7 天較易發生感染，口腔衛生不良會延長口腔內傷口癒合，護理重點包括：接觸病人前後確實洗手，避免交互感染；追蹤並評估相關檢驗結果如白血球數及細菌培養；觀察傷口是否有紅、腫、熱、痛及不正常滲出液；提供適當引流管照護，觀察記錄引流液的顏色、性質及量；規律的執行口腔清潔，進行口腔清潔時，可利用沾有生理食鹽水的口腔棉枝輕輕移除在口腔黏膜或齒齦的血塊或口腔分泌物，有舌苔時可用小牙刷輕輕刷洗，以 2% Chlorhexidine glucomate 為口腔清劑，降低口腔內傷口的感染及炎症反應（黃、王，2009）。

（3）焦慮

在初次獲知癌症診斷時，病患常出現震驚、麻木、否認等反應，心理反應會出現異常焦慮不安的情緒（林、陳，2006）；焦慮是對未知事件產生預感和恐懼的身心狀態，更是不安、焦急等複雜感受交織而成的，焦慮的產生可能在診斷前（疾病不確定、診斷過程不舒服）；治療過程（疼痛、副作用、自我心像改變、需要他人照顧）；未來（疾病復發、面臨死亡的挑戰）。口腔癌病患術後於加護病房期間，面對陌生的環境、擔心手術成功與否、複雜的治療及術後照護的疑慮等情緒都會引起病患情緒困擾；若未能及時發現，病患的各種因應能力持續下降，最後終將心力交瘁，甚至出現死亡；面對焦慮病患應以誠懇友善

的態度與病人建立信任的護病關係、主動與病人討論治療相關事宜、運用轉移注意力技巧，同時使用肌肉放鬆方法，音樂療法來降低焦慮所引起不適的生理感覺；針對病患擔憂或不瞭解之事項，提供充分衛教、詳盡的解釋、討論手術經驗，以增加疾病的控制感並減少不確定感，藉由瞭解預期會發生的事、滿足安全感等，以達到減緩焦慮及建立護病的信任關係。(徐、陳，2008；蘇、陳，2011；林、厲、廖、林，2013)。

(4) 身體心像改變

口腔癌病患會因疾病過程、手術、化學或放射治療，需面臨顏面外觀改變及功能缺陷如：口腔閉合度差、吞嚥、咀嚼困難、說話不清及流口水等身體功能的改變；造成有困窘、羞愧喪失自尊心理層面的衝擊；而傷口所帶來的不適感如：傷口疼痛、多量的分泌物、惡臭味等，使病患身心受損，病患常因身體心像的改變，害怕與他人互動，導致社交能力的降低，影響生活品質(詹、劉、金 2007；鄭、洪、周 2013；)；以主動關懷、傾聽，瞭解病患對身體的負向的感受，在語言或非語言行為上，必須使其感到是被接受的，協助患者認清身體存在價值(陳、黃、莊，2012；鄭、洪、周 2013)。

護理過程

一、個案簡介

張先生，45歲，高職畢業，已婚，育有一男一女，現與妻子同住，

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

職業為工人，經濟狀況小康；信仰道教，主要語言為閩南語及國語，個案是家中的決策者，是主要經濟支持來源，住院期間主要照顧者為太太；過去嚼食檳榔 8 年，已戒檳榔 1 年，抽菸有 20 年。

二、過去病史與求醫過程

個案過去病史為高血壓，會自行至藥局買藥，不會定期到醫院行檢查及追蹤，無住院經驗。2014 年 8 月左白齒有腫痛，以為是蛀牙，至牙科診所拔牙，但傷口持續潰瘍未癒合，於 2014 年 10 月至本院求治，切片檢查為鱗狀上皮細胞癌 (Squamous cell carcinoma)，病理分期為 T4N2bM0，stage IV，2014 年 11 月 26 日行顯微皮瓣手術，執行廣泛性切除，臉部腓骨移植，合併氣切造口術，取左小腿皮瓣重建於左白齒區。術後入加護病房觀察及照護，12 月 4 日生命徵象轉至病房繼續治療，1 月 4 日辦理出院。

護理評估

運用 Gordon 十一項健康功能性型態進行評估，以直接照顧、觀察、身體評估及護理記錄等方式收集與分析，以確立個案之護理健康問題。

1.健康認知與健康處理型態：病患表示自己在罹病前除了有高血壓健康問題外，自覺身體健康，無定期行健康檢查。一年前病患表示友人因高血壓未吃藥控制造成腦中風情形，害怕自己也會相同情形，故會到一般診所定時拿藥。嚼檳榔 8 年，菸齡 20 年，每天約 1-2 包，均在

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

1 年前已戒掉，睡前有喝 1 杯高粱的習慣。11/30 太太表示：「10 月至門診行口腔內膜切片檢查，診斷為口腔癌，需手術治療，至此個案變得沉默，曾對太太表示：「應該早一點就醫，就不會這嚴重了」，對於病情較少與親友討論，但可配合醫療團隊建議之治療。

2. 營養與代謝型態：個案身高 168 公分，體重 64.5 公斤（理想體重為公斤），BMI：23.56%（屬於正常範圍），基礎消耗能量 BEE（basal energy expenditure；BEE）：1490.6Kcal、總能量（thermic Effect Of Exercise；TEE）：2325Kcal，（BEE*活動因子 1.2*癌症因子 1.2），案妻表示病患平日愛吃青菜，不嗜油炸類食物。11/26 術後傷口：口腔左白齒處皮瓣處約 3×3cm，呈膚色，（此為護理計畫內容）。頭頸部傷口分佈：下唇正中往下延伸至左頸部呈人字型之縫線傷口為 25 公分，術後 1-2 天有少量滲血及紅，左頸部三條引流管持續使用抽吸引流，引流液在術後第 5 天深紅色由變為淡黃紅色，左小腿供皮區 10×4cm²，引流管一條，引流液呈紅色，外觀無滲血彈繃包覆中，術後第 5 天打開傷口，傷口無異味及發紅；術後鼻胃管留置，11/28 開始鼻胃管灌食，由營養師調整配方，每天 6 餐，每餐 300ml，反抽消化約為 10-30ml 半消化奶，12/2 達總熱量 2226Kcal/day，蛋白質 92.9g。毛髮呈黑色質地正常，11/26 血液學檢查：白蛋白：2.8mg/dl、BUN：7 mg/dl、Creatinine：0.45 mg/dl、Na：135.2mmol/L、K：3.8 mmol/L、Ca：7.6mg/dl、Mg：1.42 mg/dl。

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

3.排泄型態：病患住院前大小便正常，1-2 天排便一次為黃軟便。術後約 2-3 天解便一次，呈黃軟便，每次 200-250g，腹部觸診軟、腸音約 2-3 次/分鐘。手術後導尿管留置，尿液呈黃清色，尿量約 2500-3000c.c/天，12/1 解除尿管，自解尿順暢，尿液呈黃清色，無沉澱物。

4.運動活動型態：病患工作為工地工頭，無規律運動習慣，認為工作就是運動，每天工作 8-9 小時。病患於加護病房期間採臥床休息，術後 1-3 天依醫囑給予鎮靜劑 (propofol)，鎮靜指數 RASS-2~-3 分，四肢肌力 2-3 分，第 4 天開始協助翻身及床上拭浴，術後傷口及管路存 (引流管、尿管、中心靜脈導管、動脈導管)，活動受限，但四肢肌力 4-5 分，關節活動度正常。

5.睡眠與休息：案妻表示病患住院前睡眠時間約 6-7 小時，無失眠及睡眠中斷情形，無服用安眠藥習慣。個案入住加護病房期間，病患表示因儀器聲、電話聲、護理人員說話及腳步聲、傷口疼痛，有睡眠中斷，在白天會客時有打哈欠、想睡覺情形。依醫囑給予 Ativan(5mg)2 #poHS，及 Pethdine 50mg ivp q4hprn 及 morphine 5mgivp q4hprn、Ativan(2mg) ivp QN 使用。

6.認知感受型態：個案意識清醒，視力及聽力正常，術後藉由筆談及手勢與人溝通，12/1 會筆談表達：「只要一咳嗽喉嚨就好痛，抽痰時更不用說，感覺要痛死了，何時切氣管可以拿掉，不用抽痰。換藥時一碰到有刺痛，很不舒服」。依據 NRS，病患表示有 8 分，需要打止

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

痛針才能緩解，分數可降至 2-3 分」。觀察病患疼痛時有皺眉、表情痛苦、雙手緊握。12/2 病患筆述：「可以打止痛針嗎？傷口現在有刺痛感，持續時間有 1-2 小時了，還有左腳也有麻脹感，NRS 為 6 分，我沒辦法忍受」。觀察病人有眉頭深鎖情形，呼吸速率 26-28 次/分、心跳 70-90 下/分、血壓 170/98mmhg。12/2 病患筆述詢問：「我的傷口有很大嗎？我感覺脹脹的，是正常的嗎？」。

7.自我感受及自我概念型態：案妻表示：「病患平常是個樂觀、助人及朋友談天的人，這次發現自己罹癌後，變得沉默寡言，也不太想跟我及小孩討論自己的病情」。擔心自己的外觀會嚇到親友，不願意親友前來探視。12/1 筆述表示：「我的傷口是不很大？傷口情形如何。我現在是不是很醜，會不會嚇到別人」。12/2 病患筆述表示：「我從來沒想過自己會得口腔癌症，是因為我吃檳榔的關係嗎，從診斷癌症到現在才一個多月，除了要開刀，醫生說要在看我的狀況再決定後續化療是否進行。之後要做什麼治療，我真的不清楚！」；聽朋友說做化療會死的更快，是真的嗎？是不是開刀完我的癌症就好了，哎！我到底可以活多久。表情憂愁，眼神無助。

8.角色與關係型態：病患與妻子同住，平時較少溝通，子女在外工作，病患排行第 5，手足間感情融洽。病患為家中的決策者及主要經濟來源者，病患表示因不想讓案妻擔心，遇到困難或問題會請朋友幫忙。此次住院主要照顧者為案妻。

9.性與生殖型態：病患與妻子結婚 22 年，育有一男一女，案妻表示自從個案罹癌後已停止性生活。病患生殖器外觀正常無皮膚破損及無紅腫熱痛。

10.因應壓力耐受型態：病患表示平日有壓力時，會與朋友一起討論或是自己想辦法解決。病患筆述表示：「近來最大的變故就是罹患癌症，只知道自己有癌症要開刀，之後要做什麼治療，我不太清楚。目前暫時也沒辦法工作，小孩大了不用擔心，我太太她不是很聰明，怕她學不會照護方面的事項，有人會教我們嗎？」，表情疑惑詢問術後照護事項。

11.價值與個人信念型態：病患信仰為道教，平日就有燒香拜佛習慣，如家中或工作上有遇到困難，就會到廟裡拜拜祈求指示及平安。案妻表示平安符由玄天大帝那求來的，希望放置於床頭上，祈求病患住院期間平安順利，病患表示：「希望這次能平安出院，未來的事已經不敢去想了，現在有健康的身體最重要」。

問題確立

從 Gordon 十一項健康功能型態進行評估及分析，確立個案之護理健康問題包含：一、急性疼痛/與頸部術後傷口及氣切留置有關；二、皮膚完性受損/術後傷口；三、焦慮/與初次罹癌及對疾病、後續照護不瞭解有關；四、身體心像紊亂/與術後外觀改變有關。

護理計劃

一、急性疼痛/與頸部傷口及氣切留置有關 (2014/11/26~2014/12/4)

主觀資料	<p>1.12/1 筆述表達：「只要一咳嗽喉嚨就好痛，抽痰時更不用說，感覺要痛死了，換藥時一碰到有刺痛，很不舒服」。</p> <p>2.12/2 筆談表達：「可以打止痛針嗎？傷口現在有刺痛感，持續時間有 1-2 小時，左腳也有麻脹感。」</p>
客觀資料	<p>1.11/26 術後頭頸部傷口共 25 公分、左小腿供皮區 10×4cm。氣切管留置返室後皺眉、搖頭，雙手欲抓管路，CPOT：6 分。</p> <p>2.12/1 病患疼痛時有皺眉、表情痛苦、雙手緊握 NRS：5~6 分。</p> <p>4.12/2 病患有眉頭深鎖情形，呼吸速率 26-28 次/分、心跳 70-90 下/分、血壓 170/98mmhg。</p> <p>5.因傷口疼痛，有睡眠中斷情形（約 2-3 次）。</p>
護理目標	<p>1.病患於手術後前三天經由 CPOT 評估，能由 6 分降至 0~2 分</p> <p>2.病患於加護病房期間給予止痛針後 30 分鐘後能表示疼痛緩解，NRS 可降至 2 分以下。</p> <p>3.病患在夜間使用止痛針，睡眠時間可持續 5-6 小時，無睡眠中斷。</p> <p>3.病患於加護病房期間止痛針施打次數能從 6 次降低為 1 天 1~2 次/天</p>
護理措施	<p>11/26-11/29 手術後前 3 天合併鎮靜劑使用之護理措施：</p> <p>1.評估病患疼痛使用 CPOT 觀察表，以其自然狀態下觀察一分鐘，並依照觀察指標，如病患的臉部表情、身體動作、順從呼吸器及肌肉緊張，最低 0 分最高 8 分，大於 2 分時，依其生命徵象依醫囑給予止痛針 (pethidine 50mg IVP prnq4h 及 morphine 5mgivp q4hprn)，給藥後 30 分鐘，再次評值 CPOT 分數後，記錄藥物作用結果及生命徵象。</p> <p>11/30 手術後第 4 天血管接合處穩定移除鎮靜劑之護理措施：</p> <p>2.鎮靜劑移除時，先觀察 RASS 分數，當處於-1~+1，每班使用 NRS，評估記錄疼痛部位、時間、性質、頻率，同時告知個案，若疼痛到最痛為 10 分完全不痛為 0 分，目前的止痛藥不會有上癮的問題，請不要隱瞞疼痛。</p> <p>3.換藥前 30 分鐘主動給予止痛針，換藥時動作輕柔，勿拉扯到侵入性管路。</p> <p>4.衛教及鼓勵案妻，在會客時間，可按摩個案肩膀及右側肢體，左側取皮處給予枕頭墊高約 15 度，高於心臟，促進靜脈回流，減少脹痛感，足跟處使用水枕促進舒適度。</p> <p>5.執行抽痰時動作輕柔，並鼓勵病患將痰液自行咳出，減少抽痰次數。</p> <p>6.每班執行口腔清潔，使用海棉軟刷及漱口水，並評估口腔黏膜破損情形，需要時給予口內膏使用，增加口腔舒適感。</p> <p>7.協助病患頭部維持正中，避免壓迫頭頸部血管，影響血流造成腫脹。</p> <p>8.鼓勵及教導呼吸放鬆法（深呼吸 3 秒後再緩緩吐氣 3 秒，可放鬆肌肉）</p> <p>9.術後第 4 天予溫水拭浴，更換床單、衣服，增加病人舒適感，適時給予身體按摩，放鬆肌肉，協助協助個案翻身時動作輕柔，避免呼吸器管路拉扯氣切傷口。</p> <p>10.於白班及小夜班播放個案喜愛之廣播電台，藉由音樂及 DJ 與來賓一來一往的生動對話轉移注意力及放鬆心情。</p>
護理	<p>11/26 止痛劑使用 30 分鐘後，CPOT 降至 1~2 分，偶爾眼睛會突然張開，</p>

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

評估	<p>又閉起來，臉部表情放鬆。</p> <p>12/2 止痛劑使用 30 分鐘後，生命徵象呼吸速率 20 次/分、心跳 65 下/分、血壓 158/58mmhg，NRS：1 分。</p> <p>12/4 換藥前詢問病患是否打止痛劑，其主訴：「只有擦藥時刺刺的，其餘時間不會很痛，可以暫時不用打止痛針。」觀察生命徵象為呼吸速率 16 次/分、心跳 68 下/分、血壓 148/56mmhg，NRS：1 分。</p> <p>12/3~4 止痛劑次數由 6 次/天降至 1~2 次/天。</p> <p>12/4 針對此個案護理問題的後續照護持續評估急性疼痛情形。</p>
----	--

二、皮膚完整性受損/術後傷口 (2014.11.26-2014.12.04)

主觀資料	1.12/2 病患筆述詢問：「我的傷口有很大嗎？我感覺脹脹的，是正常的嗎？」。
客觀資料	<p>1. 11/26 行顯微皮瓣手術，執行廣泛性切除，臉部骨移植，合併氣切造口術，取左小腿皮瓣重建於左後白齒區。</p> <p>2. 11/26 口腔內左白齒植皮處約 3×3cm，呈膚色，頭頸部外在傷口走向：下唇正中往下延伸至左頸部呈人字型之縫線傷口為 25 公分，術後 1-2 天有少量滲血及紅，左頸部三條引流管持續使用抽吸引流。</p> <p>3. 11/26. 左小腿供皮區 10×4cm，引流管一條，引流液呈紅色，外觀無滲血彈繃包覆中，術後第 5 天打開傷口，傷口無異味及發紅。</p> <p>4. 11/26 皮瓣顏色呈膚色，Dopple 監測點血循為 2 價，微血管充填時間小於 3 秒。左臉頰腫脹。</p> <p>5. 術後口腔內常有血水及口水蓄積，牙齦腫脹。</p> <p>6. 11/26 實驗室數據 WBC：19.30*THSD/ul、Hb：12.4g/dl、Albumin：28g/dl、CRP:3mg/dl。</p>
護理目標	<p>1. 加護病房期間移植皮瓣功能無缺損。</p> <p>2. 加護病房期間手術後頭頸部傷口無續發性感染。</p>
護理措施	<p>1. 術後三天每小時觀察皮瓣顏色，是否有紫斑或淤青、出血，口腔黏膜有無潰瘍及出血；Dopple 監測脈動血循，並記錄於脈動評估表單上。</p> <p>2. 當皮瓣顏色變紫色或有淤青，動脈血循減少應立即通知主治醫師。</p> <p>3. 依醫囑術後平躺，避免皮瓣處血流減少（使用水枕固定頭部，保持頸部平直，禁翻左側避免壓迫血管導致血流受阻）。</p> <p>4. 以棉枝滑過皮瓣監測微血管充填時間（小於 3 秒）。</p> <p>5. 每 2 小時以 2% Chlorhexidine 漱口水及軟海棉牙刷清拭口腔，並以低壓（60mmHg）抽吸，減少口腔內分泌物，每班觀察有無血水及痰液堆積。</p> <p>6. 執行換藥技術及接觸病人前後洗手。戴清潔手套</p> <p>7. 換藥時觀傷口有無紅腫及滲液量，以 Neomycin 藥膏厚塗，紗布覆蓋，保持周圍皮膚乾燥，勿因悶熱引發濕疹。</p> <p>8. 以凡士林或濕紗覆蓋潤濕嘴唇，避免乾燥龜裂，舌頭有舌苔時以溫水紗布或軟毛牙刷輕拭。</p> <p>9. 將左腳（取皮處）墊高於心臟，促進靜脈回流，觀察有無疼痛、感覺異常、麻痺、蒼白、無脈搏、溫度改變。</p>
護理評估	<p>1. 11/29 左白齒皮瓣區呈膚色，Dopple 監測脈動血循 2 價，眼觀皮瓣隱約有跳動情形，微血管填充 < 1 秒。</p> <p>2. 11/29 左頸部呈人字型之縫線傷口乾燥，外觀無滲血及紅腫。</p> <p>3. 12/3 左頰外觀腫脹無擴大，觸診無硬塊及壓痛情形。</p>

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

	4. 12/4 實驗室數據 WBC：9.18*THSD/aul、Hb：12g/dl、CRP:0.5mg/dl。
--	---

三、焦慮/與初次罹癌及對疾病、後續照護不瞭解有關 (2014.11.29-12.04)

主觀資料	1. 12/2 病患筆述表示：「我從來沒想過自己會得口腔癌症，是因為我吃檳榔的關係嗎，從診斷癌症到現在才一個多月，除了要開刀，醫生說要在看我的狀況再決定後續化療是否進行。之後要做什麼治療，我真的不清楚！」。 2. 12/2 病患筆述表示：聽朋友說做化療會死的更快，是真的嗎？是不是開刀完我的癌症就好了，哎！我到底可以活多久？。 3. 12/3 病患筆述表示：我太太她不是很聰明，怕她學不會照護方面的事項，有人會教我們嗎？
客觀資料	1. 12/2 表情憂愁，眼神無助，筆談時雙手會顫抖。 2. 12/2 生命徵象：心跳 80 次/分鐘、呼吸 28 下/分鐘、血壓：150/80mmhg。 3. 12/3 表情疑惑詢問術後照護事項。
護理目標	1. 個案瞭解術後後續療程。 2. 個案出加護病房前，案妻可說出三項照護事項。
護理措施	1. 主動與病患建立良好關係，陪伴及傾聽，且鼓勵個案表達心裡感受。 2. 於晨間護理時主動告知目前的日期、時間、術後天數及傷口恢復情形。 3. 於翻身時 (q2h) 主動詢問病患是否有不適感，利用輕鬆態度及口語交談：如表情愉悅、聲音大小適中輕柔)，給予傾訴的機會，減少心理負擔。 4. 安排醫生給予解釋相關病情及後續療程。 5. 延長會客時間：早上 10：30-11：30，晚上 18：30-19：30 (延長 30 分鐘)，增加家屬陪伴時間，以利情緒轉移。 6. 利用院內衛教單張，教導家屬照護事項，如「加護病房口腔癌術後衛教單張」所示：(1)使用紗布清潔口腔及舌苔，軟毛牙刷清擦口腔內壁，保持口腔潔淨。(2)使用 2%Chohexidine 漱口水沿口腔壁慢慢沖洗，不能與水稀釋，切勿心急沖洗避免引發嗆咳。(3)可使用無糖綠茶水或者淡檸檬水滋潤口腔 7. 轉出加護病房，詢問是否有同疾病病友，可分享彼此的治療過程 8. 介紹病患瞭解陽光基金會，其服務內容 (補助、諮商、就業)，如有需求可諮詢。
護理評估	12/4 轉出加病房前，病患筆談表示：「聽完自醫生及護理人員的說明，對疾病及後續療程已瞭解，已經不擔心了」。 12/4 案妻可說出三項照護事項，如：1. 進食後或睡前以軟毛牙刷清洗口腔，紗布清潔舌苔 2. 使用濃度 2%寶馬生清潔傷口 3. 我會從家裡帶一小杯約 500c.c 裡面放 2~3 片帶皮的檸檬片，他渴的時候給他沾一下。 12/10 至病房探視時，病患能主動告知親友自己後續療程，情緒平穩。

四、身體心像紊亂與術後外觀改變有關 (2014.11.29-2014.12.04)

主觀資料	1. 12/1 筆談表示：「我的傷口是不很大？傷口情形如何。」 2. 12//2 筆談表示：「我現在是不是很醜，會不會嚇到別人。」
客觀資料	1. 病患術後頭頸部傷口共 25 公分。 2. 觀察會客時，常容易生氣，對太太發脾氣。 3. 拒絕親友前來探視。
護理目標	1. 轉出加護病房前，能正視外觀的改變，並表達內心感受。 2. 個案除了能接觸醫護人員及家屬之外，也能接受親友探視。
護理	1. 以主動關懷、傾聽、不批判的態度陪伴病患，建立良好的護病關係。

措施	2.執行護理活動時，鼓勵病人使用筆談及肢體語言與他人溝通。 3.協助病患床上拭浴、傷口換藥、更換尿布等護理活動時，將圍廉拉上，並掛上「治療中」牌子，注意病患隱私。 4.協助病患使用鏡子檢視自己的傷口，及觸摸身上的管路。 5.於換藥時，告知病患現傷口的變化，鼓勵病患說出對自己的外觀改變的想法。 6.請病患小孩或親友們，錄下對病患打氣加油的話，於早上護理治療期間(09-10)及下午(1600-1700)、晚上(睡覺前) 播放給病患聽，並分享心情。 7.鼓勵案妻在會客時以正面的話鼓勵病患，並表示支持陪伴，如：「你精神看起來很好，你很勇敢很棒，加油喔！小孩跟我在等你轉出加護病房。」 8.與病患分享適應良好之案例，給予正向鼓勵。
護理 評估	12/4 筆述表示：我知道我長的跟以前不太一樣，但那些已經不重要，現在健康的身體比什麼都重要。 12/10 至病房探視病人，個案情緒平穩，能與親友及隔壁病患交談。

結論與討論

本文描述一位 45 歲初次診斷口腔癌之護理經驗。護理過程發現個案對於疾病不瞭解而產生焦慮情形，採主動探視並關心病人及衛教單張，提供疾病資訊，減緩焦慮；因術後各傷口造成疼痛，藉由麻醉性止痛藥及轉移注意，來降低疼痛不適感；執行有效監測皮瓣，維持足夠的灌流及執行口腔護理降低感染；透過主動關懷及提供合適且具個別性之護理措施，建立個案適應外觀的改變的信心。護理人員在執行治療計劃時，常將重心放在生理問題，往往忽略心理問題，在癌症診斷及治療時會產生焦慮、憂慮情緒困擾，但常被忽略；口腔癌患者因外在的改變，影響對自我的認同，造成負向的自我評值。經由這次的護理過程，讓筆者能夠真正以主動關懷、傾聽病人心理需求，適時提供疾病相關資訊，來達到減輕病患的心理困擾，給予正向的支持減少病患在身體心像改變的負面想法。由於病患術後因氣切留置只能使用

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

筆談表達心中片段想法，無法完全深入了解病患想法，此為限制及困難處，在本院對口腔癌的病患只使用衛教單張執行衛教指導，建議可製作介紹口腔癌、治療過程、手術及術後照護之 DVD，於術前讓病患瞭解疾病過程及術後照護，減少病患產生焦慮，術後可安排口腔成功病友的分享，適時轉介給相關的支持團體減輕身心壓力，提升病患的自我照顧能力信心。

參考資料

- 王宏銘、廖俊達、范綱、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*，9，51-63。
- 杜漢祥、陳欽明、鄭高珍（2009）．止痛劑、鎮靜劑、抗精神病藥物神經肌肉阻劑在嚴重敗血症病人之應用．*重症醫學雜誌*，1（1），36-49。
- 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。
- 徐莞雲、陳筱瑀（2008）．焦慮的概念分析，*志為護理*，7（3），65-69。
- 陳惠君、曾月霞、陳玉敏（2011）．中文版重症照護疼痛觀察工具之效度檢定，*護理暨健康照護研究*，7（2），108-114。
- 陳靜怡、黃惠玲、莊情惠（2010）．一位口腔癌接受重建手術後有自殺意念病患之護理經驗．*長庚護理*，21（1），109-117
- 曾光毅、曾嵩智（2011）．現階段口腔癌的預防與治療．*家庭醫學與*

照顧一位初次診斷口腔癌術後於加護病房之護理經驗

基層醫療，26 (5)，215-224。

黃盈菁、王桂芸 (2009) · 照顧一位口腔癌病患接受口顎重建手術後之護理經驗 · 腫瘤護理雜誌，9 (2)，49-57。

詹淑雅、劉芹芳、金繼春 (2007) · 一位口腔癌症病患之護理—身體心像護理模式之應用，長庚護理，18 (4)，612-622。

衛生福利部統計處 (2014，6月) · 102年主要死因分析 ·

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5150

鄭文惠、洪嘉蕙、周繡玲 (2013) · 一位口腔癌病患術後之護理經驗 · 腫瘤護理雜誌，13 (2)，65-72。

蘇彥華、陳海焦 (2011) · 照顧一位中年婦女面對初診斷肺癌衝擊之護理經驗 · 長庚科技學刊，(15)，91-102。

More, Y., & D' Cruz, A.K. (2013). Oral cancer .Review of current management strategies .The National Medical Journal of India, 26 (3), 152-158。

